

Curare il tabagismo

Medici e sanitari in prima linea

Biagio Tinghino, Vincenzo Zagà

Dimensione del problema fumo

I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul fumo di tabacco sono allarmanti e presentano i caratteri di una vera e propria emergenza mondiale (1).

Infatti, a fronte di 1 miliardo e 200 milioni di fumatori nel mondo che suddivisi per sesso sono rappresentati dal 47% M e 12% F, si registrano più di 4 milioni di morti all'anno (1 ogni 10 secondi) di cui 2 milioni nei Paesi industrializzati e più di 1 milione in quelli in via di sviluppo.

Il fumo di sigaretta è diventata la prima causa di morte evitabile che in mezzo secolo ha ucciso 60 milioni di persone, più di quante ne abbiano sterminate, insieme, due guerre mondiali. Se continua a persistere questo trend tabagico, nel 2025 avremo 10 milioni di decessi l'anno dovuti al fumo.

In Italia, secondo uno Studio DOXA del 2001, braccio italiano della GALLUP International Association, e riferito da La Vecchia su Lancet (41), i fumatori erano il 29% degli adulti italiani di età >14 anni (36% uomini, 24% donne). Un'analoga indagine DOXA del 2004 condotta su 3.535 adulti di età pari o superiore ai 15 anni, ha evidenziato un trend in calo col 26,2% di adulti italiani (30,0% maschi e 22,5% femmine).

La ricaduta in termini di patologie mortali fumo-correlate si aggira intorno ai 90.000/morti all'anno (1 ogni 7-8 minuti) di cui:

51.000 per tumori

30.000 per cancro polmonare

21.000 per cancro alla vescica, al cavo orale, alla faringe ed alla laringe)

25.000 per bronchite ed enfisema polmonare

14.000 per patologia vascolare cardiaca e cerebrale

In questa situazione drammatica, si impone per gli operatori sanitari in genere e per i medici in particolare il dovere professionale e morale di impegnarsi attivamente, al fine di approntare efficaci strategie clinico-educazionali per il controllo del fumo di tabacco. Questa finalità si può conseguire attraverso l'allestimento di programmi di **formazione** per i medici mirati alla comprensione delle effettive dimensioni del problema fumo, delle patogenesi e patologie correlate e all'apprendimento delle tecniche più idonee (consiglio breve, counselling e farmacoterapia), per aiutare i pazienti a combattere il tabagismo nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria delle patologie fumo-correlate.

Tabagismo e nicotino-dipendenza

Il fumo di tabacco, infatti, soddisfa i criteri stabiliti dall'OMS e da altre Organizzazioni Sanitarie Internazionali (CDC ed FDA) per definire uno stato di dipendenza. La nicotina è il più importante componente presente nel fumo di sigarette che può sviluppare dipendenza nel fumatore.

La dipendenza tabagica è riconosciuta come una malattia, sia nella classificazione internazionale delle malattie dell'OMS (ICD-10) che nel Manuale di Diagnostica Statistica dell'Associazione Americana Psichiatrica (DSM-IV) (37).

Il primo riferimento storico riconducibile ad uno stato di nicotino-dipendenza



Test di Fagerstrom

Domande	Risposte	Punteggio
1. Dopo quanto tempo dal risveglio fuma la prima sigaretta?	() entro 5 minuti () 6-30 minuti () 31-60 minuti () più di 60 minuti	3 2 1 0
2. Trova difficile non fumare nei luoghi dove è vietato? (chiese, cinema, biblioteche, etc..) ?	() si () no	1 0
3. A quale sigaretta trova più difficile rinunciare?	() La prima del mattino () un'altra	1 0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	() 10 o meno () 11-20 () 21-30 () 31 o più	0 1 2 3
5. Fuma di più nelle prime ore dopo il risveglio che durante il resto del giorno?	() si () no	1 0
6. Fuma anche se ha una malattia che la costringe a rimanere a letto tutto il giorno?	() si () no	1 2
		Totale =

lo abbiamo nelle memorie di Padre Bartolomeo de Las Casas, compagno di viaggio di Colombo e primo vero storico delle Indie. Le sue osservazioni in merito sono eloquenti: "...*Gli uomini con un tizzone in mano e certe erbe... che sono erbe secche avvolte in un'altra foglia secca essa pure, a forma di cilindro affusolato, acceso da una parte...avendoli rimproverati per tale disgustosa abitudine essi risposero che trovavano impossibile smettere*".

Se è vero che la sua assunzione attraverso il fumo crea effetti euforizzanti in termini di attenzione, euforia, rilassamento e gratificazione a seconda dello stato psicologico e situazionale in cui si trova il soggetto, paragonabili a quelli dati da cocaina, morfina e anfetamine (37), è purtroppo altrettanto vero che nei fumatori, specie in quelli più "ostinati", che tentano di smettere, si manifesta uno stato di astinenza già a poche ore dall'improvvisa cessazione o da un'importante riduzione del fumo. I sintomi di astinenza sono numerosi e di segno talvolta opposto: agitazione, irritabilità, ansia, tensione, sonnolenza, rallentamento dei riflessi, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno, stanchezza, depressione (34, 35, 36, 37). I disturbi sono più evidenti nella prima settimana e di solito scompaiono dopo una ventina di giorni, al massimo dopo un mese.

Il DSM-IV parla di dipendenza per "ogni modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi". In particolare, sono stati identificati i criteri di dipendenza da nicotina, come dal seguente schema (37):

Le basi neurochimiche della dipendenza

Il tabagismo è un problema complesso che coinvolge più componenti: una fisica ed una psicocomportamentale. La nicotina, inalata col fumo di tabacco, in 8-9 secondi raggiunge i recettori nicotinici cerebrali dove, nel **Nucleus Accumbens**, libera dopamina che determina sensazione di "gratificazione" e piacere. Contemporaneamente nel **Locus Caeruleus** viene prodotta noradrenalina che condiziona il livello di attenzione e la performance intellettuale, procurando in tal modo un'impressione di sicurezza e di rilassamento in situazioni di particolare criticità. I nicotino recettori sotto stimolazione nicotinic tendono a produrre anche una certa quantità di serotonina che va ad agire sul centro della fame.

La nicotina è il più importante componente che può determinare dipendenza dal tabacco. La nicotina determina, infatti, a livello biomolecolare una serie di alterazioni che porta il fumatore ad una crescita progressiva e inarrestabile del fumo di sigaretta mediante:

- Aumento numerico dei recettori nicotinici.
- Alterazione dei meccanismi di autoregolazione della volontà: il desiderio di fumare non si spegne perché a livello cerebrale (Nucleus Accumbens) viene inibita la capacità di appagamento dopo aver avuto quanto desiderato.

- Progressive e persistenti modificazioni delle funzioni cellulari con conseguente alterata percezione del piacere. Questo bisogno, talora compulsivo, di ricercare continuamente la sensazione di appagamento prodotta dal fumo è detto "craving" che è una dinamica mentale comune a tutte le dipendenze.

Si ipotizza che il cervello trasmetta l'impulso di continuare ad accendere una sigaretta dietro l'altra per rimettere ordine tra i neurotrasmettitori (dopamina e noradrenalina) privati del loro naturale equilibrio. Si parla così di assuefazione, tolleranza, e dipendenza. La mancanza, o il deficit anche parziale, della nicotina determina la cosiddetta "sindrome d'astinenza", che oltre alla craving, per calo della dopamina, è caratterizzata da un corteo di sintomi quali insonnia, ansia, tachicardia, irritabilità, sudorazione, etc. per calo della noradrenalina.

Di recente un gruppo di ricercatori americani ha costatato che un frammento di DNA, imputato nella dipendenza da alcool e droghe, sembra rivestire un importante ruolo anche nel tabagismo. Nell'impostare un programma di disassuefazione tabagica risulterà, quindi, importante indagare la funzione prospettica assunta dal "gene della dipendenza" in ciascuna persona. Ci consentirà probabilmente di capire perché una parte, purtroppo non ampia, di fumatori riesce a smettere di fumare da solo senza subire gli effetti talora devastanti, della sindrome di astinenza e del craving, indicando l'atteggiamento terapeutico da assumere nel percorso della disassuefazione tabagica, anche con l'utilizzo di strumenti farmacologici sempre più mirati.

La dipendenza psicologica

Almeno il 40% dei fumatori italiani pensa di smettere di fumare ed il 20% ci prova ma solo nel 2-3% all'anno riescono autonomamente a smettere di fumare. Sul lungo termine la percentuale di successi sale al 7% nei fumatori che intraprendono un tentativo di smettere da solo. Tutte le tecniche utilizzate nelle metodologie per la disassuefazione da fumo di tabacco non possono prescin-

Criteri del DSM-IV per la dipendenza da nicotina

- A. Uso giornaliero di nicotina per almeno alcune settimane
- B. Brusca cessazione dell'uso di nicotina, o riduzione della quantità di nicotina usata, seguita entro 24 ore da quattro o più dei seguenti segni:
 1. umore disforico o depresso
 2. insonnia
 3. irritabilità, frustrazione o rabbia
 4. ansia
 5. difficoltà di concentrazione
 6. irrequietezza
 7. diminuzione della frequenza cardiaca
 8. aumento dell'appetito o del peso
- C. I sintomi del criterio B provocano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti
- D. I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale, e non sono meglio spiegati con un altro disturbo mentale

dere quindi da questa realtà scientifica e cioè che il tabagismo è anche dipendenza chimica da nicotina (41) oltre che da fumo di tabacco che innesca e mantiene la componente psicocomportamentale (50). Oggi, epoca in cui il meccanismo della dipendenza da nicotina è ormai conosciuto e la psicologia è una scienza affermata, ci si è resi conto che ci sono dei meccanismi emotivi e comportamentali che favoriscono l'abitudine e che la nicotina induce una dipendenza farmacologica, al pari di altre sostanze psicotrope.

L'importanza della dipendenza alla nicotina nella disassuefazione è evidente, ma non dovrebbe essere eccessivamente sovrastimata per non rischiare di sottovalutare altre componenti psicocomportamentali che intervengono nel tabagismo. La grande maggioranza dei fumatori che hanno smesso nel passato lo ha fatto senza ricorso né a terapie, né a medicinali, né a sostituti nicotinici (41). Da circa 20 anni negli USA, almeno 30 milioni di fumatori hanno smesso di fumare da soli.

Nella gran parte dei fumatori gli effetti psicoattivi del tabacco creano una dipendenza fisica (di cui la sola documentata è la dipendenza alla nicotina) e un condizionamento comportamentale. Certi fumatori hanno delle difficoltà ad arrestare la dipendenza fisica, altri hanno più difficoltà a combattere il condizionamento psicologico che può durare a lungo anche dopo la scomparsa di sintomi fisici dello stato d'astinenza (42). Altri soccombono piuttosto ad una influenza sociale favorevole al tabacco, che mina le fondamenta della disassuefazione.

