

Organo Ufficiale
della Società Italiana
di Tabaccologia-SITAB

2s
2005

Official Journal
of the Italian Society
of Tobaccology

ANNO III

supplemento

www.tabaccologia.org

Tabaccologia

tobaccology

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate



Speciale World No Tobacco Day 2005

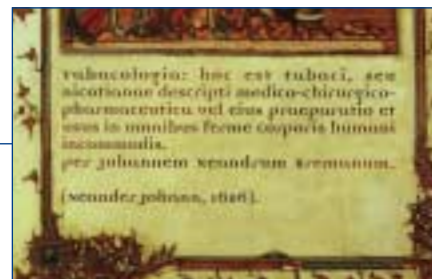
Health professionals against tobacco

SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA
SITAB

sommario

EDITORIALE

- 2 **Pensieri e parole** (G. Mangiaracina)
- 3 **Lettera aperta al neo Ministro della Salute**
- 5 **World NO Tobacco Day 31 maggio 2005**
(M. Mura)
- 7 **Imperativo: parlarne sempre**
(V. Zagà, B. Tinghino)
- 9 **Operatori socio-sanitari in prima linea sul fronte tabacco**
(S. Tasso, S. Vianello, M.E. Tamang, A. Pettenò)
- 12 **Il farmacista, ruolo professionale indispensabile**
(M. Nanni)
- 16 **"Mamme libere dal fumo": programma nazionale di counselling ostetrico**
(L. Sbrogiò, M.T.R. Villanova)
- 18 **Curare il tabagismo**
(B. Tinghino, V. Zagà)
- 33 **Biologia del tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psico-comportamentali**
(C. Chiamulera)
- 38 **SITAB HOME PAGE**
Centri antifumo - Progetto Inspiro
- 46 **Health news**



Pagina 7



Pagina 12

Tabaccologia

Organo Ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia - SITAB

Direttore Responsabile:

Giacomo Mangiaracina
(Roma)

Direttore Scientifico:

Gaetano Maria Fara (Roma)

CapoRedattori:

Biagio Tinghino (Monza - MI)
btinghi@tin.it,
Vincenzo Zagà (Bologna)
nosmoking@infinito.it.

Comitato

Scientifico-Redazionale:
Christian Chiamulera
(Verona), Mario Del Donno
(Benevento), Marco Mura
(Toronto - CDN),
Claudio Poropat (Trieste),
Biagio Tinghino (Monza),
Vincenzo Zagà (Bologna).

Comitato scientifico:

Riccardo Bartoletti (Sondrio),
Elena Calvi (Milano), Laura
Carrozzi (Pisa), Lorenzo Cima
(Padova), Cristina Cinti
(Bologna), Franco Salvati
(Roma), Giuseppe Di Maria
(Catania), Domenico Enea
(Roma), Alessandro Gennai
(Bologna), Auro Gombacci
(Trieste), Maria Caterina Grassi
(Roma), Paola Gremigni
(Bologna), Maurizio Laezza
(Bologna), Andrea Ledda
(Chieti), Vincenzo Masullo
(Roma), Flaminio Mormile
(Roma), Stefano Nardini
(Vittorio Veneto - BL),
Margherita Neri (Tradate - VA),
Emanuele Passanante (Torino),
Mario Polverino (Cava dei
Tirreni), Eugenio Sabato
(Mesagne-BR), Elisabeth
Tamang (Venezia), Roberto
Tatarelli (Roma), Maria Teresa
Tenconi (Pavia),

Stefano Vianello (Mirano - VE),
Alessandro Zanasi (Bologna),
Pier Giorgio Zuccaro (Roma),
Francesca Zucchetta
(Monza - MI).

Comitato scientifico d'onore:

Presidente:
Umberto Veronesi
(IEO Milano-Italy).

Amanda Amos (University of
Scotland, Edinburgh-UK), Lucio
Casali (Perugia University-Italy),
Simon Chapman (Australia),
Mario De Palma (Federazione
TBC-Italy), Carlo DiClemente
(USA), Jean Francois Etter
(Univ. Ginevra-Svizzera), Karl
Fagerstrom (Smokers Clinic
and Fagerstrom Consulting-
Sweden), M. Rosaria Galanti
(Karolinska University Hospital
Stockholm-Sweden), Carlo
Giuntini (Pisa University-Italy),
Martin Jarvis (University

College, London-UK), Jacques Le
Houezec (NRST, Paris-France),
Robert Molimard (Société
Française de Tabacologie, Paris-
France), Dario Olivieri (Parma
University-Italy), Francesco
Schittulli (Lega Italiana per la
Lotta contro Tumori, Roma-
Italy), Stephen Rennard,
(Nebraska University, Omaha-
USA).

Con il Patrocinio:

- Federazione Italiana contro
le Malattie Polmonari,
Sociali e la Tubercolosi
- Lega Italiana per la lotta
contro i Tumori

Segreteria di

redazione:
Livia Laurentino
(liviaelena.laurentino@
fastwebnet.it)
c/o Suoni Comunicazioni
Via Venturoli 38/D - 40138

Bologna
tel./fax +39 051 304737

Art direction:

Hotminds S.r.l.
Via B. Bottau 6
40055 Castenaso (BO)

Impaginazione:

Graph-X di Fabrizio Cani
www.graph-x.it

Ricerca iconografica:

Zagor & Kano

Stampa:

Ideostampa
Via del Progresso s.n.
61030 Calcinelli di Saltara
(PU)

Pubblicità:

Suoni Comunicazione
(suonicom@tin.it)
Via Venturoli 38/D
40138 Bologna
Tel/Fax 051-304737

PENSIERI E PAROLE

Giacomo Mangiaracina

«**D**um Romae consulitur, Saguntus expugnatum est». Mentre a Roma si discute, Sagunto viene espugnata. Quando visitai Sagunto capii che non dovette essere facile per Annibale conquistarla. L'antica roccaforte si presenta oggi agli occhi del turista con le sue mura sorprendentemente poderose, e si erge sopra un'altura che domina la pianura per chilometri a sud verso Valencia.

Eppure Annibale ebbe la meglio. Ovvero, ebbe tutto il tempo utile per aprirsi quel varco strategico che lo portò a penetrare, incredibilmente e inaspettatamente, in Italia da nord, valicando le alpi. E di vittoria in vittoria, arrivò fino in Puglia prima di essere sconfitto da una poderosa armata romana, che dovette però sacrificare 50.000 uomini.



Le incongruenze e i tempi lunghi nelle decisioni importanti si pagano talvolta a caro prezzo. E siamo convinti che la storia abbia qualcosa da insegnare anche agli uomini di scienza. Discutere dei problemi legati al consumo di tabacco, formulare enunciati, emanare norme, non vuol dire necessariamente raggiungere obiettivi utili ed efficaci in prevenzione e terapia. Spesso è proprio il contrario. Mentre la ricerca esprime la sua essenza nei lavori congressuali e nelle pubblicazioni scientifiche, i professionisti della salute rimangono spesso isolati di fronte alla gestione dei problemi col paziente, in special modo quando deve intervenire sugli stili di vita per modificarli. In quale modo? Come fare a gestire il paziente fumatore? E mentre si discute e si pianifica, i colossi

del Tabacco hanno conquistato nuovi mercati e rielaborano strategie di marketing orientate sui giovani al di sotto dei 14 anni, e verso i nuovi mercati, quelli poveri, nei paesi in via di sviluppo, dove la gente non riesce forse a mangiare ma conserva indenne la capacità di immaginare e sognare.

Una approfondita analisi, in corso di svolgimento, è organizzata dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, dell'Istituto Superiore di Sanità. Il tema: "Salute, scienza ed epistemologia della

Complessità: un viaggio nei campi del sapere". L'interpretazione della realtà e della conoscenza ricorre sempre più alla multidisciplinarietà affermando il concetto di "appropriatezza" in sanità. La teoria epistemologica della complessità in campo sanitario mette in discussione il ruolo e i

metodi dell'epidemiologia e della sanità pubblica nell'ultimo decennio, abbattendo i confini tra scienze esatte e discipline umanistiche, rivalutando i metodi di ricerca e gli approcci innovativi sulle stime degli eventi (Bayesian Theory - Bernardo JM, Smith AFM, 1994). Ne deriva un modo diverso di guardare alla medicina e alla salute pubblica, basate sull'evidenza degli studi di efficacia (EBM), ed una rivalutazione dell'autonomia del medico e di quell'*ars curandi* che ha caratterizzato la storia millenaria della medicina e dei medici. La sfida è in corso tra modelli diversi della conoscenza nei campi del sapere umano.

Tutto ciò ha un senso. Non lo avrebbe se rimanesse nel limbo della teoria, se non riuscisse a produrre concretamente benessere individuale e sociale. Le attua-



li politiche della salute vertono dunque su tematiche ritenute in sintonia con la condizione umana e sociale del Duemila: economia sanitaria, farmaco-economia, sistemi sanitari locali, network socio-sanitari, epidemiologia, innovazione in sanità, biotecnologie.

A tutto questo si è aggiunto di recente l'area di interesse sulla "medicina alternativa". Come in tutti i sistemi sot-toposti al giudizio di pochi o di tutti, dai film di Kubrick ai sapori della buona cucina, le opinioni sono legittime. Solo che in campo scientifico le opinioni stanno scomode.

Ci si attiene ai dati. Perciò la "medicina alternativa" crea imbarazzo tra i tecnici e consensi tra la gente. In effetti è l'alternativo che nuoce alla comprensione. Si basa sul presupposto infantile che "il mio è meglio del tuo", ma se parlassimo di medicina integrata si lavorerebbe su un piano di condivisione e di consenso generale.

Collegiamo adesso il tutto con il Fumo. Dagli esperimenti di Ernst Wynder degli anni Cinquanta sulla cancerogenesi indotta negli animali da esperimento, ai grandi studi epidemiologici prospettici, alle ricerche sulla neurobiologia della Nicotina, la comunità scientifica internazionale ha prodotto una mole colossale di conoscenze sul problema del tabacco da averlo definito "prima causa di morte evitabile al mondo".

Tra le incongruenze e i punti di criticità del processo evolutivo emerge la dissonanza fra "scienza elaborata", "scienza comunicata" e "scienza percepita". In altre parole, alle evidenze scientifiche non c'è stato il riscontro di un cambiamento positivo nei comportamenti nella popolazione, e persino negli operatori della salute. Evidentemente il modello culturale ha inciso così pesantemente sulla vita degli uomini da limitare il significato dei risultati della conoscenza, ma evidenziando al tempo stesso il grado di complessità del sistema.

Questo è uno dei motivi di fondo, con il riscontro diretto della maggiore prevalenza di fumatori tra il personale sanitario rispetto alla popolazione generale, fatta eccezione per i paesi scandinavi e

altri contesti isolati, che ha indotto l'OMS ha dedicare la Giornata Mondiale senza Tabacco 2005 al tema "Tabacco ed Operatori della salute". Un grande passo avanti è stato fatto nella direzione che come Società scientifica di tabaccologia ripetiamo ormai da anni: è finita l'era dei "metodi antifumo"; siamo entrati in quella della cura del tabagismo. Il focus si sposta dal metodo all'operatore.

Il clima generale è disteso, niente affatto persecutorio, ma propositivo. Ecco ciò che si propone:



Busto di Annibale Barca
(247 – 183 a.C.)

Il clima generale è disteso, niente affatto persecutorio, ma propositivo. Ecco ciò che si propone:

- 1) maggiore attenzione ad una ricerca scientifica che consideri i criteri di complessità nella valutazione dei modelli di intervento in prevenzione e terapia, e che guardi alle esperienze prodotte in tre decenni, per elaborare linee di riferimento e di orientamento;
- 2) la formazione degli operatori della salute nell'ambito delle dipendenze patogene e nella terapia del tabagismo in particolare;
- 3) la rivalutazione del farmacista come figura professionale centrale nelle strategie di controllo del tabagismo a cui indirizzare una specifica formazione nel management del cliente fumatore;
- 4) la produzione di documentazione e l'aggiornamento continuo dell'operatore (pubblicazioni, rivista Tabaccologia);
- 5) una linea comune e condivisa di intervento tra organizzazioni pubbliche e private, un lavoro di rete che garantisca un approccio complesso attraverso la multidisciplinarietà nelle competenze, nelle professionalità, nelle esperienze;
- 6) la formazione di operatori in grado di conseguire risultati efficaci in prevenzione;
- 7) la creazione di centri di secondo livello nella cura del Tabagismo,

primo fattore correlato alle principali patologie, respiratorie, oncologiche e cardiovascolari, uno per ogni ospedale.

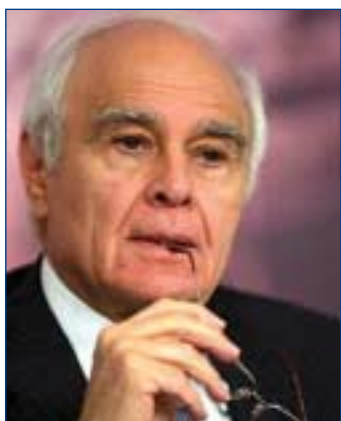
Con un tono di guardia così elevato è molto probabile che i risultati si producano davvero.

Occorre fare entrare tutto questo in un ambito di politica della salute e dei sistemi sanitari che guardino al problema con la chiarezza con cui li osserviamo noi. È ora di agire. C'è un "Annibale" in agguato per ogni carenza in capacità e rapidità di azione.

Giacomo Mangiaracina
(mangiaracina@globalink.org)
Presidente SITAB

Lettera aperta al neo Ministro della Salute

Il Tabagismo è, secondo l'OMS e il DSM IV, una patologia da dipendenza, e rappresenta una condizione subdola e falciante, molto difficile da controllare se non si coglie la differenza sostanziale che intercorre tra una "cattiva abitudine" e, appunto, una dipendenza. La cura di questa condizione patologica, che prevede l'intervento, lo sforzo di tanti professionisti (medici, psicologi, educatori etc...) nell'ambito di equipe multidisciplinari, porta a risultati accettabili



L'ex Ministro della Salute Prof. Girolamo Sirchia

solo se effettuata da operatori formati, abituati al lavoro integrato. Chi si interessa del problema sa che, per ridurre l'entità, occorre un approccio integrato: messaggi corretti alla popolazione (in particolare alle donne in gravidanza e ai giovani), aumento dei prezzi dei prodotti del tabacco, politica di riduzione degli spazi al chiuso ove sia possibile fumare (sia pubblici che privati), e altro.

È bene tener presente che l'articolo 32 della Costituzione garantisce il diritto alla salute per tutti e che, com'è noto, il Tabagismo è responsabile, nel nostro paese, di circa 90.000 morti a causa di svariate patologie, che ci costano circa 35 milioni di Euro l'anno. Il Ministro uscente, prof. Girolamo Sirchia, medico di chiara fama, sulla scia del prof. Umberto Veronesi, è stato promotore di un progetto di legge, la cui entrata in vigore il 10 gennaio 2005 è stata molto ostacolata, ma che di fatto ha permesso nel giro di poche settimane di ottenere un consistente calo nella vendita dei tabacchi (dal 9 al 19%) e un forte aumento del

numero delle persone che hanno smesso di fumare. E questo risultato ben si iscrive negli obbiettivi degli ultimi due Piani Sanitari Nazionali. Risulta essere d'accordo con questa legge l'83% della popolazione, quindi anche buona parte degli stessi fumatori (che sono intorno al 26%), tant'è che l'applicazione della stessa è stata molto più facile di quanto fatto paventare da alcuni ambienti, forse non del tutto estranei alle lobby del tabacco. Tale legge ci

viene invidiata dagli altri stati europei ed extraeuropei, nei quali sono in atto iniziative legali atte a ridurre il carico dei danni da fumo.

Per la prima volta poi si è cominciato a discutere di altri aspetti comportamentali atti a migliorare la qualità e la durata della vita dei nostri connazionali.

Può non essere facile limitarsi nell'assunzione di cibo e alcol, fare attività fisica, o smettere di fumare. Certo È che, se con i comportamenti e le dichiarazioni ai giornali vengono mandati, da parte di personaggi pubblici, messaggi in contrasto con la necessità di contenere i danni da stili di vita scorretti, il compito dei medici, che spesso operano nell'ambito del Sistema Sanitario, diventa più arduo, se non vanificato o delegittimato nella sostanza.

Per esempio, la previsione di un aumento degli spazi in cui sia lecito fumare, come ha dichiarato in esordio il neo ministro Francesco Storace, sottraendo peraltro fondi alle finanze statali, va esattamente in senso opposto alla politica di contenimento di quella che noi addetti ai lavori definiamo "Epidemia da fumo di tabacco". Senza assolutamente volere scatenare crociate contro i fumatori, dobbiamo però essere fermi nel dichiarare i danni del fumo, attivo e passivo, e nel difendere la legge che è uno strumento di difesa dei diritti di chi non fuma. Altrettanto forte è da parte nostra la richiesta di maggiore attenzione e di risorse per i servizi (Centri per il Trattamento del Tabagismo, dotati di requisiti qualitativi adeguati) che offrano aiuto ai fumatori per curare la propria dipendenza. Rimarremo vigilanti sugli ulteriori sviluppi e comunque auguriamo al Ministro della Salute che oltre, al buon senso, prevalga sull'interesse politico immediato l'attenzione alla voce degli esperti nel campo della lotta al Tabagismo.



Il neo Ministro Francesco Storace

Hanno sottoscritto la presente lettera:

SITAB, SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA
(Prof. Giacomo Mangiaracina)
AIPO, ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI (Dott.ssa Margherita Neri)
FONICAP, FORZA OPERATIVA NAZIONALE
INTERDISCIPLINARE SUL CARCINOMA POLMONARE
(Dott. Luigi Portalone)
GEA Progetto Salute (DOTT. MAURO NANNI)
ARIA PULITA, ASSOCIAZIONE NONFUMATORI
(Dott. Massimo D'Angeli)
ALIBERF, ASSOCIAZIONE LIBERI DAL FUMO
(Dott. Vincenzo Zagà)

World **NO** Tobacco Day

31 maggio 2005

Health professionals and tobacco control



“Ruolo dei professionisti della salute

Marco Mura

Razionale per la Giornata Mondiale contro il Tabacco 2005

Nel maggio 2003 è stata adottata la WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS) Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Il trattato è stato firmato da 168 paesi, inclusi quelli della Comunità Europea. La buona risposta ricevuta dalla FCTC da parte della società civile e dai governi è dimostrata dall'elevato numero di organizzazioni non-governative coinvolte nel processo di ratificazione, dal numero di programmi di controllo del tabacco correntemente attivati e dal numero di firme ottenute entro un anno dalla sua promulgazione. Il trattato prevede l'adozione di una serie di provvedimenti di controllo quali vigilanza sul controbandaggio di sigarette ai confini di stato, modifiche dei prezzi delle sigarette e limiti alla pubblicità dei prodotti del tabacco.

Mentre i governi si preparano alla ratificazione del trattato, è importante che non manchi il sostegno da parte delle organizzazioni non-governative, dei professionisti sanitari, dalle istituzioni accademiche e dei gruppi di consumatori, in modo da aumentare gli sforzi nel con-

trollo del tabagismo. In questa ottica si inserisce la Giornata Mondiale contro il Tabacco 2005.

La Tobacco Free Initiative propone che la Giornata Mondiale contro il Tabacco 2005 sia focalizzata sul ruolo dei medici e operatori sanitari sul controllo del tabagismo

Se da un parte l'OMS ha promosso a livello internazionale l'adozione della FCTC, le strategie finalizzate al controllo dell'uso del tabacco dovrebbero prendere in considerazione, a livello nazionale, una serie di misure quali programmi di prevenzione, educazione e campagne di informazione e altre misure di riduzione della domanda, quali i corsi per la dissuefazione dal fumo. I professionisti sanitari, ed i medici in particolare, possono intervenire in questo ambito, in quanto sono in grado di raggiungere una larga fascia della popolazione. I medici hanno l'opportunità di aiutare i soggetti tabagisti a cambiare le loro abitudini e possono fornire loro consigli, informazioni e risposte alle domande sulle conseguenze del fumo. Inoltre i medici possono naturalmente aiutare i pazienti a smettere di fumare. Vari studi hanno dimostrato che questo tipo di interventi da parte dei medici costituisce una dei metodi più efficienti, anche dal punto di vista dei costi, per indurre la disassuefazione dal fumo.

