

# I centri antifumo nella lotta al tabagismo: presentazione di una esperienza

## *Antismoking units: an experience*

Aldo Todaro, Gianna Maria Agnelli, Lorenzo Bordini

### Riassunto

**Introduzione.** Fra i cardini di una corretta strategia per il controllo del tabacco sono essenziali due tipi di intervento: uno di tipo informativo su tutta la popolazione per la sensibilizzazione al problema ed uno di tipo clinico sul singolo individuo fumatore per favorire una completa cessazione dell'abitudine tabagica. Un ruolo fondamentale in questo tipo di intervento è stato svolto negli ultimi anni in Italia dai vari Centri Antifumo, strutture sanitarie dove operano a stretto contatto specialisti in terapia del tabagismo (medici di varia estrazione specialistica, psicologi e personale paramedico, tutti adeguatamente formati).

**Materiali e metodi.** Scopo del lavoro è presentare l'esperienza di uno di questi Centri, operante a Milano, dove dal 2000 al 2008 sono stati seguiti 1045 pazienti fumatori.

**Risultati e conclusioni.** Il trattamento applicato di tipo multidisciplinare che insieme con l'intervento di supporto psicologico prevedeva anche differenti ausili farmacologici, ha permesso di ottenere una completa astinenza alla fine del trattamento nel 52% dei soggetti, percentuale che tendeva poi a calare al 40% ad un anno.

**Conclusioni.** Viene ribadita la necessità che i medici che operano sul territorio inviino i propri assistiti ai vari Centri Antifumo e l'importanza di un collegamento tra questi centri in un network onde sviluppare metodologie comuni di intervento.

**Parole chiave:** *tabagismo, Centro Antifumo, approccio multidisciplinare*

### INTRODUZIONE

L'abitudine al fumo di tabacco rappresenta, tra i determinanti di salute, il fattore modificabile che incide maggiormente nell'etiopatogenesi di patologie neoplastiche e patologie croniche a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Secondo dati del 2008 dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia fumano il 27,9% dei maschi e il 19,3% delle femmine di età superiore ai 15 anni ed è stato stimato che chi inizia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che inizia a fumare all'età di 20 anni. Sempre secondo la stessa fonte, nel nostro Paese sono attribuibili al fumo di tabacco circa 80.000 morti all'anno,

### Summary

**Introduction.** The fight against smoking must plan two types of action: a *collective* informative sensibilization action and a clinician one focused on the single smoker person in order to have a complete smoking cessation. An important role in this type of strategy has been carried out during the last few years in Italy by several Antismoking Units, sanitary structures where *pulmonologists* and *psychologists* operates *together*.

**Methods.** Aim of this job is to introduce the experience of one of these Unit operating in Milan, where from the 2000 to 2008 have been followed 1045 smokers.

**Results.** The multidisciplinary treatment applied, characterized by psychological and pharmacological support, has allowed to obtain a complete abstinence approximately in 52% after the first step of the *treatment*, percentage that's going to decrease to 40% after one year.

**Conclusions.** It's confirmed the *opportunity* that the clinicians who operate in the territory send the smokers to the several Antismoking Unit and the importance of a relationship between these Units to develop common methodologies.

**Keywords:** *tabagism, Antismoking Unit, multi-discipline approach*

dei quali il 48% per patologia oncologica, il 25% per patologia cardiovascolare e il 17% per patologia respiratoria. Un'ulteriore stima del danno per la collettività è rappresentata dal dato che mostra come il 34% dei decessi attribuibili al fumo è compreso tra i 35 ed i 69 anni, fascia d'età di piena attività sociale ed economica dei soggetti interessati<sup>1</sup>.

Alla luce di tali statistiche, appare sicuramente urgente effettuare alcune riflessioni nell'ambito di un programma di salute pubblica che miri a ridurre i costi sociali di un'"abitudine" tanto diffusa quanto dannosa. L'obiettivo di promuovere la cessazione del fumo nella popolazione italiana non può che essere presente all'interno di un progetto legato alla promozione di stili di vita salutari. Di fatto, la lotta contro il consumo

Aldo Todaro (aldo.todaro@unimi.it), Gianna Maria Agnelli, Lorenzo Bordini

Unità Operativa di Medicina del Lavoro 1, Dipartimento di Medicina Preventiva, del Lavoro e dell'Ambiente "Clinica del Lavoro L. Devoto", Fondazione IRCCS CA' GRANDA Ospedale Maggiore Policlinico-Milano.

