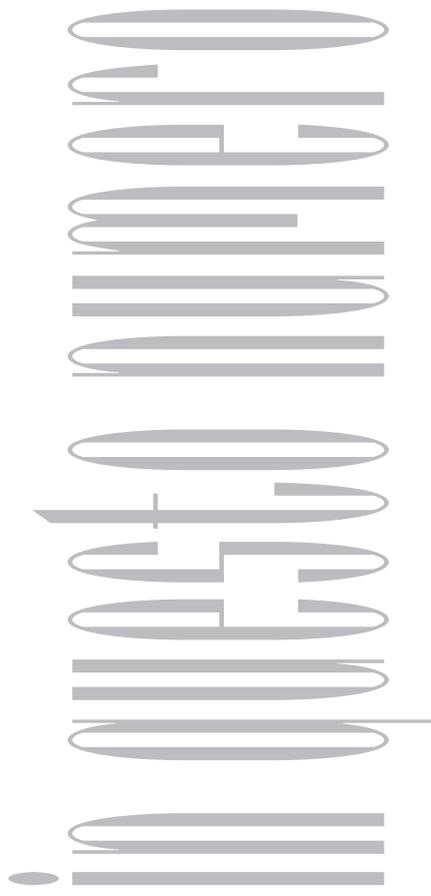




MEDICINA & Sanità Friuli Venezia Giulia

a cura del
Centro Regionale di Formazione
per l'Area delle Cure Primarie

Anno XIII / N. 3 - Luglio-Settembre 2009



In rete

a cura del Comitato Esecutivo

Continuità informativa, continuità decisionale, continuità nelle cure

Fabio Samani

Il medico di famiglia verso una rete integrata

Beatrice Delfrate

I software della medicina generale ed il sistema informativo regionale

Informatizzazione e cure primarie: riferimenti normativi e di indirizzo

Progetto FVG.Net, network della medicina generale del Friuli Venezia Giulia

PLS: lo stato dell'arte

Sistema di sorveglianza Passi

Linee d'indirizzo della Regione Friuli Venezia Giulia sul tabagismo (2009-2011)

Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

a cura di Dorian Battigelli - MMG - Ceformed

Riccardo Tominz - Dipartimento di Prevenzione, ASS1 n. 1 Triestina

La promozione del dono del sangue: un beneficio per i pazienti e un modello di promozione della salute

Vincenzo De Angelis

Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Azienda Ospedaliero-Sanitaria "Santa Maria della Misericordia", Udine

Fabrizio Gangi

MMG - Responsabile Programma Incremento Donazione di Sangue - Ceformed



a cura del
Centro Regionale di Formazione
per l'Area delle Cure Primarie
Anno XIII / N. 3 - Luglio-Settembre 2009

Direttore Responsabile Dorian Battigelli

Coordinatore Redazionale Marina Tutta

Gruppo Redazionale L. Canciani, G. Latella, G. Lucchini, F. Samani, G. Simon, R. Vallini, D. Venier

Stampa e grafica Stella Arti Grafiche - Trieste

Stampato su carta riciclata

Iscrizione al Tribunale di Trieste n. 976 del 13.01.1998

Via Galvani n. 1 - 34074 Monfalcone - tel. e fax 0481 487578

E-mail: contact@ceformed.it

<http://www.ceformed.it>

indice

In rete	3
<i>a cura del Comitato Esecutivo</i>	
Continuità informativa, continuità decisionale, continuità nelle cure	4
<i>Fabio Samani</i>	
Il medico di famiglia verso una rete integrata	7
<i>Beatrice Delfrate</i>	
I software della medicina generale ed il sistema informativo regionale	9
Informatizzazione e cure primarie: riferimenti normativi e di indirizzo	10
Progetto FVG.Net, network della medicina generale del Friuli Venezia Giulia	14
PLS: lo stato dell'arte	18
Sistema di sorveglianza Passi	19
Linee d'indirizzo della Regione Friuli Venezia Giulia sul tabagismo (2009-2011)	25
Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo	29
<i>a cura di Dorian Battigelli - MMG - Cefomed</i>	
<i>Riccardo Tominz - Dipartimento di Prevenzione, ASS1 n. 1 Triestina</i>	
La promozione del dono del sangue: un beneficio per i pazienti e un modello di promozione della salute	43
<i>Vincenzo De Angelis</i>	
<i>Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Azienda Ospedaliero-Sanitaria "Santa Maria della Misericordia", Udine</i>	
<i>Fabrizio Gangi</i>	
<i>MMG - Responsabile Programma Incremento Donazione di Sangue - Cefomed</i>	

LINEE D'INDIRIZZO DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA SUL TABAGISMO (2009 – 2011)

PREMESSA

Il fumo di tabacco rappresenta un problema prioritario, in quanto:

1. **Grave:** il fumo di tabacco è oggi la prima causa evitabile di malattia e di morte (OMS).

Anche in Italia è uno dei fattori di rischio che incide maggiormente sulla salute della popolazione, producendo alti costi assistenziali, sanitari e sociali (tumori, malattie respiratorie, malattie dei sistemi cardiocircolatorio e digerente e dell'apparato genito-urinario).

L'esposizione al rischio coinvolge anche i non fumatori, tra cui i bambini, nei confronti dei quali è causa riconosciuta di sindrome di morte improvvisa del lattante, asma bronchiale, otite media ricorrente.

In Friuli Venezia Giulia ogni anno il 15% dei decessi per tutte le cause è attribuibile al fumo attivo (nel 2006 su un totale di 13.379 morti per tutte le cause nei residenti di età maggiore o uguale a 35 anni, 1.985 erano fumo-correlate: Sistema Informativo Sanitario Regionale).

2. **Frequente:** in Friuli Venezia Giulia fuma il 26% dei residenti di età fra 18 e 69 anni, ma la percentuale dei fumatori arriva al 35% nella classe di età 18-24 anni (Studio PASSI anno 2006).
3. **Risolubile:** per la possibilità di attivare azioni preventive, curative e di controllo di provata efficacia.

Il Tabagismo è un fenomeno complesso, che presenta molteplici aspetti di tipo:

- socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, largamente diffuso e socialmente tollerato;
- medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e, al tempo stesso, fattore di rischio per numerose malattie;
- igienistico e legale, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto a tutela della salute collettiva.

Va quindi affrontato in un'ottica di integrazione a tutti i livelli.

Gli interventi devono essere in sintonia con:

- l'art.51 della Legge 16 gennaio 2003 n. 3;
- gli obiettivi strategici in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo contenuti nell'Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla tutela della salute dei non fumatori, di cui all'art. 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n. 3;
- l'intesa ai sensi dell'art.8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, del 24 luglio 2003;
- il documento approvato dal Coordinamento degli Assessori alla Sanità il 3 marzo 2003;
- il Programma ministeriale "Guadagnare Salute"- 16 febbraio 2007 (reperibile al sito internet http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf)
- le Delibere Regionali n. 2862 del 7 novembre 2005 e n. 1177 del 1 giugno 2006, "Piano Regionale della Prevenzione". (reperibili al sito internet <http://www.regione.fvg.it/asp/delibererInternet/asp/internet/layout1.asp>)

OBIETTIVI

Partendo dal principio costituzionale del diritto alla salute, la Regione FVG intende darsi i seguenti obiettivi:

1. Diminuire il numero delle persone che iniziano a fumare (prevenzione).

2. Diminuire il numero dei fumatori attuali (cura).
3. Diminuire il numero delle persone esposte al fumo passivo (controllo).

STRATEGIE DI INTERVENTO

Le strategie, da svilupparsi nel triennio 2008 – 2010, dovranno prevedere interventi che risultino integrati a livello di approccio:

- **globale**, garantendo interventi di tipo:
 - a. preventivo (finalizzati a contrastare la pressione sociale che favorisce l'iniziazione e il mantenimento dell'abitudine al fumo),
 - b. terapeutico di primo e di secondo livello (individuale e di gruppo),
 - c. normativo - dissuasivo (rispetto del divieto di fumo previsto dalle leggi vigenti);
- **multidisciplinare**, identificando e coinvolgendo per ciascuna delle tre aree (prevenzione, cura e controllo) le figure adeguate al raggiungimento degli obiettivi;
- **intersectoriale**, con la collaborazione di enti locali, scuola, ambienti di lavoro, privato sociale, volontariato e associazioni;
- **interprogettuale**, favorendo il raccordo e l'interazione con programmi di prevenzione e cura delle patologie correlate e di altre dipendenze patologiche.

MODALITA' DI INTERVENTO / AZIONI

1. **Diminuire il numero delle persone che iniziano a fumare**, mediante la corretta informazione sui danni da fumo e sui benefici dello smettere e la promozione della crescita di una cultura partecipata al non fumo.

A tal fine ogni Azienda per i Servizi Sanitari attua, supervisiona e supporta, promuove e coordina attività preventive di provata efficacia, in sinergia con tutti i portatori di interessi, con particolare riguardo alle scuole (pubbliche e private) ed ai contesti di aggregazione sociale (formali ed informali).