Nell'ambito delle misure preventive, particolare attenzione deve essere rivolta agli adolescenti, che dovrebbero essere messi in guardia sui pericoli del fumo,



anche se purtroppo "il fascino del proibito" finisce spesso per avere un effetto controproducente su numerosi teenagers che vogliono "sentirsi grandi". Tuttavia l'unica possibile misura preventiva è che si fornisca una informazione chiara, semplice e inequivocabile sui pericoli legati al fumo di sigaretta. Per motivi etico-professionali è quindi auspicabile che medici, infermieri, odontoiatri, psicologi e farmacisti rafforzino la loro posizione e il loro ruolo nel controllo del tabagismo.



I professionisti sanitari dovrebbero infatti rappresentare l'esempio su cui si riflette una società "salutare". Un grande passo in avanti è stato fatto in Italia e in poche altre nazioni (Irlanda, Norvegia, Malta) con l'adozione della legislazione

che rende tutti gli ambienti pubblici *smoke-free*.

Un altro punto fondamentale su cui invece si deve ancora lavorare è l'educazione degli studenti di medicina e delle altre facoltà sanitarie e degli specializzandi medici sul controllo del tabagismo. Gli studenti che hanno ricevuto questo tipo di educazione risultano poi più efficienti nell'identificare e trattare i problemi legati al fumo di tabacco durante la loro vita professionale. Tali professionisti sono quindi

in grado di agire come informatori che possono prevenire l'uso di tabacco e possono supportare i pazienti nei loro sforzi per smettere di fumare. Il risultato finale è una riduzione nella prevalenza dell'abitudine al fumo.

Iniziative concrete: codice di comportamento per il controllo del tabagismo e sondaggio sull'abitudine al fumo

L'incontro organizzato nel gennaio 2004 dalla Tobacco Free Initiative con il supporto della OMS ha visto la partecipazione di 50 delegati da 29 diverse organizzazioni internazionali, i quali hanno stilato un codice di comportamento per il controllo del tabagismo, articolato in 14 azioni, che ogni professionista sanitario dovrebbe mettere in atto. Il codice fino ad ora è stato tradotto nelle 6 lingue ufficiali dell'OMS. Durante la Giornata Mondiale contro il Tabacco 2005 verrà inoltre condotto un sondaggio sull'abitudine al fumo in 6 diverse nazioni, una per ogni regione OMS, promosso dalla Global Health Professionals Students Tobacco Survey. I risultati verranno pubblicati dall'OMS.

Marco Mura

Dottore di ricerca in scienze pneumo-cardio-toraciche
Research Fellow, Thoracic Surgery Research Laboratory,
University of Toronto, Canada

CODICE PRATICO DI CONTROLLO DEL TABAGISMO PER LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE



Premessa: per contribuire alla riduzione del consumo di tabacco ed includere il controllo del tabagismo nei programmi sanitari a livello regionale, nazionale e globale, è inteso che le organizzazioni dei professionisti sanitari debbano:

- Incoraggiare i propri membri ad essere un modello, pertanto a non fumare e a promuovere una cultura libera dal tabacco.
- Valutare il consumo di tabacco tra i propri membri mediante questionari e introdurre politiche adeguate.
- Rendere gli incontri e gli eventi della organizzazione *smoke-free* ed incoraggiare i propri membri a fare lo stesso.
- Includere il controllo del consumo di tabacco nei programmi di tutti i convegni e congressi che abbiano temi legati alla salute.
- Consigliare ai propri membri di indagare sul consumo di tabacco e sull'esposizione al fumo dei propri pazienti o clienti, utilizzando un approccio basato sull'evidenza, nonché dare consigli per smettere di fumare ed assicurare un adeguato follow-up degli obiettivi di cessazione del fumo.
- Influenzare le istituzioni della sanità e i centri educazionali ad inserire la tabaccologia nei propri programmi, compresa l'educazione medica continua.
- Partecipare attivamente al World No Tobacco Day dei 31 maggio 2005.

- Rifiutarsi di accettare ogni supporto dalle industrie dei prodotti del tabacco, di natura finanziaria e non, di investire nelle industrie del tabacco, ed incoraggiare i propri membri a fare lo stesso
- Assicurare tramite dichiarazioni specifiche di conflitto di interesse che i partner dell'organizzazione non hanno relazioni commerciali o di altra natura con le industrie del tabacco
- Proibire la vendita o la promozione dei prodotti del tabacco nei propri locali, ed incoraggiare i propri membri a fare lo stesso.
- Supportare attivamente i propri governi nel processo di firma, ratificazione ed implementazione del WHO Framework Convention on Tobacco Control.
- Dedicare risorse finanziarie o di altra natura alla lotta al tabagismo - incluse le risorse per applicare il presente codice pratico.
- Partecipare alle attività anti-tabacco dei network dei professionisti sanitari
- Supportare campagne per rendere i luoghi pubblici *smoke-free*.

Adottato e firmato dai partecipanti al WHO (OMS) Informal Meeting on Health Professionals and Tobacco Control Ginevra, 28-30 gennaio 2004

Imperativo: parlarne sempre

Gli operatori sanitari nella prevenzione del tabagismo

Vincenzo Zagà, Biagio Tinghino

La storia della lotta al tabagismo ricorda che sono stati i medici, in particolare epidemiologi e clinici, che l'hanno iniziata, sostenuta, organizzata. E sono ancora i medici che, nel mondo intero formano la maggioranza della "elite" militante per la riduzione massiva del flagello tabagico. Malgrado ciò, il comporta-

mento personale di questi operatori nei riguardi del tabacco non si è modificato né così rapidamente, né così uniformemente come invece le loro conoscenze teoriche lascerebbero sperare. Il medico ha un ruolo cruciale ed essenziale nel controllo del tabagismo per la vicinanza con la popolazione, per il carisma, il credito e l'autorità di cui dispone in materia di salute.

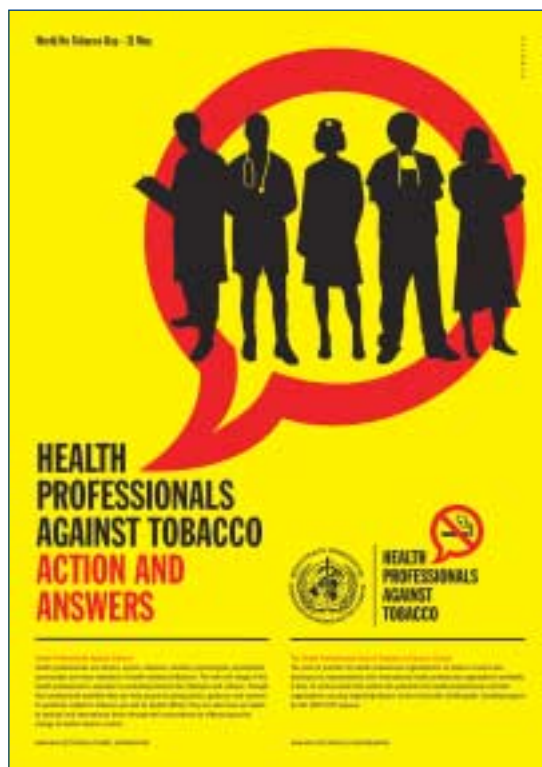
Non a caso i paesi che hanno

ottenuto i migliori risultati nel controllo del tabagismo sono quelli che hanno ingaggiato e coinvolto i loro medici in questo sforzo. Si è così visto che, col finire

del 2° millennio, negli stati dove c'è stato un sensibile regresso della prevalenza del fumo tra i medici, come nel Regno Unito (10%), negli Stati Uniti (5%), nella Finlandia, Norvegia e Svezia (attestate intorno 15%), con situazioni legislative e di opinione pubblica più favorevoli ad una lotta antifumo, si è iniziato a registrare un trend tabagico in discesa anche nella popolazione generale. Per contro là dove i tassi di fumatori tra i sanitari sono storicamente elevati, talvolta più di quelli della popolazione generale, si riscontrano più alti tassi di tabagisti. **Un paziente fumatore chiede sempre se il medico fuma, e per quanto quest'ultimo possa argomentare con dati teorici, l'efficacia dei suoi consigli sarà vanificata da un pessimo esempio.**

Le stesse leggi risultano più incisive se supportate dal carisma, dalla cultura e dall'esempio deontologico dei medici e del personale sanitario in genere.

Da questa certezza e nella speranza di aumentare la credibilità e l'incisività dei medici nella lotta anti-tabacco, l'OMS e più recentemente le sei più autorevoli Società Pneumologiche Internazionali (American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiriology, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) hanno lanciato un appello ai Medici e rispettive Associazioni Nazionali affinché prendano coscienza delle responsabilità deontologiche, culturali e professionali verso i pazienti e la comunità.



In particolare i fumatori si recano almeno quattro volte l'anno in ambulatorio per problemi di salute, e sappiamo che basterebbero 10 secondi spesi per richiamare all'attenzione il problema del fumo per quadruplicare il tasso di cessazione nei pazienti motivati.



Ma i medici non solo i soli operatori coinvolti nella "rete" di prevenzione e terapia del tabagismo. Altre figure sanitarie svolgono un ruolo chiave, basti pensare agli infermieri, ai farmacisti e alle ostetriche.

Il personale infermieristico, da sempre, si colloca in una posizione di maggiore vicinanza affettiva ed empatica rispetto

ai pazienti. Da esso derivano, più frequentemente, consigli e strategie che riescono a risultare decisivi nella determinazione di smettere di fumare.

Le ostetriche, poi, si trovano in posizioni molto importanti nel percorso della donna gravida. Esse possono identificare le future mamme che fumano, inserire momenti di counselling nei corsi di formazione al parto e reindirizzare le donne che volessero smettere ai centri di secondo livello.

I farmacisti sono senz'altro gli operatori sanitari che hanno il maggior contatto con la popolazione generale e che spesso raccolgono le domande, le paure e le aspettative dei cittadini rispetto alla salute. La loro professionalità va adeguatamente valorizzata e integrata nella grande rete di professionisti ed attività che possono (dalla scuola all'ospedale) e debbono intervenire per prevenire le malattie causate dal tabacco.

Ed è in quest'ottica che l'OMS già nel maggio 2003 ha fortemente voluto e promosso la WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) mentre tramite il suo Ufficio Regionale per l'Europa promuove la Rete Internazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute HPH (Health Promoting Hospitals) per incidere sul personale sanitario in qualità di "opinion

leader". Quest'anno poi all'importanza degli operatori sanitari nel controllo del tabacco ha voluto dedicare il World No-Tobacco Day.

Bibliografia:

1. Adriaanse H, Van Reek J: Physicians' Smoking and its exemplary effect. Scand. J. Prim. Health Care 1989; 7:193-6.
2. ACCP, ATS, APSR, CTS, ERS, IUATLD: Fumo e Salute: una responsabilità per il medico: Un documento della Commissione Congiunta su fumo e salute. Versione italiana a cura di Donner C.F. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1996; 2:164-168.
3. Terrier P. Sevrage tabagisme: toujours en parler. Rev Prat-Medicine Generale, 2001; tome 15, n° 527: 343-347.
4. Rollnick S, Butler CC, Stott N. Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. Patient Education Counseling 1997; 31: 191-203.
5. Karsenty S: Le tabagisme du médecin. Rev Prat (Paris) 1993; 43, 10: 1217.
6. Faravetti C, Marcato G, Polato R: L'Ospedale e i Servizi Sanitari senza fumo. Atti del Convegno "IO NON FUMO", Padova 13 maggio 1994; Soc. Coop. Tipografica, Padova 1995: 67-73.
7. <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/en/>

Vincenzo Zagà

Presidio di Pneumotisiologia,
Coordinatore Centri Antifumo-AUSL di Bologna,
Società Italiana di Tabaccologia-SITAB

Biagio Tinghino

Coordinamento gruppo di lavoro sui Centri
di Disassuefazione, Regione Lombardia
Centro Antifumo di Monza.

Operatori socio-sanitari in prima linea sul fronte tabacco

La rete HPH e i MMG – esperienze venete

Simone Tasso, Stefano Vianello, Mary Elizabeth Tamang, Annarosa Pettenò

Health Promoting Hospitals HPH

Nel 1991 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha avviato un Progetto Internazionale con l'obiettivo di creare una Rete di Ospedali che si impegnassero a mettere in pratica i contenuti di documenti di Promozione alla Salute prodotti dall'OMS, quali la Carta di Ottawa (1) e la Dichiarazione di Budapest (2). Il suddetto Progetto Internazionale ha previsto la costituzione di Reti Nazionali o Regionali di Ospedali direttamente connesse all'Ufficio Europeo dell'OMS. In Italia si sono create Reti Regionali e la Rete Veneta è stata la prima a costituirsi (nel 1995). Queste Reti di Ospedali sono anche conosciute con la definizione di Reti HPH, essendo HPH l'acronimo di "Health Promoting Hospitals", tradotto in italiano "Ospedali per la Promozione della Salute". Tra i vari impegni di questi Ospedali vi è quello di promuovere la salute all'esterno delle proprie mura, collaborando con le istituzioni locali e la comunità servita, seguendo una precisa metodologia indicata dall'OMS.

L'iniziativa Pilota

Nel 1996 la Rete veneta HPH ha deciso di avviare un progetto di promozione della salute dal titolo "Ospedale e servizi sanitari senza fumo". L'obiettivo generale di tale progetto è ottenere che negli ospedali e nei servizi sanitari non si fumi, in modo da proteggere la salute

dei pazienti e del personale e da costituire un esempio di comportamento sano per la comunità servita attraverso azioni specifiche rivolte sia ai pazienti, al personale che alla comunità. In particolare, si auspica lo sviluppo di progetti di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario affinché il counseling per aiutare a smettere di fumare diventi una attività di routine nella normale pratica sanitaria rivolta ai pazienti fumatori (es. progetto "Mamme libere dal fumo") come la programmazione di attività per aiutare i pazienti a smettere di fumare (es. corsi per la disassuefazione). In riferimento al personale si promuovono indagini conoscitive delle abitudini al fumo dei dipendenti come pure l'opportunità, offerta anche all'operatore sanitario, di riflettere sul proprio comportamento e motivare la scelta di diventare libero dal tabacco attraverso attività specifiche rivolte al personale che ha deciso di smettere di fumare. Le azioni rivolte alla comunità riguardano la creazione di una rete locale e sinergica con altre iniziative sul tabagismo nella comunità oltre che, all'interno dei servizi sanitari, l'impegno ad attuare le disposizioni legislative contro il fumo e far rispettare il divieto di fumare.

La campagna anti-tabagismo dal titolo "chi non fuma ...VINCE!" nasce in questo contesto, essendo una iniziativa anti tabagismo rivolta alle giovani generazioni che fa parte dell'ampio Progetto HPH

rivolto alla intera popolazione.

L'iniziativa indirizzata alle giovani generazioni è partita nel 1997 sotto forma di esperienza pilota nella sola Azienda Socio-Sanitaria (ULSS) di Asolo (TV) che ha sperimentato un insieme di azioni rivolte alla lotta contro il tabagismo negli studenti delle scuole medie inferiori del proprio territorio, cercando di coinvolgere in un unico lavoro il personale dei propri Ospedali (Castelfranco Veneto e Montebelluna), il personale dei propri Servizi Territoriali e rappresentanti della comunità.

Le principali modalità di intervento sono state elaborate da un Gruppo di Lavoro Aziendale (lo stesso che gestiva il Progetto HPH) formato oltre che da personale Ospedaliero anche da personale dei suddetti Servizi (Servizio di Educazione e Promozione della Salute, Distretti Socio-Sanitari, Dipartimento Prevenzione, Servizio Tossicodipendenze) con il fattivo contributo di componenti esterni alla ULSS (in particolare da segnalare l'importante contributo dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori). Si è così formato un vero e proprio Gruppo di Lavoro Allargato che, seguendo le linee guida HPH, ha ideato le azioni da sviluppare in maniera integrata (ULSS e istituzioni/associazioni esterne) nel territorio nella lotta al tabagismo nelle giovani generazioni. L'obiettivo era quello di creare attorno ai giovani un ambiente che promuovesse la lotta al tabagismo

Simone Tasso

Dirigente Medico del Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto (Treviso) - Coordinatore Rete Veneta HPH

Stefano Vianello

Direttore Distretto Socio-sanitario Azienda ULSS 14 Chioggia

Mary Elizabeth Tamang

Direttore Centro di Riferimento per la Prevenzione della Regione del Veneto

Annarosa Pettenò

Consulente Centro di Riferimento per la Prevenzione della Regione del Veneto

andando oltre i consueti (e comunque importanti!) interventi di educazione sanitaria nelle scuole, con la coscienza che spesso i giovani apprendono abitudini o comportamenti, senza seguire il processo logico di un adulto, ma mettendo in essere altri meccanismi, meno frequenti negli adulti, quali ad esempio l'imitazione/emulazione.



Strategia di azione

Schematicamente le azioni più importanti possono essere così brevemente riassunte:

- È stato istituito un Concorso per studenti delle scuole medie inferiori dal titolo "chi non fuma ...VINCE!" che premia spot pubblicitari e disegni prodotti dagli studenti (classi e individuali) con tema la lotta al tabagismo.
- Sono stati coinvolti testimonial, personaggi positivi ed imitabili apprezzati dai giovani: Aldo Serena e Deborah Compagnoni (1999-2000), Alessandro Del Piero, Manuela Di Centa, Paola Pezzo e Miguel Martinez (2000-2001), Manuela Lavorato (2003) e Paolo Maldini (2005).
- Sono stati prodotti poster anti-tabagismo con l'immagine concessa dai testimonial e distribuiti nel territorio ed in particolare negli Ospedali, Scuole e sale attese degli ambulatori dell'ULSS.
- Si sono strette alleanze con istituzioni: hanno dato il loro patrocinio alla iniziativa: a) CSA (ex Provveditorato agli Studi) di Treviso; b) Ordine dei Medici della Provincia di Treviso; c) Collegio Infermieri Professionali della Provincia di Treviso; d) Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; e) Comuni del territorio della ULSS di Asolo.
- Si è organizzato un Corso per docenti delle scuole medie dal titolo

"Educazione Sanitaria e Tabagismo" riconosciuto dal CSA come valido aggiornamento obbligatorio previsto dal con-

tratto degli insegnanti.

- Si è data la massima diffusione del Concorso ai mass media sia per mezzo di conferenze stampa (alla presenza dei testimonial) che per mezzo di comunicati: TV e giornali locali hanno ampiamente prodotto servizi su di esso.
- Si sono organizzati incontri con gli studenti (in particolare questa attività è stata realizzata da personale competente della Lega Tumori) sia per presentare il Concorso sia per sensibilizzare le classi alla lotta al tabagismo.
- Per giudicare il materiale presentato al Concorso è stata istituita una apposita Giuria, nominando tra i suoi componenti personalità conosciute ed apprezzate della comunità (artisti, docenti, giornalisti, rappresentanti del volontariato). La Giuria ha il compito di individuare i migliori lavori di classe ed individuali e di stilare una specifica classifica individuando, in particolare, il miglior lavoro di classe ed il miglior lavoro individuale.
- Si è organizzata la Festa di Premiazione per gli studenti e le classi finaliste in vicinanza della Giornata Mondiale senza Tabacco.
- Si sono prodotte videocassette contenenti gli spot finalisti le quali sono state consegnate alle TV locali che li hanno trasmessi all'interno di specifici servizi giornalistici dedicati alla Festa di Premiazione e trasmessi nella Giornata Mondiale senza Tabacco, tanto che gli studenti vincitori alla sera stessa hanno potuto vedere in TV i propri lavori.