Nel pensare al concetto di dipendenza, dovremmo ricordare che essa si caratterizza fondamentalmente come "relazione" patologica con una persona, una sostanza o un comportamento. Gli approcci più attuali alla medicina delle dipendenze hanno, per esempio, evidenziato come questa patologia può instaurarsi anche in assenza di sostanze esogene che agiscano sul cervello. Basti pensare alla dipendenza da gioco d'azzardo o da videogiochi. Molti modelli interpretativi del tabagismo tendono a individuare il fumo come un "sintomo", l'espressione di un disagio o di una strategia di adatta-

mento a situazioni di difficile gestione, tra cui elevati livelli di conflittualità interiore o nelle relazioni con gli altri.

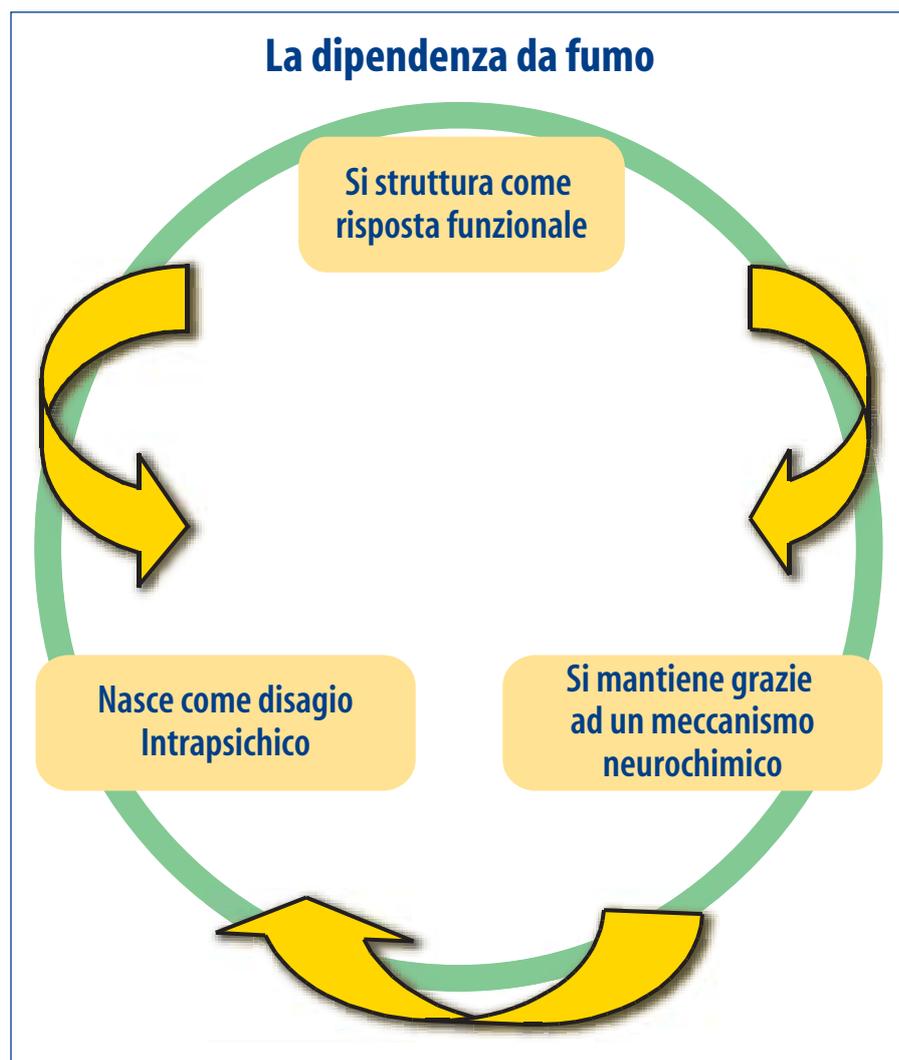
Diverse ricerche hanno evidenziato la maggiore frequenza di disturbi d'ansia, depressivi o – comunque – del tono dell'umore, minore capacità di coping, più bassa autostima e self-efficacy nei forti tabagisti. Dobbiamo, in sintesi sottolineare che:

1 Fumatori non si nasce, ci si diventa, spesso da ragazzi, quasi sempre per rispondere (ancor prima che la dipendenza nicotinica sia instaurata) ad un bisogno di sicurezza. Si diventa fumatori, nell'80% dei casi circa, prima dei 18 anni. Si inizia a fumare per sentirsi adulti e capaci di gestire situazioni di difficoltà relazionale. Il fumo è, nell'adolescente, un modo per sviluppare un senso di identità, accettarsi ed

accettare le mutazioni del proprio aspetto fisico.

2 Il fumo si trasforma, poi, in un forte strumento di piacere-gratificazione orale, usato per gestire o connotare situazioni tipiche: concentrarsi meglio, concedersi una pausa, scaricare la tensione nervosa, rilassarsi... Il piacere è sicuramente uno degli stimoli primari per l'uomo, capace di funzionare come attrazione e come ricompensa in situazioni molto diverse tra loro. La gratificazione da nicotina è concettualmente una cosa semplice, versatile, funzionale. Si adatta bene a strutturare meccanismi di compensazione o risarcimento psicologico, che in ogni persona possono essere legati a situazioni ed eventi diversi.

3 La gratificazione da fumo può finire per diventare, in taluni casi, la sostituzione



(Genesi e mantenimento della dipendenza da fumo, Tinghino 2000)

di abilità comunicative, la scorciatoia per rassicurarsi, placare l'ansia, le difficoltà quotidiane, la risposta surrogata a bisogni veri in ambiti più svariati.

Senza comprendere questi aspetti del tabagismo sarà difficile riuscire a curarlo, pensando ad esso semplicemente come una "cattiva abitudine". Un approccio che tenga conto degli aspetti psicologici fornisce, inoltre, gli strumenti per interpretare le difficoltà del fumatore che sta smettendo e il percorso di elaborazione del lutto che è costretto a percorrere.

L'abbandono del fumo può essere più o meno difficile del previsto: le risposte sono individuali (21). Esistono dei test per valutare l'importanza della dipendenza nicotina (test di Fagerström) o per prevederla (test di Horn), ma è estremamente difficile predire chi riuscirà e chi no a smettere di fumare. Qualsiasi progeamma di disassuefazione che non tenga conto sia degli aspetti neurochimici che di quelli psicologici della dipendenza da fumo rischia di essere inefficace e di esitare in un fallimento. Oltre a ciò, i medici sono estremamente tentati di riconoscere e di fare una scelta in favore dei soli pazienti fumatori che sono pronti a smettere e di quelli che hanno bisogno di un aiuto (donne incinte e pazienti con sintomi cardio-respiratori). Ciò porta a 2 risultati negativi:

- 1 molti fumatori che ne avrebbero bisogno non beneficerebbero di alcun consiglio (45), che comunque li potrebbe far procedere verso la determinazione secondo l'anello transteorico di Prociaska e DiClemente (5),
- 2 i medici rischiano la frustrazione per i modesti risultati ottenuti da parte dei fumatori selezionati (46).

Da qui la necessità di sapere fare, seppur genericamente, una analisi della motivazione e conoscere bene le tappe che portano un fumatore a smettere, per sapere come intervenire con strumenti specifici per ogni situazione.

Valutare il fumatore

A fronte della gravità della dipendenza da tabacco e della bassa percentuale di persone che riescono a smettere di

La valutazione medica dovrebbe comprendere:

- dati inerenti alle abitudini tabagiche
- una anamnesi completa
- una visita medica generale
- l'esecuzione della misurazione del CO espirato o il campionamento delle urine per il dosaggio della cotinina
- la somministrazione del test di Fagerstrom

La valutazione psicologica dovrebbe comprendere:

- L'analisi delle motivazioni a smettere
- L'indagine su precedenti o attuali commorbidità nell'area delle dipendenze da sostanze stupefacenti, alcolismo, disturbi del comportamento alimentare, disturbi psichiatrici (ansia e depressione in particolare)
- Verifica delle risorse di self-efficacy ed autostima
- Collocazione nell'ambito delle fasi del percorso di cambiamento
- Eventuale approfondimento tramite somministrazione di altri test (SCID; MMPI, MAC/T etc...)

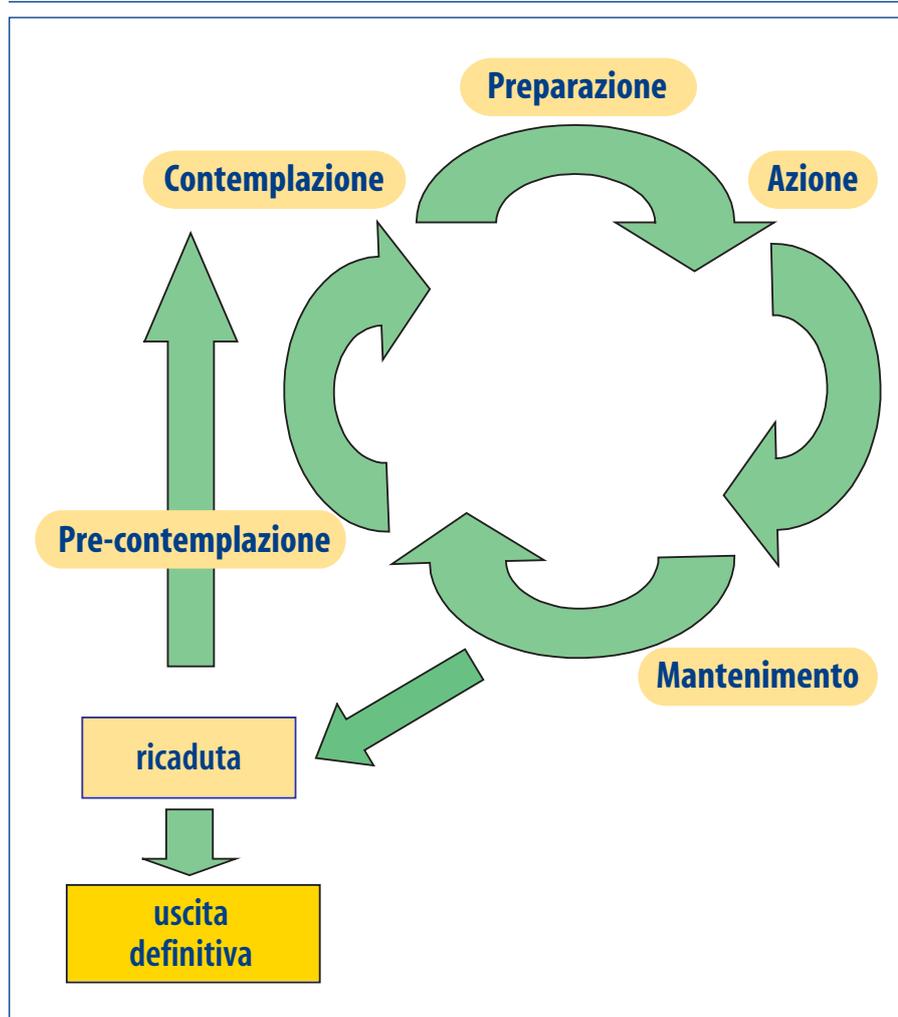
fumare nonostante le cure, non si è ancora ben radicata negli operatori sanitari l'idea che il tabagismo necessita di una valutazione, attraverso un iter codificato e strumenti precisi. Come per ogni situazione clinica – a maggior ragione se dotata di grande complessità – la diagnosi deve precedere la terapia. Possiamo anzi ragionevolmente affermare che più la diagnosi è accurata, tanto più saranno affinati ed efficaci i percorsi di terapia. La cura del tabagismo non sfugge a questa regola, anzi la conferma, a causa della severità dell'*addiction*, delle resistenze del paziente e del grande numero di fattori che incidono sul successo terapeutico. Da qui il bisogno di procedere con una visione multidisciplinare e – dove fosse possibile, come nei Centri Antifumo – con l'intervento di più figure professionali. La valutazione deve avere come obiettivo quello di raccogliere tutte le informazioni che possono risultare utili nel misurare la gravità della dipendenza, la sua durata e la correlazione con altre dipendenze. È necessario inoltre indagare sulla presenza di patologie correlate, sul contesto familiare e socio-culturale del fumatore. Da un punto di vista psicologico, invece, è necessario indagare sul livello motivazionale e sulla fase del percorso di cambiamento in cui l'utente si trova. Si rende utile comprendere quanto la decisione di smettere sia auto-centrata op determinata da fattori esterni, che risorse il paziente possiede sul piano della consapevolezza dei mec-

canismi che lo spingono a fumare, nonché quali strumenti può mettere in campo attraverso strategie di copyng. Risulta importante valutare la sua self-efficacy e il livello di frattura interiore (per esempio con test specifici, come il MAC/T). In alcune situazioni può risultare utile un approfondimento con test, per confermare od escludere disturbi di personalità o patologie sull'asse I del DSM.