Tali attività si declinano mediante:

1. Promozione di una scuola libera dal fumo.
 2. Promozione di uno stile di vita libero dal fumo nei contesti extra scolastici di aggregazione giovanile (associazionismo, ambienti sportivi, luoghi di divertimento etc.) favorendo una continuazione dell'azione preventiva in ogni ambito frequentato dal giovane.
 3. Promozione e miglioramento della collaborazione/coordinamento esistenti tra sistema socio-sanitario e sistema scolastico ai fini della programmazione di interventi di prevenzione, cura e controllo del tabagismo, integrati con gli altri interventi di promozione della salute e di stili di vita sani.
 4. Sviluppo di attività di monitoraggio sulle abitudini al fumo tra i giovani e di valutazione dei programmi di prevenzione in sinergia con le iniziative nazionali.
2. **Diminuire il numero dei fumatori attuali**, mediante la definizione di interventi di primo e di secondo livello, che dovrebbero essere previsti nei documenti della programmazione regionale (Piano Sanitario Regionale e Linee per la Gestione del Sistema Sanitario Regionale) e delle Aziende per i Servizi Sanitari (Piani Attuativi Locali).

La Regione garantisce, attraverso le Aziende per i Servizi Sanitari, la presa in carico della persona con problemi di dipendenza da tabacco e l'offerta di cure di comprovata efficacia.

A tal fine:

- 1) Ogni Azienda per i Servizi Sanitari:
 - a. Offre cure, individuali e di gruppo, da parte di un'equipe multidisciplinare, formata da almeno un medico, uno psicologo – psicoterapeuta, un infermiere/assistente sanitario (ambulatorio di secondo livello);
 - b. Fornisce un punto di riferimento per la popolazione generale, i MMG e gli altri medici, nonché per altri operatori ed associazioni attivi in programmi di cessazione del fumo.

- c. Promuove e favorisce lo sviluppo di attività territoriali di primo livello per la cura del tabagismo, potenziando anche le competenze e le attività dei MMG, degli specialisti dei servizi sanitari.
 - d. Promuove e favorisce lo sviluppo di associazioni di volontariato che si occupano di tabagismo.
 - e. Promuove e favorisce l'attività dei Medici Competenti per l'offerta integrata di cure nel contesto dei Luoghi di Lavoro.
- 3. Diminuire il numero di persone esposte al fumo passivo**, mediante la responsabilizzazione dei soggetti chiamati a garantire il rispetto della normativa vigente a tutela dei diritti dei non fumatori, favorendo l'applicazione della legge nei contesti di lavoro pubblici e privati.

Saranno effettuate azioni efficaci di vigilanza in tutti gli ambienti individuati dalla normativa vigente, con particolare riguardo alle strutture sanitarie, tramite accordi tra le Aziende per i Servizi Sanitari e gli Ospedali.

A tal fine la Regione garantisce:

1. Controlli sull'applicazione della normativa vigente sui divieti di fumo, curando la collaborazione attiva di datori di lavoro e sindacati. Tali controlli vanno svolti in primo luogo nelle strutture sanitarie e scolastiche.
2. Promuove e favorisce la formazione del personale preposto all'applicazione delle norme poste a tutela dei non fumatori nei Luoghi di Lavoro.
3. Inserisce il controllo dell'applicazione delle vigenti leggi sul fumo nella programmazione degli interventi di tutela e promozione della salute svolti dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASS.
4. Promuove fra i diversi gruppi lavorativi la conoscenza sui danni alla salute correlati al fumo attivo e passivo, con particolare riguardo all'interazione fra il fumo ed altri rischi professionali.
5. Integra l'applicazione delle normative inerenti il divieto di fumo con interventi educativi e di promozione alla salute.
6. Promuove la conoscenza sui costi indotti dalle patologie fumo correlate nella popolazione assistita.
7. Promuove l'integrazione di tutte le figure sanitarie coinvolte (e in primo luogo MMG, Medici Competenti e Farmacisti del territorio).

I Dipartimenti di Prevenzione coordinano l'attività di controllo prevista dall'art. 51 della Legge 3/2003.

Tale attività di controllo deve essere programmata secondo quanto viene indicato al punto del paragrafo successivo (ORGANIZZAZIONE E COORDINAMENTO), e curano la raccolta ed all'elaborazione dei dati di questa attività, congiuntamente a quelli riguardanti le sanzioni elevate dalle Forze dell'Ordine.

ORGANIZZAZIONE E COORDINAMENTO

Presso la Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale (DCSPS) è istituito il **Gruppo Regionale sul Tabagismo** (GRT).

Il GRT è incaricato della pianificazione, coordinamento, monitoraggio e valutazione di tutte le attività regionali in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo.

Il GRT è composto da rappresentanti della Regione e delle ASS (Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento delle Dipendenze). All'interno del GRT sono stati, inoltre, nominati due referenti regionali, ed un referente ed un sostituto per ciascuna delle seguenti aree di attività come da nota prot. N. 1107/SAN del 3 giugno 2008:

1. **Servizi per la cessazione del fumo**
2. **Interventi di prevenzione del Tabagismo rivolti ai giovani**
3. **Rete di operatori socio-sanitari impegnati in azioni di supporto, assistenza e cura del Tabagismo**
4. **Interventi di prevenzione del tabagismo di comunità**
5. **Interventi di sorveglianza, prevenzione e cura del tabagismo nei luoghi di lavoro**

Al fine di perseguire e raggiungere gli obiettivi sopraindicati nelle tre aree della prevenzione, della cura e del controllo del tabagismo e di ottimizzare le risorse esistenti è auspicabile che ogni Azienda per i Servizi Sanitari attui scelte organizzative e strategie operative atte a:

- istituire o implementare (ove già presente), come sopra indicato nell'azione 2.1, un'**équipe multiprofes-**

zionale, in grado di attivare direttamente, e di coordinare sul territorio, programmi di disassuefazione dal fumo, preferibilmente inserito (per le evidenti affinità culturali ed operative) nell'ambito delle attività per le droghe legali presenti all'interno dei Servizi per delle Dipendenze.

- coordinare le competenze e le attività delle diverse SO (in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi per le Dipendenze),
- promuovere la messa in rete ed il coordinamento delle competenze esistenti nelle aziende sanitarie, nelle associazioni di volontariato di settore, nell'Università.
- promuovere ambienti "liberi dal fumo", con particolare riguardo alle strutture scolastiche e sanitarie, anche nelle parti esterne di loro pertinenza, in considerazione della valenza pedagogica e formativa che rivestono gli operatori di dette strutture.

Appendice:

art.51 della Legge 16 gennaio 2003 n. 3: (Tutela della salute dei non fumatori)

1. *E' vietato fumare nei locali chiusi, ad eccezione di:*
 - a) *quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico;*
 - b) *quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati.*
 2. *Gli esercizi e i luoghi di lavoro di cui al comma 1, lettera b), devono essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria regolarmente funzionanti. Al fine di garantire i livelli essenziali del diritto alla salute, le caratteristiche tecniche degli impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria sono definite, entro centottanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale, con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della salute. Con lo stesso regolamento sono definiti i locali riservati ai fumatori nonche' i modelli dei cartelli connessi all'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo.*
 3. *Negli esercizi di ristorazione, ai sensi del comma 1, lettera b), devono essere adibiti ai non fumatori uno o piu' locali di superficie prevalente rispetto alla superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio.*
 4. *Con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della salute, possono essere individuati ulteriori luoghi chiusi nei quali sia consentito fumare, nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi 1, 2 e 3. Tale regolamento deve prevedere che in tutte le strutture in cui le persone sono costrette a soggiornare non volontariamente devono essere previsti locali adibiti ai fumatori.*
 5. *Alle infrazioni al divieto previsto dal presente articolo si applicano le sanzioni di cui all'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584, come sostituito dall'articolo 52, comma 20, della legge 28 dicembre 2001, n. 448.*
 6. *Al fine di consentire una adeguata attivita' di informazione, da attivare d'intesa con le organizzazioni di categoria piu' rappresentative, le disposizioni di cui ai commi 1, 2, primo periodo, 3 e 5 entrano in vigore decorso un anno dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 2.*
- (...) omissis
10. *Restano ferme le disposizioni che disciplinano il divieto di fumo nei locali delle pubbliche amministrazioni.*

Note all'art. 51:

- *Si riporta di seguito il testo dell'art. 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584 (Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico), come sostituito dall'art. 2 della legge 28 dicembre 2001, n. 448:*

"Art. 7. - 1. I trasgressori alle disposizioni dell'art. 1 sono soggetti alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 25 ad euro 250; la misura della sanzione e' raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni.

