

# Interventi di contrasto al tabagismo in Toscana

Integrazione 2014 alla linea guida  
oncologica 2009 sul tabagismo

## LINEA GUIDA

Consiglio Sanitario Regionale

REGIONE  
TOSCANA





## Presentazione

In un quadro socioeconomico regionale di particolare complessità quale quello attuale, la realizzazione di linee-guida per la pratica clinica continua a costituire uno dei più validi approcci esistenti per contribuire a ridurre forme inappropriate di assistenza, migliorare le prestazioni sanitarie sotto il profilo del miglior rapporto costi/benefici, migliorare lo stato di salute dei cittadini.

Nell'ambito dei contesti sanitari nei quali sono state già diffuse, le linee guida hanno rappresentato anche un valido strumento per favorire l'aggiornamento dei professionisti sanitari; aggiornamento inteso come acquisizione di nuove conoscenze derivanti dal progresso della medicina e soprattutto come formazione permanente, intesa come modificazione attiva dei comportamenti nella pratica clinica corrente. Ultimo elemento, ma non certo per importanza, di rilievo nell'introduzione delle linee-guida nella pratica clinica, è il forte impulso nella programmazione di nuove ricerche clinico scientifiche.

L'Assessore al Diritto alla Salute  
Luigi Marroni

**Regione Toscana - Giunta Regionale**

Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale

**Coordinamento «Processo Regionale Linee Guida»**

Pierluigi Tosi

**Consiglio Sanitario Regionale - Ufficio di Presidenza**

Antonio Panti

Cristiana Baggiani

Mario Barresi

Simona Dei

Giuseppe Figlini

Gian Franco Gensini

Danilo Massai

Grazia Panigada

Branka Vujovic

**Settore Qualità dei servizi, governo clinico e partecipazione**

Marco Menchini

**Hanno collaborato**

Maria Bailo

Giuseppina Agata Stella

**Realizzazione redazionale**

Simonetta Pagliani (redazione)

Giovanna Smiriglia (grafica)

Massimo Demma (disegno pag. 158)

Zadig srl - via Ampère 59 - 20131 Milano - [www.zadig.it](http://www.zadig.it)

**Coordinatore**

**Giuseppe Gorini**, ISPO, dirigente medico, Epidemiologia ambientale occupazionale

**Autori**

**Mateo Ameglio**, medico psichiatra, responsabile UF SerT zona Alta Valdelsa - AUSL 7 Siena

**Laura Carrozzì**, Centro per lo studio e il trattamento del tabagismo, UO Pneumologia universitaria, AOU Pisana, Pisa

**Elisabetta Chellini**, ISPO, dirigente medico, Epidemiologia ambientale occupazionale, Firenze

**Daniela D'Angelo**, funzionario Regione Toscana

**Maria Rosaria De Monte**, dirigente medico, Medicina del lavoro, Dipartimento di prevenzione, UFC PISLL *setting* Nord Ovest, ASL 10 Firenze

**Anna Maria Giannoni**, funzionario Regione Toscana

**Sandra Nutini**, Centro antifumo, SOD Pneumologia 2, AOU Careggi, Firenze

**Nadia Olimpi**, Agenzia regionale di sanità della Toscana

**Francesco Pistelli**, Centro per lo studio e il trattamento del tabagismo, UO Pneumologia Universitaria, AOU Pisana, Pisa

**Laura Ricciarelli**, Dipartimento di prevenzione, UC Igiene e sanità pubblica, *setting* Firenze

**Mauro Ruggeri**, medico di medicina generale, Prato

**Maria Grazia Santini**, Dipartimento di prevenzione, UFC Igiene e sanità pubblica, *setting* Firenze

**Fabio Voller**, dirigente Settore sociale, Osservatorio di epidemiologia, Agenzia regionale di sanità della Toscana

**Conflitti d'interesse**

Tutti gli estensori della presente linea guida, scelti in base alla loro competenza ed esperienza specifica sul tabagismo, hanno compilato un'autocertificazione relativa agli eventuali conflitti di interesse intervenuti nel lavoro di elaborazione. Ciascuno di loro ha interamente svolto il lavoro nell'ambito della propria attività lavorativa per il sistema sanitario regionale. Non sono stati rilevati conflitti d'interesse per nessuno di coloro che ha steso o sottoscritto le seguenti linee guida sul tabagismo.

# Indice

<b>Presentazione</b>	pag. 3
<b>Introduzione</b>	« 9
Regione Toscana e contrasto al tabagismo	« 9
<b>Smettere di fumare in Toscana</b>	« 12
Interventi di primo livello	« 12
Percorso “6elle” d’intervento clinico sul paziente tabagista	« 12
Piattaforma iCoach	« 13
Strumenti informatici per il <i>counselling</i> antitabagico: Winsmoke	« 14
Interventi di secondo livello presso i centri antifumo (CAF) toscani	« 15
Interventi su gruppi specifici di fumatori	« 16
Interventi rivolti alle donne	« 16
Premessa	« 16
Interventi rivolti alle donne fumatrici afferenti ai servizi di <i>screening</i> oncologico	« 16
Interventi per donne fumatrici in gravidanza	« 18
Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo-correlata in regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello	« 19
Interventi per fumatori con disturbi psichiatrici	« 20
Interventi per i fumatori con dipendenza da altre sostanze	« 22
Interventi per i fumatori carcerati	« 23
<b>Limitare il fumo passivo in Toscana</b>	« 24
Monitoraggio del divieto di fumo nei luoghi di lavoro, nei locali pubblici e nelle strutture sanitarie	« 24
Luoghi di lavoro	« 24
Locali pubblici	« 25
Strutture sanitarie	« 26
Case libere da fumo	« 26
<b>Limitare l’inizio del fumo in Toscana</b>	« 28
Le opportunità offerte dal programma regionale “Guadagnare Salute” per prevenire l’abitudine al fumo fra gli adolescenti	« 28
Le scuole libere dal fumo: percorsi di benessere	« 29
<i>Unplugged</i>	« 29
Ragazzinsieme e Ragazzinmovimento	« 30
<b>Novità e approfondimenti sul fumo in Toscana</b>	« 31
La sigaretta elettronica	« 31
TC a bassa dose per la diagnosi precoce del tumore del polmone nei fumatori ed ex-fumatori	« 33
Stato dell’arte sullo <i>screening</i> per tumore polmonare	« 33
La cessazione del fumo nei programmi di <i>screening</i> per tumore polmonare	« 34

L'esperienza toscana nello studio ITALUNG CT	« 35
Prevalenza di fumo e mortalità attribuibile a fumo in Italia e in Toscana	« 35
<b>Raccomandazioni per le politiche regionali sul tabagismo</b>	« 39
Potenziamento e sostegno degli interventi già sviluppati	« 39
Formazione del personale sanitario	« 39
Linea telefonica e sito web per aiutare i fumatori a smettere	« 40
Campagne mediatiche antifumo	« 41
Rimborsabilità dei farmaci per la disassuefazione dal fumo	« 42
<b>Bibliografia</b>	« 44
<b>Appendice</b>	
Norme e regolamenti regionali toscani dal 1996 al novembre 2013	« 49



## Introduzione

Le linee guida toscane sul tabagismo del 2009 sono l'aggiornamento di linee guida prodotte nel 2002 e forniscono raccomandazioni ancora valide circa quello che si può fare per limitare l'epidemia da tabacco in Toscana. Sono scaricabili presso questo sito:

[http://www.snlg-iss.it/lgr\\_toscana\\_tabagismo\\_2009](http://www.snlg-iss.it/lgr_toscana_tabagismo_2009)

Per questo secondo aggiornamento si è ritenuto utile fornire agli operatori sanitari toscani un quadro dettagliato degli interventi per il contrasto al tabagismo che sono stati messi in atto in Toscana negli ultimi anni, perché siano conosciuti e utilizzati dal personale sanitario cui queste linee guida sono rivolte.