La Diffusione Regionale e Nazionale

Dall'anno scolastico 1999-2000 "chi non

fuma ...VINCE!" è diventato un progetto regionale esteso alle altre Aziende ULSS del Veneto. Ogni Azienda Sanitaria partecipante organizza il Concorso a livello locale con una propria **Festa di Premiazione Locale**. Ciascun vincitore locale ha diritto di accedere alla **Finalissima Regionale** che ha come principale obiettivo quello di dare visibilità al Concorso.

Alla Finalissima vengono proiettati su maxi schermo i migliori spot e disegni selezionati alla presenza degli stessi autori cioè studenti con i propri insegnanti che li hanno seguiti nella produzione dei lavori e i dirigenti scolastici. Alla Cerimonia sono invitati (e presenti) anche i testimonial, il Direttore Generale ed altri Dirigenti della ULSS, i sindaci e rappresentanti dei Comuni con classi premiate, l'ex Provveditore agli Studi, il Presidente dell'Ordine dei Medici, il Presidente del Collegio Infermieri Professionali, il Presidente della Lega Italiana Lotta contro i Tumori.

L'organizzazione regionale compete alla ULSS di coordinamento (la stessa ULSS di Asolo che aveva sperimentato l'intervento) e consiste nell'organizzare tutte le azioni che ruotano attorno alla parte regionale del Concorso (conferenza stampa, nomina della commissione regionale, organizzazione della Finalissima Regionale). Nelle 3 edizioni regionali finora svolte il concorso ha coinvolto oltre 15.000 studenti del Veneto. È stata effettuata anche una valutazione della efficacia dell'intervento, mediante questionario somministrato a 340 ragazzi partecipanti alla iniziativa rispetto ad un gruppo di controllo (307 ragazzi): i ragazzi sottoposti ad intervento (partecipazione al concorso ed alle azioni connesse) hanno smesso di fumare nel 20,8 % dei casi rispetto al 16,2 % del controllo. Dal 2000 ad oggi l'iniziativa si è estesa anche in altre Reti HPH italiane: Trentino (2000), Liguria (2002), Valle D'Aosta (2003), Toscana (2004).

Il ruolo del Medico di Medicina Generale

Le linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo redatte da un gruppo multidisciplinare di esperti pubblicate nel maggio 2001

dall'Istituto Superiore di Sanità hanno raccolto le numerose evidenze presenti in letteratura in particolare per quanto riguarda il ruolo del medico di medicina generale (MMG) (3). Tutte le linee guida pubblicate evidenziano il ruolo fondamentale del medico di famiglia e in particolare l'impatto in termini di sanità pubblica: l'intervento minimo effettuato opportunisticamente e sistematicamente sui pazienti fumatori di fatto raddoppia il tasso di cessazione spontanea ed è opportuno ricordare che il medico di famiglia incontra nell'arco di un anno circa il 70% dei propri assistiti.

La centralità del ruolo del medico di medicina generale nella disassuefazione dal tabagismo viene sottolineata nella Delibera della Giunta Regionale della Regione del Veneto n. 3231 del 15/11/2002 "Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo correlate" nella quale tra gli obiettivi da perseguire nelle strategie di primo livello troviamo appunto: "promuovere le strategie di disassuefazione rendendole disponibili a tutti i MMG: alla fine del triennio dovrebbero essere adottate da almeno il 30% dei MMG".

Nella nostra regione sono state già realizzate, fin dagli anni '90, esperienze sperimentali di formazione ed intervento in medicina generale (Padova, Cittadella, Mirano, Treviso, Rovigo, Legnago) con successo sia in termini di soddisfazione dei MMG coinvolti che di tassi di cessazione: i colleghi di Padova hanno presentato i risultati della esperienza nella Azienda ULSS 16 riportando addirittura un tasso di cessazione del 19% ad un anno dall'intervento (4).

Dopo queste prime esperienze pilota di formazione ed intervento (che avevano coinvolto oltre 300 medici di medicina generale su base volontaria), a seguito dei risultati della indagine "Conoscere per cambiare" realizzata nel corso dell'anno 2001 su tutti i MMG della Regione del Veneto nella quale si era rilevato che l'83,2% dei medici era disponibile a partecipare ad incontri formativi sulle tecniche per la cessazione dal tabagismo e grazie alla fattiva collaborazione tra il Centro di riferimento regionale per la medicina convenzionata ed il Comitato tecnico scientifico per il Programma

regionale di prevenzione delle patologie fumo correlate è stata possibile la realizzazione di un corso di formazione obbligatorio destinato a tutti gli oltre 3500 medici di famiglia del Veneto.

Seguendo la metodologia formativa già adottata, dopo una prima fase centrale nella quale sono stati svolti 4 corsi di formazione destinati agli animatori di formazione (medici di famiglia con specifiche competenze formative e didattiche) è stato realizzato un pacchetto formativo periferico di 12 ore (le prime otto dedicate all'inquadramento e trattamento del paziente ad elevato rischio cardiovascolare e quattro ore specifiche sul trattamento del paziente fumatore). Questo pacchetto formativo si è concluso in tutte le 21 Aziende ULSS Venete con la partecipazione di tutti i MMG nel periodo da ottobre 2004 a marzo 2005.

Gli obiettivi didattici della giornata di formazione erano i seguenti:

- 1 motivare i MMG ad affrontare la malattia fumo nei loro pazienti
- 2 far acquisire una metodologia per far smettere di fumare anche mediante la conoscenza degli stadi del cambiamento comportamentale
- 3 elaborare e condividere un modello di approccio al fumatore che possa essere gestito da tutti i medici di medicina generale nella propria pratica quotidiana.

Conclusioni

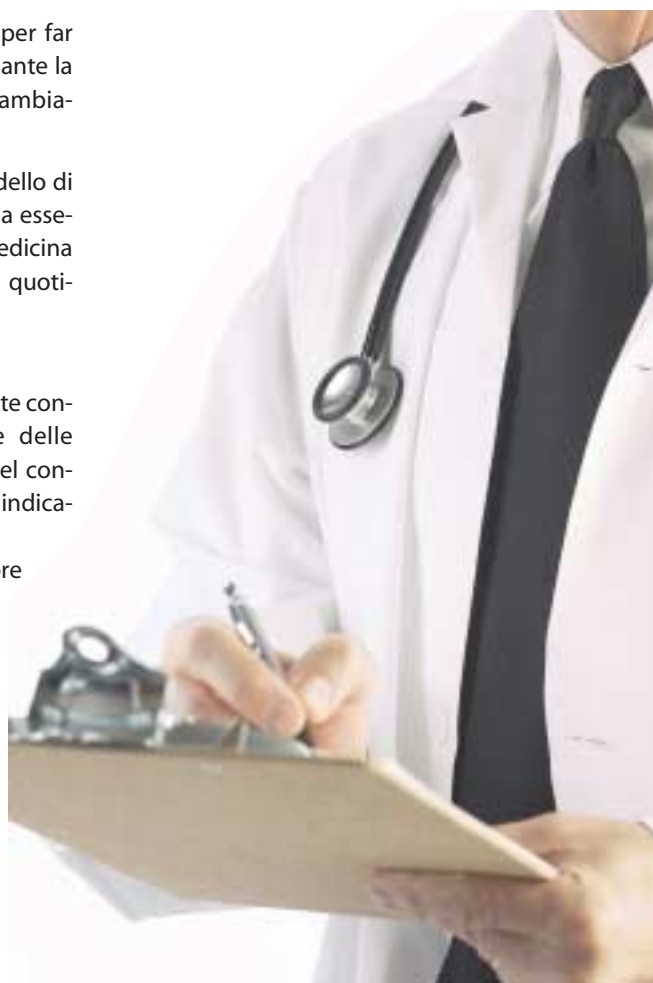
Le esperienze venete qui presentate confermano il ruolo fondamentale delle figure professionali della salute nel controllo del tabacco in linea con le indicazioni dell'OMS.

In particolare, esprimono il valore aggiunto determinato dall'andare oltre all'iniziativa personale del singolo operatore sanitario, pur indispensabile, trattandosi di esempi di "network" a diversi livelli territoriali (locale, regionale, nazionale ed internazionale). La funzionalità della rete si manifesta in azioni di comunità forti, coordinate ed integrate capaci di affrontare il fenomeno complesso del taba-

gismo nei suoi diversi fronti dalla prevenzione alla disassuefazione, dai giovani agli adulti, dal pubblico al privato e di orientare anche le scelte politiche verso l'obiettivo generale di contribuire alla creazione, oltre che di ambienti liberi dal fumo, di una cultura della salute e di stili di vita sani e responsabili.

Bibliografia:

1. Budapest Declaration on Health promotion Hospitals, May 1991.
2. WHO: The Ottawa Charter for Health Promotion in Health Promotion n°1, 1986, III-V
3. Lancaster T., Stead L.F. (2001); Rose G., Colwell L. (1992); Russell M.A.H. et al (1983); Silagy C. (2000); Schwartz J. (1991).
4. Pilati G., Tamang M.E., Sbrogiò G.L., Riduzione dell'abitudine al fumo nella popolazione per l'intervento dei medici di medicina generale: l'esperienza di Padova in La valutazione di efficacia nei servizi a cura di Canali C. et al, Fondazione "Emanuela Zancan", 2003.



Il farmacista, ruolo professionale indispensabile

Mauro Nanni

Alcuni anni fa, la rivista "Il Farmacista", organo ufficiale della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI), pubblicò una inchiesta da cui risultava che il 55,7% degli italiani desideravano sul territorio un farmacista fornitore di servizi per la salute, di pronto e immediato utilizzo. Il "professionista del farmaco - come lo ha definito il presidente prof. Giacomo Leopardi, - dovrà in futuro assumere la figura del Counselor, un consulente disposto all'ascolto e al consiglio del paziente, in materia di terapia farmacologica e più in generale sui temi della salute e del benessere". "La farmacia - ebbe cura di sottolineare Leopardi - dovrà offrire sempre più servizi, soprattutto quando essi sono inseriti in un disegno di collaborazione organica con il SSN" (Il Farmacista n. 12, giugno 2001).

Ma quale ruolo potrebbe rivestire il farmacista nelle strategie di controllo del Tabacco? Nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 si è affermato e consolidato il concetto che il SSN diventi un importante strumento di salute, ma anche capace di proporre un benessere psico-fisico dove l'attenzione principale è riposta agli stili di vita patogeni e salutari, evitando quelli nocivi e promuovendo il benessere della persona. Sono stati perciò individuati 10 progetti per la strategia del cambiamento.

Il progetto 2.9, "...promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica della salute...", afferma: "l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita" e cita al punto c):

"Il fenomeno del tabagismo è molto complesso sia per i risvolti economici, psicologici e sociali sia, soprattutto, per la pesante compromissione della salute e della qualità della vita dei cittadini, siano essi soggetti attivi (fumatori) e soggetti passivi (non fumatori). Oggi la comunità scientifica è unanime nel considerare il fumo di tabacco la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile"

ed ancora:

"Occorre orientare l'attività e gli impegni del SSN affinché esso si muova nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria."

I farmacisti rappresentano il principale legame tra la popolazione e il sistema dei servizi sanitari, si trovano in una posizione ottimale per condurre interventi di prevenzione. Possono infatti raggiungere tutta la popolazione assistita con messaggi personalizzati e possono fornire un supporto continuato nel tempo al fumatore che prova a smettere e al non fumatore che chiede informazioni.¹

Nel campo del Fumo, il farmacista è il sanitario che forse più di altri conosce ed interagisce quotidianamente con il fumatore cosiddetto "sano", che non sente di essere malato e che di conseguenza non si reca dal medico. Può dunque diventare il punto di riferimento ad

alta professionalità, ma anche di capillare dislocazione e facile accessibilità, per dare un supporto a chi manifestasse una intenzionalità, o più semplicemente provasse a smettere di fumare. Le raccomandazioni del farmacista sono funzionali e utili nella riduzione dei soggetti fumatori. L'efficacia di questo intervento può essere aumentata utilizzando servizi e metodologie di supporto, ma fondamentale è il tipo di relazione che il farmacista riesce ad instaurare con il cliente fumatore. Elementi essenziali sono: la capacità di ascolto, la "presenza" e l'attenzione al problema dimostrata, con un'attiva assunzione di responsabilità nei confronti del cliente.²

Una indagine della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori dimostrerebbe che i 3/4 dei fumatori vorrebbero smettere, se aiutati. Il farmacista può dunque essere considerato un valido "fornitore di salute", pienamente coinvolto, elemento indispensabile delle strategie di prevenzione e cura del Tabagismo. Riconoscendo il loro ruolo di esperti nella medicazione, nel dare consigli ai pazienti, monitorare eventuali terapie mediche, identificare ed eventualmente risolvere correnti problemi di salute, dobbiamo riconoscere loro una capacità e dunque una responsabilità nell'incoraggiare e aiutare le persone affette da dipendenza da di tabacco.

Numerosi studi mostrano come il farmacista può, con la sua normale attività professionale di tutti i giorni, incrementare la promozione al "non-fumo". I clienti che entrano in farmacia chiedono infor-

Mauro Nanni

Dipartimento di Biotecnologie Cellulari ed Ematologia, laboratorio di Citogenetica e Citogenetica molecolare, Policlinico Umberto I - Università "La Sapienza".
Presidente GEA Progetto Salute - onlus

mazioni riguardo le conseguenze sulla salute di alcuni comportamenti legati a differenti stili di vita (alimentazione, alcol, attività sportive,...). Dopo l'approvazione dell'art. 51 della Legge n. 3 del 16 gennaio 2003 sulla P.A., che vieta di fumare nei luoghi di lavoro e di svago, la domanda di assistenza e di aiuto a smettere di fumare è aumentata. Il cliente fumatore che ha la possibilità di acquistare senza prescrizione medica prodotti a base di Nicotina per la terapia sostitutiva (NRT): cerotti, compresse, inhaler, tavolette sottolinguali, la cui efficacia è dimostrata e validata da una mole considerevole di ricerche, si rivolge al farmacista che è quindi obbligato ad informarlo non solo sul corretto uso dei vari prodotti, ma sulle possibilità di integrazione dell'uso di un farmaco con i servizi e le competenze del territorio (medico di famiglia, specialista, servizi territoriali di 2° livello per l'assistenza ai fumatori)³⁻⁴⁻⁵. Ma perché un intervento di questo tipo sia veramente efficace, occorre elevare il livello di preparazione del personale che opera in farmacia riguardo, in merito alla conoscenza dei problemi legati al consumo di tabacco, le modalità terapeutiche integrate, il corretto utilizzo dei prodotti in vendita, ma anche alla gestione del tempo impiegato per il *minimal counseling* al cliente fumatore e ad una semplice valutazione dei risultati.

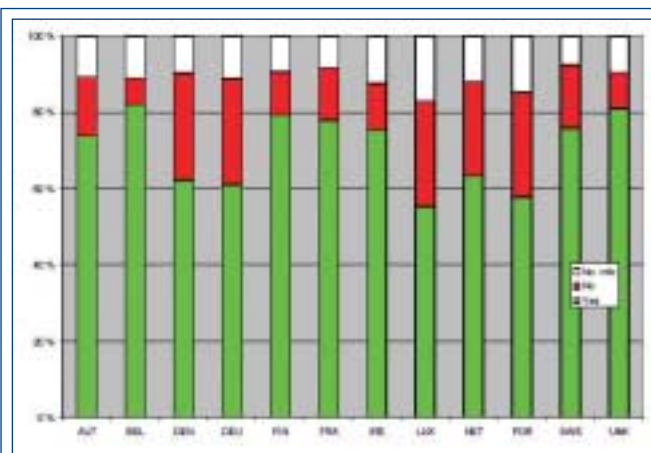
Nel 2003 è stato costituito a Helsinki il "Global Network of Pharmacists Against Tobacco" creato dall'International Pharmaceutical Federation (FIP) in collaborazione con il World Health Organization EuroPharm Forum (WHO-EPF). Si tratta di un *global forum* per farmacisti, studenti di farmacia e organizzazioni professionali e non, impegnati in attività relative al controllo del Tabacco e alla *smoking cessation*⁶. In una indagine svolta su 12 paesi membri dell'EuroPharm Forum Task Force Pharmacists Action on Tobacco (*smoking cessation*), in cui però non compare l'Italia, è emerso che⁷:

- l' 11% dei farmacisti fuma occasionalmente o abitualmente;
- per i farmacisti il motivo principale per smettere di fumare è la tutela della propria salute;

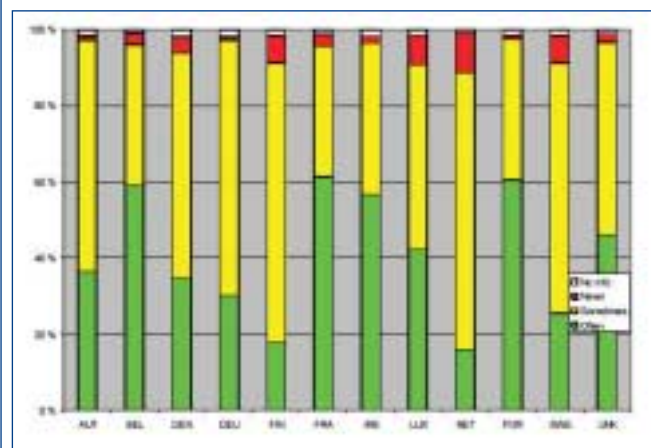
- il 72 % dei farmacisti considera le iniziative per far smettere di fumare una parte normale del loro lavoro quotidiano;
- il tipo di servizio offerto al cliente fumatore ed ex fumatore, dipende dal Paese intervistato e dalle tradizioni dei singoli paesi: In Nord Europa viene dato particolare interesse ad un intervento basato su differenti piani di azione, , mentre nel Sud Europa i consigli per smettere di fumare vengono dati soprattutto dalle cosiddette "community pharmacies";

- è molto frequente consegnare ai clienti informazioni scritte sui danni da fumo e sui metodi per smettere di fumare;
- viene offerto aiuto per smettere di fumare sia al singolo individuo sia con terapie di gruppo;
- la terapia sostitutiva con Nicotina (NRT) viene largamente promossa.

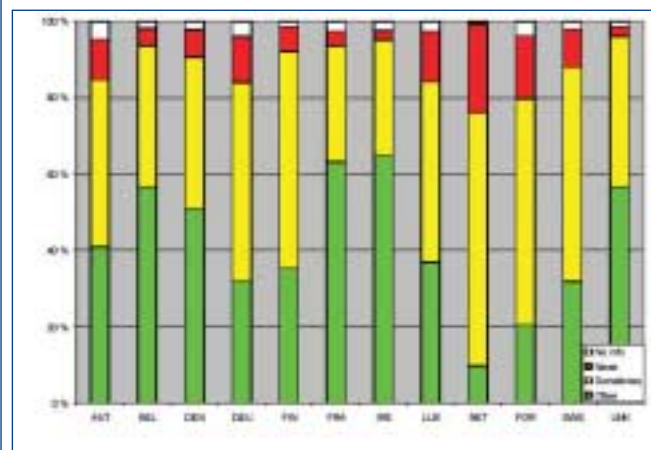
Si riportano qui di seguito alcuni grafici relativi alle risposte date dai farmacisti delle 12 nazioni considerate:



1° domanda:
Il contributo per smettere di fumare offerto alla vostra clientela è una normale parte del vostro lavoro?

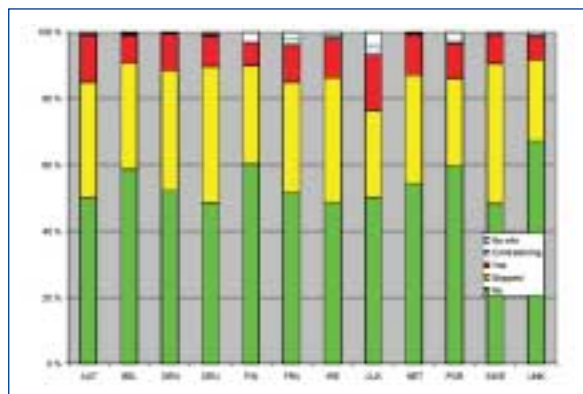


2° domanda :
Raccomanda ai suoi clienti di smettere di fumare?