Diverse cose possono cambiare a seconda degli esiti della valutazione, a cominciare dal tipo di percorso che si intende proporre al paziente (se individuale o di gruppo, per esempio) per finire al livello e al tipo di trattamento farmacologico (NRT, bupropione, associazioni di farmaci, SSRI, benzodiazepinici etc...).

Le motivazioni a smettere e il processo di cambiamento

È praticamente quasi impossibile fare smettere un fumatore che non è motivato a farlo. E la motivazione non è facilmente inducibile informando un paziente, per esempio, dei danni prodotti dal fumo. Nonostante sia necessario utilizzare al meglio tutte le occasioni per informare i fumatori, è necessario adottare strategie più adatte allo stadio motivazionale in cui si trovano, valutando attentamente i risvolti emozionali che la comunicazione produce. Non si deve intervenire con tutti allo stesso modo e non tutti sono allo stesso punto del loro percorso decisionale.



Uno strumento di analisi della motivazione al cambiamento molto semplice è costituito dal cosiddetto modello transteoretico di Prochaska e DiClemente. Secondo questa teoria, una persona che fuma passa da diverse fasi:

- A Non ha alcun interesse a smettere di fumare (fase di pre-contemplazione)
- B Pensa alla possibilità di poterlo fare (fase di contemplazione)
- C Fase della preparazione, in cui comincia a pensare strategie e tempi per smettere.
- D Considera poi di mettere in atto un tentativo coerente di smettere, fase dell'azione, limitata nel tempo, e finalizzata a raggiungere l'obiettivo.
- E Segue infine ad un'ulteriore fase, quella del mantenimento, in cui cerca di mantenere lo stato di astinenza (5, 6, 7, 12).

La maggior parte dei pazienti compie numerosi tentativi di smettere di fumare prima di riuscire nell'intento; dunque, la **ricaduta** è da considerare una componente normale del processo di disassuefazione, come evidenzia lo schema di RAW che riprende quello di Prochaska e DiClemente (TAB. I).

L'intervento nella fase di pre-contemplazione

Quando il fumatore è nella fase di pre-contemplazione, ossia non sta pensando di smettere, è molto difficile riuscire a penetrare attraverso la corazza di giustificazioni e di difese razionali che si è costruito. Molti soggetti in questo punto del percorso non accettano l'idea che i danni da fumo possano riguardarli. Talvolta sono convinti di poter controllare quando vogliono le sigarette e proprio per questo non pensano di smettere. Si tratta comunque di persone in cui il bilancio tra rischi e benefici presunti (compreso il piacere di fumare) è tutto a

favore del mantenimento della dipendenza. È anche possibile che alcuni tabagisti si siano convinti di non riuscire a smettere, sia per tentativi precedenti falliti, sia perché hanno visto slatentizzarsi – in mancanza di tabacco – disturbi d'ansia o di altro genere che li hanno spaventati. Non bisogna essere insistenti, non è opportuno giudicare o impaurire il paziente. È assolutamente inutile proporre terapie specifiche, cosa che condurrebbe solo ad una discussione tra il medico e il paziente, con un alternarsi di obiezioni e di risposte che rischiano di sconfinare nella polemica. Gli interventi troppo insistenti finiscono, poi per risultare sgraditi agli utenti e per far loro evitare il rapporto col medico, dal momento che sanno ad ogni visita di sentirsi "accusati" o "giudicati". L'unico approccio possibile in questa situazione è quello volto a mantenere un buon aggancio col paziente. Gli interventi del medico, o dell'operatore sanitario, devono essere più volti a sottolineare di tanto in tanto i vantaggi del non fumare che a spaventare il paziente con il fantasma delle malattie legate al fumo. L'obiettivo finale deve essere quello di far aumentare, con interventi sintetici (*Ha pensato ultimamente di smettere di fumare? Si ricordi che quando deciderà, io le potrò dare una mano!*) di aumentare la frattura interiore, cioè insinuare nella mente dell'interlocutore la possibilità di smettere e il vantaggio di farlo.

Pensando al cambiamento: la fase di contemplazione

Quando il fumatore comincia a riflettere sulla possibilità di smettere si trova ancora in una fase di ambivalenza. Una parte di lui considera i vantaggi di liberarsi dalla dipendenza, un'altra parte è legata al fumo e al piacere/gratificazione che ne deriva. Aiutare un tabagista in questa fase vuol dire fargli riconoscere le dinamiche dell'ambivalenza, diventare alleati della parte di lui che desidera smettere di fumare. Può essere una buona occasione per rivedere insieme i pro ed i contro dello smettere di fumare, correggere delle idee che egli ha sulla crisi di astinenza e sulle difficoltà che proverà. È il momento per sottolineare (con un atteggiamento non giudicante) le contraddi-

zioni interne che sta vivendo ("vedo che c'è una parte di lei che ha desiderio di smettere e un'altra parte che invece è legata al piacere di fumare"). È importante far pendere la bilancia dalla parte della decisione di smettere, sottolineandone gli aspetti positivi ("Credo che si sentirebbe decisamente meglio smettendo", "Proviamo a fare la lista dei vantaggi che deriverebbero dallo smettere? Nel suo caso, per esempio...").

La preparazione e l'azione

Quando una persona dichiara di avere deciso di smettere di fumare ha sicuramente bisogno di aiuto, ma di un aiuto diverso rispetto a quello che, per esempio, nega ogni vantaggio di superare la dipendenza. È superato, a quel punto, il bisogno di informarlo sui danni da fumo. Bisognerà concentrarsi sul programma di terapia. Molto spesso chi vuole smettere di fumare intende farlo drasticamente, senza conoscere bene a cosa va incontro, senza una sequenza e un progetto. L'operatore sanitario a cui egli si affida ha il compito, a questo punto, di rassicurarlo sul suo aiuto (molti sono spaventati da ciò che può succedere smettendo o degli "effetti collaterali" della privazione da nicotina: l'aumento di peso, l'insonnia, l'irritabilità etc...). È dunque compito del medico infondere fiducia nel tentativo, aiutare l'utente a scegliere una data per la cessazione definitiva, indicare quali tappe egli intende proporre, spiegare il perché di questa strategia. È il momento di informare il paziente sugli ausili farmacologici disponibili, fissare degli appuntamenti (anche telefonici) di sostegno per le fasi più difficili, pianificare strategie di superamento per i momenti di crisi. Il paziente deve uscire dall'ambulatorio sapendo che il suo medico può aiutarlo e che è disponibile a farlo con gli strumenti tecnici di cui dispone.

La grande maggioranza dei fumatori che vogliono smettere vogliono fare "da soli", cioè vogliono farcela con le proprie forze. Il "fai-da-te", però non funziona sempre: è meglio farsi aiutare, ma perché questo succeda gli operatori sanitari devono essere presenti e i fumatori devono sapere che sono disponibili ad aiutarli.

Un medico può sostenere un gran numero di fumatori, a qualsiasi stadio del percorso essi siano, ad incamminarsi verso la disassuefazione per mezzo di un consiglio breve (minimal advice o brief counselling) chiaro e non equivoco contro il tabagismo. È indispensabile però inserire nella routine clinica una domanda sul fumo e sulla possibilità di smettere (38).

L'uso di farmaci adeguati incrementa di molto le percentuali di disassuefazione nel lungo periodo durata, tenendo conto però che il numero di colloqui con cui un fumatore viene seguito nel programma di disassuefazione dal suo medico è il fattore più importante per un successo duraturo del tentativo di cessazione (39).

Va sottolineato che l'obiettivo principale è quello di raggiungere tutti i fumatori e di dare un messaggio costante, al fine di rendere visibile a tutti i fumatori la presenza di un fronte antibagico che però tende la mano ad ogni fumatore. Bisogna peraltro considerare l'impatto educativo che la disassuefazione di un adulto ha sui giovani: più gente smette di fumare e meno giovani troveranno che non fumare sia una scelta possibile e vincente (40).

In questa battaglia tesa a modificare stili di vita non sani, i medici non sono i soli responsabili, ma il loro ruolo potrebbe completare quelli che sono gli altri interventi di controllo del tabagismo (informazione ed educazione della popolazione generale, restrizioni della pubblicità, legislazione adeguata e politica di tassazione delle sigarette).

La disassuefazione come politica di prevenzione

Un intervento a diversi livelli

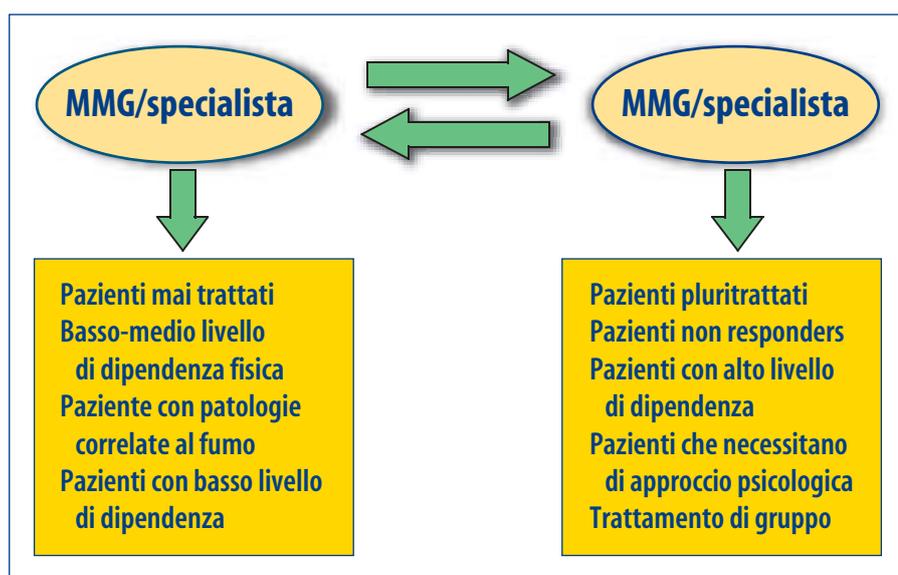
Attualmente sono disponibili interventi efficaci contro l'abitudine tabagica anche se, purtroppo, tuttora persiste una certa riluttanza, da parte degli stessi medici, ad impostare interventi adeguati. Diversi possono essere i motivi: mancanza di tempo, sensazione di incapacità di affrontare il problema, frustrazione causata dai bassi livelli di successo, per *dissonanza conoscitiva* o ancor peggio, il non ritenere la disassuefazione tabagica una importante responsabilità professio-

nale.