Negli ultimi anni, oltre agli interventi e alle politiche per il contrasto del fumo di sigaretta, sono emersi lo *screening* per il tumore del polmone con la TC a basso dosaggio e la sigaretta elettronica come due nuovi fenomeni con importanti implicazioni sul contrasto al tabagismo e sulla prevenzione di malattie fumo-correlate. E' stato quindi deciso di presentare approfondimenti specifici, in modo che il personale sanitario possa formarsi adeguatamente su questi temi.

Nel paragrafo introduttivo è presentato sinteticamente l'impegno di Regione Toscana nel contrasto al tabagismo e in appendice del volume è possibile trovare l'elenco delle principali norme e dei più significativi provvedimenti da essa adottati, con indicazione sintetica del loro contenuto.

Un capitolo specifico è riservato alle politiche regionali che dovrebbero essere ulteriormente sostenute e implementate per ridurre il carico di malattie fumo-correlate. Queste politiche erano in parte già state suggerite nel volume precedente del 2009.

## Regione Toscana e contrasto al tabagismo

La Regione Toscana ha sempre sviluppato la sua ampia attività di contrasto al tabagismo in un'ottica tesa ad assicurare sia l'osservanza dei divieti di legge e la tutela dal fumo passivo sia lo sviluppo della prevenzione primaria e del supporto alla disassuefazione dei fumatori.

Il modello d'intervento privilegiato, in accordo con le indicazioni dell'OMS, è quello di un approccio globale intersettoriale e interdisciplinare che integra le competenze sanitarie e quelle sociali. Le varie norme e i vari provvedimenti regionali adottati in quest'ambito sono stati orientati in tale direzione e pienamente accolti nella legge regionale n. 25 del 4 febbraio 2005 "Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivanti da fumo" e nei successivi provvedimenti attuativi. L'obiettivo di promuovere sul territorio regionale significativi processi di sviluppo, si è concretizzato nella realizzazione dei *workshop* regionali sul tabagismo, realizzati nel marzo 2007 a Grosseto e nel febbraio 2011 a Siena e in altri seminari e convegni che hanno rappresentato proficue occasioni di confronto, approfondimento e rilancio delle strategie attivate.

Tale lavoro è stato supportato dal gruppo regionale di Coordinamento tecnico intersettoriale sul tabagismo, istituito dalla giunta regionale toscana con deliberazione n. 894 del 12/09/2005.

Il pluriennale impegno regionale in questo settore ha fornito sostegno, anche finanziario, a numerose iniziative svolte in ambiti molto diversificati, quali la formazione, la ricerca, la prevenzione

primaria, la disassuefazione, la rete dei servizi sanitari, la medicina generale, l'ospedale, l'ambito penitenziario, le farmacie, eccetera.

E' stata curata la formazione degli operatori attraverso il sostegno fornito a specifici corsi universitari presso l'Università di Firenze, quali il "Corso di perfezionamento in problemi e patologie tabacco correlati", confluito successivamente nell'attuale *master* "Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate".

L'istituzione del centro di documentazione regionale sul tabagismo presso la ASL 7 di Siena, inserito nell'ambito della rete dei centri di documentazione sulle dipendenze patologiche della Regione Toscana (Rete CEDRO), ha costituito un ulteriore supporto all'attività antitabagica regionale. Anche la partecipazione ai vari progetti nazionali sul tabagismo, promossi dal Centro sul controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute, ha contribuito ad arricchire le progettualità regionali.

Nell'ambito della prevenzione primaria, sviluppata prevalentemente, ma non esclusivamente, a livello scolastico, è stata sperimentata negli ultimi anni la metodica *unplugged* basata sul modello dell'influenza sociale, in linea con l'approccio regionale, da tempo attento alle *life skill* e sempre maggiormente inserito nella più ampia dimensione degli stili di vita, richiamati dal progetto "Guadagnare Salute".

Sono state, negli anni, implementate campagne informative ed educative attraverso vari mezzi di informazione e sviluppati, altresì, interventi rivolti agli ambienti di vita e sportivi.

Specifiche progettualità sono state indirizzate agli ambienti di lavoro, in termini di sensibilizzazione, tutela dal fumo passivo e supporto alla disassuefazione.

Numerosi altri progetti sono stati implementati in diversi ambiti quali quello penitenziario, le medicine alternative, lo studio dei determinanti oncogeni, individuando percorsi assistenziali per pazienti fumatori, per le fumatrici in gravidanza, con il coinvolgimento delle ostetriche, eccetera.

Il supporto alla disassuefazione per la popolazione generale è stato sostenuto attraverso numerose iniziative volte a coinvolgere e formare all'intervento di *counselling* di primo livello ai tabagisti e al personale sanitario ospedaliero e territoriale, con particolare attenzione ai medici di medicina generale e alla crescente applicazione della medicina d'iniziativa.

L'attuale rete specialistica di secondo livello per la disassuefazione, costituita da 25 centri antifumo ambulatoriali, è stata significativamente sviluppata e rafforzata attraverso azioni di vario genere, tese alla formazione degli operatori, all'omogeneizzazione delle prestazioni erogate sulla base delle prove scientifiche di efficacia, all'individuazione di *standard* minimi organizzativi, alla definizione del sistema tariffario delle prestazioni e al periodico monitoraggio dell'attività dei centri stessi.

In particolare, la delibera di giunta regionale toscana n. 338 del 28/02/2005 "Linee d'indirizzo degli interventi di disassuefazione al fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti termali" rende omogenee sul territorio toscano le prestazioni erogate dai centri antifumo delle Aziende sanitarie toscane, sulla base delle prove d'efficacia riportate nelle principali linee guida nazionali e internazionali e individua *standard* minimi organizzativi per i centri antifumo.

E' stata, altresì, realizzata una cartella clinica informatizzata per i centri antifumo, che è tuttora in corso di sperimentazione.

Nell'ultimo piano regionale della prevenzione 2010-2012, sono stati sviluppati, oltre al summenzionato progetto *unplugged*, anche i progetti “Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo-correlata e alla donna in gravidanza in regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello” e “Prevenzione dell'esposizione a fumo attivo e passivo, con particolare riferimento alla popolazione giovane-adulta”. Gli ottimi risultati raggiunti dal progetto regionale “Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo-correlata e alla donna in gravidanza in regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello” hanno indotto la giunta regionale a disporre il proseguimento con un ulteriore finanziamento di euro 100.000,00 (deliberazione n. 976 del 25 novembre 2011).

# Smettere di fumare in Toscana

## Interventi di primo livello

Si tratta di interventi brevi di *counselling* che tutto il personale sanitario può effettuare sul fumatore con cui viene a contatto, non necessariamente per problemi legati all'abitudine al fumo. Per una descrizione dettagliata e come riferimento autoformativo sull'intervento breve con il paziente fumatore, si consiglia di consultare il “Manuale di sensibilizzazione e informazione sulle tematiche collegate al fumo di tabacco”, recentemente prodotto dall'Istituto superiore di sanità e liberamente scaricabile dal sito <http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1&cid=286&tipo=17>.

Questo manuale, nel primo capitolo, spiega perché è importante promuovere la cessazione del fumo, tratta delle sostanze presenti nelle sigarette, dei benefici della cessazione e dei motivi per cui le persone fumano e, infine, della dipendenza da sigaretta e della sindrome da astinenza. Il capitolo successivo spiega in maniera dettagliata come condurre il colloquio con il paziente fumatore, quali siano le terapie disponibili, i consigli da dare per aiutare il fumatore nel momento della cessazione e fornisce strumenti da utilizzare nella pratica clinica, come il diario giornaliero del fumatore, il test per la valutazione della motivazione a smettere, il test per la valutazione della dipendenza fisica da nicotina e la quantificazione del risparmio economico che si ottiene smettendo di fumare.