di tabacco è stata ritenuta prioritaria non solo in Italia, ma anche dalla Comunità internazionale. Sia l'Unione Europea che l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandano un approccio multidisciplinare a tutte le problematiche relative alla dipendenza da fumo di tabacco ed incentivano politiche che abbiano un impatto misurabile sulla riduzione dell'uso di tabacco. In un'ottica di approccio scientifico ad una problematica sociale con così numerose e importanti implicazioni cliniche, è senza dubbio necessario un costante studio del fenomeno ed un aggiornamento puntuale delle strategie degli interventi messi in atto per contrastarlo, al fine di incidere con sempre maggiore chiarezza ed efficacia. In particolare, è di grande importanza la formulazione di linee guida cliniche per l'identificazione dei soggetti oggetto di intervento e l'utilizzo mirato di terapie farmacologiche e di strategie di counseling.

Numerose esperienze dimostrano che gli interventi progettati per aiutare i fumatori sono più efficaci quando fanno parte di una strategia complessiva in grado di utilizzare un largo spettro di politiche e di iniziative.

Tali interventi si possono dividere in due tipi:

- interventi di sensibilizzazione sulla popolazione
- interventi mirati sul singolo per aiutarlo a smettere.

Gli interventi a livello nazionale possono spaziare dall'aumento delle tasse dei prodotti derivati dal tabacco<sup>2,3</sup>, all'introduzione di norme che salvaguardino la salute dei non fumatori<sup>4</sup>, fino alla promozione di campagne volte a sensibilizzare la popolazione generale sulla pericolosità del fumo di tabacco al fine di creare una forte condivisione con l'opinione pubblica della necessità di nuovi e salutarissimi stili di vita, in primis con l'abolizione del fumo attivo e passivo<sup>5</sup>.

Gli interventi sul singolo, invece, possono comprendere la semplice attività di counseling operata dal Medico di Medicina Generale, il supporto psicologico mirato al singolo fumatore o al gruppo o strategie più complesse messe in atto presso i Centri Antifumo, dove, al supporto psico-comportamentale strutturato viene affiancato un intervento medico specialistico con terapia farmacologica che va dai sostituti farmacologici fino ai farmaci (Bupropione e Vareniclina) che hanno ormai dimostrato una provata efficacia<sup>6,7</sup>.

Tali Centri hanno avuto in Italia un notevole incremento passando dai 61 del 2000 ai 359 del 2009<sup>8,9</sup>. Per confermare la opportunità e la validità di tali scelte si è ritenuto importante fare conoscere l'esperienza maturata in 8 anni di attività di uno di questi Centri, il Centro per la prevenzione, diagnosi e terapia del tabagismo della Clinica del Lavoro di Milano e mostrare i risultati raggiunti grazie ad un approccio multidisciplinare al complesso problema della dipendenza da tabacco.

## MATERIALI E METODI

Il presente studio considera 1.045 pazienti presi in cura dal nostro Centro Antifumo dal 2000 al 2008. Ogni paziente è stato sottoposto, al momento del primo accesso al Centro, ad un protocollo diagnostico comprendente: visita medica

e anamnesi mirata alla storia personale di tabagismo ed alla ricerca di fattori di rischio per malattie dell'apparato respiratorio, esami ematochimici, accertamenti strumentali (prove di funzionalità respiratoria, ECG, eventuali esami radiologici del torace) ed una valutazione psicologica tramite colloquio clinico e somministrazione di test finalizzati a misurare il grado di dipendenza tabagica, il livello di motivazione alla disassuefazione ed a rilevare l'eventuale presenza di patologie psichiche.

Sulla base dell'esito della valutazione clinico-anamnestica, ciascun paziente è stato trattato con terapia psicologica cognitivo-comportamentale, con terapia farmacologica monofarmaco (terapia nicotina sostitutiva, Bupropione, e solo nell'ultimo anno Vareniclina) o in associazione.

È stato inoltre condotto un follow-up di tutti i pazienti, al fine di valutare l'efficacia dell'intervento terapeutico a distanza di un anno dal termine del trattamento. Per la verifica della effettiva sospensione dal fumo è stato utilizzato, come marker biologico, il dosaggio della cotinina urinaria.

L'analisi dei dati è stata eseguita suddividendo la popolazione in esame in base al sesso, alla fascia di età di appartenenza al momento del primo accesso al Centro ed alla provenienza (Servizio Sanitario Nazionale piuttosto che Aziende private).