Dissonanza conoscitiva è quella situazione per cui un individuo, pur conoscendo la negatività di un dato comportamento, non se ne dissocia. È impensabile che un medico non conosca che il fumare fa male. Ciononostante può succedere che egli continui a fumare e non cerchi di convincere i suoi pazienti a smettere. O, anche se lo fa, parte consapevole (spesso con sentimento di colpa) del fatto che non rappresenta un buon esempio. Termine certamente appropriato. Il medico non si comporta in maniera conforme alla propria conoscenza; si *dissocia* cioè dalla sua scienza e dalla sua coscienza. Esistono molti dati scientifici recenti che hanno evidenziato, invece, che i medici possono aiutare i pazienti a smettere di fumare, riducendo pertanto l'incidenza delle patologie fumo-correlate. Ciò vale soprattutto, se si tiene presente quanto emerge da vari sondaggi, secondo cui più del 70% degli attuali fumatori smetterebbe più facilmente di fumare, se venisse incoraggiato a farlo da una figura medica.

Tutti i medici che hanno in cura pazienti fumatori a rischio più o meno alto, indipendentemente dalla loro eventuale specializzazione, hanno molte opportunità cliniche di spiegare come il fumo influisca sulla loro stessa salute, come possa incidere sulla diagnosi ed anche sulla prognosi di una particolare malattia, poiché anche la linea terapeutica potrà essere influenzata dall'abolizione o meno del fumo (2, 4, 12).

È importante, sia per il medico che per il paziente fumatore, prendere coscienza del fatto che lo smettere di fumare non è un evento singolo, ma è invece un processo che si realizza nel corso del tempo attraverso varie tappe. Infatti, come insegnano Prochaska e DiClemente, lo smettere di fumare costituisce una serie progressiva di eventi. Sia il medico che il personale infermieristico devono fornire messaggi ripetuti e coerenti in ciascuna delle occasioni di visita, adeguati allo stadio motivazionale di ciascuno di essi. Lo scopo organizzativo di un ambulatorio contro il fumo deve prevedere l'*identificazione* di tutti i pazienti fumatori, il loro *monitoraggio* e il loro *trattamento ottimale* in ciascuna visita ambulatoriale. Il



medico dovrebbe sempre porre la questione del fumo, sia che i problemi che hanno motivato la visita siano connessi a questo al tabagismo, sia che ne risultino estranei, esortando il fumatore a prendere in considerazione l'idea di smettere.

Si può considerare quindi che la presa in carico individuale per la disassuefazione possa intervenire a 2 livelli:

1 Il livello ambulatoriale. È quello del depistage del tabagismo da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti, ospedalieri e non. Il primo livello inizia col conoscere tutti i propri pazienti che fumano e con l'inserire una domanda sulla dipendenza tabagica nella routine clinica ambulatoriale. A tutti va indirizzato il consiglio "minimale" (39, 39), ossia pochi minuti (almeno 3) dedicati ai fumatori che non sono venuti a visita per questo, a quelli che sono contenti di esserlo, ai fumatori non ancora pronti per la cessazione e ai fumatori che non chiedono aiuto. Naturalmente con strategie comunicative diversificate. Tutti i medici anche in quest'ambito dovrebbero dare il meglio della loro capacità e professionalità. Ciò che emerge con chiarezza dalla letteratura è che il fumatore, oltre a essere sollecitato a smettere, deve essere assistito nel suo tentativo. "Un punto cruciale è il minimal advice iniziale" - spiega Robert West, psicologo alla St. George Medical School di Londra - "che dovrebbe durare, se possibile, almeno una decina di minuti. In questa occasione va stabilita una data oltre la quale le sigarette dovranno

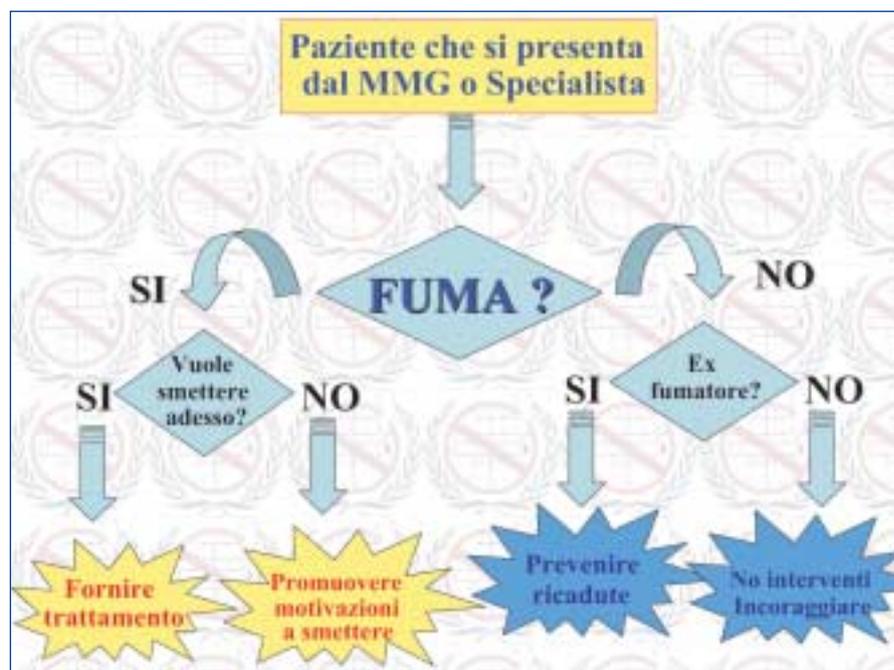
no a tutti i costi essere rifuggite, e vanno riviste le eventuali esperienze precedenti per individuare i momenti più critici e stabilire insieme come affrontarli. Il medico, inoltre, deve aiutare il paziente a scegliere il sostituto nicotinic più adatto a lui e spiegarli come avvalersene. È importante infine che il soggetto comunichi a familiari e ad amici le proprie intenzioni, in modo da avere in loro validi alleati piuttosto che diavoli tentatori". Uno dei principali effetti di questo breve dialogo è quello di motivare il fumatore a smettere e di rinforzare la sua decisione. E proprio la motivazione è il punto chiave, sottolineato anche, da Tim Coleman, ricercatore dell'Università di Leicester. Distinguere la finta determi-

nazione dall'autentica volontà a smettere dovrebbe diventare una priorità della ricerca per elaborare criteri oggettivi per riconoscerli nella massa dei poco convinti in modo tale da spendere la maggior parte delle risorse sui fumatori realmente motivati".

Il consiglio "minimale" è efficace soprattutto se viene dato con le specifiche tecniche di counselling breve. I risultati di studi randomizzati e controllati in medicina generale mostrano una efficacia pari a circa il 2-5% di astensioni dopo questo intervento. Cifre queste non trascurabili se tradotte in numeri assoluti sui 14 milioni di persone che costituiscono la popolazione italiana di fumatori: 280.000-700.000 l'anno.

L'approccio ambulatoriale è lo strumento giusto per i pazienti appartenenti alla popolazione generale mai trattati, per quanti hanno un livello medio-basso di dipendenza fisica, per coloro che si avvicinano al mondo della sanità per patologie correlate al fumo.

In questa fase di approccio di 1° livello, gli operatori sanitari possono valutare il grado di nicotindipendenza (Test di Fagerstrom) e seguire fino alla disassuefazione quei pazienti motivati con un basso grado di dipendenza. Un posto particolare spetta anche ai farmacisti (counselling propedeutico e motivazionale) che, oltre che alla vendita dei sostituti nicotini, dovrebbero stimolare il



paziente a smettere di fumare, supportarlo in una decisione di self-help, ed eventualmente indirizzarlo al proprio medico curante o addirittura ai Centri Antifumo (Terapia di II° livello) soprattutto in pazienti con forte dipendenza nicotina.

2 I Centri Antifumo rappresentano il secondo livello e sono gestiti da strutture specialistiche che, oltre ai compiti di assistenza, insegnamento e ricerca, dovrebbero avere come primo obiettivo quello di assumere in carico soprattutto quelle forme di medio-alta dipendenza tabagica. Le attuali linee-guida condivise da diverse realtà regionali (per es. Regione Lombardia) identificano il Centro Antifumo (o Centro per il Trattamento del Tabagismo) come un servizio in cui sono presenti almeno un medico e uno psicologo, con la possibilità di utilizzare strumenti per la diagnosi ed il monitoraggio del tabagismo (per es. misuratore di CO, test psicodiagnostici etc...).

Caratteristica dei Centri Antifumo è quella di fornire supporto per:

- Pazienti pluritrattati
- Pazienti non responder
- Fumatori con alto livello di dipendenza psico-fisica
- Individui in cui è necessario un approfondimento di diagnosi, per esempio sul piano psicologico
- Tabagisti che necessitano di un trattamento di gruppo o multidisciplinare (per es. sostegno psicologico o "terapia breve")

Spetta alle Aziende Sanitarie la copertura del territorio con strutture specifiche per la disassuefazione in un'ottica di prevenzione secondaria e terziaria delle patologie fumo-correlate.

La partecipazione di un numero significativo dei medici di base e di specialisti che si dedicano alla disassuefazione tabagica deve presupporre che gli sforzi per la formazione e l'ag-

Ipotesi di iter valutativo nei Centri Antifumo (II livello)

Valutazione medica

- Dati anagrafici
- Dati inerenti alle abitudini tabagiche
- Anamnesi completa
- Visita medica
- Esecuzione della misurazione del CO espirato ed, eventualmente, di altri esami
- Somministrazione del Test di Fagerstrom

Valutazione psicologica

- Analisi della motivazione
- Indagine su precedenti o attuali comorbilità nell'area delle dipendenze (sostanze stupefacenti, psicofarmaci, alcolismo, disturbi del comportamento alimentare, disturbi psichiatrici)
- Indagine sui più recenti eventi emotivamente significativi
- Verifica del livello di self-efficacy ed autostima
- Collocazione nell'ambito delle fasi del percorso di Prochaska e DiClemente
- Eventuale somministrazione di test (SCID; MMPI, MAC/T etc...)