Di seguito vengono presentati due strumenti operativi per gli interventi di *counselling* di primo livello che possono essere scaricati liberamente da internet e un terzo che è disponibile su richiesta: il percorso “6elle” è una metodologia utile per tutto il personale sanitario al fine di promuovere la cessazione del fumo nel paziente fumatore, mentre iCoach è un sistema *online* disponibile per il fumatore stesso che fornisce supporto per la cessazione. Winsmoke invece è un *package* informatico che ha come principale obiettivo quello di facilitare l'attività di *counselling* antitabagico nell'ambito della medicina generale.

## Percorso “6elle” d'intervento clinico sul paziente tabagista

Il percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista “6elle” è stato elaborato, nell'ambito di un progetto dell'Associazione italiana pneumologi ospedalieri (AIPO), da esperti dei centri antifumo operanti sul territorio nazionale, compresi quelli del Centro per lo studio e il trattamento del tabagismo (CeST) dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana (AOUP) e il centro antifumo dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi (AOUC).

Il percorso “6elle” consiste in una metodologia standardizzata per facilitare nella pratica clinica interventi anti tabagici sul paziente fumatore, basata sulle raccomandazioni delle attuali linee guida per il trattamento del tabagismo (ISS 2008, Fiore 2008). Si sviluppa attraverso sei livelli (da qui la denominazione “6elle”) e prevede l'uso di strumenti operativi che comprendono:

- domande standardizzate;
- criteri semplificati per la diagnosi e la stadiazione del tabagismo;
- linee d'indirizzo per la prescrizione dei farmaci per la disassuefazione da fumo;

- uno strumento informatico per calcolare indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo;
- undici diversi opuscoli informativi e di auto aiuto da consegnare al paziente;
- un modello di lettera al medico curante per comunicare l'intervento antitabagico svolto sul paziente.

In particolare, gli opuscoli possono essere utilizzati separatamente o in associazione ai vari livelli del percorso, per fornire una guida informativa, motivazionale e comportamentale al paziente tabagista e per facilitare e rinforzare l'intervento antitabagico svolto dal sanitario. Alcuni opuscoli prevedono di essere compilati dal paziente, venendo così a costituire uno strumento per la raccolta d'informazioni sulle caratteristiche di abitudine al fumo del singolo soggetto, che saranno utilizzate dal sanitario per svolgere il suo intervento anti tabagico. Lo strumento informatico, realizzato in collaborazione con ISPO di Firenze e basato su una solida metodologia statistica (Carrozzi 2014), può essere utilizzato nel percorso a scopo motivazionale, consentendo di calcolare, a partire da dati individuali (età, sesso, numero di sigarette fumate al giorno), i seguenti indici di beneficio correlati alla cessazione del fumo:

- guadagno in aspettativa di vita;
- riduzione del rischio di morire per importanti patologie fumo-correlate;
- risparmio economico per l'acquisto di sigarette.

La metodologia del percorso 6elle è illustrata nel dettaglio su un sito internet dedicato, accessibile all'indirizzo URL: [www.6elle.net](http://www.6elle.net). Gli strumenti operativi sono liberamente scaricabili dopo registrazione al sito e facilmente fruibili per l'uso nella pratica clinica.

## Piattaforma iCoach

Prende il nome di iCoach una piattaforma *online* di educazione alla salute che i fumatori possono usare da soli, senza la mediazione e l'intervento di personale sanitario, come aiuto a rinunciare al fumo e che si trova all'interno del sito <http://www.exsmokers.eu/it-it/about.html> sviluppato dalla Commissione europea. La piattaforma è totalmente gratuita ed è disponibile in 23 lingue dell'Unione europea. Sul sito web della Commissione europea è riportato che oltre il 30% delle persone che l'hanno provata ha smesso di fumare; iCoach non si rivolge soltanto a chi desidera lasciarsi il fumo alle spalle, ma anche a chi non è ancora pronto a spegnere l'ultima sigaretta. All'inizio, all'utente viene chiesto di compilare un breve questionario che ne determina la posizione nel percorso in cinque fasi verso la libertà dal fumo. Il questionario serve a valutare il comportamento, l'atteggiamento e la motivazione dell'utente. iCoach guida l'utente attraverso una serie completa di strumenti interattivi; inoltre, fornisce *feedback*, consigli, tecniche, esercizi e mini test tagliati su misura per l'utente. La piattaforma, che invia all'indirizzo email dell'utente suggerimenti quotidiani per rafforzarne la motivazione, offre anche la possibilità di registrare i propri progressi in un diario: alla fine di ogni mese, iCoach compila una relazione consuntiva sui progressi maturati fino al raggiungimento della fase finale. iCoach è disponibile gratuitamente anche in versione mobile nell'Appstore e nel Google play store.

## Strumenti informatici per il *counselling* antitabagico: Winsmoke

Ai medici e a tutti gli operatori sanitari viene riconosciuto e affidato un ruolo determinante nella “cura” del tabagismo: in letteratura è ampiamente dimostrato che un consiglio breve di circa 2-3 minuti ai pazienti fumatori può incrementare il numero di quelli che fanno seri tentativi di smettere. Qualsiasi operatore sanitario, indipendentemente dalla sua attività professionale specifica, è tenuto a svolgere in maniera corretta, almeno un intervento minimo di *counselling* per incentivare la motivazione a smettere dei pazienti fumatori. Il percorso assistenziale per il fumatore è delineabile a partire dal medico di medicina generale o da altri medici e operatori sanitari ospedalieri e territoriali, per giungere, nei casi più gravi, ai centri antifumo di II livello. Pertanto, sono necessari strumenti gestionali che facilitino l'attività di *counselling* antitabagico intrapresa nel I livello, raccordandola con quella del II.

In questo contesto, grazie alla collaborazione tra SIMG (Società italiana di medicina generale), ISPO, ITT (Istituto toscano tumori), con finanziamento della Regione Toscana, è stato realizzato dalla ASL 4 di Prato un *software* denominato Winsmoke che ha come principale obiettivo quello di facilitare l'attività di *counselling* antitabagico applicabile al *setting* della medicina generale. Il *software* permette al medico di attuare un *counselling* guidato per il paziente fumatore; fornire un aiuto gestionale con indicazioni terapeutiche e consigli comportamentali; registrare l'attività antitabagica svolta nei confronti dei propri pazienti; fornire al medico, in tempo reale, un *report* aggiornato dei propri pazienti fumatori, suddivisi secondo il loro stadio motivazionale rispetto alla cessazione dal fumo, utilizzando lo schema classificativo di Prochaska e Di Clemente; inviare i dati raccolti, opportunamente criptati, a un centro di elaborazione e raccolta dati.

Winsmoke è costituito da 5 parti. La sezione “Medico” permette di registrare i dati del medico; mentre quella “Pazienti” permette di registrare i dati anagrafici del paziente e i dati relativi al percorso di *counselling* e di utilizzare l'aiuto gestionale, se ritenuto necessario. La sezione “Estrazione” permette di estrarre i dati del lavoro già svolto. Il “*Report*” permette di visualizzare il numero dei pazienti visitati suddivisi secondo il loro stadio motivazionale e, infine, la sezione “Risorse” fornisce i *link* ai principali siti di interesse sul tabagismo e dà accesso alla stampa di alcuni test sul fumo. Il *software* è stato realizzato in 4.000 copie distribuite a tutti i medici di medicina generale della Toscana.

La raccomandazione ai MMG di utilizzare il *software* per l'intervento di primo livello su tutti i pazienti fumatori è stata chiaramente espressa nelle conclusioni del *workshop* regionale sul tabagismo tenutosi a Grosseto il 23 marzo 2007 e nelle linee guida toscane su prevenzione oncologica e tabagismo del luglio 2009. Infine, nel *workshop* regionale sul tabagismo del 23-24 febbraio 2011 presso la Certosa di Pontignano-Siena, è stata posta particolare attenzione ai pazienti fumatori affetti da diabete, scompenso cardiaco, BPCO/insufficienza respiratoria, ictus, patologie in parte causate e comunque aggravate dal fumo di tabacco. Nelle indicazioni conclusive si afferma che per tutti i pazienti fumatori arruolati nella sanità d'iniziativa secondo il modello toscano del *Chronic Care Model* (CCM) dovrebbe essere previsto un adeguato *counselling* antitabagico di primo livello anche avvalendosi di strumenti informatici quale il *software* Winsmoke.