 2. *Le persone indicate all'art. 2, che non ottemperino alle disposizioni contenute in tale articolo, sono soggette al pagamento di una somma da euro 200 ad euro 2.000; tale somma viene aumentata della meta' nelle ipotesi contemplate all'art. 5, primo comma, lettera b).*
 3. *L'obbligazione di pagare le somme previste nella presente legge non e' trasmissibile agli eredi".*

Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

versione adattata e integrata dalle Linee-guida dell'Istituto Superiore Sanità, U.S. Department of Health and Human Services, Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice, New Zealand Guidelines for Smoking Cessation, Canadian Smoking Cessation Guidelines, Smoking Cessation Guidelines for Scotland

a cura di Dorian Battigelli e Riccardo Tominz***

** MMG – Cefomed*

*** Dipartimento di Prevenzione, ASS1 n. 1 Triestina*



Destinatari delle Linee Guida

La linea guida è rivolta a tutti gli operatori sanitari, che operano nell'assistenza di primo e di secondo livello, nel corso della loro attività ambulatoriale e ospedaliera, ed in particolare è rivolta ai medici di famiglia.

Obiettivo della Linea Guida

Obiettivo della presente linea è di promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nella popolazione italiana, in accordo con quanto dichiarato nel Piano Sanitario Nazionale 2009.

Tale obiettivo può essere raggiunto anche attraverso la realizzazione, da parte dei medici, in particolare i medici di famiglia, di interventi brevi rivolti ai propri assistiti nel corso della loro attività ambulatoriale.

Livelli di evidenza e Forza delle raccomandazioni

Livelli di evidenza

- Livelli di evidenza 1

Revisioni sistematiche di studi controllati randomizzati

- Livelli di evidenza 2

Studi controllati randomizzati

- Livelli di evidenza 3

Studi controllati non randomizzati

- Livelli di evidenza 4

Studi osservazionali

- Livelli di evidenza 5

Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia

Forza delle raccomandazioni

- Forza delle raccomandazioni A = molto forte

Basata su prove di efficacia di livello 1 o 2

- Forza delle raccomandazioni B = abbastanza forte

Basata su prove di efficacia di livello 3 o 4 o su revisioni sistematiche

o studi controllati randomizzati con risultati contrastanti

o campioni di piccole dimensioni

- Forza delle raccomandazioni C = debole

Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia

SINTESI:

Raccomandazioni molto forti

- 1) Domandare a tutti i soggetti che si presentano in ambulatorio, indipendentemente dal motivo della visita, se sono fumatori
- 2) Raccomandare a tutti i soggetti fumatori di smettere di fumare, fornendo consigli chiari, forti e personalizzati
- 3) Fornire materiale cartaceo di supporto (manuali, opuscoli)
- 4) Proporre la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino dipendenti al test di Fagerström
- 5) Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, la terapia cognitivo comportamentale o il counseling professionale

Raccomandazioni abbastanza forti

- 1) Riportare in cartella, per ogni assistito, la condizione di fumatore, non fumatore, ex fumatore
- 2) Valutare il livello di dipendenza da nicotina dei fumatori utilizzando il test di Fagerström

Raccomandazioni deboli

- 1) Identificare i fumatori motivati a smettere
- 2) Se il soggetto indica chiaramente che non desidera provare a smettere in questo momento fornire un intervento per motivarlo;
- 3) Con i soggetti desiderosi di smettere definire una data per smettere, possibilmente entro le due settimane
- 4) Prevedere contatti per il follow up. Questi contatti potranno essere tenuti sia in modo diretto che per telefono
- 5) I soggetti che hanno ripreso a fumare vanno valutati per vedere se sono disponibili ad altri tentativi

Razionale per l'intervento sul fumo di tabacco da parte dei medici:

Rilevanza del fumo in Italia

La prevalenza dei fumatori attivi in Italia è ancora molto elevata (32,4% e 17,1% rispettivamente per gli uomini e per le donne in età superiore ai 14 anni).

La percentuale dei fumatori tra i 14 ed i 24 anni è addirittura aumentata negli ultimi anni (17,4% nel 1993, 20,5% nel 1997, 21,6% nel 1999). Quindi oltre un quinto dei giovanissimi fuma e questa percentuale sale al 24,9% per i coetanei che abitano nelle aree metropolitane.

L'abitudine al fumo dei ragazzi dipende fortemente dall'esempio fornito dai genitori. Inoltre, più del 50% dei bambini è correntemente esposto al fumo passivo nelle mura domestiche, soprattutto nelle famiglie di condizione sociale più bassa.

Sono attribuibili al fumo di tabacco in Italia circa 80-85.000 morti l'anno (di cui approssimativamente un terzo per patologia cardiovascolare, un terzo per patologia respiratoria ed un terzo per patologia oncologica). Oltre il 25% dei decessi attribuibili al fumo è compreso tra i 35 ed i 65 anni.

Il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale. Il fumo è dannoso ad ogni età, ma il rischio ad esso correlato di contrarre una patologia (cardiovascolare, oncologica, pneumologica) è strettamente dipendente dall'età di inizio di tale abitudine. Infatti, per esempio, una persona che inizia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che inizi a fumare all'età di 20 anni.

L'esposizione al fumo passivo è causa di aumento del rischio per malattie respiratorie (particolarmente tra i bambini), per infarto del miocardio e per tumore polmonare.

Inoltre il fumo è un potente fattore sinergico nella determinazione del rischio globale (vedi per esempio carta del rischio cardiovascolare).

Il fumo delle madri durante la gravidanza è causa di molteplici patologie, con gravi conseguenze per lo sviluppo neurocomportamentale del lattante; tra le conseguenze più evidenti vanno ricordate in particolare una significativa riduzione del peso alla nascita e un eccesso di rischio di morti improvvise del lattante.

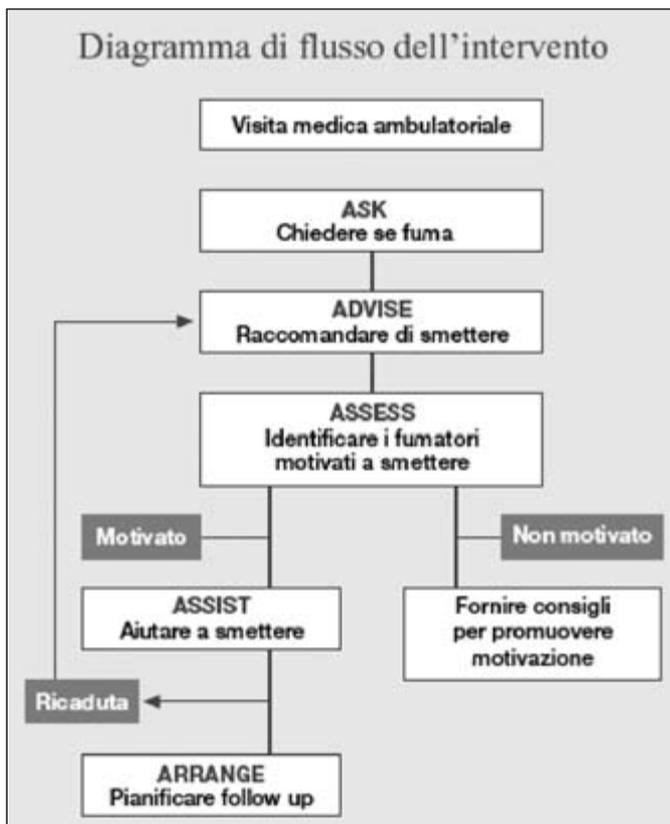
A fronte di tali dati epidemiologici, la consapevolezza degli effetti negativi del fumo in Italia è ancora sottovalutata sia nella popolazione generale che tra il personale sanitario dove la prevalenza di fumatori è paradossalmente più elevata di quella della popolazione generale.

In letteratura è ampiamente dimostrato come il consiglio del medico curante possa incrementare il numero di fumatori che fanno seri tentativi di smettere, anche se la percentuale di soggetti che riesce a ottenere un risultato in maniera stabile sembra limitata (intorno al 5%).

Questo tipo di approccio ha il grande vantaggio di poter facilmente raggiungere un grande numero di soggetti ottenendo risultati a livello di popolazione di grande rilevanza.

Intervento clinico minimo

L'intervento clinico minimo di efficacia provata e raccomandato nelle principali linee guida prodotte da organi-



nismi nazionali di diversi paesi europei ed extraeuropei è quello noto con la sigla delle "5 A: ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE".

Tale intervento può essere realizzato spendendo anche pochi minuti nel corso di una qualunque visita medica.

Si è ritenuto di proporre questo intervento anche per i medici di famiglia italiani in quanto esso organizza gli interventi più efficaci descritti in letteratura.

Interventi più intensi vanno realizzati da personale specializzato in strutture apposite (vedi *Servizi territoriali per la cessazione dal fumo*)

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A - LIVELLO EVIDENZA 1:

Domandare a *tutti* i soggetti che si presentano in ambulatorio se sono fumatori.

L'argomento fumo deve essere affrontato con tutti, vecchi e giovani, indipendentemente dal motivo della visita.