## RISULTATI

I 1045 pazienti oggetto del nostro studio, sono rappresentati per il 55,2% da uomini (577) e per il 44,8% da donne (468). L'età media dei pazienti, al momento del primo accesso al Centro, è stata di 48 anni (55 anni per i maschi e 48 per le femmine). Il paziente più anziano era una donna di 85 anni ed il più giovane un maschio di 18. Osserviamo in *tabella 1* come la prevalenza di maschi nei soggetti più giovani si riduce con l'avanzare dell'età.

L'88,8% (928) di coloro che si sono rivolti al nostro Centro per problemi di tabagismo è giunto inviato dal proprio Medico di Medicina Generale o in alcuni casi da uno specialista. La restante parte si è rivolta a noi dopo avere partecipato ad interventi mirati presso la propria Azienda, su indicazione del Medico del Lavoro.

Per quanto riguarda il tipo di trattamento utilizzato, il 26% (272) dei pazienti è stato trattato con il solo supporto psicologico, il 63,6% (665) con supporto psicologico associato a terapia farmacologica con Bupropione, il 2,8% (30) con supporto psicologico associato a terapia farmacologica con Vareniclina, mentre il 7,3% (77) è stato trattato con l'associazione di supporto psicologico e terapia nicotina sostitutiva. La scelta del tipo di trattamento proposto è stato concordato con il paziente.

GRUPPI DI ETÀ	N. SOGGETTI	MASCHI %	FEMMINE %
18-30 anni	57	60	40
31-40 anni	231	58	42
41-50 anni	324	56	44
51-60 anni	275	52	48
oltre 60 anni	178	52	48

**Tabella 1)** Distribuzione del gruppo studiato sulla base dell'età.

te al termine dell'accertamento preliminare ed è stato sempre individuato tenendo conto non solo delle esigenze del paziente ma anche sulla base di eventuali controindicazioni clinico-anamnestiche sia al trattamento farmacologico integrativo sia a quello sostitutivo con derivati nicotinici.

Per quanto riguarda il sesso, in relazione al trattamento intrapreso, il 36 % dei maschi (208) si è avvalso del solo supporto psicologico, il 51,1 % (295) è stato posto in terapia anche con Bupropione, il 5,2% (30) con Vareniclina, il 7,4% (43) con terapia nicotinic sostitutiva. Solo il 13,7% (64) delle femmine è stata trattata esclusivamente con il supporto psicologico, il 79% (370) con Bupropione e supporto psicologico e il 7,3 % (34) con terapia nicotinic sostitutiva. (Tabella 2)

TRATTAMENTO	TOTALE SOGGETTI	MASCHI%	FEMMINE%
SOLO PSICO	272 (26,0%)	36,3	13,7
PSICO+INT	73 (6,9%)	7,4	7,2
PSICO+BUFR	665 (63,6)	51,1	79,1
PSICO+VAREN	30 (2,8%)	5,2	0

**Tabella 2)** Differenze in base al sesso delle diverse strategie terapeutiche.

Considerando le fasce d'età, sono ricorsi con maggior frequenza all'intervento psicologico gli ultra sessantenni (58,4%) e con minor frequenza gli appartenenti al range d'età 41-50 anni (8,6%). (Tabella 3)

GRUPPI DI ETÀ'	astinenti	MASCHI %
18-30	57,8%	50,8%
31-40	56,3%	48,0%
41-50	56,8%	46,3%
51-60	51,2%	35,2%
oltre 60	36,5%	19,1%

**Tabella 3)** Percentuali di soggetti astinenti in base alle fasce di età.

Il Bupropione è stato utilizzato maggiormente (88,7%) con i soggetti di 31-40 anni, mentre se ne è fatto un uso più moderato con i pazienti di età maggiore mentre non è stato mai utilizzato con gli ultrasessantenni.

La Vareniclina non è mai stata utilizzata per trattare la dipendenza da fumo di tabacco nelle fasce d'età dai 31 ai 60 anni, molto poco (1,7%) dai 18 ai 30 anni, mentre è stata maggiormente prescritta agli ultrasessantenni (17 %).

La terapia nicotinic sostitutiva è stata utilizzata solo al di sopra dei 41 anni, con frequenza maggiore (24,7 %) tra gli ultrasessantenni. Per quanto concerne l'efficacia dell'intervento di disassuefazione, sono risultati astinenti alla fine del periodo di terapia il 52,2 % (546) del totale dei pazienti presi in carico: i maschi nel 48,3 % (279), le femmine nel 56,6 % (256).