Recentemente, è stato sviluppato un *add-on* della cartella clinica informatizzata Millewin, utiliz-

zata dalla maggioranza dei medici di medicina generale toscani, che contiene una sezione “*Counselling* del paziente fumatore” con obiettivi analoghi a quelli di Winsmoke.

Il *software* Winsmoke ha grandi potenzialità, poiché consente al medico di attivarsi a seconda della capacità di interazione col paziente, in funzione del suo livello di motivazione alla cessazione, predisponendo un efficace intervento personalizzato di disassuefazione. Questo strumento informatico potrebbe trovare applicazione nelle attività antitabagiche previste in Toscana dalla sanità d’iniziativa, nei moduli del CCM, nelle AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e nelle UCCP (Unità complesse di cure primarie).

## Interventi di secondo livello presso i centri antifumo (CAF) toscani

Gli interventi specialistici intensivi per la cessazione del fumo costituiscono uno dei nodi della rete degli interventi sanitari e socio-educativo-normativi tesi a far accrescere nei fumatori la consapevolezza, la motivazione e gli strumenti necessari a favorire il distacco dalla sigaretta.

In tale ottica multidimensionale e trasversale, pienamente condivisa da Regione Toscana attraverso i suoi atti e iniziative, è stato promosso molti anni fa lo sviluppo della rete toscana dei centri specialistici per la disassuefazione o centri antifumo (CAF) (Ameglio 2007 a e b). La spinta regionale, già presente in quella che è stata la prima legge regionale italiana sul tabagismo (LR 65/1996), ha visto un significativo salto di qualità attraverso la DGRT 114/2002 “Progetto regionale per lo sviluppo e il potenziamento dei centri antifumo toscani” e ha portato al progressivo sviluppo sia quantitativo sia qualitativo dell’offerta specialistica regionale per la cessazione del fumo, presente oggi in tutte le Aziende sanitarie della Toscana.

I 25 CAF toscani, che vantano in genere un’operatività ultradecennale, sono collocati sia nelle Aziende ospedaliero-universitarie sia negli ospedali delle Aziende USL o presso sedi territoriali, quali SerT, distretti, poliambulatori e case della salute. Si tratta di strutture appartenenti prevalentemente al settore delle dipendenze, tranne che per i 6 CAF ospedalieri.

In quasi tutte le province sono organizzati anche corsi di gruppo per smettere di fumare, forniti dalle sezioni provinciali della Lega italiana per la lotta contro i tumori (LILT).

I trattamenti di disassuefazione, che combinano sempre la componente farmacologica con il *counselling*, vengono offerti in tutti i CAF con modalità individuale e in 22 centri anche con modalità di gruppo. La durata di tali trattamenti è variabile.

L’attività svolta nei CAF è prevalentemente multidisciplinare: è sempre presente il medico, mentre la già frequente presenza di psicologi e infermieri andrebbe ulteriormente diffusa; sono presenti talvolta gli educatori ed è piuttosto diffusa nei centri una figura professionale specifica della Toscana, quella degli operatori “addetti al supporto dei centri antifumo”.

L’accessibilità dei CAF è garantita da ampie fasce orarie che consentono un contatto diretto o telefonico con i centri e il primo accesso avviene in circa la metà dei casi in modo diretto, senza necessità di prescrizione medica su ricettario del SSN o senza una prenotazione attraverso il CUP aziendale. Le caratteristiche dell’offerta dei percorsi assistenziali per la disassuefazione dal fumo di tabacco nell’ambito dei servizi pubblici specialistici per il tabagismo è stata appositamente defi-

nita dalla DGR 338/2005 “Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti termali”.

La delibera GRT n.655 del 20/6/2005 “Livello di assistenza della specialistica ambulatoriale. Integrazione al nomenclatore tariffario regionale” ha quindi inserito le prestazioni erogate dai CAF nel nomenclatore regionale, mettendole a disposizione della cittadinanza attraverso un *ticket* molto sostenibile e stabilendo che l’onere della visita di valutazione iniziale presso i CAF sia a carico del SSR. Il pagamento delle prestazioni presso tutti i CAF toscani è pertanto regolato dalle suddette disposizioni e presso 4 centri si possono ricevere anche prestazioni a pagamento. I 4 centri sono situati ad Arezzo, Bibbiena, Castiglion Fiorentino e Colle Val d’Elsa.

I dati di attività dei CAF sono stati rilevati da apposito monitoraggio annuale sino all’anno 2008 che potrebbe venire ripreso, con un significativo e utile allargamento dei dati di attività raccolti, quando verrà adottata la cartella tabaccologica digitale regionale, che è ancora in fase di sperimentazione. I riferimenti specifici relativi a ogni CAF toscano si trovano sul documento aggiornato annualmente dall’Osservatorio fumo, alcol, droghe dell’Istituto superiore di sanità e scaricabile a questo sito <http://www.iss.it/binary/ofad4/cont/Toscana2013.pdf>.

Nella figura 1 a pagina 17 viene descritto sinteticamente il protocollo dei programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco dei CAF toscani.

## Interventi su gruppi specifici di fumatori

### Interventi rivolti alle donne

#### Premessa

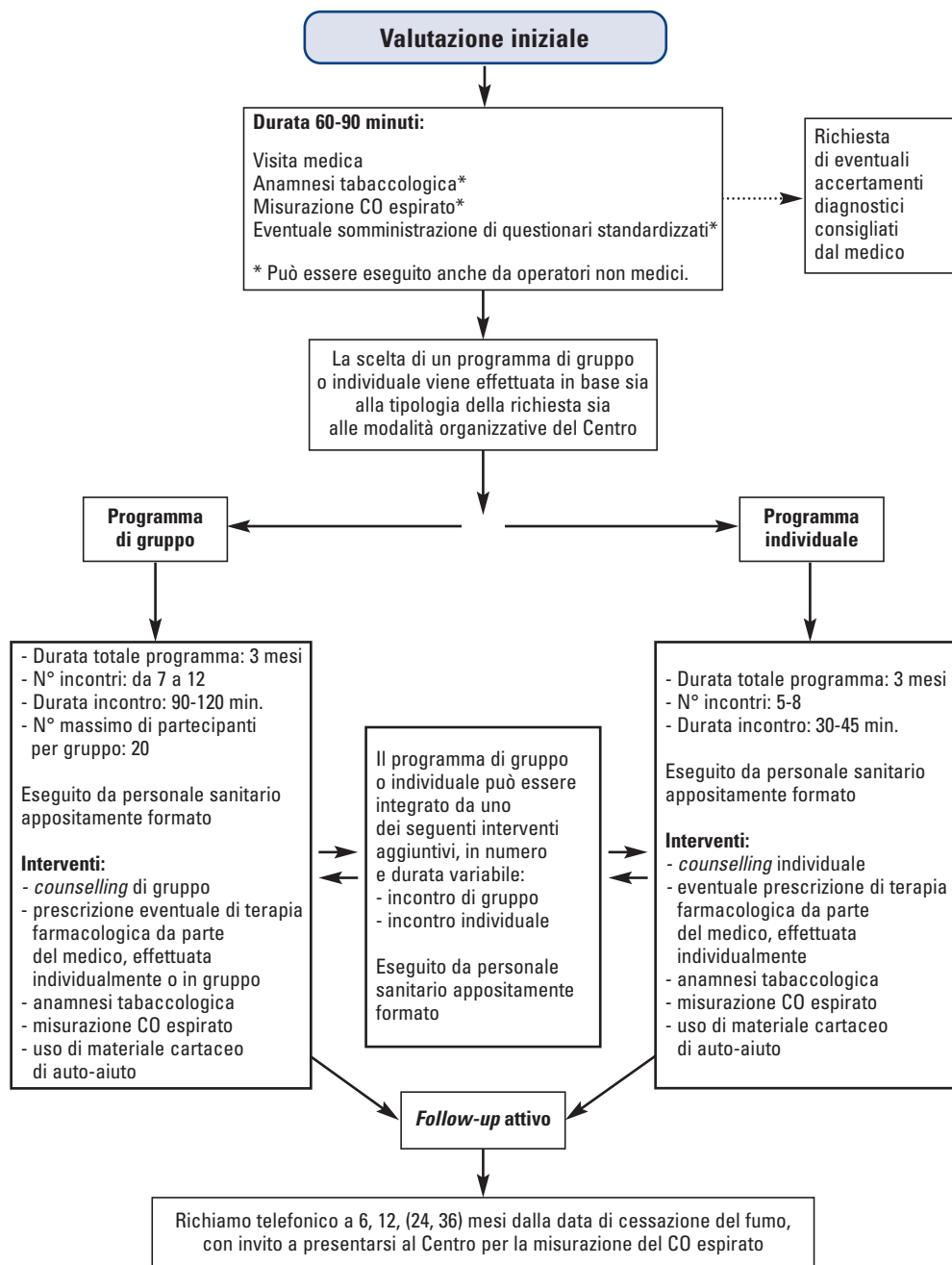
E’ opportuno che siano messe in atto strategie di contrasto al tabagismo specificamente mirate alle donne, perché fattori fisiologici (quali una diversa tolleranza/suscettibilità alla nicotina, un aumento dei sintomi di astinenza nelle donne che smettono di fumare dovuto alle variazioni ormonali mensili), psicologici (come la paura di ingrassare o la scarsa autostima) e anche sociali (quali il convivere con fumatori o avere amici che fumano), hanno una influenza particolare sia sull’acquisizione dell’abitudine al fumo sia sulla cessazione e sulla continuazione dell’astensione da fumo. Nei decenni passati, anche l’industria del tabacco ha utilizzato messaggi pubblicitari e strategie di mercato costruite *ad hoc* per stimolarne l’abitudine al fumo nel pubblico femminile (Amos 1996, Amos 2000, IARC 2004, Pacifici 2013).