Ai fumatori e a coloro che hanno smesso nell'ultimo anno la domanda dovrebbe essere ripetuta ad ogni visita.

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B - LIVELLO EVIDENZA 3:

La condizione e la storia di fumatore (Si/No/Ex fumatore) dovrebbe essere registrata tra i dati del paziente.

A questo scopo possono essere utilizzati questionari prestampati, cartelle computerizzate che includano questo dato, oppure la condizione di fumatore può essere registrata in cartella insieme ai segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, indici respiratori, etc.).

Chi ha smesso di recente, deve essere rinforzato nella sua scelta evidenziando i vantaggi derivanti dall'astensione dal fumo (migliore performance fisica, miglioramento del gusto e dell'olfatto, aumento della stima di sé, senso di libertà dalla dipendenza, risparmio economico).

ASK: Chiedere se fuma

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B - LIVELLO EVIDENZA 3

Chiedere ai fumatori quanto fumano e da quanto tempo. Utilizzare il Test di Fagerström per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina (tabella 1).

Tabella 1. Test di Fagerström.

Domande	Risposte	Punti
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Entro 6-30 minuti	2
	Entro 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?	Si	1
	No	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino	1
	Tutte le altre	0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Si	1
	No	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Si	1
	No	0

Un punteggio da 0 a 2 indica lieve dipendenza, 3 o 4 media dipendenza, 5 o 6 forte dipendenza, da 7 a 10 dipendenza molto forte.

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C - LIVELLO EVIDENZA 5

ADVISE

Raccomandare di smettere

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A - LIVELLO EVIDENZA 1

Raccomandare a tutti i fumatori di smettere di fumare, fornendo un consiglio chiaro e inequivocabile a smettere.

Questo intervento può essere qualificato come intervento minimo.

Anche se il tempo richiesto può essere **solo di 3 minuti**, l'intervento è tanto più efficace, quanto maggiore è la sua durata.

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C - LIVELLO EVIDENZA 5•

Con i soggetti portatori di altri fattori di rischio oltre al fumo e con i fumatori portatori di malattia legata o aggravata dal fumo realizzare un intervento motivazionale più intenso della durata di 10-30 minuti.

• FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A - LIVELLO EVIDENZA 1

Fornire materiale scritto di supporto (manuali, opuscoli, etc) agli altri interventi.

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C - LIVELLO EVIDENZA 5

Valutare la presenza di malattie legate o aggravate dal fumo.

Se il paziente è affetto da patologie dell'apparato respiratorio o cardiovascolare, effettuare un intervento più intenso concentrandosi sugli effetti dannosi del fumo.

Personalizzare l'intervento sulla base di dati anamnestici e clinici ricavati dall'esame obiettivo.

Suggerimenti per la realizzazione dell'intervento:

Il medico può cercare di motivare il soggetto utilizzando le argomentazioni che seguono, che devono essere il più possibile personalizzate rispetto ad ogni singolo paziente.

È compito e responsabilità del medico decidere quale tipo di argomentazione (più centrata sui rischi ovvero sui benefici) utilizzare.

In ogni caso l'approccio deve mettere in evidenza gli aspetti positivi rispetto a quelli negativi o colpevolizzanti, aiutando il paziente a sfruttare la frequente situazione di ambivalenza nei confronti della sua abitudine.

Andrebbe comunque sottolineato il vantaggio costituito dall'uscire da uno stato di dipendenza; rinunciando al fumo, non si perde qualcosa, ma si acquista maggiore libertà.

È di fondamentale importanza cercare di stabilire una "alleanza" con il soggetto; gli elementi del dialogo che possono contribuire a determinarla sono:

- esprimere chiaramente la consapevolezza che si tratta di una scelta difficile
- accettare lo stato di ambivalenza e la resistenza come aspetti normali ed evitare di entrare in conflitto verbale o psicologico con il fumatore
- aiutare il fumatore a trovare le proprie motivazioni per smettere (che non necessariamente sono quelle indicate dal medico)
- accettare di parlare degli aspetti "positivi" del fumare oltre che di quelli negativi per entrare in relazione con il paziente, comprenderne meglio i meccanismi e aiutarlo ad accettare il ruolo guida del medico

Discutere gli aspetti di prevenzione delle malattie legate al fumo:

- malattie respiratorie: il fumo ne è la principale causa o concausa (cancro del polmone e delle vie respiratorie, enfisema polmonare, infezioni broncopolmonari, asma, bronchiti recidivanti)
- neoplasie diverse dal cancro del polmone: il fumo le provoca in organi e sistemi diversi (cavo orale e faringe, laringe, prime vie digestive, pancreas, rene e vescica, collo dell'utero)
- cardiovasculopatie: il fumo è uno dei più importanti fattori di rischio per malattie coronariche e le vasculopatie cerebrali
- vasculopatie periferiche (morbo di Buerger, claudicatio intermittens)
- gravidanza e puerperio: il fumo della madre è la principale causa di basso peso alla nascita, di aumento di mortalità perinatale e di malattie respiratorie dopo la nascita

- fattori di rischio associati che aumentano il grado di rischio globale, in particolare cardiovascolare (diabete, ipercolesterolemia, dislipidemie, ipertensione arteriosa)
- possibili interazioni con l'assunzione di farmaci:
 - contraccettivi orali (aumento effetto trombotico)
 - neurolettici (modifica la farmacocinetica)
 - teofillina (aumentato metabolismo)
 - ipocolesterolizzante (il fumo abbassa i livelli di HDL)
 - antianginosi

Illustrare ulteriori vantaggi:

- estetici (pelle meno rugosa, alito non sgradevole)
- economici (fumo come spesa)
- affettivi (rispetto per la salute dei familiari e dei conviventi, miglioramento dell'autostima: sentirsi orgogliosi per essere riusciti in un'impresa importante)

ASSESS

Identificare i fumatori motivati a smettere

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C - LIVELLO EVIDENZA 5

Accertarsi che il soggetto voglia smettere.

Se il soggetto non vuole smettere dovrebbe esser realizzato un breve intervento volto a promuoverne la motivazione.

Se il soggetto vuole smettere, fornire subito consigli comportamentali dedicandovi il maggior tempo possibile o, compatibilmente con l'attività ambulatoriale, fissare un appuntamento entro due settimane (vedi fase successiva ASSIST).

ASSIST

Aiutare a smettere

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C - LIVELLO EVIDENZA 5

Concordare con il soggetto una strategia per la cessazione:

Concordare una data per smettere vicina nel tempo (possibilmente entro le due settimane). Può essere utile far sottoscrivere l'impegno al paziente.

Insegnare a riconoscere i sintomi da astinenza nicotinic.

Informare sui modi per ridurli o annullarli attraverso la terapia farmacologica e attraverso alcune semplici azioni.

Parlare in particolare del desiderio impellente di fumare (craving), della difficoltà a concentrarsi, dei sintomi di frustrazione e rabbia, dell'insonnia, della sensazione di deprivazione.

Spiegare che questi sintomi sono massimi nei primissimi giorni di astinenza e poi vanno attenuandosi nel tempo.

Questi sintomi possono essere superati e la terapia farmacologica è in grado di contrastarli sempre efficacemente.

Altre conseguenze della cessazione che si verificano spesso sono costituite dall'aumento di peso e dalla stipsi.

Quest'ultima può essere efficacemente contrastata con una dieta più ricca in fibre e liquidi.

Spiegare l'importanza di eliminare tutto ciò che può ricordare il fumo (accessori, posacenere, occasioni di incontro con amici o colleghi fumatori).

In questa fase è utile fornire al soggetto un supporto scritto di consigli (depliant, opuscolo) che però è efficace solo se i contenuti sono già spiegati dal medico.

Concentrarsi sui rischi del fumo per il soggetto e per i familiari, sui benefici dello smettere, sulle modalità per evitare gli effetti indesiderati. L'intervento andrebbe ripetuto ad ogni visita.

Sintomi d'astinenza e conseguenze della cessazione

I problemi sottoelencati sono in qualche misura inevitabili e si presentano con differente frequenza e gravità a seconda del grado di dipendenza.