(Da B. Tinghino, "Liberi dal fumo: il trattamento del tabagismo". Ed. Regione Lombardia, 2003)

giornamento specifico ed il tempo impiegato nella visita medica, in questo caso più lunga, siano riconosciute e considerate in modo specifico (31, 42). Comunque tutti i protagonisti della disassuefazione devono lavorare in

un'ottica di integrazione tra loro, con una visione multidisciplinare e nel contesto di una rete che abbraccia la scuola, gli ospedali, le farmacie, i servizi sanitari e sociali del territorio, il mondo dello sport.

Indicatori qualitativi per i centri antifumo

Operatori	1 medico 1 psicologo 1 infermiere Eventualmente altre figure (educatore professionale, assistente sociale etc...)
Locali	1 ambulatorio medico 1 studio psicologo locali per attesa e front-office altri come da requisiti di legge
Servizi offerti	Apertura al pubblico almeno 4 mezze giornate la settimana Possibilità di rapporti preferenziali con pneumologo, cardiologo, oncologo Integrazione con MMG Punto di riferimento per iniziative di prevenzione ed educazione
Strumentazione diagnostica indispensabile	Misuratore di CO espirato
Strumentazione consigliata	Spirometro Elettrocardiografo
Test psicologici	Può rendersi necessaria la somministrazione di test psicologici specifici (oltre al test di Fagerstrom) i quali devono essere disponibili (es. MMPI, MAC/T etc...)

(Da B. Tinghino, "Liberi dal fumo: il trattamento del tabagismo". Ed. Regione Lombardia, 2003)

Terapie farmacologiche per la cessazione dal fumo

Farmaco	Controindicazioni principali	Effetti collaterali	Dosaggio	Regime di dispensazione
Bupropione cloridrato SR	Convulsioni, epilessia	Insonnia, disturbi gastrici, irritazione cavo orale, secchezza delle fauci	150 mg per 6 giorni nella fase di induzione, poi 150 mg la mattina e 150 mg dopo 8 ore per 7 settimane	prescrizione medica
Inhaler alla nicotina		irritazione cavo orale, faringe e vie nasali	5-15 cartucce al dì per 2 mesi fino ad un massimo di 6 mesi	prodotto da banco
Gomma alla nicotina		Brucciore al cavo orale e irritazione, dispepsia, esofagite	confezioni da 2 mg (per consumo < a 20-25 sigarette/die): confezioni da 4 mg (per consumo > 25 sigarette/die) Usare fino ad un max di 20 gomme al dì per 2 mesi, fino ad un massimo di 6 mesi	prodotto da banco
Cerotto alla nicotina		Irritazione cutanea locale, possibile astinenza al mattino nei fumatori con forte dipendenza per il 16 h, possibile insonnia per il 24h	confezioni da 5,10,15 mg da usare preferibilmente per 16 ore e confezioni da 7, 14, 21 mg da usare preferibilmente per 24 ore, per 2 mesi, fino ad un massimo di 6 mesi. È consigliabile dopo 4 settimane di alto dosaggio, usare cerotti con dosaggi decrescenti	prodotto da banco
Spray nasale alla nicotina		Irritazione mucosa nasale	8-40 puff/die per 2 mesi, fino ad un massimo di 6 mesi	prodotto da banco
Compresse sublinguali		irritazione cavo orale ed esofago	8-12 cpr al giorno, fino ad un massimo di 40. Usare per 2 mesi, fino ad un massimo di 6 mesi	prodotto da banco
Pastiglie da sciogliere in bocca		irritazione cavo orale ed esofago	8-15 past. al giorno, per almeno 3 mesi	prodotto da banco

(Da B. Tinghino, "Liberi dal fumo: il trattamento del tabagismo". Ed. Regione Lombardia, 2003 - modificato)

Metodologie per la disassuefazione

Per dare una risposta alla domanda di disassuefazione, sono stati sperimentati, nel corso degli anni, strategie diverse.

Negli ultimi tempi sono stati condotti vari studi scientifici sulla disassuefazione dal fumo (14,18, 24-28) le cui reviews costituiscono la base delle raccomandazioni americane (AHCPR Smoking Cessation Clinical Practice Guideline, USA 1996), svedesi (Smoking



Cessation Methods - National Institute of Public Health and Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Sweden 1998), britanniche (Smoking Cessation Guidelines and their Cost

Effectiveness, England 1998) e francesi (Recommandations de la Conference de Consensus sur l'arret du tabac, France 1999). Da qui le diverse strategie di cura, tra le quali le più efficaci concordano su

un punto: spaventare i fumatori non sempre serve a farli smettere. Prendiamo ora in esame quali metodi vengono oggi utilizzati, da chi, e con quali differenze.

Pur concordando che non esiste ancora il *gold standard* della disassuefazione dal fumo di

tabacco, pur tuttavia esistono alcuni tratti comuni e punti fermi per tutte le metodologie impiegate in questo campo e che cominciano ad avere validazione scientifica: a) Perché una metodologia

abbia un'efficacia significativa non può prescindere da un'azione di counselling, indipendentemente dalla sua intensità e articolazione, individuale o di gruppo. b) I sostituti nicotinici (NRT) e il bupropione sono supporti terapeutici efficaci che consentono di avere una marcia in più nel difficile campo della disassuefazione, specie quando combinate fra loro.

I supporti farmacologici

Nicotina. Sono state pubblicate recentemente diverse meta-analisi che valutano l'efficacia della terapia sostitutiva con nicotina (cerotti, chewing-gum, inalatore o spray nasale) (8-11). Il cerotto alla nicotina, attualmente il più usato negli USA, fornisce il tasso di interruzione di 2 o 3 volte rispetto al cerotto con placebo (11).

La terapia sostitutiva con nicotina utilizzata da sola, a seconda dei vari studi e

Il counselling breve, l'approccio delle "5 A"	
1. ASK (chiedere)	Chiedere ad ogni paziente se fuma. Strutturare un modello organizzativo (per es. nella cartella clinica) in cui sia prevista la domanda sulle sue abitudini rispetto al tabacco.
2. ADVICE (consigliare)	Consigliare a tutti i fumatori di smettere. Tale intervento deve essere metodico, effettuato con modalità opportune anche da un punto di vista relazionale, deciso.
3. ASSESS (valutare)	Verificare se il paziente ha preso in considerazione l'idea di porre in atto un tentativo, almeno nei successivi 30 giorni. Cercare di capire in che fase del percorso di cambiamento il paziente si trova.
4. ASSIST (assistere)	Assistere i pazienti che hanno deciso di smettere, fornendo loro la propria consulenza, il supporto psicologico, raccomandando eventualmente un trattamento farmacologico efficace, fornendo del materiale supplementare.
5. ARRANGE (organizzare)	Programmare dei contatti o dei colloqui - sia di persona che per telefono - entro la prima settimana del percorso di cessazione e almeno nel primo mese dalla cessazione.

(Da B. Tighino, "Liberi dal fumo: il trattamento del tabagismo". Ed. Regione Lombardia, 2003)

dei dosaggi di nicotina usati, ha ottenuto risultati di astensione statisticamente significativi a 6 mesi (12,5%-33,6%) e a 1 anno (27,5%).

Altri Autori invece, come Fiore (7, 20) e Kozak (29, 30) hanno evidenziato che interventi comportamentali come una breve azione di "counselling", singola o di gruppo, combinati alla terapia nicotinic sostitutiva aumentano il successo di tale trattamento rispetto a quello conseguito con la sola terapia sostitutiva nicotinic (8, 15, 19-21, 23, 29, 30); va comunque specificato che il cerotto, anche in assenza di questi interventi comportamentali, si è rivelato più efficace della gomma da masticare (8-13,15,16). A nostro parere il test di Fagerström dovrebbe guidare, in base al grado di dipendenza nicotinic, il dosaggio nicotinic transdermico iniziale e l'utilizzo del cerotto da 16 o 24 ore.

In linea di massima per i forti fumatori, con un elevato craving mattutino, si consiglia il cerotto da 24 ore.

Qualche autore come HURT et al. (15) ha riscontrato significativi risultati utilizzando cerotti a dosaggio fisso (22 mg per 8 settimane): astensione del 46,7% dopo 8 settimane e 27,5% dopo un anno di astensione vs. placebo rispettivamente 20% e 14,2% (15). Kozak (29, 30) invece utilizzando cerotti ad alto dosaggio (da 20 a 30 mg a seconda del test di

Fagerström) per 3 mesi ed un supporto psicoterapeutico ha riscontrato a 12 mesi un ottimo 48% di astensione dal fumo (29, 30).

Bupropione. Un altro tassello nel mosaico dei metodi di cessazione del fumo di tabacco che si è dimostrato efficace è il Bupropione, un farmaco ad azione antidepressiva. La vera difficoltà a mantenere nel tempo una iniziale cessazione tabagica sta non solo nella dipendenza da nicotina, ma anche da fattori neuropsicologici che sono alla base della motivazione a smettere. Infatti data l'alta prevalenza di turbe dell'umore o di sintomi depressivi nel fumatore, che si accentuano durante i tentativi di cessazione e che tendono a favorire la recidiva, l'introduzione di terapie antidepressive nei programmi di cessazione sembrano avere una base razionale. Dopo lo studio sulla nortriptilina che ha dato risultati positivi anche se limitati è stato sperimentato con successo il Bupropione. Si tratta di un farmaco antidepressivo che agendo su due neurotrasmettitori, la dopamina e la noradrenalina, combatte i sintomi di astensione dalla nicotina. Nei controlli ad 1 anno, utilizzato da solo per un mese, ha dato il 33% di successi di abbandono del fumo, contro il 21% di chi usava i cerotti alla nicotina. I due metodi, pillola e cerot-

ti, usati contemporaneamente sono risultati più efficaci raggiungendo quota 38% vs placebo (18%).

Analoghi sono i risultati di uno studio controllato e in doppio cieco di Jorenby dell'Università del Wisconsin (32) sull'efficacia del bupropione a rilascio lento (244 soggetti), della nicotina transdermica (244 soggetti) e della combinazione fra i due sistemi (245 soggetti) rispetto al placebo (160 soggetti). Il tasso di astensione dal fumo a 12 mesi era del 15,6% per il placebo, 16,4% per la nicotina transdermica, 30,3% per il bupropione e 35,5% per la terapia combinata senza differenze statisticamente significative per quest'ultima rispetto al solo bupropione.

Il counselling e il minimal advice

Per counselling si intende un intervento che si muove da una specifica richiesta dell'utente, che



prevede una contrattualità terapeutica limitata e che si conclude in una sola seduta. Nell'ambito della disassuefazione tabagica, la letteratura seleziona due tipi di intervento riconducibile a questa definizione: IL MINIMAL ADVICE e IL COUNSELLING INDIVIDUALE ripetuto.

Il **minimal advice** è un intervento della durata di pochi minuti (almeno 3, ma più efficacemente 10) in cui viene affrontata la domanda sul fumo e sui benefici dello smettere di fumare, che si conclude possibilmente con l'offerta di supporto. Nel caso in cui il fumatore accetta la proposta di smettere, questi momenti possono essere ripetuti, allo scopo di offrire una risposta ai problemi che di volta in volta, durante il percorso di cessazione, il paziente porterà al curante (**counselling individuale breve, o brief counselling**). In questo caso è opportuno che il colloquio superi i 10 minuti. (38, 39, 40).