### Interventi rivolti alle donne fumatrici afferenti ai servizi di *screening* oncologico

Dopo uno studio pilota svolto nel 2004-2005 con il sostegno della Lega italiana per la lotta contro i tumori per valutare la fattibilità di un intervento di *counselling* antitabagico durante le attività di *screening* per il tumore della cervice uterina, che aveva dato risultati promettenti, è stato attuato, con finanziamento del Ministero della salute, un vero e proprio studio randomizzato e controllato (*trial*) per valutare l’efficacia di tale procedura (Chellini 2011, Chellini 2012, Gorini 2012, Grechi 2012). Il *trial*, denominato SPRINT, è stato coordinato da ISPO ed è stato svol-



**Figura 1. Protocollo dei programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco dei centri antifumo delle Aziende sanitarie toscane**



**Nota:** L'attività di tipo coadiuvante degli operatori (OCA - ex Lsu) dei centri antifumo è sottintesa per tutti i programmi di cessazione.

to in 3 regioni italiane: Toscana, Piemonte e Lombardia. In particolare, è stato predisposto e validato un modello d'intervento breve per la riduzione dell'abitudine al fumo fra le donne fumatrici afferenti ai servizi ambulatoriali di *screening* per la prevenzione del tumore della cervice uterina. L'intervento era un *counselling* individuale breve della durata di 3-5 minuti, fornito dalle ostetriche e modulato a seconda dello stadio di motivazione al cambiamento, secondo il modello di Prochaska-DiClemente, identificato dalle risposte fornite dalla donna a un questionario sul fumo costruito *ad hoc* compilato in sala d'aspetto. Tale intervento, se erogato a fumatrici in stadio di preparazione, ovvero a donne che sono pronte a smettere entro un mese, è risultato efficace nel determinare una cessazione del fumo o, almeno, una riduzione del numero di sigarette fumate. L'intervento di *counselling* breve testato potrebbe essere diffuso nell'ambito dello *screening* per il cervicocarcinoma, data l'elevata adesione a tale *screening* di giovani donne che iniziano a fumare precocemente come gli uomini e, quindi, analogamente agli uomini, sono a rischio di tumori fumo-correlati (oltre che di patologie oncologiche tipicamente femminili come il tumore della cervice uterina, specie se positive al virus del papilloma umano e se fanno uso di contraccettivi orali). Inoltre, il loro fumo può rappresentare un rischio per i figli sia in utero sia successivamente.

## Interventi per donne fumatrici in gravidanza

### **Percorso assistenziale alla donna fumatrice in gravidanza in Regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello**

Questo progetto è nel punto 8.2.9.4. del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 (delibera GR N°1176 del 28 dicembre 2010).

Il progetto, coordinato dal centro antifumo dell'AOU Careggi, ha previsto la diffusione a livello regionale nel 2012 di un intervento rivolto alle donne fumatrici in gravidanza e a quelle che avevano smesso di fumare in occasione della gravidanza, effettuato dalle ostetriche nei consultori al momento della consegna del libretto di gravidanza e integrato con gli interventi di secondo livello effettuati dai centri antifumo. Hanno partecipato al progetto: ASL 1 Massa, ASL 2 Lucca, ASL 3 Pistoia, ASL 4 Prato, ASL 5 Pisa, ASL 6 Livorno, ASL 8 Arezzo, ASL 10 Firenze, ASL 11 Empoli 11 e AOU Meyer (Firenze).

Il progetto ha coinvolto 851 donne con età gestazionale media di 10,8 settimane e 57 *partner* fumatori. Sono state effettuate le seguenti azioni: formazione delle ostetriche; *counselling* breve eseguito dalle ostetriche rivolto alle donne e loro *partner* per promuovere la cessazione del fumo o prevenire le recidive; consegna dell'opuscolo educativo e di auto aiuto "Adesso smetto!"; intervento del centro antifumo sulla gestante e/o il *partner* fumatore, su richiesta della ostetrica.

Il progetto ha favorito lo sviluppo a livello regionale di competenze specifiche e di un percorso dedicato a favorire la cessazione del fumo nella donna fumatrice in gravidanza e al *partner* fumatore.

### **Progetto Fumo e gravidanza 2006: prevalenza zero**

Il percorso assistenziale sopra descritto è stato possibile grazie a questo precedente progetto, sviluppato nel 2006-2007. Questo primo progetto prevedeva una valutazione e un intervento in Toscana sul fumo di tabacco durante la gravidanza per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino (Nutini 2013, Chamberlain 2013).

Nella prima fase del progetto, nel 2006, è stato somministrato un questionario da ostetriche appositamente formate a 1.036 donne a termine di gravidanza presso i punti nascita delle Aziende ospedaliero-universitarie di Careggi (Firenze), Siena e Pisa. Il 14 % delle donne aveva smesso di fumare in occasione della gravidanza; l'8,4 % delle donne continuava a fumare. Essere fumatrice in gravidanza era associato a: età inferiore a 31 anni; essere nubile; avere un livello di studio corrispondente alla scuola dell'obbligo o inferiore; avere un *partner* fumatore. Le fumatrici in gravidanza sottostimavano i danni da fumo. Il 44% delle donne che aveva smesso di fumare in gravidanza riprendeva a un anno dal parto.

Nella seconda fase del progetto, nel 2007, le donne che continuavano a fumare in gravidanza o avevano smesso in occasione della stessa, sono state sottoposte a un intervento da parte di ostetriche appositamente formate per promuovere la cessazione del fumo in una fase precoce della gravidanza e prevenire le recidive (*counselling* breve, consegna dell'opuscolo educativo e di auto aiuto "Adesso smetto!", offerta di intervento del centro antifumo alla donna e al *partner*). La percentuale di donne che avevano smesso di fumare in gravidanza e rimanevano non fumatrici a un anno dal parto era superiore nel gruppo di donne che avevano ricevuto l'intervento (34,9%) rispetto a quelle che non l'avevano ricevuto (21,1%).