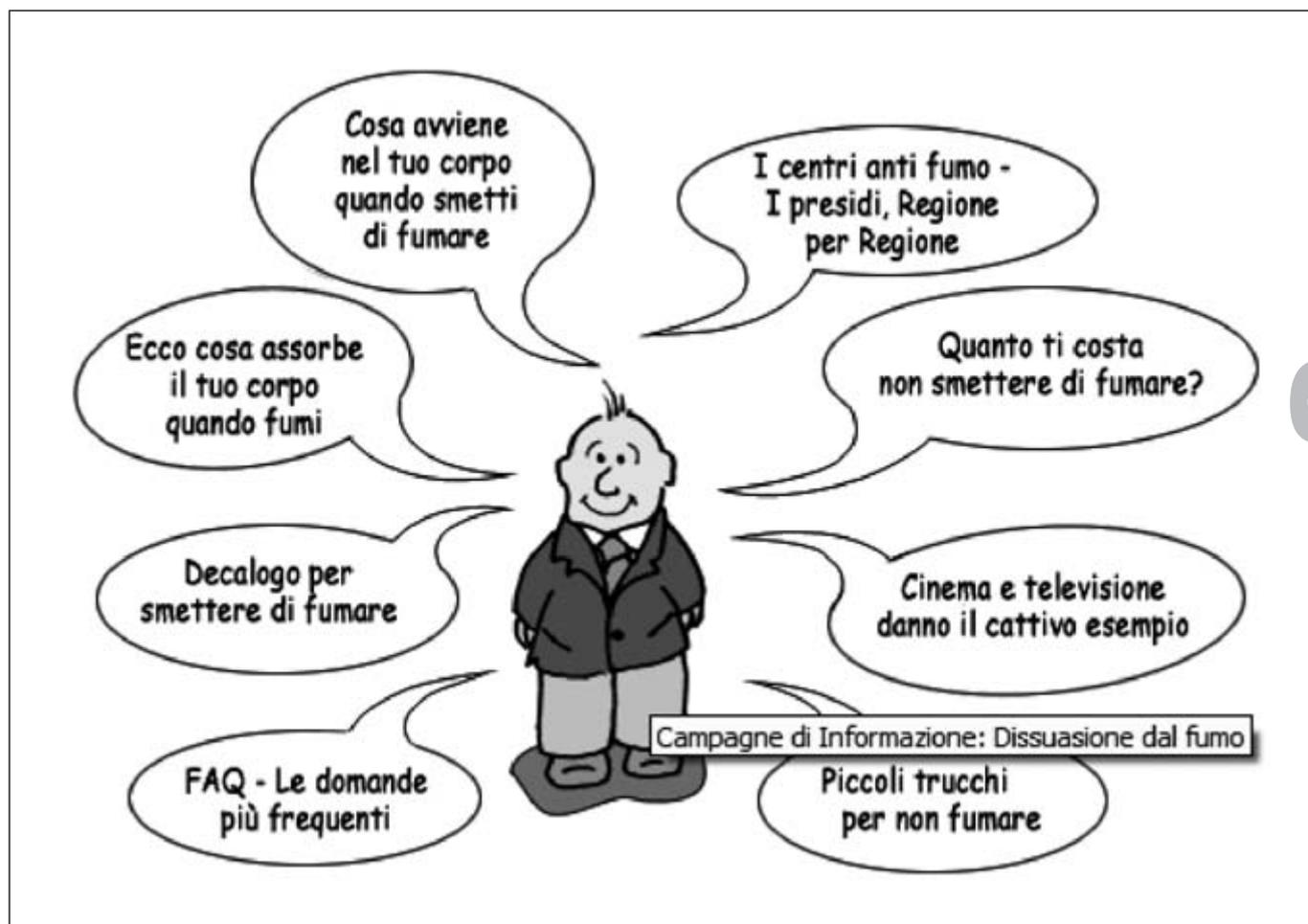
L'utilizzo della terapia farmacologica riduce o annulla molti dei problemi.

Tuttavia anche consigli comportamentali giocano un ruolo essenziale e vanno comunque dati.

Al paziente verrà raccomandato di evitare - ogni volta che può- tutte le situazioni che si associavano al consumo di sigarette.

Ogni persona avrà "situazioni difficili" diverse che cercherà di rifuggire o di modificare: qui di seguito vengono dati alcuni consigli per le più frequenti.

Questi consigli possono essere riassunti nell'**acrostico "RIDE"** (Ritardare, Involarsi, Distrarsi, Evitare) che aiuta a ricordare le principali soluzioni comportamentali ai problemi derivanti dalla astinenza. Il medico può tenere presente l'acrostico come artificio mnemonico.



PROBLEMI e CONSIGLI RELATIVI:

1. Craving

Si definisce "craving" il desiderio, la necessità impellente di fumare. A volte il paziente avverte la sensazione di non poter superare i momenti in cui il "craving" si presenta.

Al paziente va spiegato che:

- *Il desiderio impellente di sigaretta dura solo pochi minuti, circa 5, dopo diventa nettamente inferiore.*
- *Bere un bicchiere d'acqua a piccoli sorsi, lentamente, tenendo l'acqua in bocca per un attimo prima di deglutire aiuta a "spegnere" il desiderio.*
- *Distrarsi nel modo che più piace fa superare questo momento. Fare qualcosa d'altro, come fare una piccola passeggiata per 5 o 10 minuti, stare in piedi se si era seduti o viceversa, spezza la tensione del momento. Lo stesso risultato si ottiene masticando una gomma o una caramella o tenendo le mani occupate (gioccherellando con una matita o scarabocchiando qualcosa).*

Situazioni in cui si può manifestare il craving.

- La mattina al risveglio o dopo il caffè
La prima sigaretta del mattino è quella che spesso manca di più, soprattutto dopo il caffè.

- Alla fine dei pasti
Fumare a fine pasto dopo il caffè è molto frequente.

*Quindi è opportuno mangiare con tranquillità, assaporando i cibi.
Evitare di bere il caffè. Finito il pasto, muoversi subito in modo da distrarsi dalla necessità di una sigaretta.
Lavarsi i denti immediatamente dopo il pasto riduce molto il desiderio di fumare.*

- Al telefono

*Se si ha l'abitudine di fumare durante la conversazione al telefono, cercare di cambiare le azioni abituali.
Per esempio, se di solito il paziente sta seduto, proverà a stare in piedi o a impugnare la cornetta con la mano con cui di solito fumava; si procurerà dei piccoli oggetti da tenere a portata di mano per impegnare le mani (per es. una matita per scarabocchiare qualcosa).*

- In automobile

*Per evitare di fumare in automobile masticare una gomma o della liquirizia, se possibile, tenendo il finestrino un po' abbassato in modo che l'aria fresca possa circolare.
Fondamentale è che in auto non ci siano "ricordi di fumo": pacchetti di sigarette, accendini, odore di fumo, etc.*

- Con gli amici, al bar, al ristorante, in viaggio:

Se gli amici del paziente fumano, far chiedere di non fumare in sua presenza, oppure consigliare il paziente di allontanarsi mentre loro stanno fumando.

Se il bar è un luogo di forte "tentazione", per i primi tempi sarebbe meglio evitarlo, oppure sceglierne uno dove non vi sia un'alta percentuale di fumatori.

Se è possibile, frequentare amici che non fumano, almeno nei primi tempi.

Ovunque sia possibile, ristoranti, treni, alberghi, il paziente sceglierà gli spazi destinati ai non fumatori.

2. Nervosismo, frustrazione, rabbia.

Consigliare al paziente di fare alcuni respiri profondi.

È utile cercare di cambiare situazione: una passeggiata, una chiacchierata con un amico, un bagno rilassante, sono espedienti che possono essere consigliati per ridurre la tensione.

3. Difficoltà a concentrarsi.

Consigliare al paziente, quando si presentasse questo sintomo di rilassarsi per un momento; se gli è possibile fare una piccola passeggiata.

Soprattutto è importante che il paziente capisca che il suo fisico deve abituarsi a questa nuova situazione, che è solo momentanea.

4. Insonnia.

Consigliare al paziente di evitare di bere il caffè dopo cena e di ridurre il consumo di bevande ricche di caffeina come tè, coca cola; un bicchiere di latte caldo prima di coricarsi può essere rilassante.

Anche un incremento della attività fisica, con passeggiate a piedi oppure un po' di palestra, aiutano ad arrivare più rilassati ed un po' più stanchi la sera e quindi prendere sonno più facilmente.

5. Aumento di peso

L'aumento di peso è una preoccupazione molto frequente per chi decide di smettere di fumare, specie nelle donne: a volte è anzi il più importante dei motivi per cui si ritorna a fumare.

Un certo aumento di peso è quasi inevitabile, ma non è superiore ai due o tre chili e non tutti comunque ingrassano.

Per non incorrere in questo problema, non è necessario seguire una dieta rigida, che soprattutto nelle prime settimane sarebbe troppo difficile da sostenere, ma cambiare gradatamente le proprie abitudini alimentari.

Verrà quindi suggerito di:

- *Mangiare con tranquillità, lentamente, il senso di sazietà insorge dopo 15 minuti.*
- *Preferire ai dolciumi, alcol e cibi ricchi di grassi (non necessari ai fini nutrizionali) frutta e verdura fresche.*
- *Preferire ai fritti, cibi alla griglia o bolliti.*
- *Consumare caramelle e gomme senza zucchero e bere molta acqua, se al paziente insorge la voglia di mangiare dolci.*
- *Consumare cibi a basso contenuto calorico, come latte scremato, alimenti a basso contenuto di zuccheri.*
- *Praticare una anche minima attività fisica: salire le scale a piedi, andare in bicicletta, scendere dal mezzo di trasporto urbano una fermata prima, parcheggiare la macchina un po' più lontano del solito in modo da camminare almeno 30 minuti al giorno a passo svelto.*

6. Stipsi

Il disturbo è superabile bevendo molta acqua, mangiando cibi ricchi di fibre: frutta, verdura, alimenti integrali.