Diversi studi attestano che un medico di fiducia con dei semplici consigli (minimal advice) può essere efficace a far smettere 2-5 soggetti su 100, quantità che sale al 9% se si tratta di donne in gravidanza, fino al 36% per i pazienti che hanno avuto un infarto (18).

Le terapie di gruppo

Sotto questa dicitura sono inclusi e sono stati esaminati metodi diversi tra loro, dalle terapie di disassuefazione condotte da psicologi e medici, agli incontri condotti da infermieri, volontari, ex fumatori, che si possono riconoscere più propriamente in un approccio caratterizzato dal sostegno o dall'auto-aiuto.

Il "Piano dei 5 Giorni"

È stato il primo metodo usato in Italia a partire dal 1973. Basato su esperienze americane e gestito da "Vita e Salute", associazione di volontariato della Chiesa Avventista italiana, consiste in cinque incontri di gruppo consecutivi. Seguono incontri di "mantenimento", prevalentemente in forma di seminari sullo stress o sulla nutrizione. Elementi cardine del metodo sono costituiti dalla forte sollecitazione emozionale realizzata con filmati e diapositive, ma anche dal carisma del conduttore, con forti sollecitazioni al cambiamento, nello stile di vita e nel regime alimentare. Gli "animatori" sono volontari non professionisti. Non si somministrano farmaci e si partecipa gratuitamente, con la richiesta di un'offerta alla fine del programma (57). Si organizzano in tutta Italia e sono usati, con qualche variante, nel Triveneto in particolar modo, dove si è aggiunta l'esperienza degli operatori dei nuclei di Alcologia (47).

Corsi della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori.

I pazienti, dopo un colloquio di selezione con uno psicologo, vengono ammessi alla frequenza di un gruppo chiuso di disassuefazione (10-15 persone in genere). Il conduttore, che è uno psicologo, guida i fumatori attraverso un percorso di 9 incontri. I primi di questi hanno cadenza bisettimanale, i successivi più distanziati. I pazienti vengono aiutati a capire cosa c'è dietro la sigaretta, in termini di contenuti emotivi e psicologici, a superare la separazione dal fumo e a mantenersi astinenti. Vengono dati anche consigli su aspetti dietetici e di stile di vita. Il metodo non prevede l'uso di farmaci o presidi medici. Al momento non vengono usate tecniche di

controllo (CO o Cotinina) dei risultati ottenuti. Quasi tutte le sedi della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori dal 1986 offrono questo servizio, in alcuni luoghi gratuitamente, in altri dietro il pagamento di una modesta somma di iscrizione (47, 57).

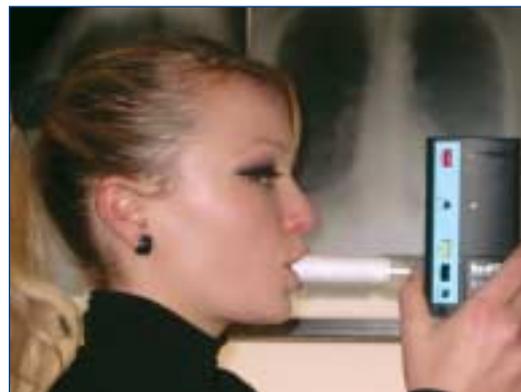
Gruppi dei Fumatori in Trattamento (GFT).

Progettato in Italia (Mangiaracina, 1986), costituisce una evoluzione del "Piano dei 5 Giorni" ed è adatto a gruppi di media grandezza, da 15 a 25 fumatori per seduta. È strutturato in tre fasi: Preparazione (colloquio clinico e seduta preliminare in gruppo), Trattamento Intensivo (cinque sedute consecutive) e Mantenimento (una seduta settimanale per 4 settimane). Nella fase preliminare si definisce individualmente e collettivamente il "contratto" e si prepara il passaggio all'azione. Segue la fase di "immersione totale" dove, sin dalla prima sera i fumatori vengono incoraggiati a gestire insieme le prime 24 ore senza fumo. Il percorso in cinque sedute prevede varie fasi (formulazione della decisione, riconoscimento della dipendenza, analisi dello stile di vita, bilancio su perdite e guadagni, constatazione del cambiamento). La fase di mantenimento serve a consolidare e sviluppare i successi individuali e di gruppo. Il GFT è un programma aperto ad approcci integrati come l'uso di farmaci e la terapia sostitutiva nicotinic. Diffuso soprattutto al Centro Italia, dal 1997 viene attuato al Policlinico Umberto I e in altri ospedali di Roma. I conduttori sono medici e psicologi opportunamente formati ed è prevista una quota di iscrizione (47, 57). Viene eseguito controllo dei risultati con CO.

Terapie integrate

Più che un "metodo" costituisce il progetto di lavoro di molti "centri antifumo" delle strutture pubbliche (ASL e Ospedali) in varie regioni d'Italia (Monza, Ferrara, Bologna, Brindisi, Parma, Pavia, Padova, etc.) che utilizzano una pluralità di risorse integrate fra loro e riescono a produrre interventi mirati ai bisogni del

paziente. I fumatori, in genere, usufruiscono di una valutazione sia medica che psicologica, talora con l'esecuzione di alcuni esami di laboratorio e di funzionalità respiratoria. In rapporto alle loro caratteristiche vengono poi inviati a terapie di gruppo o a terapie individuali. Nell'ambito delle terapie individuali o di gruppo è presente sempre un supporto sia dello psicologo e del medico con l'eventuale uso di farmaci (prodotti a base di nicotina e/o bupropione). Alcuni Centri prevedono lungo il percorso momenti di educazione alimentare, informazioni sui danni da fumo e training autogeno. Per il controllo dei risultati quasi tutti utilizzano l'analisi del CO nell'espirato. Gli approcci cognitivo-comportamentali sono in genere rappresentati dalle terapie di gruppo basate sul criterio dell'auto-osservazione e del mutuo-aiuto. Ai gruppi si accede abitualmente dopo un uno o più colloqui di valutazione/selezione. Talora l'accesso al gruppo può avvenire quando esso è già iniziato, anche da parte di fumatori già trattati e che sono ricaduti (gruppo "aperto"), con una serie di sedute che continuano per lungo tempo, consentendo l'inserimento a vari livelli del percorso.



Abitualmente, però, i gruppi sono "chiusi", ossia hanno un limitato numero di iscrizioni, una durata ed un numero di sedute stabilito e non permettono inserimenti "in itinere". La conduzione dei gruppi della Lega Tumori o di quei centri che prevedono un livello di trattamento di tipo "terapeutico" è affidata generalmente a psicologi o altre figure professionali con competenze psico-sociali. Diversamente, dove il taglio è più connotato da azioni di sostegno, prescrizione e couin-

selling, i gruppi sono condotti da un medico e/o da un infermiere o da altre figure opportunamente formate.

Dalla letteratura internazionale c'è evidenza della migliore efficacia dei gruppi rispetto alla tecnica del semplice self-help e degli interventi meno intensivi. Non esiste invece evidenza della maggiore efficacia dei gruppi rispetto al counseling individuale intensivo ("terapia individuale") (39, 45).

Il self-help

Il concetto di "Self-Help" si è evoluto nell'ultimo decennio. Si partì con opuscoli informativi che spiegavano come prepararsi a smettere e in che modo affrontare le crisi, quali tecniche adottare per superare le crisi di astinenza, come evitare le ricadute, e come prevenire l'aumento del peso o controllare lo stress. L'efficacia di questa modalità è stata misurata ed è risultata sensibilmente superiore ai tentativi di automedicazione senza alcun aiuto, ma con risultati complessivi comunque scarsi. Non è stata inoltre dimostrata una efficacia del Self-Help così concepito, superiore agli interventi minimi effettuati da professionisti della salute o rispetto all'uso dei sostituti della Nicotina (55). Tuttavia, dalla fine degli anni Novanta, sono state approntate due modalità di intervento che hanno modificato sensibilmente la concezione che se ne aveva in passato.

Nel 1997 Mangiaracina propose un servizio di Self-Help "assistito", a distanza (57). Medici e psicologi offrivano aiuto ai fumatori via internet attraverso un programma denominato "Internet NO Smoke" (www.gea2000.org/nosmoke). Il servizio è ancora attivo, corrisponde al sito www.tabagismo.it, ma collegato al sito internazionale "Stop-Tabac.ch", gestito dall'Università di Ginevra e diretto da Jean Francois Etter, professore al Dipartimento di Salute Pubblica (56). Dal febbraio 1999, fino a tutto il 2003, il sito ha avuto complessivamente 595.000 accessi. Tra questi, 80.000 fumatori hanno partecipato al programma interattivo. Uno studio randomizzato ha dimostrato che per ogni 28 fumatori che si sono iscritti uno ha smesso. Il criterio per definire lo stato di cessazione è stato che il soggetto non avesse fumato nelle 4 settimane precedenti l'in-

dagine, e per almeno 7 mesi dalla fine del programma. In totale il servizio ha prodotto 3.000 non fumatori, senza contare le persone che hanno cambiato le loro motivazioni, anche se non hanno partecipato al programma interattivo (56).

Un'altra modalità di Self-Help assistito è la "Quit-Line", ovvero l'assistenza dei fumatori via telefono. Le Quit-Line hanno avuto un discreto successo in particolare nel Nord Europa e in Svezia, ma si stanno diffondendo negli altri Paesi (49). Per comprendere l'importanza che in maggiore misura viene conferita a questo genere di intervento, basti considerare che l'organizzazione internazionale delle Quit-Line europee, denominata "QUIT", è partner della Campagna Tabagismo 2005-2007 "Help", della Commissione Europea. In Italia è la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori che ha attuato il servizio nazionale, denominato "Linea verde SOS Fumo", che fa capo al numero 800-998877. Il servizio è gestito da operatori professionisti, in prevalenza psicologi, che effettuano la valutazione del paziente con questionari e test, proponendo un percorso step-by-step. Il servizio è attivo da poco tempo per esprimere valutazioni, ma la strada è ormai spianata verso interventi appropriati, offerti anche a quei fumatori che per qualsiasi motivo non hanno la possibilità di accedere ai servizi territoriali.

I metodi paradossali e avversativi

Sono stati usati in passato, soprattutto nei paesi anglosassoni, ma comunque oggi sono poco utilizzati. Consistono nel provocare avversione al fumo sottoponendo il paziente ad un iperdosaggio di sigarette, per esempio costringendolo a stare per una intera giornata in uno spazio angusto dove il ricambio d'aria è limitato, in modo che il soggetto avverta repulsione verso il fumo. Un altro metodo è costituito da lezioni o sedute fume di discussione sui danni della sigaretta. Questi metodi funzionano, in genere, per poco tempo, in quanto la dipendenza dalla sigaretta ben presto si riaffaccia, superato la repulsione momentanea, e la ricaduta è quasi certa (59).