Ad un anno dal trattamento si sono presentati al controllo soltanto 469 soggetti su 1045 ( il 44,8%). Di questi, 54 avevano ripreso a fumare; se vogliamo quindi considerare come sicuramente astinenti solo quelli che si sono presentati e per i quali è stata dimostrata l'astinenza, otteniamo ad un anno una percentuale di sicuramente astinenti del 39,7% dei soggetti (415), suddivisi nel 32,4 % (188) di maschi e nel 48,5 % (227) di femmine.

Facendo riferimento alle fasce d'età, la maggior parte dei soggetti astinenti al termine del trattamento (57,8%) appartengono al range 18-30 anni, seguiti dagli appartenenti al range 41-50 anni (56,8 %), al range 31-40 anni (56,3 %), al range 51-60 anni (51,2%) e agli ultrasessantenni (36,5%). Dopo un anno dal termine del trattamento, sono sempre i soggetti tra i 18 e i 30 coloro per i quali si è avuto il miglior successo d'intervento (50,8 %). Il trend è in discesa in relazione all'aumento dell'età: 48 % tra i 31 e 40 anni, 46,3% tra i 41 e i 50 anni, 35,2 % tra i 51 e i 60 anni, 19,1 % tra gli ultrasessantenni.

Una ultima osservazione in merito alla differenza di risultato tra i soggetti afferiti al Centro inviati dal Medico di Base e quelli giunti dopo un nostro intervento in Azienda. Tra questi ultimi soggetti la cessazione è stata registrata nel 58,4% dei casi al termine del trattamento e nel 40% dei casi ad un anno, mentre nei pazienti del SSN la cessazione a fine trattamento è stata del 51% e dopo un anno del 39%.

Volendo invece misurare l'efficacia del tipo di intervento possiamo dividere la popolazione in soggetti con solo trattamento psicologico di supporto e soggetti con terapia combinata psicologica e farmacologica: con il solo trattamento psicologico l'astinenza alla fine dell'intervento terapeutico è stata del 37,1%, mentre la terapia integrata (approccio psicologico e farmacologico) ha mostrato un risultato del 57,5%.

Per quanto riguarda infine la situazione clinica dei soggetti, solo pochi dei casi osservati hanno presentato prove di funzionalità respiratoria alterate, nonostante molti riferissero una sintomatologia bronchitica da alcuni anni.

## DISCUSSIONE

La prima valutazione che possiamo fare sui risultati presentati riguarda il sesso dei partecipanti; nell'età più giovanile sono soprattutto i maschi che si presentano al Centro, con il desiderio di smettere di fumare mentre con l'avanzare dell'età i due sessi tendono ad avere simile frequenza. Per quanto riguarda l'età, più del 70% dei nostri pazienti è ultraquarantenne, confermando anche in questo caso come l'interesse per la propria salute tenda ad aumentare con l'aumento dell'età. Per quanto riguarda la terapia seguita, come è stato illustrato nei materiali e metodi, questa è stata scelta e concordata con il paziente alla luce della risposta ai test e dell'inquadramento clinico-psicologico del soggetto. Osserviamo come più del 70% dei pazienti abbia optato per l'associazione supporto psicologico e terapia farmacologica con prevalenza per il sesso femminile, mentre il solo supporto psicologico è stato preferito nel doppio dei maschi.

La cessazione completa dal fumo immediatamente alla fine del trattamento è stata osservata in circa il 50% dei soggetti, con prevalenza per le pazienti donne mentre dopo un anno i valori si riducono di circa un dieci per cento per entrambe i sessi. In compenso, considerando le fasce di età, i giovani sono quelli che riescono maggiormente a smettere mentre la frequenza di astinenti si riduce all'aumentare dell'età.

Tali valori di smoking cessation nel gruppo possono considerarsi sovrapponibili a quelli rilevati in altri studi, pur con le difficoltà insite in tali tipi di confronti<sup>10-12</sup>. Quello che appare più importante da sottolineare anche nel nostro studio è come la cessazione mediata dal Centro dimostri frequenze più elevate rispetto ad altri tipi di interventi<sup>13</sup> e come la combinazione di più interventi (psicologico+farmacologico) sia l'approccio con i migliori risultati<sup>12,14</sup>.

Per quanto riguarda l'intervento effettuato in Azienda, nel nostro studio ha consentito di ottenere risultati migliori rispetto a quelli riportati tra i pazienti giunti tramite il SSN, confermando, come in altre ricerche, l'efficacia maggiore nell'arruolamento specialistico e ribadendo che senza un adeguato rinforzo il mantenimento della astinenza tende poi a ridursi nel tempo<sup>15,16</sup>.