ASSIST

Aiutare a smettere

Proporre la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino fortemente dipendenti al test di Fagerström (punteggio di 5 o superiore).

I farmaci di prima scelta sono i sostitutivi della nicotina nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, preparato per inalazione, gomme da masticare, compresse sublinguali), il bupropione a rilascio prolungato e, soprattutto, la vareniclina.

I farmaci di seconda scelta (da impegnare sotto il controllo di centri specialistici) sono la clonidina e la nortriptilina.

Non esistono al momento studi controllati che consentano di raccomandare la terapia sostitutiva con nicotina (NRT, il bupropione o la vareniclina su specifici gruppi di pazienti, anche se le terapie di prima scelta dimostratesi più efficaci sono la vareniclinina (2 mg/die) o la combinazione di cerotti alla nicotina+ nicotina gomme o compresse sublinguali ad libitum.

Sarà quindi responsabilità del medico consigliare l'uno o l'altro trattamento - eventualmente dopo aver discusso con il soggetto il rischio-beneficio - tenendo conto di alcuni fattori:

- *Storia clinica del paziente*
- *Età e presenza di eventuali co-patologie*
- *Tipologia di fumo*
- *Preferenze manifestate dal paziente*
- *Presenza di controindicazioni*

La terapia sostitutiva della nicotina (NRT), mediante compresse sublinguali (Nicorette microtab), gomme da masticare (Nicorette gomme), inalatori (Nicorette inhaler), pastiglie orali (Nicotinell mint, Niquitin), cerotti transdermici (Nicotinell TTS, Nicorette cerotti, Niquitin CQ cerotti), riduce i sintomi di astinenza. Nelle forme "al bisogno" (compresse sublinguali e pastiglie orali, gomme da masticare, inalatori) fornisce una sostituzione della quantità di nicotina assunta fumando abitualmente le sigarette.

È un prodotto da banco che può essere consigliato verbalmente e interamente gestito dal paziente, anche se l'esperienza insegna che prescrivere il farmaco e il dosaggio consigliato sul ricettario medico dà una valenza maggiore alla terapia.

In particolare è indicata per chi:

- 1) fuma 10 o più sigarette;
- 2) ha già avuto esperienza di crisi d'astinenza in precedenti tentativi di smettere;
- 3) fuma la prima sigaretta entro mezz'ora dal risveglio.

La durata media del trattamento è di circa 3 mesi.

Il soggetto deve essere informato che sarebbe meglio assumere la terapia sostitutiva della nicotina e rimanere astinenti dal fumo; nulla tuttavia vieta di sostituire una o più sigarette con le forme "al bisogno" di NRT (compresse, gomme, inalatori), continuando a fumare quelle a cui al momento non riesce a rinunciare.

Tale avvertenza va tenuta presente anche per tutti coloro che hanno fallito il tentativo, soprattutto se l'alternativa è quella di "perdere" il contatto con il soggetto.

PREPARATI SOSTITUTIVI DELLA NICOTINA:

1. NICORETTE MICROTAB®, COMPRESSE SUBLINGUALI 2 mg) Devono essere poste sotto la lingua, dove si dissolvono lentamente (30 minuti). Se sono inghiottite sono sprecate. La dose iniziale va determinata in base alla dipendenza dalla nicotina: se bassa 2 mg, se alta o forti fumatori o i pazienti che non sono riusciti a smettere di fumare con compresse da 2 mg devono usare compresse da 4 mg, Assumere inizialmente 1 compressa ogni 1-2 ore; dose media 8-12 compresse al giorno (e comunque < 30 compresse da 2 mg/die). La durata del trattamento dev'essere di almeno 12 settimane, poi ridurre gradualmente. I vantaggi è che possono essere usate senza dare nell'occhio, la dose è facilmente adattabile alle necessità del singolo, scarsi effetti collaterali.
2. NICOTINELL MINT® 1-2 MG E NIQUITIN® 2-4 MG PASTIGLIE: Vanno succhiate quando si sente l'impulso di fumare. Se la dipendenza è bassa o moderata: 1-2 mg, se è alta: 2 mg. Inizialmente usare una pastiglia ogni 1-2 ore; dosi abituali 8-12 pastiglie al giorno (dose massima 15 pastiglie al giorno). La durata del trattamento dev'essere di almeno 12 settimane e non superiore alle 24 settimane, poi ridurre gradualmente, sia come dose che come numero di assunzioni. Quando il numero di pastiglie arriva a 1-2 al giorno, vanno sospese. I vantaggi è che possono essere usate senza dare nell'occhio, la dose è facilmente adattabile alle necessità del singolo, scarsi effetti collaterali. L'uso contemporaneo di bevande acide (caffè, agrumi, coca-cola, ecc.) diminuisce l'assorbimento di nicotina dal cavo orale: vanno evitate per 15 minuti prima di succhiare una pastiglia.
3. NICORETTE® GOMME DA MASTICARE MEDICATE: DA 2 E 4 MG: Dose iniziale 2 mg: 1 gomma al posto di 1 sigaretta, dose abituale 10 gomme da 2 mg al giorno, dose massima 15 gomme da 4 mg al giorno. Durata del trattamento: almeno 4 settimane. Le gomme vanno masticate lentamente, per 30 minuti, finché emerge il "gusto", poi vanno posizionate tra la guancia e i denti in modo da facilitare l'assorbimento della nicotina attraverso la mucosa orale. E' un trattamento facilmente adattabile alle necessità individuali, contrasta la bulimia, può essere usato insieme al cerotto per una copertura "immediata" in caso d'impulso di fumare. Molto adatte nei soggetti con elevata dipendenza da tabacco. Non sono adatte ai portatori di protesi; ci possono essere difficoltà a masticare gomme in certi ambienti sociali
4. NICORETTE INHALER® CON BOCCHINO 10 MG: la dose raccomandata è ad libitum: non meno di 6 unità al giorno e non più di 12 unità al giorno. La dose massima viene raggiunta dopo 20 minuti dall'uso, continuando ad aspirare. Il tempo di aspirazione può però essere prolungato. La durata consigliata del trattamento è di 3 mesi. Dopo tale periodo si deve gradualmente ridurre la dose giornaliera nel corso delle successive 6-8 settimane. Non va usato per più di 6 mesi. Simula la gestualità e le sensazioni abituali, è facilmente adattabile secondo le necessità, contrasta la bulimia da disassuefazione, ma ci possono essere difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale. Sono poco adatte ai forti fumatori. In taluni soggetti producono irritazione locale della mucosa orale, tosse e rinite.
5. CEROTTI ALLA NICOTINA (NICOTINELL TTS® e NIQUITIN CQ® 7-14-21 mg/24 ore, NICORETTE® CEROTTI TRANSDERMICI 5-10-15 mg/16 ore): Il paziente prima di iniziare la terapia deve desiderare di smettere di fumare e non deve fumare durante la terapia. Il cerotto serve a evitare le ricadute nell'abitudine. Il cerotto va applicato una volta al giorno, alla stessa ora e preferibilmente appena svegli, sulla cute rasata, pulita e asciutta. Va lasciato nel sito per 24 ore (Nicotinell TTS e Niquitin CQ) o dalla mattina alla sera (Nicorette): Evitare l'applicazione sulla cute ferita, infiammata o infetta. L'applicazione del cerotto successivo va fatta in una zona diversa di cute (può essere riposizionato nella stessa zona non prima di 7 giorni). Dosaggio (Nicotinell TTS® e Niquitin CQ®): prima fase 21 mg/24 ore per le prime 6 settimane; seconda fase 14 mg/24 ore per 2 settimane; terza fase: 7 mg/24 ore per 2 settimane. Con Nicorette®: prima fase con 15 mg/16 ore per 6 settimane, seconda fase 10 mg/16 ore per 2 settimane, terza fase 5 mg/16 ore per 2 settimane. Tuttavia il trattamento può essere individualizzato in base alle caratteristiche specifiche del fumatore (quantità fumata, grado di dipendenza, ecc.) Possono produrre irritazioni cutanee locali fino nel 50% dei soggetti, insonnia, sogni vividi.

I preparati sostitutivi della nicotina non sono abitualmente controindicati nei soggetti con storia di malattie cardiovascolari, tranne che nelle prime 2 settimane dopo un infarto miocardico, nei soggetti con angina instabile o nei soggetti con aritmie minacciose. Non vanno usati nei soggetti < 18 anni, in gravidanza e in allattamento. Le schede tecniche delle specialità a base di nicotina raccomandano una sospensione graduale del trattamento, riducendo in 4-10 settimane il numero di dosi/die utilizzate (gomme, tavolette, pastiglie, inhaler) o la dimensione del cerotto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato questo regime a scalare con la sospensione drastica del trattamento dopo le prime 8-12 settimane non hanno evidenziato alcuna differenza di efficacia. Sarà quindi il paziente a condizionare la scelta: nei pazienti che dopo 12 settimane conservano un forte desiderio di fumare vale la pena di protrarre più a lungo il trattamento, scalando lentamente il dosaggio di nicotina.