Sono due le procedure più seguite: raddoppiare il numero di sigarette fuma-

te o accelerare le boccate così da essere letteralmente nauseati dal fumo. La loro efficacia, secondo questo studio, sarebbe soddisfacente (14% di successo) se non fosse per due problemi: 1) ricerche più approfondite sui 637 partecipanti allo studio, col dosaggio della cotinina nelle urine è stato rilevato che molti degli "astinenti" non avevano abbandonato del tutto il fumo. 2) il secondo problema è la pericolosità di queste procedure che aumentano bruscamente i livelli di nicotina nel sangue. Uno studio EBM di Law e Tang e di Hajek e Stead in *The Cochrane Library*, hanno dimostrato l'inefficacia di trattamenti che inducono avversione al fumo (18, 53, 59).

Ipnosi

È una tecnica di condizionamento al disgusto per il tabacco. L'ipnosi è una tecnica fondata sull'abbassamento terapeutico della soglia di attenzione del paziente fino al raggiungimento di uno stato di coscienza piuttosto basso, condizione in cui il terapeuta può far passare dei messaggi o degli input più direttamente alla parte istintiva del cervello. Il problema è che quando si smette di fumare in modo poco consapevole, perché non si è compiuto un percorso cosciente di elaborazione del problema, le ricadute sono frequenti. Peraltro, questa metodologia sebbene sembra avere soddisfacenti risultati clinici anche a distanza, non ha ancora un valido supporto da parte della letteratura internazionale. Secondo gli ex-fumatori l'efficacia sembra essere elevata (23%) ma non esistono studi controllati. Restano comunque per il momento insufficienti le evidenze di una sicura efficacia della ipnoterapia nella smoking cessation (54, 59).

Agopuntura e auricoloterapia

Per queste due metodiche le evidenze, derivate da studi controllati, non sono sufficienti per dimostrarne l'efficacia, se usate da sole (18). Si tratta di tecniche che, per loro stessa natura, non si prestano al confronto col placebo e sulle quali sono in corso di svolgimento ulteriori ricerche. Gli studi finora effettuati sono in genere limitati da una inadeguata metodologia, dalla mancanza di validazione

della diagnosi e dei risultati tramite misurazione del CO o della cotinina urinaria e da assenza di ipotesi testabili (43, 44, 57, 59).

Diversi Centri Antifumo, però, sulla scorta di proprie esperienze le inseriscono col ruolo di semplice supporto alle terapie scientificamente validate.

Agopuntura. Attraverso l'infissione di aghi di sottili dimensioni vengono stimolati alcuni punti che, secondo un tentativo di spiegazione coerente con la medicina occidentale, indurrebbero la liberazione nel cervello di "endorfine", sostanze che migliorano il tono dell'umore, svolgono un'azione ansiolitica, migliorano la resistenza allo stress e al dolore. Nel campo delle terapie contro il fumo è diffusa la metodica "Acudetox" (agopuntura auricolare). Sulla scorta di queste considerazioni l'agopuntura, dunque, non può essere considerata da sola una terapia contro il fumo, ma va inserita in un contesto di terapie integrate.

Elettrostimolazione auricolare. È un metodo che consiste nella stimolazione di alcuni punti dell'orecchio attraverso un elettrodo. La stimolazione viene abitualmente praticata per mezz'ora e coloro che la praticano dicono che in una sola seduta eliminano la dipendenza dal fumo. Affermazioni del genere non sono attualmente confermate da studi scientifici.

Fitoterapia

Gli estratti di piante medicinali, preparati con tecniche erboristiche, non hanno specifiche indicazioni nel trattamento della dipendenza da fumo. Non esistono cioè studi che ne dimostrino l'efficacia specifica nella dipendenza da nicotina. Nonostante ciò, numerosi principi attivi vegetali hanno dimostrato la loro efficacia, in studi controllati e randomizzati, nel trattamento di varie patologie, tra cui alcune che possono insorgere nel periodo dello svezzamento da tabacco. Per fare degli esempi, esistono molecole estratte da piante utili per i disturbi d'ansia o per l'insonnia (Valeriana, Passiflora, Escholtzia, Kawa-Kawa), per i disturbi del tono dell'umore e delle forme lievi di depressione (Ginseng, Iperico, Eleutero-

cocco, Rodhiola rosa), oppure per migliorare la clearance mucociliare dell'apparato respiratorio (piante ad azione mucillaginose come l'Altea, la Malva, o balsamiche come l'Eucaliptus, il Timo, l'Origano, l'Anice). Questo armamentario terapeutico, pur non essendo specifico per la disassuefazione da fumo, costituisce uno strumento utile al medico e ai pazienti che non vogliono assumere farmaci per i fastidi derivanti dall'astinenza (51, 58).

Omeopatia

Si tratta di una terapia di disassuefazione che utilizza granuli contenenti dosi infinitesimali di estratti di tabacco. Nemmeno in questo caso esistono studi scientifici che ne certifichino la validità (59).

Linee guida per un approccio pragmatico

In particolare l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ha emesso, per prima nel 1996, le proprie linee guida per la pratica clinica, riguardanti l'interruzione del fumo (12). Queste linee guida sono il prodotto di uno sforzo, durato due anni, di un comitato composto da 32 membri, che ha sistematicamente revisionato e valutato la letteratura esistente sull'interruzione del fumo pubblicata tra il 1975 e il 1990, prendendo in considerazione studi controllati randomizzati, con follow-up di almeno 5 mesi a partire dalla data della cessazione. Queste linee-guida rappresentano, fino ad oggi, un valido substrato operativo per quegli ambulatori antifumo che si avvalgono dell'azione combinata del counselling con la terapia farmacologica sostitutiva. La strategia di queste linee guida si sviluppano su 5 livelli di intervento. La novità più interessante di queste linee guida consiste nel nuovo approccio adottato per ogni fumatore regolare, basato sull'uso di routine della terapia nicotinic sostitutiva (NRT) ed in particolare dei cerotti. Il dosaggio va deciso in base al numero di sigarette fumate al giorno e alla conseguente dipendenza nicotinic valutabile mediante test di Fagerström (TAB. II). La prima domanda del test chiede, non a caso, in qual è per il paziente la sigaretta "essenziale" durante la giornata. Tra le diverse domande che un fumatore in "via di pentimento" si sen-

tirà rivolgere, questa È certo la più insidiosa e la più importante perché, attenzione, "essenziale" non vuol dire "buona", come la sigaretta dopo un pasto. E Fagerström, psicologo clinico presso la Uppsala University, in maniera semplice ma efficace spiega: *"Essendo l'emivita della nicotina molto rapida, al mattino il serbatoio è vuoto, e dall'urgenza che il fumatore ha di riempirlo dipenderà la difficoltà che incontrerà nello smettere di fumare. È per questo che l'essenzialità della prima sigaretta al risveglio riveste un carattere chiave: perché misura la dipendenza della salita su cui il fumatore dovrà spingere il carro. Non è questione di carattere o di volontà: spinge meglio il carro chi ha minore dipendenza. La nicotina inalata in meno di 10 sec. giunge in alcune zone del cervello (es locus ceruleus e sistema mesolimbico), provocando progressivamente delle modificazioni che sono responsabili della dipendenza psichica e fisica; col tempo, la seconda supererà la prima".* Da qui il razionale di una terapia nicotinic sostitutiva (8-13).

Conclusione

In conclusione, l'arresto del consumo di tabacco è oggi un problema importante e prioritario di Sanità pubblica. Il che giustifica una nuova politica sanitaria non solo a livello centrale (Ministero della Sanità) ma anche periferico (Regioni e Aziende Sanitarie). Il problema fumo coinvolge tutti i cittadini fumatori e non fumatori, tutto il personale sanitario, le Autorità amministrative e politiche che devono collaborare nel rispetto dell'altro per migliorare la salute di tutti. Ed è per questo che vanno messe in essere tutte quelle strategie atte a ridurre il problema tabagismo. Pertanto si può dire che a tutt'oggi, tenendo presente che la nicotino-dipendenza è una dipendenza psicofisica, fra tutte le metodiche di disassuefazione dal fumo di tabacco, quelle che hanno trovato una validazione scientifica per la indiscussa efficacia è la terapia sostitutiva con nicotina (cerotto, gomma, e inalatore) specie se associata ad un programma di supporto comportamentale per controllare i fattori psicologici della dipendenza dal fumo. Il Bupropione, di recente introduzione, è in grado di amplificarne i risultati.

Linee-guida dell'AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research)

Le linee-guida dell'AHCPR per la disassuefazione dal fumo si snodano attraverso 5 livelli (steps) progressivi (12, 48):

I STEP: *identificare (medico e paramedico) tutti i consumatori di tabacco. Ad ogni visita dovrebbe essere segnalata ed aggiornata l'abitudine tabagica (non fumatore, fumatore attuale, ex-fumatore).*

II STEP: *dare un consiglio molto chiaro, forte e personalizzato di smettere di fumare.*

III STEP: *identificare i fumatori intenzionati a compiere un tentativo di smettere di fumare. Se il paziente è intenzionato a compiere il tentativo, fornire l'assistenza, passando al livello 4. Se invece il paziente non è intenzionato a compiere il tentativo, esercitare un intervento motivazionale mediante il percorso delle "Quattro R": 1. Rilevanza: l'intervento ha un grandissimo impatto se è importante per l'interesse del paziente o per il suo stato di malattia, per la famiglia o per la situazione sociale. 2. Rischi: evidenziare i rischi più importanti per la salute del paziente e dei conviventi (acuti: difficoltà di respiro; a lungo termine: cancro e BPCO per s, e per il/la consorte, malattie respiratorie per i bambini e maggior rischio di abitudine al fumo per i più giovani). 3. Ricompensa: chiedere al paziente di identificare quali potenziali benefici si aspetta dalla cessazione del fumo (migliore salute, risparmio economico, possibilità di dare il buon esempio ai bambini, migliori prestazioni sportive) 4. Ripetizione: l'intervento motivazionale dovrebbe essere ripetuto ad ogni visita.*

IV STEP: *assistere il paziente nella cessazione, per cui risulta determinante:*

a) stabilire una data per la cessazione (entro 2 settimane), concordata col paziente. Dire al paziente di informare i suoi familiari, amici e colleghi sulla sua decisione di smettere, ed eliminare le sigarette dal suo ambiente.

b) Incoraggiare l'uso della terapia di sostituzione nicotinic (cerotti, gomma o inhaler) in tutti i fumatori, ad eccezione di particolari circostanze (donne in gravidanza e in allattamento, malattie cardiovascolari) in cui comunque i rischi/benefici della terapia nicotinic dovrebbero essere valutati attentamente. Secondo l'AHCPR i CEROTTI dovrebbero essere sempre usati: 4 settimane a dose "elevata" (21 o 15 mg); 2 settimane di dose intermedia (14 o 10 mg); 2 settimane a dose bassa (7 o 5 mg) ogni mattina in una sede cutanea diversa, priva di peli, fra collo e spalla. In generale, per la migliore aderenza al trattamento è preferibile il cerotto per l'uso clinico di routine, eccezion fatta per i casi in cui si siano riscontrati un insuccesso precedente o gravi reazioni cutanee, laddove non siano gli stessi pazienti a preferire le gomme da masticare. Queste dovrebbero essere usate da 2 mg (o da 4 mg in caso di forte dipendenza con Fagerström >6) con un massimo di 30 (se da 2 mg) o di 20 (se da 4 mg) al giorno. Vanno masticate lentamente; la gomma va fermata tra la guancia e i denti appena se ne apprezza il gusto "pepato" e va masticata nuovamente per un massimo di 30 minuti. Inizialmente andrebbe masticata 1 gomma ogni 1-2 ore e per almeno 3 mesi a seconda del grado di nicotinodipendenza. Non si dovrebbe mangiare n, bere niente, ad eccezione dell'acqua, per almeno 15 min. prima e dopo la masticazione.

c) È essenziale l'astinenza totale dopo la data della cessazione dal fumo. Controllare l'assunzione di alcool, che è frequentemente associato con la ricaduta. Cercare di convincere altri fumatori in casa a smettere.

d) Fornire opuscoli sulla cessazione del fumo (materiale di auto-sostegno) appropriati per il paziente.