3° domanda :
Promuove attivamente la terapia sostitutiva nicotina ai suoi clienti fumatori?

Dati relativi al tabagismo dei farmacisti nelle 12 nazioni considerate:



Dall'indagine europea si delinea una figura del farmacista sempre più "counselor", un consulente di primo livello per il cliente che chiede informazioni su terapie, novità nel mondo del primo intervento e soprattutto della prevenzione e dell'educazione alla salute. Per rafforzare questo ruolo i farmacisti hanno quindi bisogno di rimodellare la propria offerta professionale e commerciale cercando di ristrutturare la propria immagine. Per fare ciò avranno bisogno di utilizzare partner forti e media efficaci.

Con questi presupposti, nell'ottobre 2001, è nato il progetto "Rete nazionale delle Farmacie senza Fumo" (in breve "Farmacie senza fumo").

L'ambizioso programma è stato tracciato sfruttando convergenze metodologiche e progettuali di tre diversi gruppi: La Società italiana di tabaccologia; la Lega italiana per la lotta contro i tumori; l'associazione GEA Progetto Salute, e Telecom Italia Learning Services (TILS), punto di riferimento nel mondo della formazione, primo *business learning services provider* italiano.

Si è voluto creare una rete di farmacie con personale qualificato ad intervenire

efficacemente nel campo del tabagismo, in grado di affrontare il problema della dipendenza sotto ogni suo aspetto, capace di dare risposte ad un pubblico sempre più esigente. Ha collaborato anche la Federazione degli Ordini dei farmacisti d'Italia (FOFI) che, nel giugno 2002, attraverso il proprio "Notiziario", ha

comunicato ai vari Ordini la nascita del progetto. Si è trattato di uno dei primi programmi di formazione a distanza, specifico per laureati in farmacia, accessibile via internet, primo strumento innovativo di formazione.

Come corso di formazione a distanza (FAD) il ministero della salute non concesse i crediti formativi e pertanto, nel MAGGIO 2003, il progetto venne modificato in formazione residenziale e si svolse a Roma nell'aula magna dell'European Hospital col titolo: "Il management del cliente fumatore" (evento 1134-15925). Fu strutturato in due incontri in presenza, una a maggio ed uno a luglio. Nel periodo intermedio i farmacisti poterono accedere al campus virtuale di "Farmacie senza fumo" on-line per gli approfondimenti e per la preparazione specifica ai tests di valutazione finali validi per ottenere i crediti ECM. L'obiettivo fu quello di formare e aggiornare su terapie, nuovi farmaci, attività terapeutiche, legislazione, ed ottenere un accreditamento da enti autorevoli quali SITAB, LILT e GEA per esercitare attività di counseling di primo livello.

Quel progetto volle creare la prima "rete" di professionisti qualificati, in grado di affrontare il problema della dipendenza sotto ogni aspetto. Volle inoltre favorire l'ingresso, anche in farmacia, delle nuove tecnologie di informazione (internet, aree di discussione), sviluppando nel farmacista l'attitudine al problem-solving e al decision-making, creando comunità di apprendimento, migliorando e potenziando la collaborazione e il lavoro di gruppo.

Con il programma delle Farmacie senza fumo si cercò di mettere in grado i professionisti destinatari dell'intervento di trasferire e condividere le esperienze professionali, in modo da attuare percorsi di formazione continua per l'aggiornamento delle competenze di chi lavora.

Ai farmacisti iscritti al corso venne consegnato, oltre l'attestato di partecipazione, un adesivo con il logo del progetto, da apporre in vetrina, ad indicare alla clientela la presenza di personale qualificato sul Tabagismo.

Il progetto "Farmacie senza Fumo" sostanzialmente consolida e rilancia sul piano sociale la figura del farmacista. La novità di quell'intervento socio-sanitario multimediale di qualità, ma anche di grande attualità (eravamo agli albori della formazione a distanza), realizzato in un ambito di carenza di servizi istituzionali, intenzionalmente poneva immediatamente il farmacista in un ruolo di primo piano. Fu un banco di prova importantissimo ed una sperimentazione utile che ha aperto l'accesso ai futuri programmi di formazione per farmacisti.⁸⁻⁹



Bibliografia:

1. Modonutti GB. Proteggere i più giovani. In "La prevenzione del tabagismo", di Mangiaracina G., Ottaviano M, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Roma, 2004.
2. Chiamulera C. Farmacisti protagonisti. Gea-News 2004 (www.gea2000.org).
3. Mangiaracina G. Curare il Fumo. Edizioni Edup, Roma, 2003.
4. University of Helsinki. The treatment of tobacco addiction from the perspective of pharmacies. Poster presentation at the FIP congress, Sydney, 2003.
4. Auriacombe M, Fatseas M, Franques-Renetic P, Daulouede JP, Tignol J. Substitution therapy in drug addictions. Rev Prat. 2003 Jun 15;53(12):1327-34.
6. Crealey GE, McElroy JC, Maguire TA, O'Neill C. Costs and effects associated with a community pharmacy-based smoking-cessation programme. Pharmacoeconomics. 1998 Sep;14(3):323-33.
7. Teräslämi, Eeva, Gustafsen, Ida, Juncher, Visti and Djerf, Kari. Smoking habits of community pharmacists in 12 European countries and their attitudes towards non-smoking work. Research report Pharmacists against smoking EuroPharm Forum, 2001.
8. Nanni M, Menna M. Accordo col Gruppo Telecom: farmacisti-consulenti per fumatori. Gea-News 2003 (www.gea2000.org).
9. Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ, Donnan PT. Training pharmacists and pharmacy assistants in the stage-of-change model of smoking cessation: a randomised controlled trial in Scotland. Tobacco Control; 7:253-261, 1978

La parola al farmacista

Una professionista ha seguito l'esperienza del progetto "Farmacie senza Fumo". L'abbiamo intervistata:

Cosa l'ha spinto ad iscriversi a questo programma?

Noi farmacisti dovremmo sapere come rapportarci con qualsiasi cliente riuscendo a rispondere professionalmente ad ogni quesito. Ho ritenuto fosse importante il problema della dipendenza da fumo, e anche poco conosciuto, perciò valeva la pena affrontarlo e approfondirlo.

Vede più il Tabagismo come patologia o come problema sociale?

Dopo avere seguito il corso l'immagine che ne ho è di una patologia complessa e multifattoriale che purtroppo non viene studiata o trattata nel corso di laurea in Farmacia. La gran parte dei miei colleghi non conoscono a fondo l'argomento e non riescono a valutare completamente la vastità del problema. Il corso che ho frequentato mi è servito molto a chiarire le idee e a darmi sicurezza su come affrontare il tema della dipendenza con i miei clienti, offrendo suggerimenti appropriati e assistenza adeguata.

Ritiene che l'intervento del farmacista possa incidere sulla scelta di smettere di fumare?

Sì, è fondamentale. Questo è uno dei campi in cui non si può e non si deve improvvisare. Occorre un'attenta "presa in carico" del cliente con un approccio minimale e rapido sulla persona e sul problema in modo da individuare in poche battute il migliore orientamento nella scelta del trattamento.

Può bastare un consiglio dato in tempo?

Anche un semplice avvertimento, se conciso e fermo, può aiutare concretamente. Ho sperimentato che un counseling di tre minuti può raddoppiare la probabilità di successo. Per dare il consiglio migliore in poche battute e con i pochi minuti a nostra disposizione, occorre essere preparati. Nei fumatori pronti a smettere queste motivazioni prevalgono e i nostri consigli, anche se rapidi, saranno preziosi per rinforzarle, per fissare anche la data in cui smettere e per fornire consigli personalizzati e per una idonea terapia sostitutiva con nicotina.

Quindi la formazione può aumentare l'efficacia degli interventi.

La formazione *ad hoc* aumenta anche la frequenza dei loro interventi contro il fumo. Ci è stato insegnato che interventi strutturati da parte di farmacisti qualificati aumentano il numero di soggetti che smettevano di

fumare rispetto a interventi attuati da farmacisti che non avevano ricevuto una formazione specifica. Questo mi incoraggia maggiormente a seguire la strada della formazione continua.



Cosa le è rimasto del corso sul management del cliente fumatore?

La vastità delle informazioni sul problema del Fumo. Durante il corso abbiamo ricreato situazioni "tipo" simulando un ipotetico dialogo tra cliente frettoloso e farmacista. Mi sono ritrovata e dare maggiore "dignità" al lavoro che svolgo. Probabilmente il "Tabacco", paradossalmente, offre al farmacista l'opportunità di valorizzare se stesso attraverso gli aspetti comunicativi e di assistenza del cliente.

Il Forum Europeo dei Farmacisti include le associazioni dei farmacisti di 31 Stati europei. Con l'ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha adottato la "Carta dei Farmacisti per un'Azione contro il Tabacco" con lo scopo di coinvolgere i farmacisti in programmi finalizzati a smettere di fumare. Con l'aiuto di manifesti ed altro materiale, offrono consigli ai fumatori che richiedono farmaci per il loro problema. I farmacisti di tutta Europa hanno avuto un rilevante successo nell'aumentare la consapevolezza dei rischi per la salute e nell'aiutare i fumatori a smettere.

La Carta dei Farmacisti per una "Azione contro il Tabacco"

I farmacisti sono sollecitati a contribuire ad un Europa libera dal Fumo attraverso:

- 1) l'offerta di modelli di ruolo;
- 2) la proibizione di fumare in farmacia nell'ottica della protezione dai rischi del fumo passivo, in particolare per le categorie più vulnerabili, fra cui i bambini e coloro che soffrono d'asma;
- 3) la evidenziazione dei rischi per la salute connessi al fumo;
- 4) l'incoraggiamento ai fumatori a smettere;
- 5) la disponibilità a dare consigli, aiuto e sostegno ai fumatori che desiderano smettere;
- 6) la sollecitazione ai governi a proibire la pubblicità del tabacco.

Nel gennaio 2004 a Ginevra in Svizzera, nel corso del "WHO - Informal Meeting of Health Professional Organization on Tobacco Control", i professionisti della salute hanno promosso e adottato il nuovo "Codice di comportamento per il controllo del Tabacco", articolato in 14 punti. Anche la SITAB ha aderito al documento. Per chi fosse interessato è possibile trovare notizie dettagliate al sito: http://www.who.int/tobacco/events/30jan_2004/en/.

Curiosità

Scritte meno ricordate dai fumatori:

- 1) Il fumo crea un'elevata dipendenza, non iniziare" (ricordato dal 16,4% dei fumatori)
- 2) Il tuo medico o il tuo farmacista possono aiutarti a smettere di fumare" (14,8%)

“Mamme libere dal fumo”: programma nazionale di counselling ostetrico

Luca Sbrogiò, Maria Teresa Rossato Villanova

Le attuali conoscenze scientifiche, le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, l'esperienza di tutti i giorni nel campo preventivo

ed assistenziale segnalano da tempo l'importanza di aiutare le donne in gravidanza a smettere di fumare. Alla luce dei dati epidemiologici a disposizione, questo obiettivo si allarga al periodo preconcezionale, in quanto il fumo di tabacco riduce la fertilità, e a dopo il parto, momento nel quale la donna che ha smesso di fumare spesso riprende la dannosa abitudine, compromettendo, oltre la propria salute, anche quella del bambino, bisognoso di un ambiente salubre per crescere nel modo migliore. Naturalmente la necessità di creare un ambiente sano e libero dal fumo impegna, coinvolge e responsabilizza non solo la donna ma anche i papà e, in ultima analisi, tutti i frequentatori della casa del bambino: nonni, zii, amici. Fortunatamente quello della nascita di un bambino è un momento molto favorevole per il cambiamento comportamentale: i genitori e i parenti sono totalmente rivolti verso il benessere del neonato. È pertanto essenziale far capire che, ancor più importante dei doni e dei complimenti, è il rispetto della salute del bambino, a partire dal non fumare in sua presenza o, meglio ancora, smettendo di fumare.

Per raggiungere questo importante traguardo, la **Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori** e la **Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche**, valorizzando l'esperienza concreta maturata a Treviso nel 2001 tra LILT, Collegio Ostetriche e ASL provinciali, hanno unito il loro impegno e la loro rispettiva esperienza nel campo della prevenzione del tabagismo e dell'assistenza alla donna per offrire un aiuto concreto ed efficace alle donne (Accordo del 10 luglio 2002). Nasce così il **programma nazionale di counselling ostetrico “Mamme libere dal fumo”**, con lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico, per il sostegno motivazionale alla disassuefazione ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale.

L'**ostetrica** risulta essere l'operatore privilegiato nel processo di counselling anti-fumo con donne, sia per la vasta gamma di prestazioni che eroga a favore della popolazione femminile nello svolgimento della sua professione, sia perché



si rivolge a donne di tutte le età, sia perché, nel caso della gravidanza, si rivolge a donne che hanno già una naturale predisposizione a smettere di fumare. Tra il personale sanitario, studi sperimentali hanno dimostrato l'efficacia degli interventi condotti in particolare dai medici di medicina generale e tra il per-

sonale non medico, dalle ostetriche e dal personale infermieristico.

Il personale ostetrico (come quello infermieristico) risulta particolarmente indicato per condurre interventi di counselling standardizzato in quanto:

- gode di stima e considerazione;
- garantisce vicinanza all'assistito (che lo sente meno distante o più raggiungibile di un clinico);
- fornisce maggior contatto (anche di tipo fisico);
- è in genere più flessibile;
- raggiunge pressoché tutte le donne in gravidanza (circa 550.000 ogni anno) e loro tramite i nuclei familiari coinvolgendo complessivamente almeno 1.5-2 milioni di persone all'anno, quasi la metà dei quali fumatori o esposti a fumo passivo.

Dr. Luca Sbrogiò

Direttore Scientifico MLF
Servizio per i Programmi Regionali di Sanità Pubblica
Dipartimento di Prevenzione Az. ULSS 7
Pieve di Soligo (TV)

Maria Teresa Rossato Villanova

Direttore Tecnico MLF
Responsabile Comitato Fumo e Salute
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
Veneto

L'intervento di counselling antitabagico proposto consiste essenzialmente in:

- avviare la riflessione con coloro che non vogliono smettere di fumare;
- sostenere il soggetto fumatore che è pronto a smettere di fumare;
- evidenziare i vantaggi correlati all'abolizione del fumo;
- personalizzare il colloquio con il singolo soggetto;
- offrire tutto l'aiuto ed il supporto necessari per raggiungere il risultato;
- mantenere i contatti amichevolmente per rimanere sempre informati.

In altre parole, utilizzando una regola mnemonica della letteratura anglosassone, le 5 "A":

- **Ask about the use** (chiedere informazioni in merito all'abitudine tabagica: è fumatore? Quanto fuma?);
- **Advise to quit** (raccomandare di smettere);
- **Assess willingness** (indagare in merito alla volontà di smettere);
- **Assist** (fornire aiuto, sostenere le fasi dell'abbandono dell'abitudine);
- **Arrange follow up** (concordare le modalità di follow-up).

A ciò il programma aggiunge enfasi all'importanza di trasformare il "setting" ove si svolge l'attività di counselling in un ambiente libero dal fumo, a partire dalla coerenza comportamentale degli operatori.

Il programma è oggi avviato ed in via di strutturazione in diverse realtà regionali. La LILT ha prodotto i materiali necessari allo sviluppo del programma (il manuale per gli operatori, l'opuscolo per le famiglie, il bindello per la cameretta del bambino) e garantisce il supporto di volontari e professionisti per le ulteriori necessità di sviluppo del programma; i Collegi Provinciali delle Ostetriche si sono resi disponibili per facilitare i percorsi organizzativi, favorire la motivazione del personale ed identificare le moda-

lità di implementazione locale più idonee; i Sistemi Sanitari Regionali e le ASL sostengono l'attività formativa e rendono disponibile il personale per l'attuazione del counselling. Tale sinergia rende possibile il progressivo coinvolgimento nazionale di tutte le ostetriche (circa 16.000 in Italia!) e, loro tramite, il raggiungimento di tutte le donne in gravidanza, delle loro famiglie ed, infine, tutte le donne che si rivolgono all'assistenza

amento Regionale LILT, i Collegi Provinciali delle Ostetriche e le quattro ostetriche venete già formate a Roma, la formazione di ulteriori 75 ostetriche formatrici (ottobre-dicembre 2003) che, nel corso del biennio 2004/2005, formeranno operativamente tutte le ostetriche venete (circa 900). Pertanto, a partire dall'anno 2004, di pari passo con la formazione, si è proceduto all'avvio dell'azione di counselling, la consegna dei materiali educativi ed il monitoraggio del programma.



ostetrica. L'uniformità dello sviluppo del programma nel territorio nazionale, la coerenza scientifica ed organizzativa, il monitoraggio *in progress* e la valutazione finale sono garantite da una direzione tecnico-scientifica operante presso la Lega Tumori di Treviso.

La prima fase del programma nazionale prevede l'organizzazione di corsi di formazione per ostetriche formatrici finalizzato all'acquisizione di conoscenze relative alla relazione fumo di tabacco – gravidanza (e, più in generale, sull'epidemia da tabacco), di modalità di conduzione di un'attività di counselling breve standardizzato alla donna ed al partner, di appropriate modalità di monitoraggio e valutazione di efficacia dell'intervento. Tali ostetriche formatrici formeranno successivamente le loro colleghe per poter avviare un'azione di counselling sistematica in tutte le Regioni italiane.

Su iniziativa della FNCO, nel mese di marzo del 2003 a Roma sono state formate le prime 44 ostetriche delle regioni d'Italia per la diffusione del programma. Successivamente, la Regione Veneto, nell'ambito della propria strategia globale di controllo del tabagismo, ha organizzato, in collaborazione con il Coordin-

amento Regionale LILT, i Collegi Provinciali delle Ostetriche e le quattro ostetriche venete già formate a Roma, la formazione di ulteriori 75 ostetriche formatrici (ottobre-dicembre 2003) che, nel corso del biennio 2004/2005, formeranno operativamente tutte le ostetriche venete (circa 900). Pertanto, a partire dall'anno 2004, di pari passo con la formazione, si è proceduto all'avvio dell'azione di counselling, la consegna dei materiali educativi ed il monitoraggio del programma.

Con le stesse modalità verrà attivato il programma in altre regioni italiane. A tal fine hanno già ufficialmente contattato la Direzione Scientifica del programma ASL di Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia-Giulia, Sardegna, Calabria e Sicilia. Tale vasto movimento ha già interessato anche l'International Network Women Against Tobacco (INWAT) – Europe che ha inteso fornire il proprio patrocinio all'iniziativa preventiva e ne segue gli sviluppi.

Sostenendo ed organizzando l'impegno delle Sezioni Provinciali LILT, delle ostetriche, delle articolazioni regionali del Sistema Sanitario Nazionale e del privato accreditato, esistono tutti i presupposti per ottenere nei prossimi anni una grande diffusione del programma, con effetti sulla salute dei bambini importanti e misurabili. L'impegno è molto oneroso sia in termini economici che di personale coinvolto. Ciò che rende più lieve la fatica è la certezza di offrire un grande contributo per la promozione della salute nel nostro Paese su di un tema, quello del tabagismo, che continua a rappresentare la più grave epidemia in atto.

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 Coeruleus** 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 al *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.