Associazioni. Attualmente le schede tecniche delle specialità a base di nicotina non prevedono la possibilità di associare tra loro le diverse formulazioni; tuttavia negli studi che hanno valutato l'efficacia della terapia combinata (cerotto + gomme o inhaler) l'associazione si è dimostrata più efficace della monoterapia con la formulazione a rilascio prolungato (cerotto) nel controllare i sintomi da astinenza nei forti fumatori ed altrettanto sicura. Anche se servono ulteriori studi a supporto di questi dati, questa strategia può essere impiegata nei pazienti con forte dipendenza che non rispondono adeguatamente all'impiego delle singole forme farmaceutiche, anche ai dosaggi più elevati consentiti. In questi casi i cerotti garantiscono livelli plasmatici stabili di nicotina che possono essere incrementati "al bisogno" mediante l'impiego di formulazioni a pronta cessione.

Inoltre, nei pazienti nei quali il trattamento con i cerotti ha avuto successo, le formulazioni a pronta cessione, utilizzate anche sul lungo periodo, in maniera saltuaria, possono avere un ruolo nel mantenere l'astinenza a lungo termine.

I pazienti che utilizzano i cerotti non dovrebbero, invece, fumare durante il periodo di applicazione: il raggiungimento di elevati livelli di nicotina aumenta il rischio di comparsa degli effetti indesiderati tipici (es. tachicardia, nausea, cefalea); inoltre, induce nella quasi totalità dei casi un ritorno all'abitudine al fumo.

Il **bupropione** è efficace nel promuovere la disassuefazione dal fumo. Il farmaco sembra agire sia sul meccanismo biochimico della dipendenza da nicotina, che si traduce in pratica nella attenuazione del desiderio impellente di fumare, sia sulla sintomatologia propria della sindrome da astinenza.

Il farmaco, utilizzato anche come antidepressivo, si è dimostrato attivo nella cessazione del fumo su soggetti fumatori non depressi e con differente grado di dipendenza dalla nicotina.

Per quanto riguarda il profilo di sicurezza del bupropione si deve tenere presente che si tratta di un farmaco disponibile solo su presentazione di prescrizione medica.

Per quanto riguarda le precauzioni d'impiego, le avvertenze speciali, gli effetti indesiderati e le controindicazioni, fare riferimento a quanto riportato dal foglietto illustrativo.

Si ricorda comunque che cautela va utilizzata nei soggetti anziani, epatopatici e nefropatici, nei quali può essere necessario ridurre il dosaggio (il farmaco si è dimostrato attivo anche a dosaggio dimezzato).

Le compresse di bupropione (Zyban® cpr 150 mg) vanno inghiottite intere, senza masticarle o frantumarle. Possono essere assunte con o senza cibo. I pazienti devono essere trattati per 7-9 settimane. Si raccomanda d'iniziare il trattamento mentre il paziente è ancora fumatore e di fissare una data per la cessazione dell'abitudine al fumo entro le prime 2 settimane di trattamento, meglio durante la seconda settimana. La dose iniziale è 1 compressa al giorno per 6 giorni aumentando (tranne che negli anziani) a 1 compressa x 2 al giorno (con un intervallo di almeno 8 ore) a partire dal settimo giorno. Il bupropione può essere prescritto come farmaco di prima scelta indifferentemente e con lo stesso dosaggio a tutti i tipi di fumatori. L'insonnia e la xerostomia sono effetti avversi molto comuni, occasionalmente si può avere ipertensione. E' controindicato negli epilettici o nei soggetti con disturbi del comportamento alimentare.

La vareniclina è un farmaco di prima scelta appropriato nel promuovere la disassuefazione al fumo nei soggetti adulti. Vareniclina si lega con elevata affinità e selettività ai recettori nicotinici neuronali dell'acetilcolina $\alpha 4\beta 2$, dove agisce come un agonista parziale, composto che possiede sia attività agonista, con un'efficacia intrinseca inferiore a quella della nicotina, che attività antagonista in presenza di nicotina. L'efficacia della vareniclina nella cessazione dell'abitudine al fumo è il risultato dell'attività agonista parziale del farmaco a livello del recettore nicotinico $\alpha 4\beta 2$ dove il suo legame produce un effetto sufficiente ad alleviare i sintomi del desiderio compulsivo e dell'astinenza (attività agonista), determinando contemporaneamente una riduzione degli effetti della gratificazione e del rinforzo dell'abitudine al fumo, impedendo il legame nicotinico ai recettori $\alpha 4\beta 2$ (attività antagonista). Recentemente, diversi studi controllati hanno dimostrato l'efficacia della vareniclina nel migliorare la cessazione dal fumo. **La metanalisi dei dati favorisce la vareniclina rispetto al bupropione:** l'efficacia nell'ottenere la cessazione continua di 4 settimane è pari al 44% (contro 30% con bupropione e 17% con placebo), mentre l'astinenza dal fumo continuata nel primo anno dopo la sospensione del farmaco è pari al 22% (contro 16% con bupropione e 8-10% con placebo). Uno studio recente suggerisce che **la vareniclina è più efficace anche della terapia sostitutiva**

con nicotina nel trattamento a breve termine della dipendenza dal fumo, con un vantaggio simile a quello sul bupropione. L'efficacia e la sicurezza della vareniclina associata a bupropione o a terapia sostitutiva nella nicotina non è stata ancora sperimentata e pertanto tale associazione non viene per ora raccomandata.

La vareniclina (Champix®, compresse 0,5 e 1 mg): viene usata per via orale, senza masticare le compresse, a dosi crescenti. Giorni 1-3: 1 compressa da 0,5 mg al giorno, giorni 4-7: 1 compressa da 0,5 mg x 2 al dì, dall'8° giorno alla fine del trattamento (cioè per 12 settimane) 1 compressa da 1 mg x 2 al giorno. Il trattamento deve iniziare 1-2 settimane prima della data stabilita dal paziente per la cessazione dal fumo. Nei pazienti ad alto rischio di ricaduta dopo la fine del trattamento si può proporre una riduzione graduale della dose. Il farmaco va usato a dosi ridotte nei pazienti in insufficienza renale in stadio IV (VFG < 30 ml/min/1,73 m²) e non usato in quelli in stadio V. Non è necessario un aggiustamento del dosaggio nei pazienti anziani. L'effetto collaterale principale è la nausea, sogni strani e vividi, difficoltà nell'addormentamento sono comuni; il farmaco riduce l'attenzione durante la guida o l'uso di macchinari pericolosi. Inoltre è stato segnalato che potrebbe produrre depressione, agitazioni, alterazioni comportamentali di tipo schizofrenico o maniaco e ideazioni suicidarie o suicidio in taluni soggetti, soprattutto con precedenti disturbi psichiatrici, anche se un recente studio randomizzato non ha notato differenze negli esiti nei soggetti con o senza depressione maggiore preesistente che assumevano vareniclina..

ASSIST

Aiutare a smettere

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A - LIVELLO EVIDENZA 1

La associazione di cerotti con inalatori, gomme o compresse sublinguali di nicotina è più efficace di una singola formulazione e può essere una risorsa con i pazienti che non riescono a smettere di fumare con una sola.

Il bupropione associato a NRT è più efficace della sola NRT, ma non è più efficace del solo bupropione. Allo stato attuale delle conoscenze non possono però essere formulate raccomandazioni relative all'uso combinato di NRT e bupropione.

Deve essere tenuto presente che il paziente trattato con l'associazione di bupropione e terapia sostitutiva della nicotina ha un aumentato rischio di crisi ipertensive

La vareniclina è più efficace del bupropione e della sola NRT. Allo stato attuale delle conoscenze non possono però essere formulate raccomandazioni relative all'uso combinato di vareniclina e NRT e/o bupropione.

Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, per i quali è indicato un intervento più intenso, o che lo desiderino, la terapia cognitivo comportamentale o il counselling professionale individuale.

Gli interventi maggiormente efficaci sono: fornire indicazioni pratiche di comportamento per risolvere problemi e gestire situazioni di difficoltà, fornire supporto sociale come parte del trattamento, aiutare ad ottenere supporto sociale al di fuori del trattamento.

Tali interventi possono essere realizzati sia a livello individuale che come terapia di gruppo. Nella terapia di gruppo, alle strategie comportamentali si aggiunge la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori. La presenza di ex-fumatori può fornire un rinforzo positivo. Tali trattamenti devono essere condotti da psicologi, da medici o da altri operatori sanitari appositamente formati. Questi tipi di interventi vengono solitamente realizzati presso centri specializzati (ambulatori specializzati, centri anti-fumo). I soggetti possono essere indirizzati presso centri specializzati del Servizio Sanitario Nazionale o presso altre Associazioni purché erogino trattamenti basati sulle prove di efficacia e rispondano a requisiti minimi di organizzazione e formazione del personal come quelli organizzati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

ARRANGE

Pianificare follow up

I contatti con il soggetto andrebbero presi entro la prima settimana dalla data fissata per la cessazione, possibilmente il giorno stesso.