Le conclusioni di questo progetto sono state le seguenti:

- circa il 25 % delle donne toscane in gravidanza ha bisogno di un intervento per smettere di fumare o per prevenire le ricadute dopo il parto;
- alcune donne necessitano di più attenzione e il *partner* fumatore dovrebbe essere coinvolto;
- un intervento educativo per sensibilizzare le donne in gravidanza sui danni da fumo è auspicabile;
- dovrebbero essere implementati su tutto il territorio toscano interventi specifici per promuovere la disassuefazione tabagica svolti dalle diverse figure sanitarie che seguono la donna in gravidanza e subito dopo il parto;
- specifiche abilità dovrebbero essere promosse attraverso una adeguata formazione di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita.

### **Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo-correlata in regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello**

Questo progetto è nel punto 8.2.9.4. del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 (delibera GR N°1176 del 28 dicembre 2010).

Il progetto ha lo scopo di favorire la disassuefazione dal fumo nei soggetti con patologia fumo-correlata afferenti alle strutture sanitarie della regione Toscana. Il progetto ha previsto un'integrazione fra interventi di primo livello, eseguiti dagli operatori sanitari nelle strutture di ricovero e ambulatori/servizi specialistici, ai quali si rivolgevano i pazienti fumatori per problemi legati alla patologia di cui erano affetti, con quelli di secondo livello forniti presso i centri antifumo. Hanno partecipato al progetto: ASL 2 Lucca, ASL 3 Pistoia, ASL 4 Prato, ASL 6 Livorno, ASL 7 Siena, ASL 9 Grosseto, ASL 12 Viareggio, AOU Meyer (Firenze), AOU Careggi (Firenze), AOU Siena, AOU Pisa.

I fumatori sono stati sottoposti a *counselling* breve dagli operatori sanitari nelle strutture di rico-

vero e ambulatori/servizi specialistici, cui si rivolgevano per la patologia di base. Gli operatori proponevano a tutti i fumatori un programma di disassuefazione di secondo livello (trattamento farmacologico associato a *counselling* intensivo) presso il centro antifumo di riferimento.

Dal 4 ottobre 2010 al 31 dicembre 2011 sono stati arruolati 768 fumatori con patologia fumo-correlata (in gran parte a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare). Ai pazienti, che accettavano la proposta (437, pari al 57% degli arruolati) è stato fissato un appuntamento presso il centro antifumo di riferimento; 368 soggetti si sono presentati all'appuntamento e hanno iniziato il percorso di disassuefazione. Dati preliminari al 31 dicembre 2012 sui 196 fumatori che avevano concluso il *follow-up* a sei mesi, mostrano un percentuale di astinenza del 48%.

Il percorso rivolto al fumatore con patologia fumo-correlata all'interno delle strutture sanitarie coinvolte si è dimostrato realizzabile e i dati preliminari relativi alla percentuale di astinenza a sei mesi sono particolarmente incoraggianti. Poiché la cessazione del fumo è un obiettivo prioritario per questi pazienti e deve essere intesa come elemento fondamentale del trattamento della patologia di base, il percorso dovrebbe entrare a far parte della normale routine di gestione dei pazienti fumatori all'interno dei servizi sanitari toscani (Rigotti 2012, Murray 2013, Jha 2013, Hunter 2013).

### **Interventi per fumatori con disturbi psichiatrici**

Molti degli aspetti che saranno descritti in questa sezione sono stati affrontati nell'ambito dei progetti del Ministero della salute – CCM “Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale” e “Un approccio integrato per la riduzione delle diseguaglianze all'accesso ai servizi di promozione della salute: interventi strategici per la gestione del rischio di utenti con disturbi di interesse psichiatrico e giovani problematici” cui Regione Toscana ha partecipato attivamente. Qui di seguito riportiamo gli elementi salienti degli interventi rivolti a fumatori con disturbi psichiatrici.

La percentuale di fumatori fra i pazienti psichiatrici adulti è nettamente superiore rispetto a quella nel resto della popolazione e, secondo alcuni studi, tale percentuale sarebbe anche doppia (Lasser 2000). L'associazione tra la dipendenza grave da nicotina e i disturbi psichiatrici gravi è simile nei diversi paesi (De Leon 2002). Particolare attenzione deve essere posta ai fumatori affetti da disturbi ansiosi, depressivi e dell'alimentazione. In effetti, la frequente presenza di queste patologie nell'anamnesi dei propri pazienti è nota a tutti gli operatori dei CAF.

I maggiori tassi di morbilità e mortalità presenti fra i fumatori portatori di una patologia psichiatrica rispetto alla popolazione generale sono dovuti in larga parte ai loro maggiori livelli di consumo di tabacco. Gli operatori del settore della salute mentale sono molto poco propensi a occuparsi di questo aspetto, ma è dimostrato che questi fumatori mostrano livelli di motivazione a smettere di fumare non dissimili dal resto della popolazione e sebbene i loro tassi di cessazione dal fumo siano più bassi rispetto al resto dei fumatori, essi non sono affatto trascurabili (El-Guebaly 2002, Fiore 2008, McManus 2010).

Le indicazioni operative che emergono dalla letteratura e dalle esperienze sviluppate, in ambito prevalentemente anglosassone, forniscono chiare indicazioni in merito all'approccio necessario per affrontare in modo efficiente questo complesso fenomeno (Faggiano 2007, Price 2008, TCNL 2007, Zuccaro 2008).

### **Approccio globale**

- Riconoscere che i fumatori con malattie mentali spesso vogliono e possono smettere e che questo è molto importante per la loro salute.
- Lavorare per far aumentare il numero di fumatori che chiedono aiuto per la disassuefazione e la percentuale di questi che hanno successo.
- Promuovere la formazione, anche congiunta, degli operatori dei settori della salute mentale, della medicina generale e dei CAF. Promuovere la formazione anche a livello universitario.
- Offrire facilitazioni per la disassuefazione di operatori fumatori e richiedere a questi di non rendersi identificabili come fumatori agli occhi degli utenti.
- Effettuazione da parte degli operatori della SM di interventi di *counselling* breve motivazionale (5 o 3 «A»).
- Fornire assistenza ai pazienti psichiatrici che desiderano un aiuto per smettere di fumare, attraverso la gestione diretta del trattamento presso i servizi di salute mentale, oppure l'invio al CAF o la gestione integrata del trattamento con il CAF.
- Promuovere l'approccio di rete attraverso una fattiva collaborazione fra i servizi di salute mentale, i CAF, e i MMG.
- Promuovere lo sviluppo di politiche *smoke-free* nei servizi di salute mentale.
- Promuovere campagne educative per la promozione di stili di vita sani.
- Evitare l'utilizzo delle sigarette come strumenti di gratificazione/punizione in contesti residenziali e territoriali.
- Creare ambienti liberi dal fumo.
- Sviluppare attività di promozione della salute, specificamente dirette alla cessazione del fumo, da parte di *peer counselor* e di associazioni di familiari.

### **Aspetti specifici del trattamento di disassuefazione**

Nei confronti di fumatori portatori di gravi patologie psichiatriche, che dovrebbero smettere di fumare per motivi di salute e per i quali, tuttavia, non sia realistico porre come obiettivo l'interruzione definitiva, possono essere presi in considerazione interventi tesi alla semplice sospensione temporanea (*temporary cessation*) o alla riduzione del fumo (*harm reduction*) anche utilizzando sostituti nicotini al bisogno quali le gomme o l'*inhaler* o la stessa sigaretta elettronica (Rodu 2006, Stead 2008).