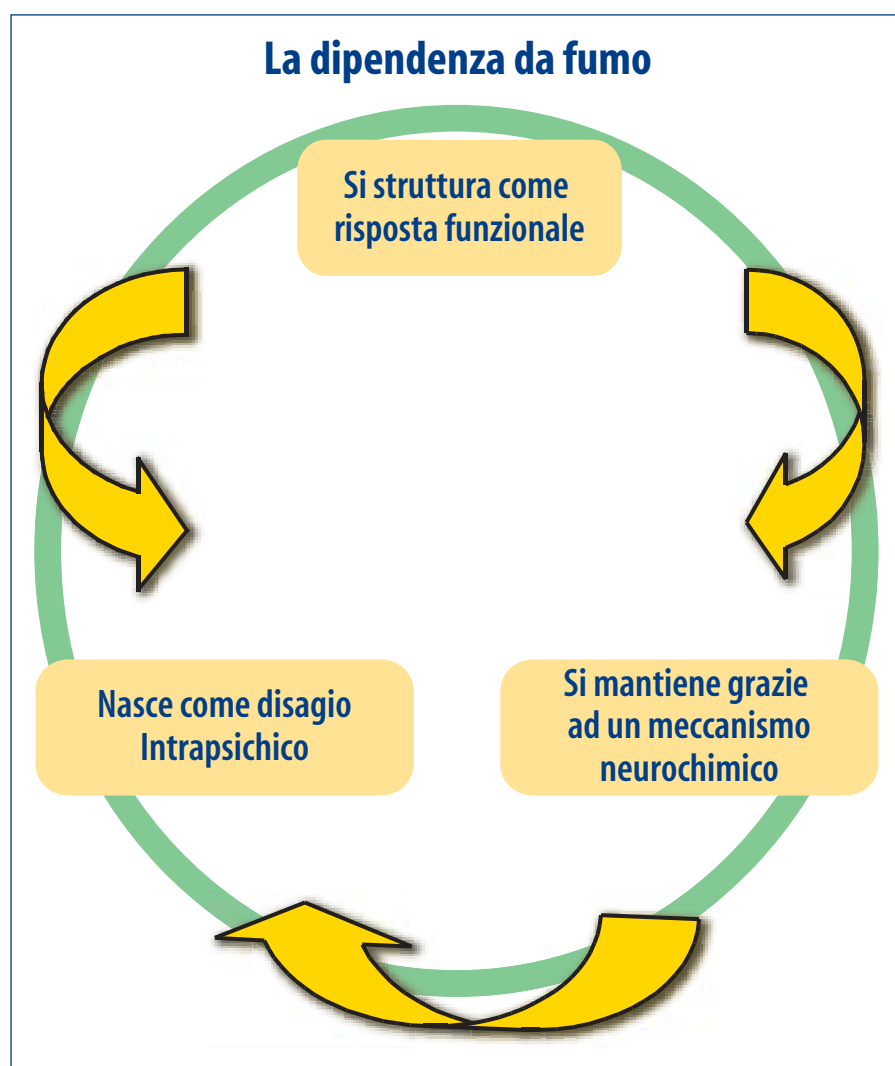
Diverse ricerche hanno evidenziato la maggiore frequenza di disturbi d'ansia, depressivi o – comunque – del tono dell'umore, minore capacità di coping, più bassa autostima e self-efficacy nei forti tabagisti. Dobbiamo, in sintesi sottolineare che:

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 comorbilità 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...)

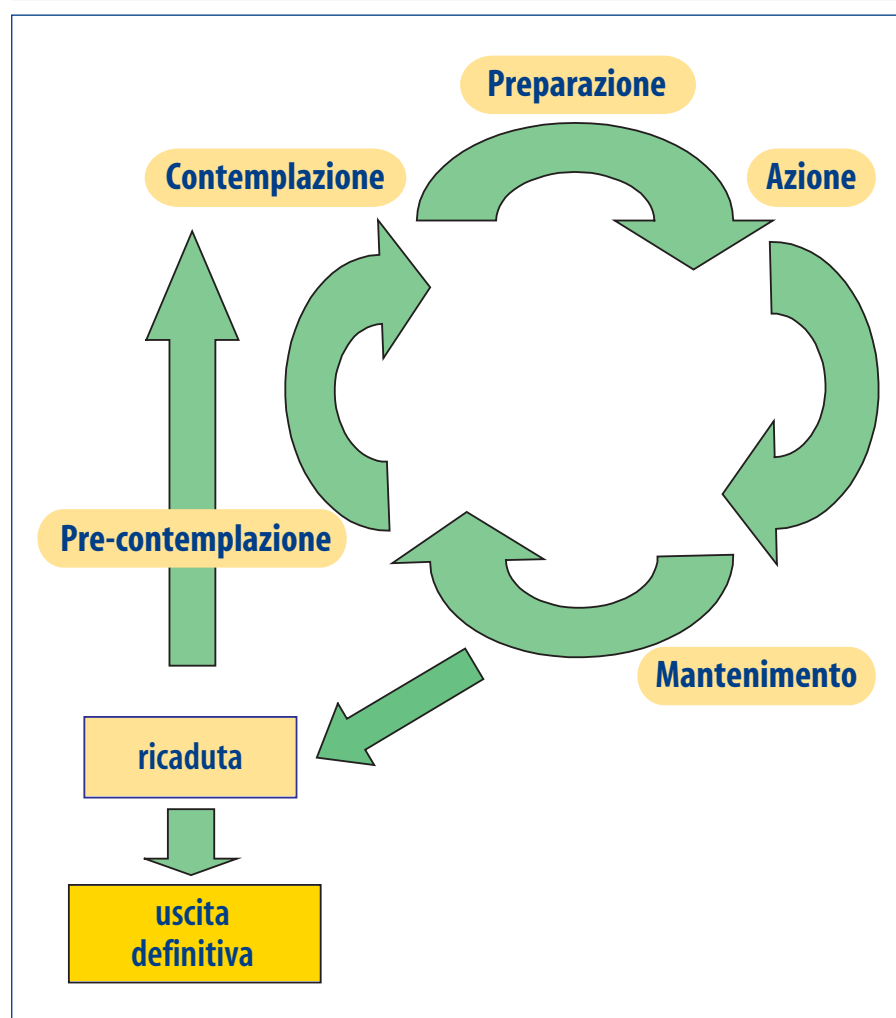
fumare nonostante le cure, non si è ancora ben radicata negli operatori sanitari l'idea che il tabagismo necessita di una valutazione, attraverso un iter codificato e strumenti precisi. Come per ogni situazione clinica – a maggior ragione se dotata di grande complessità – la diagnosi deve precedere la 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 o determinata da fattori esterni, che risorse il paziente possiede sul piano della consapevolezza dei me-

canismi che lo spingono a fumare, nonché quali strumenti può mettere in campo attraverso strategie di coping. 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 antitabagico 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

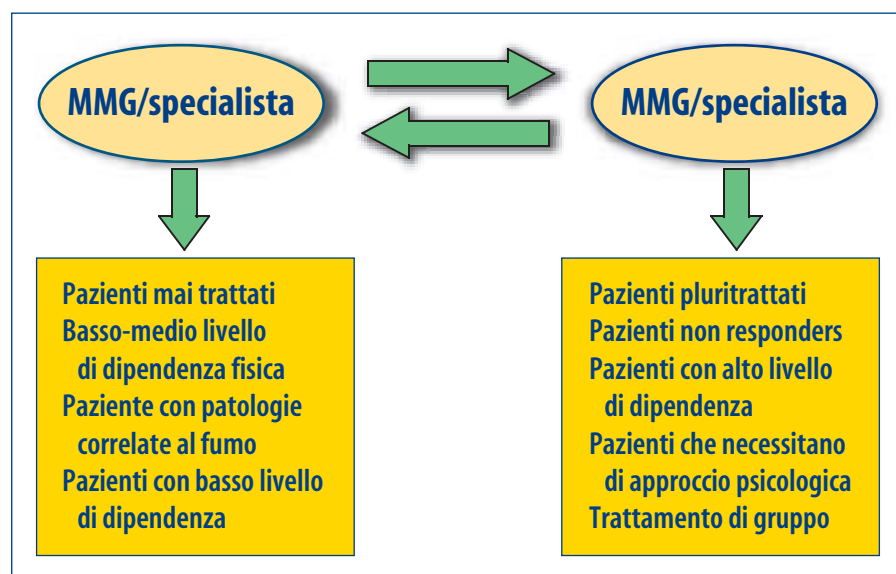
Attualmente sono disponibili interventi efficaci contro l'abitudine tabagica anche se, purtroppo, tuttora persiste una certa riluttanza, da parte degli stessi medici, ad impostare interventi adeguati. Diversi possono essere i motivi: mancanza di tempo, sensazione di incapacità di affrontare il problema, 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

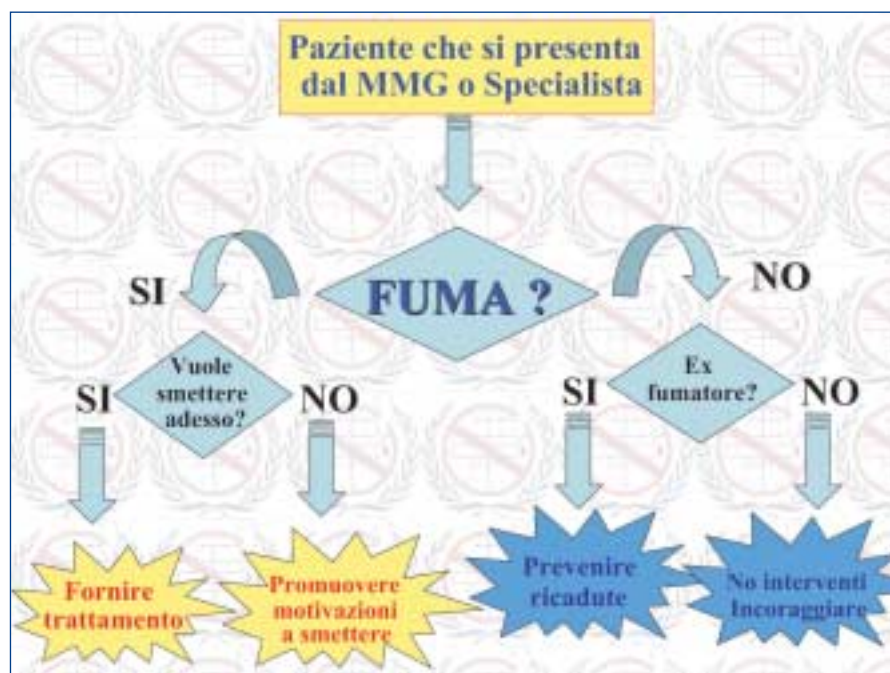
no a tutti i costi essere rifuggite, e vanno riviste le eventuali esperienze precedenti per individuare i momenti più critici e stabilire insieme come affrontarli. Il medico, inoltre, deve aiutare il paziente a scegliere il sostituto nicotinico più adatto a lui e spiegarli come avvalersene. È importante 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 I° livello, gli operatori sanitari possono valutare il grado di nicotinodipendenza (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 nicotinici, 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		Bruciore 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 Conférence de Consensus sur l'arrêt 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'espirsto. 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 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 balsamici 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:

- WHO: <http://www.who.org/programmes/psa/psa3.htm>
- U.S. Department of Health and Human Services: Opportunità cliniche di intervento sul fumo. Ed. Italiana a cura di MDM (Milano), 1994:1-31.
- 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.
- 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.
- 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.
- Glinn TJ, Boyd GM, Gruman JC: Essential elements of self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. *Health Educ. Q.* 1990; 17:329-345.
- Fiore MC, Shi FY, Jorenby DE: Fumo e interruzione del fumo. *Mosby Year book Pneumologia* 1996. Doyma Italia srl. Milano 1997; vol. I:67-73.
- 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.
- Sylagy C, Mant D, Fowler G, et al: Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343:139-142.
- Lam W, Sze PC, Sacks HS, et al: Meta-analysis of randomized controlled trials of nicotine chewing-gum. *Lancet* 1987; 2:27-30.
- 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.
- Agency for Health Care Policy and Research: the Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Parrel and Staff. *Jama* 1996; 275:1270-1280.
- The nicotine patch: <http://www.quitnet.org/Library/Guides/NRT/NRT-Patch-use.html>
- 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.
- Hurt RD, Dale LC, Fredrickson PS, Caldwell CC, Lee GA, Offord KP, et al.: Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. *Jama* 1994; 271:595-600.
- 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.
- FDA: <http://www.fda.gov/opacom/campaigns/tobacco.html>.
- 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.
- The nicotine patch: <http://www.quitnet.org/library/guides/NRT/NRT-Patch-use.html>
- 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.
- Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT: Nicotine addiction and it's assesment. *Ear, Nose Throat J* 1990; 69:763-8.
- Prignot J: La substitution nicotinique dans l'aide au sarrage tabagique. *Rev. Mal. Resp.* 1995; 12:103-110.
- Lagrué G, Lafnoute N, Cormier S, Philippon C, Lebargy 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.
- MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1993 Sep 4; 41(35):645-47 Public health focus: effectiveness of smoking control strategies. USA.
- Haxby DG: Treatment of nicotine dependence. *Am J Health Syst Pharm* 1995 Feb 1; 52 (3): 265-281.
- Fould J.: Strategies for smoking cessation. *Br. Med. Bull.* 1996 Jan; 52(1):157-173.
- Lando HA, Gritz ER: Smoking cessation techniques. *J. Am. Med. Womens Assoc.* 1996 Jan; 51 (1-2): 31-34.
- Kupecz D, Prochazka A: A comparison of nicotine delivery systems in a multimodality smoking cessation program. *Nurse Pract* 1996 Feb; 21 (2): 73.
- Kozak JT, Fagerstrom KO, Sawe U: High-dose treatment with the nicotine patch. *Intern J Smoking Cessation* 1995; 4 (2): 26-28.
- Kozak JT, Kralikova E: Nicotine replacement therapy in the czech republic. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* 1997; 52: 5, 494-495.
- Conference de Consensus: Arrêt de la consommation du tabac - texte court. *Rev. Pneumol. Clin.*, 1999; 55:2:109-117.
- 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.
- Henningfield JE, Miyasato K, Jasinski DR. *J. Pharmacol Exp. Ther* 1985; 243:1-12.
- Rusted J, Graupner L, Warburton D. *Psychopharmacology* 1995; 119:405-13.
- Kendler KS, Neale MC, Mac Lean CJ et al. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50:36-43.
- Salin-Pascual RJ, Rosas M, Jimenez-Genchi A et al. *J. Clin. Psychiatry* 1996; 57:387-9.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1994.
- Silagy C, Ketteridge S: Physician advise for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
- Lancaster T., Stead LF: Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
- 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.
- La Vecchia C, Garattini S, Colombo P, et al.: Attitudes towards smoking regulation in Italy. *Lancet*, 2001; 358: 227.
- 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.
- White AR, Rensch KL, Ernst E: A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation. *Tob Control* 1999; 8:393-397.
- White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
- 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.
- Gozzoli E, Zagà V, Cinti C, Neri M. Perché si continua a fumare: la dipendenza nicotinicale dalle origini ai giorni nostri. *Auxilia* 2001 in stampa
- Tinghino B, Zagà V, Mangiaracina G: Tutti i metodi per smettere di fumare. *D&T* 2001; 6: 20- 22.
- AHCPR: <http://www.ahcpr.gov/guide/smokepcc.htm>
- Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tob Control* 2000; 9:148-154 (Summer)
- Fagerstrom K. Tobacco or nicotine dependence ? *Tabaccologia* 2003; 1: 6.
- Tinghino B. la fitoterapia nella disassuefazione da tabagismo; *Tabaccologia* 2003; 2: 33
- Tinghino B. Liberi dal fumo: Il trattamento del tabagismo; Regione Lombardia 2003
- Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
- Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
- Etter J-F, Perneger TV. Effectiveness of a Computer-Tailored Smoking Cessation Program. *Arch Intern Med.* 2001; 161: 2596-2601.
- Mangiaracina G. Curare il Fumo, Edup editore, Roma 2003.
- 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.
- Molimard R. La Fume-Smoking. Sides édition- IMA édition 2003, 2° édition, Fontenay-sous-Bois.

Biologia del tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psico-comportamentali

Christian Chiamulera

La sigaretta è economica, legale e facilmente ottenibile; viene assunta in un contesto ricco di segnali stimolanti (ruoli sociali, modelli familiari, gruppo, pubblicità, ecc.) con l'aspettativa di azioni piacevoli e positive rapidamente e facilmente ottenibili ad ogni boccata. Nella multidimensionalità del tabagismo la nicotina gioca un ruolo importante essendo la sostanza psicoattiva (la meglio nota ad oggi) contenuta nel tabacco della sigaretta. A sua volta, la nicotina esercita effetti neurobiologici ulteriormente complessi, direttamente associabili ai fenomeni psicologici e comportamentali tipici del tabagismo. Descrivendo gli effetti psico-comportamentali del fumare tabacco, si è visto come molti di questi hanno un'origine comune a livello delle azioni molecolari e cellulari della nicotina. Analogamente, lo smettere di fumare si manifesta con una sindrome d'astinenza espressione di un neuroadattamento, vale a dire di una compensazione delle funzioni cerebrali, in risposta agli effetti cronici a livello neurobiologico della nicotina.

Tuttavia, ricerca della gratificazione ed evitamento del malessere, come Tesi ed Antitesi, necessitano hegelianamente di una Sintesi che includa il ruolo fondamentale di un contesto ambientale con una forte valenza condizionata, associato sia al piacere sia all'avversione. Per questo motivo, categorizzazioni come dipendenza fisica e dipendenza psichica si dimostrano limitate per una visione della complessità del tabagismo corrispondente alle conoscenze ottenute negli

ultimi anni. Si preferisce quindi parlare di un *continuum* che dalle molecole al comportamento, passando per i meccanismi cellulari, permetta di comprendere meglio – anche se sommersi da una aumentata complessità di dati – i diversi fenomeni e gli aspetti individuali che caratterizzano il fumatore.

Le proprietà di un livello d'analisi sono intrinsecamente derivate dal livello sottostante. Descrivere ciascun livello in termini di principi, leggi e componenti del livello sottostante comporta una serie di rischi che sfociano nell'interpretazione riduzionistica. Analogamente restrittivo è limitarsi a descrizioni fenomeniche che non rivelano gli intimi meccanismi e lasciano irrisolte questioni sulla natura degli eventi e dei fenomeni. In questo articolo, quindi, si discuteranno i dati scientifici passando da un livello d'analisi all'altro, cercando di predire relazioni, operazioni, regole e costrutti di un livello, come l'insieme delle possibilità al livello superiore.

Gratificazione del fumare tabacco

Gli effetti positivi del fumare tabacco sono ascrivibili ad una serie di modifiche dell'umore, dell'attenzione, dell'emotività. Dalle descrizioni soggettive dei fumatori, ma anche dalle misure oggettive effettuate sperimentalmente, fumare tabacco porta ad un aumento della sensazione di energia e vigore, di aumento dell'allerta, dell'attenzione, delle capacità di concentrazione e della performance psicomotoria. Aumenta anche l'euforia, migliora l'umore e nel contempo si riduce l'ansia e la tensione. Legata ad azioni anche periferiche è la diminuzione dell'appetito. Tutti questi

sono effetti positivi grazie alla loro capacità di indurre benessere psichico, così come di rimuovere uno stato di malessere (1). Gli effetti piacevoli del fumare diventano un *rinforzo comportamentale*, aumentano cioè la probabilità del continuare a fumare permettendo il mantenersi di un comportamento compulsivo protratto nel tempo (2).

Diversi studi hanno indicato come la nicotina sia essa stessa provvista di proprietà di rinforzo, analogamente a quanto descritto per gli oppiacei e gli psicostimolanti (3). Un'altra caratteristica comune tra la nicotina e le sostanze che inducono dipendenza è quello di raggiungere velocemente il cervello entro pochi secondi dall'inalazione (4). Questo è possibile in quanto le caratteristiche di manifattura e di combustione della sigaretta rendono disponibile la nicotina in una forma che penetra rapidamente le membrane che proteggono il cervello. La stretta associazione temporale – si definisce *contingenza* – tra l'atto di aspirare e gli effetti piacevoli è l'elemento fondamentale per lo stabilirsi di un comportamento compulsivo di uso ed abuso di una droga. Infatti, anche se il trattamento di sostituzione con nicotina (nicotine replacement therapy, NRT, come cerotti, gomme, inalatori ecc.) non curi in teoria la dipendenza da nicotina, in pratica riduce il comportamento dipendente del fumare la sigaretta. Il lento assorbimento tramite gli NRT non permette la contingenza tra gli effetti della nicotina e la sua assunzione evitando così che si instauri l'abuso di NRT. Quando la nicotina viene assunta tramite i NRT permette in ogni caso quantitativi in circolo che nel corso della giornata, approssimativamente, corrispondono a quelli fumati.