Un ulteriore contatto dovrebbe essere preso entro un mese, ulteriori contatti con cadenza regolare entro l'anno successivo alla cessazione.

Durante questi contatti, molti dei quali possono essere soltanto telefonici, ci si informa della situazione e ci si complimenta per i risultati ottenuti.

Si evidenziano i risultati ottenuti sul piano dei sintomi (ad esempio miglioramento della tolleranza allo sforzo, riduzione o "ammorbidente" della tosse, riduzione della frequenza cardiaca e di eventuali extrasistoli, restituzione "ad integrum" dell'olfatto

e del gusto, ecc.).

Si verifica la compliance del paziente ai trattamenti prescritti (comportamentale e/o farmacologico).

Si controlla l'esistenza di situazioni che hanno posto il paziente a rischio di ricaduta e si analizzano con l'interessato.

Se il contatto avviene in ambulatorio si controlleranno anche polso, pressione e peso corporeo.

Trascorso l'anno senza recidive i controlli potranno essere diradati (praticamente facendoli coincidere con le visite routinarie) ma mai tralasciati.

Ricadute:

I soggetti che hanno ripreso a fumare dovrebbero essere contattati per vedere se sono disponibili ad un altro tentativo.

Dal momento che l'abitudine al fumo è una malattia cronica, come l'asma, l'ipertensione o il diabete, periodi di remissione si accompagnano a recidive. La recidiva (il soggetto ha ricominciato a fumare) non va intesa né vissuta come un fallimento (del medico o del paziente) e va invece trattata come tutte le riacutizzazioni: con una terapia maggiormente intensa.

Il medico fornirà sostegno e incoraggiamento.

Eviterà di colpevolizzare il soggetto, attribuendo il motivo della recidiva a quelle che sono le cause più frequenti e le analizzerà con lui: stress, aumento di peso, ansia, depressione, riduzione della motivazione, fattori sociali.

Metterà l'accento sui successi parziali ottenuti.

Spiegherà che ogni tentativo, conferendo nuove esperienze e conoscenze, avvicina al successo.

In ogni caso non si deve perdere di vista l'obiettivo finale.

Se il paziente è disponibile si ripete il tentativo; se non lo è si propone la riduzione con l'opportuna terapia con l'obiettivo della cessazione definitiva.

Non si dimentichi che l'importante è non perdere il rapporto con il soggetto.

Se il grado di priorità della disassuefazione è elevato, se il soggetto è motivato o se il medico ne ravvisa la necessità, si deve indirizzare il soggetto verso un centro specializzato.

Popolazioni oggetto di intervento

Esiste una diretta correlazione tra le modalità dell'intervento di disassuefazione applicato e i tassi di astinenza raggiunti e mantenuti nel lungo periodo. D'altra parte non è possibile allo stato organizzativo attuale assicurare il massimo di assistenza a tutti i fumatori.

Pertanto è compito del medico quello di scegliere all'interno della popolazione i fumatori da trattare e quelli da destinare ad interventi più intensi presso centri specializzati.

Fumatori senza altri fattori di rischio.

Molti fumatori appartengono a questa categoria in cui la priorità di intervento è la più bassa. Ad essi dovrà quindi essere destinato almeno il trattamento ASK +

ADVISE (tempo richiesto dai 5 ai 10 minuti).

Fumatori portatori di altri fattori di rischio (oltre al fumo).

Soggetti che per familiarità, storia clinica pregressa, stili di vita, siano portatori di fattori di rischio diversi dal fumo (es. ipertensione arteriosa, familiarità per neoplasie o per malattie respiratorie, diabete, dislipidemia). È necessario stimare il rischio cardiovascolare anche per graduare l'intensità dell'intervento.

Questo gruppo di pazienti è meritevole di un intervento mediamente intenso quale può essere fornito dallo stesso medico, dedicando più tempo alla fase ADVISE volta a motivare il paziente (tempo medio 10-30 minuti), oppure ambulatori dedicati o da associazioni che erogano trattamenti basati sulle prove di efficacia.

Fumatori portatori di malattia (legata al/o aggravata dal fumo).

Pazienti che continuano a fumare affetti da: broncopatia cronica ostruttiva (BPCO), patologie cardiovascolari (in particolare coloro che hanno avuto un infarto o un ictus, o affetti da arteriopatia periferica) e pazienti diabetici con complicanze macrovascolari.

Per tutti costoro è indicato una volta fallito il trattamento breve un trattamento specialistico, quale può essere fornito da un ambulatorio dedicato o da associazioni che erogano trattamenti basati sulle prove di efficacia

Fumatori "difficili".

Fumatori che avevano smesso e hanno ricominciato e fumatori che non riescono a smettere nonostante la motivazione. In questa categoria rientrano anche i soggetti con dell'abitudine al fumo è superiore che nella popolazione generale.

Costoro vanno indirizzati ad un ambulatorio dedicato o ad associazioni che erogano trattamenti basati sulle prove di efficacia.

Fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo.

I bambini esposti al fumo di membri della famiglia presentano un aumentato numero di infezioni del tratto respiratorio e una aumentata incidenza di asma. Negli asmatici adulti l'esposizione al fumo di sigaretta di membri della famiglia si traduce in un aumento del numero delle riacutizzazioni, in un aumento dell'uso di farmaci e in un aumento delle visite in Pronto Soccorso. Per queste ragioni è particolarmente importante l'intervento di disassuefazione sui fumatori conviventi con bambini e adulti asmatici.

Donne in gravidanza.

Il periodo della vita nel quale la donna decide di avere un figlio e poi lo aspetta può costituire un terreno particolarmente fertile rispetto all'intervento di disassuefazione e pertanto deve essere oggetto di particolare attenzione.

Il fumo di sigaretta è la principale causa di basso peso alla nascita nei paesi sviluppati.

Il basso peso alla nascita è a sua volta causa di aumentata morbosità e mortalità dei neonati. Il fumo in gravidanza è anche associato ad un aumentato rischio di parto prematuro, sindrome di distress respiratorio e morte improvvisa del neonato. È fondamentale pertanto realizzare con tutte le donne gravide fumatrici interventi per promuovere la cessazione del fumo.

Alle donne che hanno deciso di avere un figlio, consigliare di smettere di fumare.

La gravidanza può costituire per un'alta percentuale di donne il trampolino di lancio verso la coorte dei non fumatori; infatti i frequenti disturbi neurovegetativi del primo trimestre comportano spesso una brusca riduzione o una cessazione del consumo di sigarette. In seguito l'allontanamento per un lungo periodo di tempo dalle attività extradomestiche, il rinato interesse per l'allattamento prolungato, la vicinanza costante del bambino per un lungo periodo, favoriscono il consolidamento della abitudine al non fumo.

- Alle donne in gravidanza effettuare l'intervento alla prima visita, ma anche nelle visite successive in fasi più avanzate della gravidanza.
- Alle donne in gravidanza offrire un intervento di tipo sociale e comportamentale, possibilmente più intenso degli interventi minimi di raccomandazione.

Per le donne in gravidanza la terapia farmacologica andrebbe presa in considerazione solo se la donna non riesce a smettere con gli interventi di tipo sociale e comportamentale.

Attualmente il foglietto illustrativo della terapia sostitutiva riporta in Italia la gravidanza come controindicazione. Ciò perché la nicotina è tossica per il feto. D'altra parte il fumo (che contiene anche molte altre sostanze tossiche) è molto più dannoso della sola nicotina. Pertanto il medico dovrà fare un accurato bilancio con la paziente dei rischi e dei benefici attesi, ottenendone un consenso informato. Gli estensori di queste linee guida ritengono che gli organi competenti del Ministero della Salute dovrebbero rivedere al più presto il testo del foglietto illustrativo nel senso sopra indicato.



Il servitore di Sir Walter Raleigh getta un secchio d'acqua sul suo padrone pensando che stia andando a fuoco. Per gentile concessione del Wellcome Institute.

IL CEFORMED INVITA A COMUNICARE ALLA REDAZIONE DI "MEDICINA E SANITÀ" TUTTE LE ATTIVITÀ, I PROGETTI, LE SPERIMENTAZIONI, LE LINEE-GUIDA, I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI RIGUARDANTI LE CURE PRIMARIE ELABORATE DALLE AZIENDE SANITARIE, DAI DISTRETTI O DA REALTÀ PROFESSIONALI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA, AI FINI DELLA LORO DIVULGAZIONE E DISCUSSIONE NELLA RIVISTA.

Via Galvani n. 1 - 34074 Monfalcone

tel. e fax 0481 487578

E-mail: contact@ceformed.it

<http://www.ceformed.it>