I trattamenti sono sempre basati sulle componenti motivazionale, cognitivo-comportamentale e farmacologica e sull'utilizzo di materiale di supporto scritto (dispense), ma sono più flessibili e personalizzati. Il *quit-day* deve essere flessibile e aperto. Può essere necessaria una durata maggiore del trattamento attraverso un numero maggiore di sedute e un monitoraggio di supporto a lungo termine (trattamento cronico). In caso di trattamento di gruppo, può essere necessario affiancare alcune sedute individuali, per lavorare su specifici bisogni del paziente (*coping skill*, gestione stress/ansia, autoefficacia, eccetera). I clinici dovrebbero superare le loro resistenze e offrire un trattamento a tutti questi fumatori, sfruttando in particolare i periodi di ricovero, durante i quali i trattamenti si sono dimostrati efficaci e gravati da scarsi sintomi astinenziali (Dalack 1999, Hempel 2002, Lawn 2005, Olivier 2007). La sindrome da astinenza da nicotina va trattata per evitare che possa venire compromessa la terapia psichiatrica (Prochaska 2004).

E' importante monitorare costantemente la sintomatologia psichiatrica e l'eventuale necessità di aggiustamento della terapia psicofarmacologica.

### **Intervento dei CAF**

E' importante che il CAF valuti l'eventuale presenza, attuale o pregressa, di problemi psichiatrici, con particolare attenzione ai disturbi d'ansia, depressivi e dell'alimentazione. E' importante, altresì, la registrazione di questi dati nella cartella tabaccologica.

Possono presentarsi molti tipi di quadri clinici che comportano scelte diverse di trattamento di disassuefazione dal fumo. Se durante la prima visita di valutazione emergono:

- disturbi psichiatrici pregressi, può essere condotto il trattamento, mantenendo un'attenzione costante all'eventuale ripresentarsi della sintomatologia (specie ansioso-depressiva);
- disturbi psichiatrici attuali, ma ben compensati, è importante verificare l'esistenza di un trattamento psicologico e/o farmacologico in corso e se possibile contattare lo specialista di riferimento o il MMG oppure invitare il paziente a far presente al suo medico che sta per iniziare un trattamento di disassuefazione. Se il quadro psichiatrico è impegnativo, occorre attendere un parere da parte dello specialista o MMG prima di iniziare il trattamento;
- disturbi psichiatrici in atto o che insorgono durante il trattamento di disassuefazione, occorre contattare lo specialista o il MMG.

### **Interventi per i fumatori con dipendenza da altre sostanze**

Le ricerche evidenziano, pur con percentuali diverse, una forte associazione fra abuso di alcol e/o di sostanze psicotrope e consumo di tabacco. Sia le linee guida americane (Fiore 2008) e sia quelle piemontesi (Faggiano 2007) riportano che almeno il 20% dei pazienti che richiedono un trattamento per il tabagismo presentano un'anamnesi positiva per abuso o dipendenza da alcol. Altri studi hanno riscontrato che fra i soggetti che abusano di alcol e sostanze, l'abitudine al fumo di tabacco si presenta con una frequenza ben al di sopra di quella media della popolazione, superando anche il 70%. Sia le linee guida americane sia quelle piemontesi del 2007 concordano sull'opportunità di indagare e riportare in una cartella tabaccologica l'uso di sostanze fra i fumatori e di offrire comunque trattamenti antitabagici anche in presenza di uso di sostanze psicotrope, effettuando, se necessario, un invio ai Servizi specialistici per le dipendenze da sostanze e da alcol.

Nei vari studi ci sono pareri contrastanti rispetto alla scelta del momento migliore per attivare il trattamento per il tabagismo rispetto a quello per le altre sostanze, tuttavia ci sono riscontri favorevoli sia rispetto a un trattamento effettuato in contemporanea sia rispetto a un trattamento successivo alla cessazione dell'uso di alcol/sostanze (Joseph 2004).

Le prove di letteratura indicano che i trattamenti per il tabagismo, basati sia sul *counselling* sia sull'uso di farmaci, sono efficaci anche su fumatori che stanno effettuando trattamenti per la dipendenza da altre sostanze e non interferiscono su questi ultimi (Fiore 2008).

Una preoccupazione comune è che la cessazione del fumo di tabacco possa causare la ricaduta nell'uso di droga o di alcol, tuttavia la maggior parte dei dati disponibili non confermano questa eventualità (Hughes 1995). Esistono, inoltre, alcuni esempi particolari, come l'abuso di *cannabis*, nei quali la sospensione del fumo di tabacco favorisce la sospensione della sostanza.

Ci sono prove che le persone con dipendenza da alcol trattate per il fumo di tabacco, presentano tassi di successo simili alla popolazione generale e che l'astensione dal fumo di tabacco non aumenta la probabilità di ricaduta nell'abuso di alcol (Faggiano 2007). E' tuttavia diffusa fra gli operatori del settore una grande cautela nei confronti di questo tipo d'intervento, con tendenza ad affrontarlo quando vi sia una certa stabilizzazione del quadro clinico generale, che va monitorato molto attentamente per rilevare precocemente eventuali segnali di scompenso nell'uso di sostanze.

### **Interventi per i fumatori carcerati**

Diversi progetti, tra cui uno toscano, hanno esplorato questo argomento, ma questo resta ancora un settore che deve essere sviluppato.

E', tuttavia, condivisa la necessità (come, del resto, per gli altri ambienti sanitari) che il personale medico e infermieristico che vi opera applichi il collaudato approccio delle "5 A". E' altrettanto auspicabile che i detenuti possano contare con l'offerta di trattamenti specialistici, opportunamente adattati a quella specifica realtà, realizzati attraverso l'accesso nella struttura degli operatori dei CAF.

Un'azione d'indubbia utilità, sia nei confronti della protezione dal fumo passivo sia come sostegno ambientale a quei fumatori detenuti che cercano di smettere, è rappresentata dall'applicazione puntuale ed efficace della legge Sirchia sul divieto di fumo nei luoghi pubblici chiusi da parte sia delle persone detenute sia di quelle che operano all'interno degli istituti penitenziari. Tali azioni potrebbero venire rinforzate da interventi di promozione della salute che andrebbero ripetersi nel tempo, visto il *turnover* presente in tali strutture.

## Limitare il fumo passivo in Toscana

In questo capitolo si riportano due esperienze condotte in alcune aree della Toscana, che potrebbero essere sviluppate in tutto il territorio regionale per limitare l'esposizione al fumo passivo. Si tratta del monitoraggio dell'osservanza della legge anti fumo, effettuato dal Dipartimento di prevenzione della Azienda USL 10 di Firenze nell'ambito di un progetto del Ministero della salute e dell'intervento effettuato da ISPO, in collaborazione con alcune aziende USL toscane, per promuovere case libere da fumo.

### Monitoraggio del divieto di fumo nei luoghi di lavoro, nei locali pubblici e nelle strutture sanitarie

E' stato condotto dal Dipartimento della prevenzione dell'Azienda sanitaria di Firenze un monitoraggio dell'osservanza della normativa inerente il divieto di fumare negli ambienti di lavoro, nei locali pubblici e nelle strutture sanitarie nell'ambito dello studio ENFASI, un progetto nazionale CCM-Ministero della salute sviluppato dalla Regione Veneto (Regione Veneto 2012):

#### Luoghi di lavoro

L'obiettivo è stato quello di monitorare l'osservanza della normativa sul divieto di fumo nei luoghi di lavoro in un campione di aziende e avviare con esse interventi di prevenzione primaria sul fumo di tabacco, integrando gli aspetti normativi con quelli educativi. Il progetto ha avuto il seguente crono programma:

- nel 2010, formazione nazionale con il coordinamento della Regione Veneto di un gruppo di operatori del Dipartimento della prevenzione;
- nel 2011 e I° semestre 2012, gli operatori dei servizi di PISLL hanno effettuato sopralluoghi e compilato un apposito questionario sul fumo, durante la normale attività di vigilanza nelle aziende, intervistando datori di lavoro, RLS, RSPP e lavoratori;
- nel 2013, valutazione dell'intervento sul fumo nelle aziende, socializzazione dei risultati dell'esperienza mediante un *workshop* dal titolo "Abitudine al fumo e luoghi di lavoro: esperienze degli operatori della prevenzione", al quale hanno partecipato anche i medici competenti, con lo scopo di definire un sistema permanente di monitoraggio in sinergia con il progetto nazionale CCM.