Il comportamento del fumare è regolato accuratamente sia come frequenza che come intensità in un modo tale da mantenere stabili i livelli plasmatici della nicotina (5). Questi crescono durante la mattinata fino a raggiungere un valore stabile nel corso della giornata. Durante la notte i livelli plasmatici di nicotina si riducono a zero (l'emivita di eliminazione della nicotina è di circa due ore) portando a quella che viene definita l'*astinenza notturna* (4). Molti altri studi hanno ulteriormente confermato il ruolo importan-

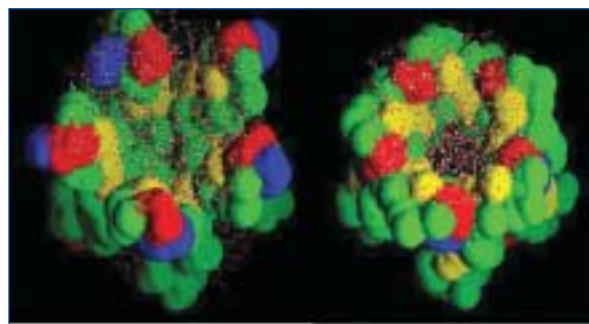
te giocato dalla nicotina nel comportamento del fumare (6).

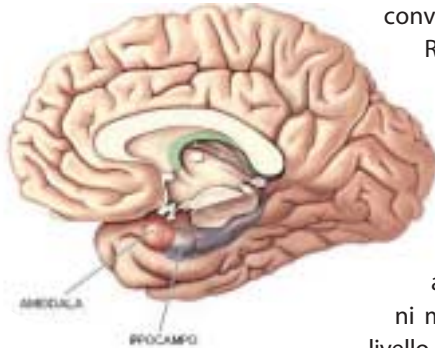
Effetti neurobiologici della nicotina

A livello molecolare, la nicotina che entra nel cervello esercita i suoi effetti diretti legandosi ad un tipo di recettori *colinergici* detti *nicotinici*. I recettori nicotinici sono una famiglia di recettori che rispondono al neurotrasmettitore endogeno *acetilcolina* e sono coinvolti in differenti processi fisiologici (7). Presentano una struttura costituita da cinque subunità proteiche, che formano diverse composizioni con diverse funzioni a seconda delle zone del cervello in cui sono localizzati. Le subunità proteiche sono disposte intorno ad un canale centrale attraverso il quale passano gli ioni Na^+ e Ca^{++} : il legame della nicotina con il recettore nicotinico modifica il flusso di ioni attraverso le membrane neuronali, induce una depolarizzazione e determina l'eccitazione della cellula neuronale. L'attivazione dei recettori nicotinici ad opera della nicotina porta alla regolazione del rilascio di altri diversi neurotrasmettitori.

Di particolare interesse per quanto riguarda il tabagismo sono le numerose evidenze sperimentali che mostrano come la nicotina moduli i livelli dei neurotrasmettitori *dopamina* e *noradrenalina* in alcune aree del cervello coinvolte nella mediazione e nel controllo

delle motivazioni e delle emozioni. Si è recentemente evidenziato come i processi di motivazione e gratificazione che vengono attivati prima e durante azioni come il cibarsi o l'accoppiarsi, siano sotto il controllo della dopamina. La dopamina viene rilasciata in risposta alla presentazione di stimoli motivanti e durante processi emozionali, permettendo l'instaurarsi dei comportamenti condizionati. La zona neuroanatomica che è stata individuata come bersaglio delle droghe è il *sistema mesolimbico*, detto anche *circuito del piacere*. Il sistema mesolimbico è formato da neuroni mesencefalici (area del tegmento ventrale) che sintetizzano





dopamina (*dopaminergici*) e che inviano le loro proiezioni nervose ad aree anteriori (corteccia prefrontale) e ventrali (nucleus accumbens) del cervello, definite genericamente come *limbiche* per il loro coinvolgimento nei processi affettivi.

Recenti studi di risonanza magnetica funzionale hanno indicato come la nicotina induca un'attivazione metabolica di queste aree cerebrali nei fumatori (8). Studi preclinici hanno indicato come recettori nicotinici del tipo $\alpha 4\beta 2$, siano localizzati sia nei neuroni mesencefalici dopaminergici che a livello del nucleo accumbens e della corteccia prefrontale. Numerose ricerche hanno dimostrato come l'esposizione alla nicotina induca, tramite l'attivazione di questo sistema neuroanatomico, un aumento dei livelli di dopamina ed il conseguente effetto euforizzante e piacevole con l'instaurarsi del rinforzo comportamentale (9). Questa associazione dopamina-rinforzo è stata dimostrata, nell'uomo e negli animali da esperimento, come base del comportamento di autosomministrazione di sostanze d'abuso (10).

Gli studi di autosomministrazione nell'animale da laboratorio hanno permesso di studiare il comportamento compulsivo di assunzione della nicotina con protocolli che mimano le diverse condizioni osservate nei fumatori. Per esempio, si è visto come cavie addestrate ad autosomministrarsi nicotina acquisiscano un comportamento ripetitivo e protratto per mesi. Utilizzando questi modelli si è potuta effettuare la mappatura delle aree cerebrali attivate durante il comportamento compulsivo dell'autosomministrazione di nicotina. Come markers sono stati studiati delle molecole associate all'espressione genica, quindi alla regolazione dei processi di nuova sintesi di proteine ed enzimi. Le cavie che si assumevano la nicotina analogamente ai fumatori hanno mostrato una specifica espressione di questi markers in aree del sistema mesolimbico, indicando una elevata probabilità che processi di neuroadattamento possano aver preso luogo (11).

Neuroadattamento ed astinenza

Il neuroadattamento si manifesta in

modo patologico quando vengono tolte le condizioni che ne avevano indotto l'espressione. Lo smettere di fumare smaschera i processi neuroadattativi messi in atto dopo anni di fumo. I fenomeni osservabili sono diversi, ma tra questi il più studiato è quello della tolleranza. Diversi sono i meccanismi attraverso i quali si instaura la tolleranza alla nicotina, in particolare quella che deriva dalla desensibilizzazione rapida dei recettori nicotinici subito dopo il legame della nicotina al recettore stesso. La desensibilizzazione è una riduzione del tempo di attivazione del recettore, una sorta di *servofreno*. L'attivazione del recettore ad opera della nicotina che entra rapidamente nel cervello è quindi di durata molto rapida. L'esposizione protratta alla nicotina, invece, può indurre per alcuni sottotipi di recettori nicotinici una desensibilizzazione, quindi uno stato di inattività. L'organismo contrappone una compensazione che consiste nella *up-regulation* dei recettori nicotinici, vale a dire con l'aumento del numero dei recettori stessi. Nel cervello dei fumatori i recettori nicotinici sono da 100 a 300 volte più numerosi rispetto ai non fumatori (12). Si ipotizza che la *up-regulation* dei recettori nicotinici sia alla base delle azioni negative descritte alla cessazione del fumo ad opera dell'eccessiva attività del neurotrasmettitore endogeno, l'acetilcolina, su questi recettori in sovrannumero. L'aumentata attività colinergica indurrebbe lo stato di malessere generalizzato, le alterazioni dell'umore, l'ansia, l'irritabilità, l'agitazione e i disturbi del sonno che caratterizzano la sindrome da astinenza (13). Si è visto che l'area cerebrale particolarmente attivata è il *locus coeruleus*, il centro principale della reazione d'allerta e dell'aumento della vigilanza. Le cellule del locus coeruleus che sintetizzano noradrenalina, e su cui sono espressi recettori nicotinici, presenterebbero una attività aumentata ed anormale durante l'astinenza inducendo un'alterata attivazione cerebrale, con una serie di sintomi che abbiamo visto caratterizzare la sindrome d'astinenza dal fumo. Sempre ipoteticamente, le ricerche effettuate suggeriscono che il fumatore assuma nicotina per desensibilizzare - inattivare funzionalmente - i propri recettori

nicotinici in sovrannumero e ridurre così gli effetti negativi dell'aumentata attività colinergica (14). È noto che la sigaretta più desiderata della giornata è la prima del mattino, al risveglio, quando l'effetto della *up-regulation* dei recettori nicotinici è più manifesta a causa dell'astinenza notturna. Si suppone che questo possa essere anche il meccanismo d'azione per quegli NRT caratterizzati da livelli plasmatici protratti nel tempo, come i cerotti e le gomme in grado quindi di "spegnere" i recettori in sovrannumero.

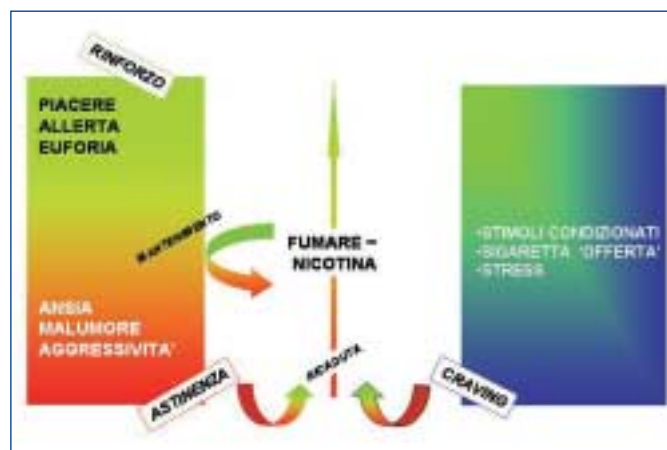
Conseguenze psico-comportamentali

L'esposizione cronica alla sigaretta porta anche a modifiche della funzionalità dopaminergica e serotoninergica (15). Queste alterazioni neurochimiche si suppone siano alla base di alcuni sintomi dell'astinenza come la disforia, l'anedonia ed i disturbi dell'appetito (anche se per quest'ultimi è complessa l'interazione tra effetti cerebrali e periferici). L'astinenza da nicotina induce una riduzione generalizzata della trasmissione della dopamina tale da essere chiamata *deplezione dopaminergica*: si riduce il rilascio di dopamina ed il suo processo di sintesi, l'attività metabolica dei neuroni bersaglio della dopamina si riduce, i recettori dopaminergici cambiano di numero oppure si modifica l'attività dei meccanismi di trasduzione (15). Si suppone che il meccanismo d'azione del farmaco per smettere di fumare, bupropione, sia proprio quello di normalizzare la trasmissione dopaminergica (16). Il bupropione, agendo sul trasportatore della dopamina, permetterebbe di ridurre la ricaptazione all'interno delle cellule e ne innalzerebbe i livelli extracellulari. Si ipotizza che il bupropione abbia effetto analogo anche sul trasportatore della noradrenalina riducendo con meccanismo di inibizione retroattiva l'iperattività delle cellule noradrenergiche del locus coeruleus. L'efficacia clinica del bupropione apre delle nuove prospettive al trattamento farmacologico della disassuefazione dal fumo mediante l'uso di antidepressivi. Dati clinici incoraggianti si sono ottenuti anche con la nortriptilina, antidepressivo ad azione di tipo noradrenergico (6). Studi clinici sono in corso nei

fumatori con farmaci MAO inibitori i quali, inibendo questo enzima metabolico della dopamina, ne innalzerebbero i livelli cerebrali. Nonostante ancora molti studi ed esperienze di pratica clinica siano necessari per meglio conoscere le potenzialità e la tollerabilità degli antidepressivi nei fumatori, i risultati delle ricerche di base indicano delle interessanti prospettive nella modulazione di quei sistemi neurochimici che già si conoscono coinvolti in psicologia. Dopamina, noradrenalina e serotonina sono i neurotrasmettitori chiave nella regolazione dei processi affettivi. Numerosi sono i farmaci che agendo a questo livello permettono di normalizzare, con diversi gradi di efficacia, disturbi dell'umore e d'ansia. Il fumatore non si può definire eccetto quando è presente comorbidità (17) e nonostante la dipendenza da nicotina sia nel DSM-IV (18), un paziente psichiatrico. È tuttavia evidente come il tabagismo si caratterizzi come un disturbo del comportamento, e che durante l'astinenza si instaurino degli stati psicopatologici di alterazione dell'umore e di ansia (19).

Neuroscienze ambientali del tabagismo

Un tipico fenomeno di natura psicologica, e comune anche alle altre dipendenze, è il *craving*. Descritto soggettivamente come una forte desiderio incontrollabile per fumare, il craving è stato oggetto di diversi dibattiti sulla sua natura, descrizione e definizione operativa. Vi è generale concordanza nel ritenere che il craving sia il principale determinante della ricaduta all'uso della droga, incluso il fallimento della disassuefazione dal fumo (20). La gravità del fenomeno è che si può manifestare anche dopo lunghi periodi di astinenza. Sia la ricerca che la pratica clinica hanno identificato le situazioni in cui viene indotto il craving per la



sigaretta. Ricca è la letteratura scientifica riguardo la potente reattività agli stimoli condizionati dei fumatori (*cue reactivity*), intesa come suscettibilità agli stimoli associati al fumare nell'indurre il craving (21). La *cue reactivity* è stata recentemente indagata mediante l'utilizzo di tecniche di visualizzazione cerebrale (22), con risultati che suggeriscono degli specifici correlati neuroanatomici e molecolari come il coinvolgimento di zone della corteccia prefrontale, dell'amigdala, dei gangli della base. Queste aree sono deputate all'integrazione di ricordi ed emozioni.

Numerose sono le evidenze sperimentali che indicano come diversi circuiti nervosi siano coinvolti nel processo di elaborazione delle informazioni provenienti dall'ambiente in modo da attivare le relative risposte condizionate. Una recente ipotesi sulla *cue reactivity* (il modello "*multiple action*") (23) indica tra gli altri l'interazione tra sistema dopami-

nergico e colinergico come il meccanismo sottostante al bias attenzionale per gli stimoli condizionati associati alla sigaretta. Si ipotizza un neuroadattamento in questi circuiti stabilendo così nel tempo una diversa modalità di funzionamento. Ripetute associazioni tra fumare e assumere nicotina non solo inducono gratificazione in diverse situazioni ambientali, ma anche ne creano e ne rafforzano il ricordo. La nicotina, e forse anche altri mediatori, favoriscono la formazione di questi ricordi piacevoli.

Quale ricerca futura?

Analogamente ad altri tipi di dipendenze, anche il tabagismo presenta meccanismi di base neurobiologici che emergono a livello superiore come fenomeni d'alterazione dei processi psicologici e di disturbo comportamentale. La ricerca biologica ha però dimostrato come le proprietà della nicotina diventino rilevanti nel fumatore solo se all'interno di

un contesto complesso di fattori individuali ed ambientali. Il contesto ambientale è fortemente radicato ed influente all'interno di ogni livello della memoria individuale e sociale del tabagismo. Questa vastità di stimoli contestuali associata agli effetti neurobiologici, porta alla formazione di uno schema cognitivo dove le variabili ambientali interagiscono reciprocamente ed intimamente con quelle biologiche (24). La conoscenza più approfondita delle *neuroscienze ambientali* del tabagismo non deve prescindere da un approccio multidisciplinare di ricerca: lo scopo è quello di poter delineare una topografia dei fattori determinanti nelle varie tipologie di fumatori, senza escludere ovviamente le rilevanti componenti della variabilità individuale e genetica.

Christian Chiamulera

Sezione di Farmacologia - Università di Verona
Consiglio Direttivo - Società Italiana di Tabaccologia
European Board - Society for Research on Nicotine & Tobacco SRNT

Bibliografia:

- Waters AJ & Sutton SR (2000) Direct and indirect effects of nicotine/smoking on cognition in humans. *Addictive Behaviors* 25: 29-43.
- Heishman SJ, Taylor RC, Henningfield JE (1994) Nicotine and smoking: a review of effects on human performance. *Experimental Clinical Psychopharmacology* 2: 345-395.
- Perkins, K (1999) Nicotine self-administration. *Nicotine & Tobacco Research* 1: S133-S138.
- Benowitz NL, Porchet H, Sheiner L, Jacob III P (1988) Nicotine absorption and cardiovascular effects with smokeless tobacco use: comparison with cigarettes and nicotine gum. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 44: 23-28.
- Corrigall WA (1999) Nicotine self-administration in animals as a dependence model. *Nicotine & Tobacco Research* 1: 11-20.
- USDHHS (2000) Treating tobacco use and dependence, *Clinical Practice Guideline* (ISBN 1-58763-007-9).
- Picciotto MR (1998) Common aspects of the action of nicotine and other drugs of abuse. *Drug and Alcohol Dependence* 51: 165-172.
- Stein, EA, Pankiewicz, J, Harsch, HH, et al. (1998) Nicotine-induced limbic cortical activation in the human brain: A functional MRI study. *American Journal of Psychiatry* 155(8):1009-1015.
- Di Chiara G (2000) Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *European Journal of Pharmacology* 393: 295-314.
- Merlo Pich E, Chiamulera C, Carboni L (1999) Molecular mechanisms of the positive reinforcing effect of nicotine. *Behavioural Pharmacology* 10: 587-596.
- Merlo Pich, E., Pagliusi, S.R., Tessari, M., Hooft, R., Van Huijsduijnen, Chiamulera, C. Common anatomical targets for nicotine and cocaine self-administration identified by mapping inducible Fos-related proteins. *Science*, 275: 83-86, 1997.
- Perry DC, Davila-Garcia MI, Stockmeier CA, Keller KJ. Increased nicotinic receptors in brains from smokers: membrane binding and autoradiography studies. *JPET* 1999; 289: 1545-52.
- Hughes, JR, Higgins, ST, Hatsukami, D (1990) Effects of abstinence from tobacco: a critical review. In: Koslowski LT, Annis HM, Cappell HD, Glaser FB, Goodstadt MS, Israel Y, Kalant H, Sellers EM, Vingilis ER eds. *Research advances in alcohol and drug problems*, vol. 10. New York: Plenum, pp.317-398.
- Watkins SS, Koob GF, Markou A (2000) Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine & Tobacco Research* 2: 19-37.
- Altman, J, Everitt, BJ, Glautier, S, Markou, A, Nutt, D, Oretti R, Phillips, GD, Robbins, TW (1996) The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology* 125: 285-345.
- Balfour DJK (2001) The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *International Journal of Clinical Practice* 55: 53-57.
- McNeill, A (2001) Smoking and mental health. a review of the literature. www.ash.org.uk/html/policy/menlitrev.html
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. American Psychiatric Association, Washington DC.
- WHO (1992) *International Classification of Diseases* 10th edition. World Health Organization, Geneva.
- Ö'Brien, CP, Childress, AR, Ehrman, R, Robbins, S, McLellan, AT (1992) Conditioning mechanisms in drug dependence. *Clinical Neuropharmacology* 15: 66A-67A.
- Niaura RS, Rohsenow DJ, Binkoff JA, Monti PM, Pedraza M, Abrams DB (1988) Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology* 97: 133-152.
- Domino EF, Minoshima S, Guthrie S, Ni L, Ohl LE, Koeppe AR, Zubieta JK (2000). Nicotine Effects on Regional Cerebral Blood Flow in Awake, Resting Tobacco Smokers. *Synapse* 38:313-321.
- Chiamulera C. Cue reactivity in nicotine and tobacco dependence: a "multiple-action" model of nicotine as a primary reinforcement and as an enhancer of the effects of smoking-associated stimuli *Brain Research Reviews*, 48(1): 74-97.
- Abrams DB (1999). Nicotine addiction: paradigms for research in the 21st century. *Nicotine & Tobacco Research* 1:S211-S215.



homepage

Progetto Inspiro: la ricerca SITAB per i Centri Antifumo

Dopo una fase gestionale nel corso dell'estate, l'autunno passato è partita l'indagine Inspiro sui Centri Antifumo italiani, realizzato da SITAB in collaborazione con Link Italia.