V STEP: *Stabilire contatti di controllo, di persona o per telefono (almeno 1 durante la prima settimana della cessazione ed un secondo durante il primo mese). Congratularsi per il successo qualora si sia riscontrato. Se si verificano ricadute, ricordare al paziente che un passo falso non rappresenta un insuccesso, ma trarne uno stimolo per giungere all'astinenza totale. Valutare l'utilizzo e gli eventuali effetti sfavorevoli della terapia nicotinic sostitutiva. In caso di difficoltà maggiori, prendere in considerazione una consulenza per un programma più specialistico pneumologico e psicologico.*

A) PREVENZIONE E RICADUTA: Questa è critica durante i primi 3 mesi dopo la cessazione, quando il rischio è elevato. L'intervento di prevenzione della ricaduta comprende le congratulazioni per l'interruzione dell'abitudine al fumo, l'interesse da parte del medico che il paziente rimanga astinente la discussione attiva riguardante i benefici (salute) ed il progresso nel processo di astinenza (riduzione dei sintomi di astinenza).

B) AUMENTO PESO CORPOREO: L'aumento di peso (nella maggior parte <4,5 Kg) e le precoci e rigide restrizioni dietetiche possono essere controproducenti. Le gomme da masticare alla nicotina rispetto ai cerotti ritardano l'aumento di peso corporeo successivo alla cessazione del fumo; gli ex-fumatori dovrebbero attendere fino a quando non si sentono sicuri di non riprendere l'abitudine al fumo prima di cercare di ridurre il loro peso.

C) STATO D'ANIMO NEGATIVO O DEPRESSIONE: prescrivere antidepressivi.

D) SINTOMI DI ASTINENZA PROLUNGATI: aumentare il periodo ed eventualmente il dosaggio del trattamento nicotimico sostitutivo.

E) DONNE IN GRAVIDANZA: le donne in gravidanza dovrebbero essere fortemente incoraggiate a smettere di fumare durante tutto il periodo di gestazione e dovrebbe esser loro proposto un trattamento intensivo di istruzione e consigli. La NRT dovrebbe essere utilizzata in gravidanza solo se l'aumentata probabilità della cessazione del fumo, con i suoi potenziali benefici, superasse i rischi della NRT stessa e quelli derivanti dal potenziale concomitante uso di tabacco. Dal momento che le ricadute dopo il parto sono frequenti, la prevenzione della ricaduta deve iniziare durante la gravidanza.

Bibliografia:

1. WHO: <http://www.who.org/programmes/psa/psa3.htm>
2. U.S. Department of Health and Human Services: Opportunità cliniche di intervento sul fumo. Ed. Italiana a cura di MDM (Milano), 1994:1-31.
3. Manley M, Epps R, Husten C, Glynn T, Shoptand D: Interventi clinici per il controllo del fumo di tabacco. Un programma di intervento per i medici del National Cancer Institute. *Jama*. Ed.it. 1992; vol, 4,3:146-148.
4. Glynn T, Manley M: How to help your patients stop smoking: a National Cancer Institute Manual for Physicians. Bethesda, Md:US Department of Health and Human Service; 1989. National Institutes of Health publication 89-3064.
5. Prochaska J, DiClemente C: Stage and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51:390-395.
6. Glinn TJ, Boyd GM, Gruman JC: Essential elements of self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. *Health Educ. Q.* 1990; 17:329-345.
7. Fiore MC, Shi FY, Jorenby DE: Fumo e interruzione del fumo. *Moshy Year book Pneumologia* 1996. Doyma Italia srl. Milano 1997; vol. I:67-73.
8. Fire MC, Smith SS, Jorenby DE, et al: The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *Jama* 1994; 271:1940-1947.
9. Sylagy C, Mant D, Fowler G, et al: Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343:139-142.
10. Lam W, Sze PC, Sacks HS, et al: Meta-analysis of randomized controlled trials of nicotine chewing-gum. *Lancet* 1987; 2:27-30.
11. Pierce JP, Gilpin E, Farkas AJ: Nicotine patch use in the general population: Results from the 1993 California Tobacco Survey. *J. Natl Cancer Inst* 1995; 87:87-93.
12. Agency for Health Care Policy and Research: the Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Parrel and Staff. *Jama* 1996; 275:1270-1280.
13. The nicotine patch: <http://www.quitnet.org/Library/Guides/NRT/NRT-Patch-use.html>
14. Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group: Randomised trial of nicotine patches in general practice: results at one year. *BMJ* 1994; 308:1476-1477.
15. Hurt RD, Dale LC, Fredrickson PS, Caldwell CC, Lee GA, Offord KP, et al.: Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advise and nurse follow-up. *Jama* 1994; 271:595-600.
16. Masironi R: Le politiche e le azioni internazionali per il controllo del tabagismo. Atti del Convegno "IO NON FUMO", Padova 13.5.94. Soc. Coop. Tipografica, Padova 1995:7-17.
17. FDA: <http://www.fda.gov/opacom/campaigns/tobacco.html>.
18. Law M, Tang JL: An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995; Oct 9; 155 (18):1933-41.
19. The nicotine patch: <http://www.quitnet.org/library/guides/NRT/NRT-Patch-use.html>
20. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB: The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. *Jama*, June 22/29, 1994. Vol. 271, n. 24:1940-47.
21. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT: Nicotine addiction and it's assesment. *Ear, Nose Throat J* 1990; 69:763-8.
22. Prignot J: La substitution nicotinique dans l'aide au sarrage tabagique. *Rev. Mal. Resp.* 1995; 12:103-110.
23. Lagrue G, Lafnoute N, Cormier S, Philippon C, Lebagry F: Urinary cotinine/creatinine ratio as a marker of nicotine intake: a guide for the nicotine replacement during smoking cessation. *Eur. Resp. J.* 1993; 2 (suppl.17):6125.
24. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1993 Sep 4; 41(35):645-47 Public health focus: effectiveness of smoking control strategies. USA.
25. Haxby DG: Treatment of nicotine dependence. *Am J Health Syst Pharm* 1995 Feb 1; 52 (3): 265-281.
26. Fould J.: Strategies for smoking cessation. *Br. Med. Bull.* 1996 Jan; 52(1):157-173.
27. Lando HA, Gritz ER: Smoking cessation techniques. *J. Am. Med. Womens Assoc.* 1996 Jan; 51 (1-2): 31-34.
28. Kupecz D, Prochazka A: A comparison of nicotine delivery systems in a multimodality smoking cessation program. *Nurse Pract* 1996 Feb; 21 (2): 73.
29. Kozak JT, Fagerstrom KO, Sawe U: High-dose treatment with the nicotine patch. *Intern J Smoking Cessation* 1995; 4 (2): 26-28.
30. Kozak JT, Kralikova E: Nicotine replacement therapy in the czech republic. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* 1997; 52: 5, 494-495.
31. Conference de Consensus: Arret de la consommation du tabac - texte court. *Rev. Pneumol. Clin.*, 1999; 55,2:109-117.
32. Jorenby DE et al: A controlled trial of sub-stained-release Bupropion, a nicotine patch of both for smoking cessation. *N. Engl. J. Med.* 1999; 340:685-91.
33. Henningfield JE, Miyasato K, Jasinski DR. *J. Pharmacol Exp. Ther* 1985; 243:1-12.
34. Rusted J, Graupner L, Warburton D. *Psychopharmacology* 1995; 119:405-13.
35. Kendler KS, Neale MC, Mac Lean CJ et al. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50:36-43.
36. Salin-Pascual RJ, Rosas M, Jimenez-Genchi A et al. *J. Clin. Psychiatry* 1996; 57:387-9.
37. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1994.
38. Silagy C, Ketteridge S: Physician advise for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
39. Lancaster T., Stead LF: Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
40. Slama K.: Les modèles du comportement tabagique. In: Slama K, Karsenty S, Hirsch A (eds). *La lutte antitabagique est-elle efficace?* Paris; INSERM, 1992:21-31.
41. La Vecchia C, Garattini S, Colombo P, et al.: Attitudes towards smoking regulation in Italy. *Lancet*, 2001; 358: 227.
42. Coleman, T, Wynn AT, Barrett S, Wilson A, Adams S: Intervention Study to Evaluate Pilot Health Promotion Payment Aimed at Increasing General Practitioners' Anti-smoking Advice to Smokers. *BMJ* 2001(25 August);323: 435-436.
43. White AR, Rensch KL, Ernst E: A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation. *Tob Control* 1999; 8:393-397.
44. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
45. Stead LF, Lancaster T.: Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software Cochrane library.
46. Gozzoli E, Zagà V, Cinti C, Neri M. Perché si continua a fumare: la dipendenza nicotinicca dalle origini ai giorni nostri. *Auxilia* 2001 in stampa
47. Tinghino B, Zagà V, Mangiaracina G: Tutti i metodi per smettere di fumare. *D&T* 2001; 6: 20- 22.
48. AHCP: <http://www.ahcpr.gov/guide/smokepcc.htm>
49. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tob Control* 2000;9:148-154 (Summer)
50. Fagerstrom K. Tobacco or nicotine dependence ? *Tabaccologia* 2003; 1: 6.
51. Tinghino B. la fitoterapia nella disassuefazione da tabagismo; *Tabaccologia* 2003; 2: 33
52. Tinghino B. Liberi dal fumo: Il trattamento del tabagismo; *Regione Lombardia* 2003
53. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
54. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
55. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
56. Etter J-F, Perneger TV. Effectiveness of a Computer-Tailored Smoking Cessation Program. *Arch Intern Med.* 2001;161: 2596-2601.
57. Mangiaracina G. *Curare il Fumo*, Edup editore, Roma 2003.
58. Tinghino B, Zagà V, Gremigni P, Tosto L, Muru M, Braga L, Mangiaracina G, Chiamulera C. Studio osservazionale sull'uso di un integratore amino-fitoterapico nella cessazione dell'abitudine tabagica. *Tabaccologia* 2003; 3: 18-22.
59. Molimard R. *La Fume-Smoking*. Sides édition- IMA édition 2003, 2° édition, Fontenay-sous-Bois.