## CONCLUSIONI

In considerazione della grande problematica sanitaria connessa al fumo e la conseguente ricaduta economica, è assolutamente necessaria una politica che promuova il mantenimento ed il potenziamento dei Centri Antifumo esistenti, la cui efficacia è ormai ampiamente dimostrata dai dati della letteratura e lo studio presentato ne è una ulteriore dimostrazione.

Lo conferma inoltre il fatto che l'approccio che si rivela più efficace, quello integrato multidisciplinare, prevede l'in-



tervento di più figure sanitarie che solo in un Centro possono coesistere e lavorare sinergicamente. È tuttavia chiaro anche come a monte del Centro vi debba essere una importante campagna di sensibilizzazione a vari livelli nella società, che passi anche attraverso l'opera di due figure professionali particolari: quella del Medico Curante nel rapporto con il paziente e quella del Medico del Lavoro nel rapporto con i soggetti lavoratori. Queste

due figure, grazie alla possibilità di avere contatti ripetuti con individui sani o ammalati, possono favorire un processo di sensibilizzazione nel tempo per avviare poi l'assistito al Centro di riferimento.

È inoltre importante che vi sia uno stretto collegamento tra i vari Centri per consentire una totale condivisione delle metodologie di intervento: tutti dovrebbero conoscere e disporre dei più efficaci metodi terapeutici che tuttavia, come viene ampiamente riconosciuto, devono poi potersi adattare alle esigenze di ogni singolo individuo. Infine da ricordare come l'obiettivo del Centro non debba essere solo la cessazione del fumo a breve termine, ma soprattutto il mantenimento dell'astinenza nel medio-lungo termine, risultato questo che potrà essere ottenuto con una personalizzazione dell'intervento che preveda follow-up a lungo termine, almeno ad 1 anno. ■

**Disclosure:** Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

## Bibliografia

- Pacifici R. Rapporto annuale sul fumo 2009: [http://www.iss.it/binary/ofad/cont/29\\_maggio\\_2009\\_FUMO](http://www.iss.it/binary/ofad/cont/29_maggio_2009_FUMO)
- Emery S, White MM, Pierce JP. Does cigarette price influence adolescent experimentation? *J. Health Econ.* 2001;20:261-270
- Nicholl J. Tobacco tax initiatives to prevent tobacco use: a study of eight statewide campaigns. *Cancer.* 1998;83 (12 suppl.): 2666-2679.
- Gazzetta Ufficiale n°15, 20 January 2003. Law n° 3, Art 51, 16 January 2003.
- AAVV. Legge antifumo un anno dopo. *Tabaccologia*, 2006; 1: 6-8.
- Linee Guida USA: Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
- Ministero della Salute – Istituto Superiore di Sanità- OSSFAD. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/linee%20guida%20breve%202008%20per%20web.1211805168.pdf>
- Elenco Centri Antifumo ISS-OSSFAD (Aggiornamento dicembre 2009): [http://www.iss.it/binary/ofad/cont/Guida\\_centri\\_antifumo\\_2009.pdf](http://www.iss.it/binary/ofad/cont/Guida_centri_antifumo_2009.pdf)
- Di Pucchio A, Pizzi E, Carosi G, Mazzola M, Mattioli D, Pacifici R and Pichini S. National Survey of the Smoking Cessation Services in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2009, 6, 915-926.
- Ramon JM, Bruguera E. Real world study to evaluate the effectiveness of varenicline and cognitive-behavioural interventions for smoking cessation. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6(4): 1530-8.
- Covey LS, Botello-Harbaum M, Glassman AH, Masmela J, LoDuca C, Salzman V, et al. Smokers' response to combination bupropion, nicotine patch, and counseling treatment by race/ethnicity. *Ethn Dis.* 2008, 18(1):59-64.
- Belleudi V., Bargagli AM, Davoli M, Di Pucchio A, Pacifici R, Pizzi E, et al. Characteristics and effectiveness of smoking cessation programs in Italy. Results of a multicentric longitudinal study. *Epidemiol Prev.* 2007;31 (2-3): 148-157.
- Myung SK, McDonnell DD, Kazinets G, Seo HG, Moskowitz JM. Effects of Web and computer based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2009 ;169(10):929-37. *Epidemiol Prev.* 2007;31 (2-3): 148-157.
- Ellerbeck E., Mahnken J., Cuperetino P., Sanderson L., Greiner A., Mussulman L., et al. Effect of varying levels of disease management on smoking cessation. *Annals of internal Medicine*, 2009;150, 7:437-446.
- Smedslund G, Fisher KJ, Boles SM, Lichtenstein E. The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: a meta-analysis of recent studies *Tob Control*, 2004; 13:197-204.
- Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 18:2