La ricerca - svolta con il supporto della Dompè S.p.A. - si pone come scopo di conoscere più a fondo le modalità di valutazione ed intervento per il fumatore che accede ai Centri Antifumo. In tal modo, si intendeva ricavare un panorama oggettivo dell'attuale realtà della disassuefazione da fumo in Italia, basato su dati ottenuti in un largo - maggioritario - numero di Centri. Da un punto di vista utilitaristico, l'analisi dei dati può praticamente permettere di evidenziare le aree di eccellenza - ma anche di implementazione - in modo tale da orientare la progettazione e lo sviluppo di collaborazioni, formazione e scambio di metodi e conoscenze efficaci.

Il formato del questionario utilizzato - progettato dal Direttivo Nazionale SITAB con il supporto tecnico della Link-Italia - è stato pensato in modo da raccogliere le informazioni più rilevanti senza dover operare il singolo operatore durante la compilazione. Vediamone rapidamente le sezioni in cui il questionario è strutturato:

- 1) Dati anagrafici
- 2) Dati istituzionali e organizzativi
- 3) Risorse umane
- 4) Attività di cura e assistenza
- 5) Risorse del Centro Antifumo
- 6) Altre aree di interesse
- 7) Attività di formazione
- 8) Aree di implementazione

In breve, si sono raccolte le informazioni inerenti le risorse umane dedicate ed il carico di fumatori assistiti, focalizzandosi sulla quantità e sul tipo degli interventi che attuati (utenza, numero visite, questionari utilizzati, ecc.). Nella parte più tecnica del questionario vengono accuratamente valutate le attività ed i servizi a disposizione del Centro Antifumo: la diagnostica, il counselling, la terapia di gruppo, l'assistenza psicologica, il trattamento con farmaci ed altri tipi di supporto anche non convenzionali. Vi sono inoltre domande sulle modalità di misurazione e monitoraggio degli esiti. Infine, vengono richieste informazioni sulle attività di formazione, aggiornamento e di ricerca.

Lo scopo di raccogliere dati su questi argomenti - come d'altronde di tutta l'indagine - è riassunto nell'ultima sezione del questionario, in cui il Centro stesso può auto-valutare le proprie aree di implementazione.

L'adesione è stata al termine dello studio di 139 Centri Antifumo che hanno inviato i questionari compilati. L'elaborazione dei dati è stata effettuata dalla Link-Italia, portando alla stesura di un report di oltre 230 pagine. L'impressione a caldo è proprio quella di aver ricevuto una quantità tale di dati che richiederà un lavoro di analisi accurato ma nel frattempo permetterà diversi livelli di indagine ed interpretazione.

Alcune informazioni definitive sono già disponibili sulla provenienza regionale e di tipologia del Centro Antifumo. Dal punto di vista geografico il maggior numero di questionari compilati sono arrivati dalle regioni del Nord (71), seguiti dal Sud (40) e dal Centro (28). Da evi-

denziare, tuttavia, che una graduatoria definitiva dei contributi a livello delle prime 6 regioni mostra un grado di partecipazione diffuso in tutto il Paese:

- I Lombardia
- II Emilia-Romagna
- III Lazio
- IV Puglia, Campania
- V Veneto

In proporzione al totale, i questionari da Centri Antifumo di tipologia pneumologica/malattie respiratorie sono stati il 34,53%, seguiti e dai dipartimenti delle dipendenze/SerT (28,06%) e della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (13,53%). I restanti contributi sono arrivati da altre tipologie specialistiche, per esempio cardiologico, ma anche poli-specialistiche come i Centri Antifumo del AUSL formati da professionisti con qualifiche diverse.

È stato definito un piano d'analisi organizzato in macro-aree (area organizzativa, area diagnostica, area clinica, formazione, implementazione) che porterà ad un documento d'elaborazione da parte del gruppo di lavoro SITAB pronto per l'inizio dell'estate. La comunicazione dei risultati avverrà tramite articoli (anche su Tabaccologia ovviamente!) e newsletter che permetteranno ai Centri coinvolti di venire a conoscenza dei risultati. Si prevede la presentazione dell'indagine e la sua discussione in un convegno nazionale da tenersi entro l'anno, con la partecipazione ed il riconoscimento dei partecipanti e di tutti coloro attivi ed interessati alla disassuefazione da fumo.

Christian Chiamulera

Sezione di Farmacologia - Università di Verona
Consiglio Direttivo - Società Italiana di Tabaccologia
European Board - Society for Research on Nicotine & Tobacco SRNT



Centri Antifumo aderenti al Progetto INSPIRO-SITAB

Regione	Città	Istituzione	Unità Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
Abruzzo	Chieti (CH)	Ospedale San Camillo De Lellis	U.O.C. di Pneumologia Centro Antifumo	via C. Forlanini, 50	Fernando De Benedetto	0871/358635-358641
	L'Aquila (AQ)	ASL 4 P.O. S. Maria di Collemaggio	Centro Prevenzione Malattie Respiratorie Centro Antifumo	via Bellisari	Vincenzo Colorizio	0862/368929 - 368979
	Teramo (TE)	Presidio Pneumotisiologico Territoriale	Centro Antifumo	v.le Crucoli, 171	Carmela De Iuliis	0861/250685 - 244315
Basilicata	Matera (MT)	P.O. di Matera - ASL 4	Dipartimento di Cardiologia e di Prevenzione Centro Antifumo	via Montescaglioso	Giuseppe Tartariello	0835/243685 asl4.prevenzione@retebasilicata.it
Calabria	Catanzaro (CZ)	A.O. Pugliese-Ciaccio	Divisione Medicina Generale Ambulatorio Tabagismo	v.le Pio X	Antonio Costantino	0961/883423 - 883497 - 883498
	Cosenza (CS)	P.O. Mariano Santo A.O. di Cosenza	U.O. Pneumologia Oncologica Centro Antifumo	via dr. M. Piccolo, 1	Francesco Romano	0984/681781
	Cosenza (CS)	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Cosenza	via Monte Grappa, 35/B	Francesco Martire Francesco Romano	0984/28547 legatumoricosenza@libero.it
Campania	Benevento (BN)	A.O. G.Rummo	Dipartimento Servizi Ambulatorio di Medicina Non Convenzionale	via dell'Angelo, 1	Luigi Coppola	0824/57215
	Camaldoli (NA) A.O. V. Monaldi	Il U.O.C. Pneumologia Oncologica	Centro per la cura del tabagismo	via L. Bianchi	Luigi Brancaccio	081/7062481 napoli5@pneumo-net.it
	Castelmorrone (CE)	Casa di Cura Villa delle Magnolie	ASL CE 1 Unità Riabilitazione Cardio- Respiratoria Ambulatorio Antifumo	via Ciummiento	Giacomo Grande	0823/320186 - 391313 - 391506
	Napoli (NA)	ASL NA 1 - Distretto 47	Ambulatorio Tabagismo Ser.T.	via S. Gennaro ad Antignano, 42	Antonio Silvestri	081/2549773 - 2549774 - 2549775 nonfumodistretto47@katamail.com
	Napoli (NA)	ASL NA1 Ospedale S.Gennaro	U.O. di Cardiologia Area di Epidemiologia e Prevenzione Cardiovascolare	via S.Gennaro Dei Poveri, 25	Cosimo Fulgione	081/2545399 info@cardiologia-sangennaro.it
	Napoli (NA)	A.O.R.N. A.O. A. Cardarelli	U.O. Pneumologia Oncologica Centro Prevenzione e Cura del Tabagismo	via A. Cardarelli, 9	Arcangelo Sena	081/7473326 - 7473371
	Pomigliano D'Arco (NA)	ASL NA 4 - Distretto 71	Ambulatorio Tabagismo	p.zza S. Agnese	Antonio Perillo	081/3173202 sert.pom@libero.it
	Pregiato di Cava de' Tirreni (SA)	Centro Regionale ad Alta Specializzazione	Ospedale S. Maria Dell'Olmo Struttura Complessa di Fisioterapia Respiratoria	via Santoriello, 2	Domenico Giannattasio	089/4455052
	S. Maria Capua Vetere (CE)	P.O. S.Giuseppe e Melorio ASL CE 2	Ambulatorio Terapia Antifumo	via Melorio	Teresa Buonanno	0823/891295
	Salerno (SA)	OORR Riggi D'Aragona S. Leonardo - A.O. A. Salerno	UO Pneumologia Centro Antifumo	via San Leonardo	Brunello D'Urso	089/672630 - 672703-791912
	Salerno (SA)	Presidio Ospedaliero Giovanni da Procida ASL SA 2	U.O. Pneumologia Centro Dissuasione dal Fumo e Cura delle Patologie Respiratorie Correlate	via Salvatore Calenda, 160	Natalino Barbato	089/693304
	San Giuseppe Vesuviano (NA)	Centro Medico Focus	Ambulatorio antifumo	via Roma 60	Gennaro Martino	081/5298306-8284140



Regione	Città	Istituzione	Unità Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
Emilia Romagna	Bologna	AUSL di Bologna	Presidio di Pneumotisiologia Dip.Cure Primarie - Centro Prevenzione e Disassuefazione dal Fumo di Tabacco	via Tiarini, 10	Vincenzo Zagà	051/706269 pneumo.tiarini@ ausl.bologna.it
	Bologna	AUSL di Bologna	P.O. Bellaria U.O. Pneumotisiatria Centro Antifumo	via Altura, 3	Luigi Tosto	051/6225602
	Bologna	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Bologna	via Argelati, 17/A	Domenico F. Rivelli Simone Storani	051/300857 bologna@lilt.it webmaster@ legatumoribologna.it
	Codigoro (FE)	AUSL di Ferrara Distretto Sud-Est	Programma Dipendenze Patologiche - Ser.T. Centro Antifumo	via Kennedy, 4/a	Franca Baraldi	0533/729737 sert.codigoro@ ausl.fe.it
	Copparo (FE)	Presidio ASL Ospedale San Giuseppe	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	via Roma, 18	Viviani Urbano	0532/879933
	Ferrara	AUSL di Ferrara	Programma Dipendenze Patologiche - Ser.T. Centro Antifumo	via Mortara, 14	Renzo Marsili	0532/235070 - 235076 sert.farmacoterapia @ausl.fe.it
	Gaiato-Pavullo (MO)	Ospedale Privato Accreditato Villa Pineta srl	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	via Gaiato, 127	Daniela Lugli	0536/42039 info@villapineta.it psico@villapineta.it
	Modena	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Modena	Policlinico, via Del Pozzo, 71	Gianluca Grazioli	059/374217 info@ legatumori.mo.it
	Parma	A.O. Universitaria di Parma	Dip. Scienze Cliniche Centro Antifumo Padiglione Rasori	via Rasori, 10	Emilio Marangio	0521/703494
	Piacenza	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Piacenza	via Taverna, 49	Rodolfo Canaletti	0523/384706 lega.tumori.pc@ virgilio.it
	Portomaggiore (FE)	AUSL di Ferrara Distretto Sud-Est	Programma Dipendenze Patologiche - Ser.T. Centro Antifumo	via De Amicis, 22	Franca Baraldi	0532/817551 817548 sert.pm@ausl.fe.it
	Reggio Emilia	Azienda USL di Reggio Emilia	Ser.T. Distretto RE Centro Antifumo	via Amendola, 2 "Padiglione Tansi"	Roberto Bosi	0522/335569- 335257
	Riccione (RN)	Istituto Oncologico Romagnolo	Corsi per Smettere di Fumare	p.zza Matteotti, 5	Maura Muccini	0541/606060
	Rimini	Istituto Oncologico Romagnolo	Corsi per Smettere di Fumare	c.so D'Augusto, 213	Maria Silvia Di Marco	0541/ 29822 rimini@ior-forli.it
	Tabiano (PR)	Terme di Tabiano spa	Terme di Tabiano spa	v.le Alle Terme, 32	Flavio Strinati	0524/564104- 564111 dircan@ termeditabiano.it
Friuli Venezia Giulia	Gemona del Friuli (UD)	ASL N. 3 Alto Friuli	Azienda per i Servizi Sanitari	via Battiferro, 15	Gianni Canzian	0432/982312 ddd@ass3.sanita. fvg.it
	Gorizia	USL 2 Isontina	Dipartimento Dipendenze Ambulatorio Antitabagico	via Vittorio Veneto, 174	Andrea Fiore	0481/592782 alcolgorizia@tin.it
	Trieste	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Trieste	via Rossetti, 62	Teresa Vivante	040/398312 legatumorits@ libero.it
	Udine	Policlinico Universitario	Istituto di Farmacologia Clinica e Tossicologia Ambulatorio Tabagismo	via Colugna, 50	Massimo Baraldo	0432/559833



Regione	Città	Istituzione	Unità Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Udine	ASS 4 Medio Friuli	Dipartimento Dipendenze - Ser.T. Centro di Prevenzione e Trattamento del Tabagismo	via Pozzuolo, 330	Maria Maisto	0432/806649 806650
Lazio	Frosinone	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Frosinone	c.so Lazio, 17	Angela Spano	0775/841083- 857695
	Rieti	Ospedale Generale Provinciale - ASL Rieti	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	v.le Kennedy	Shokoofe Eslami Varzaneh	0746/278354
	Roma	SITAB, Società Italiana di Tabaccologia	Ricerca, documentazione, formazione su Tabagismo e problemi Fumo-correlati	via Giorgio Scalia, 39	Paola Lancia	06/39722649 tabaccologia@fastwebnet.it
	Roma	Ospedale S. Filippo Neri	Unità di Broncopneumologia Ambulatorio per il Tabagismo Diagnosi precoce delle patologie Fumo-correlate	via G. Martinotti, 20	Sergio Cacciari Stefano Cademartori	06/33062301
	Roma	GEA Progetto Salute (ONLUS)	Prevenzione e trattamento multimodale del Tabagismo	via G. Scalia, 39	Greta Cerretti	06/39722649 centrostudi@tabagismo.it terapia@tabagismo.it
	Roma	ASL RM B Poliambulatorio	Ambulatorio Tabagismo	via Filippo Meda, 35	Italia Protani	06/23230177 41435874
	Roma	ASL RM C – Ser.T	Prevenzione e Cura Tossicodipendenze ed Alcolismo Centro Antifumo	via Appia Antica, 220	Claudio Leonardi	06/7803405
	Roma	ASL RM C - Direzione Distretto IX	Centro Antifumo "Vita Ariosia"	via Monza, 2	Elisabetta Fusconi	06/51006632 51006620 vitariosa.distretto9@aslrmc.it
	Roma	IRCCS Regina Elena Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Servizio Fisiopatologia Respiratoria Ambulatorio per la Cessazione dal Tabacco	via E. Chianesi, 53	Vincenzo Cilenti	06/52666902
	Roma	Azienda Policlinico Umberto I	Centro Policlinico Senza Fumo	v.le del Policlinico, 155	Domenico Enea	06/49972519
	Roma	ASL RM C U.O. Medicina Preventiva età evolutiva	Distretto Sanitario XI	via S. Nemesio, 28	Anna Maria Di Mauro	06/51003781- 51003785- 51003788
	Roma	AO S. Camillo-Forlanini	Dipartimento di Malattie Polmonari	via Portuense, 332	Giuseppe De Angelis	06/55180421
	Roma	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Roma	via Alessandro Torlonia 15	Silvio Arcidiacono	06/442597-442591 sede.centrale@iilt.it
	Viterbo	ASL Viterbo - S.P.I.S.L.L.	Dipartimento di Prevenzione Centro Antifumo	via L. Garbini 29/G	Fabio Dominici	0761/339707-339717 dip.prevenzioneaslvit@libero.it
Liguria	Genova	A.O. Villa Scassi	U.O. Pneumologia Ambulatorio Tabagismo	c.so Onofrio Scassi, 1	Giovanni Paolo Ivaldi	010/4102494 4102485
	Genova	A.O. San Martino e Cliniche Universitarie Convenzionate	P.O. Clinica Pneumologica Centro Antifumo	I.go Rosanna Benzi	Giovanni Palacqua	010/5552105 5552739
	Imperia	Ospedale Civile	U.O. Pneumologia	via S. Agata, 57	Antonella Serafini	0183/537029 im.pneumologia@asl1.liguria.it
	La Spezia	Ospedale Civile S. Andrea AUSL 5 Spezzino	U.O. Malattie Apparato Respiratorio Felettino Centro Antifumo	via del Forno, 5 Felettino	Vincent Eze Ahanonu	0187/533639



Regione	Città	Istituzione	Unità Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Savona	Poliambulatorio - ASL 2 Savonese	Dipartimento per le Dipendenze Ambulatorio Tabagismo	via S. Lucia, 11/1	Roberto Carrozzino	019/8489170
Lombardia	Bergamo	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Bergamo	via Malj Tabaiani, 4	Anna Contilli	035/242117 251322 legatumoribg@tin.it
	Bormio (SO)	ASL Provincia di Sondrio Distretto Bormio	Servizio Dipendenze Ambulatorio per la Cessazione dal Fumo	v.lo del Ginnasio, 3	Marina Compagnoni	0342/909143 sert.bormio@asl.sondrio.it
	Brescia	A.O. Spedali Civili di Brescia	Divisione di Pneumologia Ambulatorio per la Disassuefazione dal Fumo	p.le Spedali Civili, 1	Maria Cristina De Leonardis	030/302381 302382
	Brescia	IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli	Progetto Antifumo	via Pilastroni, 4	Sergio Monchieri	030/35011 3501555
	Busto Arsizio (VA)	ASL provincia di Varese	Dipartimento per le Dipendenze Ser.T. Centri Antifumo	via Novara, 48	Banfi Giovanni Pietro	0331/353759 sertbusto@asl.va.it
	Crema (CR)	ASL provincia di Cremona	Servizio per le Tossicodipendenze Ambulatorio Tabagismo	via Medaglie d'Oro, 9	Antonio Prete	0373/893611 sert.crema@aslcremona.it
	Cremona	ASL provincia di Cremona	Servizio Dipendenze Ser.T	via Postumia, 23/G	A. Maria Camisani	0372/497551 sertcremona@aslcremona.it
	Cremona	A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona	Presidio Pneumopatie e Specialistica Extraospedaliere Centro Antifumo	v.le Trento e Trieste, 15	Mauro Parpanesi	0372/405853
	Gallarate (VA)	ASL provincia di Varese	Dipartimento delle Dipendenze Ser.T Centro Antifumo	via Cavallotti, 21	Tarcisia Conti	0331/777895 sertgallarate@asl.varese.it
	Gazzaniga (BG)	ASL provincia di Bergamo	Dipartimento Dipendenze Ser.T Gazzaniga	via Manzoni, 134/A	Paolo Donadoni	035/712935 sert_gazzaniga_segreteria@asl.bergamo.it
	Lecco	ASL provincia di Lecco	Ambulatorio SerT Servizio Tossicodipendenze	via Ghislanzoni, 22	Asghar Masoudi	0341/353033
	Magenta (MI)	ASL provincia di Milano 1	Dipartimento di Prevenzione Ambulatorio di Disassuefazione dal Fumo per Scuole	via Al Donatore di Sangue, 50	Aquilele Campiotti	02/97973537 prevenzione.magenta@aslm1.mi.it
	Mantova	ASL provincia di Mantova	Ser.T di Mantova Centro Antifumo	via Miran Hrovatin, 2	Laura Bini	0376/375906 375911
	Mantova	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Mantova	via Portichetto, 9	Giuseppe Cesa	0376/369177 221519 info@legatumori.mantova.it
	Milano	IEO. Ricerca, aggiornamento e formazione sul tabagismo e le patologie Fumo-correlate	Unità Cardiologia Centro Antifumo Sanità senza Fumo	via G. Ripamonti, 435	Carlo M. Cipolla	02/57489539
	Milano	Asl Città di Milano Distretto III	Ambulatorio per la Disassuefazione dal Fumo	l.go Volontari del Sangue 1	Federico E. Perozziello	02/85785450
	Milano	A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento	Clinica del lavoro Centro Prevenzione Diagnosi e Cura Tabagismo	via S. Barnaba, 8	Giuseppe Rivolta	02/57992615 icpantifumo@hotmail.com
	Milano	A.O. Ospedale San Carlo Borromeo	Servizio di Psicologia Ospedaliera Centro Ambulatoriale per la Disassuefazione dal Fumo	via Pio II, 3	Giorgio De Isabella	02/40222832 40222497 seg.psicologia@sancarlo.mi.it



Regione	Città	Istituzione	Unità Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Monza	ASL provincia di Milano 3	Dipartimento Dipendenze - Ser.T. Centro Antifumo	v.le Elvezia, 2	Biagio Tinghino	039/2384711 2384744
	Pavia	A.O. provincia di Pavia	Presidio Pneumotisiologico Ambulatorio per Fumatori	v.le Gorizia, 97	Marco Consiglio	0382/432763
	Rho - Passirana (MI)	A.S. Salvini di Garbagnate P.O. Casati Passirana	U.O. Pneumologia Riabilitativa Ambulatorio Pneumologico Antifumo	via Settembrini, 1	Silvia Viola	02/9994304451 994304459 994304596
	Saronno (VA)	ASL provincia di Varese	Dipartimento delle Dipendenze Ser.T Centro Antifumo	via Varese, 196	Fabio Reina	02/9626478 9626445 sertsaronno@asl.varese.it
	Tradate (VA)	ASL provincia di Varese	Dipartimento delle Dipendenze Ser.T Centro Antifumo	via Monte Nevoso, 6	Alberto Ferarari	0331/817255 serttradate@asl.varese.it
	Vigevano (PV)	ASL provincia di Pavia	Dipartimento Dipendenze Ser.T. Centro Antifumo	via Trieste, 23	Paolo San Bartolomeo	0381/697711
Marche	Ascoli Piceno	Ospedale C. e G. Mazzoni	U.O.C. Pneumologia Ambulatorio Antifumo	via degli Iris, 6	Riccardo Pela	0736/358258
	Jesi (AN)	ASUR Zona Territoriale 5	P.O. Murri UO Pneumologia	via dei Colli, 52	Carmine Grimaldi	0731/534157 centropsicoterapia@mercurio.it
	Pesaro	A. O. Ospedale San Salvatore	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	p.le Cinelli, 5	Aldo Rossi	0721/362277
	Pesaro	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Pesaro Ospedale S. Salvatore Servizio Oncologico	via Lombroso	Giuseppina Catalano	0721/364124
	Porto S. Giorgio (AP)	ASUR Zona Territoriale 11 Fermo	Ambulatorio Pneumotisiologia Consultorio Antifumo	via della Misericordia, 1	Anna Maria Calcagni	0734/6252617 6252618 pneumologia.psg@asl11.marche.it
Molise	Agnone (IS)	ASL N. 1 Alto molise	Ser.T. Agnone	p.zza XX Settembre	Rita Rosato	0865/7222367 7222236 aslset@virgilio.it
Piemonte	Alessandria	A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo	Centro di Fisiopatologia Respiratoria	via Venezia, 16	Biagio Polla	0131/206331
	Asti	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Asti	via Bigatti, 14	Fernando Sorisio	0141/595196 878348
	Biella	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Biella	via Belletti Bona, 20	Riccardo Zaffalon	015/8352111 hospicebiella@tin.it
	Casale Monferrato (AL)	Ospedale S. Spirito ASL 21	U.O. Pneumologia	v.le Giolitti, 2	Ezio Piccolini	0142/434246 pneumo@asl21.piemonte.it
	Novara	ASL 13-Ser.T	Ambulatorio di disassuefazione Tabagica	via Monte San Gabriele, 4	Liborio Martino Cammarata	0321/374354
	Orbassano (TO)	ASL 5 - S.C. Ser.T Sangone	Dipartimento Patologia delle Dipendenze	via Papa Giovanni XXIII, 9	Daniele Pini	011/9003611 34988089 asl5.orbassano@sert.piemonte.it
	Torino (TO)	Ospedale S. Giovanni Bosco ASL 4	U.O.A Otorinolaringoiatria Centro Antifumo	I.go Donatore di Sangue, 3	Fabio Beatrice	011/2402225 2402225



Regione	Città	Istituzione	Unità Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
Puglia	Acquaviva delle Fonti (BA)	Ente ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F. Miulli	UO Pneumologia Poliambulatorio Centro Antifumo	via Maselli Campagna, 104	Pietro Schino	080/2301467 2301468-2301715
	Bari	A.O. Policlinico Consorziale	Malattie Apparato Respiratorio II U.O. Servizio di Pneumologia Centro Antifumo	p.zza G. Cesare, 11	Agostina Martinelli	080/5592964 5594167
	Bari	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Bari	c.so Benedetto Croce, 32	Michele Quaranta	080/5575436 5565477 bari@lilt.it
	Casamassima (BA)	ASL BA 5 Poliambulatorio Casamassima	Dipartimento di Prevenzione U.O. Pneumologia Territoriale Centro di Riferimento per la Lotta al Tabagismo	via Lecce, 5	Nicola Partipilo	080/4530040
	Cerignola (FG)	Ospedale Civile G. Tatarella	Medicina Interna Centro Antifumo	via Trinitaroli	Antonio Perchinunno	0885/419411 419478
	Foggia	ASL FG 3 - Distretto Socio Sanitario N.2	U.O. VII - Centro Antifumo per la Cura e Prevenzione del Tabagismo	via Grecia - Palazzina Poliambulatori	Michele Cusano	0881/733455 733457
	Foggia	A.O.Universitaria O.O.R.R. di Foggia	Cattedra di Malattie Apparato Respiratorio Ospedale Davanzo	via degli Aviatori, 1	Maria Grazia Cagnazzo	0881/733040 733037
	Lecce	AUSL Lecce 1	Servizio Pneumotisiologico	p.zza Bottazzi	Leonardo Donateo	0832/215261
	Mesagne (BR)	P.O. San Camillo De Lellis	Centro Antifumo	via Panareo	Eugenio Sabato	0831/739382
	Molfetta (BA)	AUSL BA/2 Ospedale Civile	Ser.T Molfetta	via Per Terlizzi	Antonio Taranto	080/3357541
	San Giovanni Rotondo (FG)	IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza	Ambulatorio antifumo	v.le Padre Pio	Vito D'Alendro	0882/416888
	Trani (BA)	AUSL BA/2	Dipartimento Dipendenze Patologiche Centro Antifumo	via Marsala ex ospedale pediatrico	Leonardo Rutigliano	0883/483437
Sardegna	Alghero (SS)	ASL 1 Distretto di Alghero	Presidio Tisio Pneumologico Centro Antifumo	via Manzoni, 66	Giovanni Peana	079/996312
	Cagliari	Ospedale Roberto Binaghi AUSL 8	II Divisione Pneumologia Ambulatorio Tabagismo	via Guadazzonis, 2	Lidia Ada Pau	070/6093044- 6093047-6093048- 6093049-6093050
	Carbonia (CA)	ASL 7 Carbonia	SerT. - Servizio Tossicodipendenze Centro Clinico Terapia Dipendenza da Nicotina	via Trexenta, 1	Estello Massimo Diana	0781/22330 sert.iglesias@ asl7carbonia.it
	Pirri (CA)	I.N.R.C.A sede Cagliari	U.O. di Pneumologia Ambulatorio Antifumo	via Delle Cicale, 11	Nicola Spingola	070/55991
Sicilia	Agrigento (AG)	Poliambulatorio V. Alletto ASL 1	Servizio Prevenzione e Terapia del Tabagismo	via Essemeto, 8	Gabriella Sacchi	0922/407111 ausl1@libero.it
	Leonforte (EN)	Ospedale civico Ferro Banciforti Capra	U.O. di pneumologia	c.da San Giovanni	Mario Laporta	0935/664216
	Montelepre (PA)	AUSL 6 Ser.T distretto 7	Servizio di Tossicodipendenze	p.zza della Vittoria, 14	Giuseppe Filippone	091/8984659 monsart@tin.it



Regione	Città	Istituzione	Unità Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Palermo	P.O. Civico ARNAS di Maurizio	U.O. Broncopneumologia Ambulatorio Dissuasione Fumo	via C. Lazzaro	Giuseppe Madonia	091/6663488
	Palermo	Ospedale G.F. Ingrassia AUSL 6	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	c.so Calatafimi, 1002	Vincenzo Di Pietro	091/7033777
	Palermo	Presidio Ospedaliero Vincenzo Cervello	U.O. IV Pneumologia Centro Dissuasione Fumo	via Trabucco, 180	Renzo Modica	091/6802919 6810751
	Palermo	SITAB. Società Italiana di Tabaccologia	Prevenzione e trattamento del Tabagismo - Terapie di gruppo per fumatori	via Trasselli Carmelo, 3	Giacomo Zichichi	091/485659
Toscana	Firenze	Azienda USL 10 Firenze	UFM SERT B Centro Antifumo	lungarno Santa Rosa, 13	Rosario Cutri	055/2285667 centro.antifumo.sert3 @asf.toscana.it
	Firenze	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Firenze	v.le Alessandro Volta, 173	Rosangela Terrone	055/576939 info@ legatumorifirenze.it
	Grosseto	P.O. Misericordia	U.O. Fisiologia Respiratoria Centro Antifumo	via Senese, 169	Luigi Rizzello	0564/485450 0566/909316 2022
	Livorno	AUSL 6 Livorno	Centro Antifumo di Livorno c/o Presidio Ospedaliero U.O. Pneumologia	v.le Alfieri, 36	Nolita Pulerà	0586/223453 centro.antifumo@ nord.usl6.toscana.it
	Montepulciano (SI)	AUSL 7 Siena - Ospedali Riuniti Valdichiana Località Nottola	Centro Antifumo Valdichiana Senese		Licia Avallone	0578/719751
	Prato	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Prato	via Firenze, 40/c	Eleonora Cacioli	0574/572798 info@ legatumoriprato.it
Trentino Alto Adige	Bolzano	Servizio Pneumologico Interaziendale - Azienda Sanitaria di Bolzano	Centro Antifumo	via Amba Alagi, 3	Paolo Pretto	0471/909600 pneumot@asbz.it
	Borgo Valsugana (TN)	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (A.P.S.S.)	Servizio Alcolologia	via Roma, 12	Cinzia Grandelis	0461/753861
	Trento	Associazione Auto Mutuo Aiuto (A.M.A.) ONLUS		via Torre D'Augusto, 2/A	Stefano Bertoldi	0461/239640 ama.trento@tin.it
Valle d'Aosta	Aosta	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Aosta	via Tourneuve, 16	Roberto Croatto	0165/31331 legatumoriaosta@ libero.it
Veneto	Belluno (BL)	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Belluno c/o Associazione Volontariato	via del Piave, 5	Sgarlon Chiara	0437/944952 942836 belluno@lilt.it
	Bussolengo (VR)	Ospedale di Bussolengo ULSS N.22	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	via Ospedale, 2	Fiorenza Trevisan	045/6712228 6712696
	Camposampiero (PD)	AULSS 15 Alta Padovana	Dipartimento Dipendenze - Ser.T. Corsi per Smettere di Fumare	via Cosma, 1	Giorgio Cuccia	049/9324965
	Castelfranco Veneto (TV)	ULSS 8 Servizio di Alcolologia	Ambulatorio Il Livello per la dismissione dal Tabagismo	via Cazzaro, 7	Maristella Giunta	0423/732759 serat@ ulssasolo.ven.it
	Dolo (VE)	P.O. ULSS 13	U.O. Pneumologia Ambulatorio Tabagismo	via 29 Aprile, 2	Emilio Melica	041/5133338



Regione	Città	Istituzione	Unità Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Mestre-Venezia (VE)	AULSS 12 Veneziana	U.O. Prevenzione Dipendenze Ser.T Terraferma	via Don Tosatto, 147	Daniela Orlandini	041/2608807 2608808-2608809 uoprevenzione@ulss12.ve.it
	Monselice (PD)	Azienda ULSS 17 Este	Dipartimento Dipendenze Ser.T.	via Rovigana, 5	Giancarlo Zecchinato	0429/788398 788399 sert@ulss17.it
	San Donà di Piave (VE)	AULSS 10 Bassano Piave	U.O. Ser.T.	via Verdi, 2	Davide Banon	0421/227743 sert.sandona@aulss10.veneto.it
	Taglio Di Po (RO)	ULSS 19 Adria	Dipartimento Dipendenze Servizio Tossicodipendenze Ambulatorio per smettere di fumare	via G. Matteotti, 14	Andrea Finessi	0426/660555 sert@ulss19adria.veneto.it
	Treviso (TV)	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Treviso	p.zza S. Leonardo, 15	Maria Teresa Villanova	0422/591737 legatutv@tin.it
	Villafranca (VR)	ASL 22 Regione Veneto	Dipartimento Dipendenze Ser.T - Servizio Ambulatoriale Antifumo	c.so Vittorio Emanuele, 169	Margherita Residori	045/6338459 6338450-6338482 sert.villa@ulss22.ven.it

Health News

Nicotina... da bere



Una soluzione di nicotina miscelata con bevande è stata, a cavallo del nuovo millennio, sottoposta a controllo da parte di ricercatori della Duke University (North Carolina, USA). "Si tratta di qualcosa che puoi mettere tranquillamente nel caffè, nel succo di pesca, nel the', nella soda o in qualsiasi bevanda," dice Eric C. Westman, assistente al Duke University Medical Center che ha progettato ed effettuato lo studio. Westman e Jed Rose, coinventori del cerotto alla nicotina che hanno lavorato ad una soluzione liquida, hanno confermato che i fumatori che hanno provato a "bere" nicotina hanno trovato piacevole l'idea. Il sapore della soluzione liquida è "un po' come quello di un portacenere" ha affermato Westman, "ma quando viene diluita in una bevanda da un litro il gusto migliora".

Già, piacevole, ma forse poco o per nulla efficace ! E il perché, evidentemente, risiede nella fisiologia della nicotina e nel suo metabolismo. Sappiamo infatti che la nicotina inalata, assorbita

dalle mucose oro-rino-ipofaringee e basse vie respiratorie in circa 8-10 secondi, guadagna il circolo arterioso cerebrale dopo essere stata diffusa dalla pompa cardiaca a tutti gli organi e tessuti dell'organismo, ed infine attraverso il passaggio epatico essere metabolizzata per un buon 70% in cotinina, il principale metabolita inattivo della nicotina. Non a caso nelle istruzioni delle gomme alla nicotina si raccomanda di masticarle e succhiarle molto lentamente, per dar modo alle mucose di poter assorbire più nicotina possibile, by-passando così il filtro epatico, prima che la deglutizione faccia la parte del leone con risultati dannosi, per gastritici ed ulcerosi, e poco efficaci, per il forte fumatore. In più, Goodman Gilman e il foglietto illustrativo di una recente formulazione di pastiglie da sciogliere in bocca (ma non in quello delle gomme alla nicotina) consigliano di evitare l'uso simultaneo di liquidi come caffè o bevande gassate che fanno diminuire il pH del cavo orale condizionando l'assorbimento della nicotina a quel livello. La nicotina, quindi deglutita con le gomme o ancor peggio ingerita con le bevande, viene assorbita dalla mucosa gastro-enterica, e attraverso il circolo entero-epatico, rischia di essere metabolizzata per circa i 2/3 in

cotinina, al primo passaggio epatico. Come si può intuire Nicotine Water sembra strizzare più l'occhio al business che all'efficacia terapeutica.

Comunque al di là delle considerazioni fisiopatologiche e di farmacocinetica della nicotina, la Food and Drug Administration (FDA), l'agenzia federale americana di controllo di alimenti e farmaci, ne ha vietato la vendita se non in farmacia. L'errore tattico della Quick Test Five, la compagnia californiana che la produce, è stata di farla passare come *integratore alimentare*. Infatti altre forme di nicotina sono legalmente vendute negli USA senza la necessità di ricetta medica (cerotti, gomme, etc.) in farmacia, ma è illegale che un tale prodotto a base di nicotina venga venduto come integratore alimentare nei supermercati e nella piccola distribuzione che non sia la farmacia.

V. Zagà

Fonte della news:

<http://www.nicotinewater.com>

Bibliografia:

Goodman Gilman A, Rall TW, Nies AS, Taylor P: *Le basi farmacologiche della terapia*. Zanichelli Ed (VIII ed it), Bologna 1992.



TABAGISMO: per saperne di più



CURARE IL FUMO
Edizione aggiornata di questo agevole manuale, i cui diritti sono stati acquistati da una casa editrice giapponese. Edizioni EDUP, 239 pagine.

LIBERI DAL FUMO. IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO
Prodotto e promosso dalla Regione Lombardia nel 2003, questo opuscolo di 80 pagine si presenta come un'ottima guida per quegli operatori sanitari che vogliono intraprendere la via della tabaccologia e della cura del tabagismo. Redattore capo il nostro brillante Biagio Tinghino supportato da un altrettanto efficiente comitato di redazione. Info: btinghino@tin.it



La Prevenzione del Tabagismo
Metodi, Progettualità, Esperienze
Volume a cura di Mangiaracina e Ottaviano.
Rappresenta un'opera di riferimento nel campo della Prevenzione. Prodotto dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, 380 pagine. Per richiederlo: LILT, via Alessandro Torlonia 15, 00161 Roma. Tel. 06-4425971.



SITAB Società Italiana di Tabaccologia

Comitato Direttivo Nazionale (2002-2005)

Presidente:

Prof. Giacomo Mangiaracina (Dip. Scienze di Sanità Pubblica, Univ. La Sapienza, Roma).

Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

Dott. Vincenzo Zagà (Dirigente Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL di Bologna)

Segretario:

Dott. Biagio Tinghino (Centro Diagnosi e Terapia del Tabagismo ASL Mi3 - Monza; Commissione per la Prevenzione del Tabagismo Regione Lombardia)

Consiglieri:

- Dott. Maurizio Laezza (Ufficio per le Tossicodipendenze Regione Emilia Romagna, segretario Consulta Nazionale sul Tabagismo)
- Prof. Domenico Enea (responsabile clinico Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo")
- Dott. Claudio Poropat (Direttore SERT-Trieste)
- Prof. Christian Chiamulera (Ricamatore Farmacologo, SRNT)
- Dott. Mario Del Donno (Direttore U.O. Pneumologia - Osp. Rummo, Benevento)
- Dott.ssa Margherita Neri (Direttore U.O. Pneumologia, Fondazione Maugeri di Tradate, Varese)

Aree Scientifiche SITAB (Gruppi di Studio) e Referenti Regionali sul sito www.tabaccologia.org

Servizi ai Soci

I soci della SITAB sono professionisti, ricercatori e soggetti a vario titolo coinvolti nei programmi di controllo del tabagismo. La SITAB promuove tra i propri soci i seguenti servizi:

1. Supporto e patrocinio ad iniziative locali, formative e operative.
2. Supporto nella creazione di servizi territoriali di assistenza ai fumatori.
3. Aggiornamento e documentazione attraverso il proprio centro di documentazione e ricerca DocSITAB.
4. Promozione delle attività e comunicazione attraverso i propri mezzi di informazione.
5. Disponibilità della e-Newsletter "Tabagismo & PFC" di "GEA Progetto Salute" sia a scopo divulgativo delle proprie iniziative, sia come strumento di informazione per le scuole e per gli utenti dei programmi antifumo.
6. Pubblicazione di articoli e collaborazione con la rivista Tabaccologia e con il sito internet www.tabaccologia.org
7. Rivista "Tabaccologia", con accesso alla rivista "Tabaccologia On-Line"
8. Newsletter SITAB via email.

Tutti gli specialisti interessati alle problematiche da fumo di tabacco, possono entrare nel gruppo di discussione di Globalink-Italia. È stata creata una sezione apposita su www.tabaccologia.org e su Gea per agevolare la registrazione: www.gea2000.org/globalink