Nel territorio della ASL 10 sono state coinvolte nel monitoraggio 240 aziende con un totale di circa 4.000 dipendenti.

Sono stati selezionati i settori di falegnameria, metalmeccanica, pelletteria, farmaceutica, grandi distribuzioni e altre attività e sono stati osservati complessivamente 959 locali comprendenti non solo le aree produttive, ma anche i servizi igienici, gli spogliatoi e altre aree. Hanno risposto al questionario 379 soggetti aziendali.



La maggior parte delle aziende (99%) non ha predisposto aree riservate per i fumatori, ma era intenzionata a migliorare la valutazione di rischi aziendali e dei regolamenti aziendali con la volontà di dedicare maggiore attenzione al problema fumo.

Il monitoraggio ha evidenziato una buona applicazione della normativa, con possibilità di ridurre ulteriormente l'esposizione a fumo passivo sia negli enti pubblici sia nelle aziende private. Dai dati acquisiti mediante l'osservazione diretta degli ambienti e dalle interviste effettuate, è emersa la necessità di individuare azioni di miglioramento per alcuni settori lavorativi come enti pubblici, grande distribuzione, piccole imprese e per alcune aree critiche come servizi igienici, spogliatoi, alcuni uffici.

Il percorso intrapreso con il campione di aziende della ASL di Firenze potrebbe diventare un modello per favorire la responsabilità sociale delle imprese e per implementare iniziative di prevenzione primaria sugli stili di vita nei luoghi di lavoro.

I risultati del progetto locale, confrontati con i dati nazionali, potranno fornire informazioni utili per definire una mappa concettuale del rischio fumo in ambito lavorativo. In questa esperienza, gli incontri con i soggetti aziendali hanno permesso di focalizzare le criticità sull'argomento fumo e di analizzare i comportamenti individuali da parte di tutti i portatori d'interesse.

Per meglio diffondere la cultura della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, sarebbe auspicabile aumentare la copertura territoriale delle aziende, informando e sensibilizzando attraverso una rete che coinvolga i servizi di prevenzione, i centri antifumo, i medici competenti, i medici di famiglia e i responsabili aziendali. Sarebbe, perciò, opportuno individuare indicatori di efficacia su interventi di questo tipo, al fine di poter sviluppare azioni di cambiamento e di miglioramento per la salute globale del cittadino.

## Locali pubblici

Tramite campionamento casuale, sono stati individuati nel comune di Firenze 50 locali pubblici (bar, pub, ristoranti e/o pizzerie) ai quali è stato somministrato un questionario da compilare a cura dai gestori o titolari, per ricavare informazioni su conoscenze, attitudini e comportamenti degli intervistati; è stata inoltre compilata, dall'operatore incaricato dal servizio, una scheda preposta per raccogliere informazioni sulla presenza di cartelli e zone riservate rispondenti alle indicazioni definite dalla legge, presenza di portacenere, di mozziconi, di fumatori, eccetera.

Nei questionari fiorentini, i gestori degli esercizi affermano che:

- nel 78% dei casi il loro locale non è dotato di zona fumatori in conformità alle norme per i locali pubblici;
- nel 90% dei casi i loro clienti rispettano la legge entrata in vigore il 10/01/2005;
- il 66% di loro ritiene che con l'entrata in vigore della legge antifumo non vi siano state ripercussioni economiche (né negative né positive);
- il 66% di loro ha una opinione globale molto favorevole rispetto alla legge.

Invece, dalle schede dei rilevatori è emerso che:

- nel 72% dei locali visitati ci sono cartelli regolamentari che indicano il divieto di fumo;
- nel 100% dei casi durante la visita non sono state notate persone che fumavano;
- solo nel 4% dei casi erano presenti mozziconi di sigarette.

Nel complesso, gli esercenti hanno partecipato con entusiasmo all'indagine, rilevando che non avevano mai avuto la possibilità di esprimere il proprio parere a riguardo a tale legge.

## Strutture sanitarie

Punto di forza organizzativo è stato la stretta integrazione del Dipartimento di prevenzione (UF ISP e PISLL) con le Direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri e territoriali, i centri antifumo e il Servizio di educazione alla salute; attraverso il loro attivo coinvolgimento sono stati individuati i presidi dove svolgere l'indagine.

La Direzione generale e la Direzione sanitaria dell'Azienda si sono fatte carico del problema e si sono fatte promotrici di azioni concrete, coinvolgendo formalmente i direttori dei Dipartimenti per la nomina dei controllori e per favorire la loro partecipazione alla formazione.

Sono stati visitati 149 locali sanitari. Altro punto di forza è stato la valutazione congiunta con le strutture oggetto di verifica dei risultati del controllo, in modo da implementare il monitoraggio in un clima di collaborazione e di aiuto alla formazione individuale.

Si è realizzata una grande collaborazione da parte di tutti i presidi che prontamente hanno adottato i suggerimenti dati. Tutti i locali visitati sono, adesso, a norma.

## Case libere da fumo

Gli ambienti di vita privati (abitazione e auto privata) sono i luoghi dove buona parte dei fumatori continua a fumare, consapevole o meno dei rischi da esposizione a fumo passivo per tutti coloro che coabitano o utilizzano la stessa auto (Borland 2006, IARC 2009, Pacifici 2010).

Il vivere in ambienti domestici liberi da fumo ha acclarate ripercussioni:

- sulla salute dei bambini, che passano molto del loro tempo in casa e che possono più di altri essere esposti al fumo passivo dei genitori: è stato visto che funzionano meglio interventi di *smoke-free home policy* piuttosto che interventi di cessazione rivolti ai genitori fumatori;
- sull'abitudine al fumo negli adolescenti: quelli che vivono in ambiente domestico *smoke-free* iniziano a fumare meno rispetto a quelli che vivono in case dove si può fumare;
- sulla salute degli adulti, sia che essi fumino (anche gli adulti fumatori che vivono in ambienti *smoke-free* tendono a smettere di più rispetto a quelli che vivono in ambienti domestici dove si può fumare) sia che essi non fumino, in particolare se affetti da patologie cardio-respiratorie che li rendono particolarmente vulnerabili all'esposizione a fumo passivo.

Nel 2005, da un'indagine condotta dal DG *Health and Consumer Protection* dell'Unione Europea, emergeva che, in Europa, solo il 18% dei fumatori dichiarava di non fumare in casa anche quando era solo.

Il dato indica che è ancora scarsa l'attenzione a questo problema, rilevante anche in Italia: dall'indagine DOXA del 2010 è emerso che il 43,6% degli intervistati ritiene che aprire le finestre sia utile per eliminare quasi completamente i danni provocati dal fumo passivo; pertanto, nel 30% delle abitazioni gli ospiti sono liberi di fumare, mentre nel 68% dei casi possono fumare solo in

alcuni ambienti interni alla casa e solo nell'1,4% delle case vi è un divieto esplicito del fumo. Inoltre, il 56% dei fumatori fuma in auto e solo il 12,7 non fuma mai.

In alcuni paesi (USA, Canada, UK, Cipro, Polonia) sono state avviate campagne per la riduzione del fumo in ambiente domestico, quali, per esempio, la campagna 2007 dell'US EPA *Smoke-free homes and cars program* (WHO 1999, Thomson 2006, Priest 2008, USDHHS 2010).

Nel 2010, in Toscana, con il sostegno finanziario dell'Istituto tumori toscano, è stato condotto uno studio d'intervento sul fumo in ambiente domestico denominato "DA NOI NON SI FUMA", rivolto a donne residenti nelle aree urbane di Firenze, Prato, Arezzo e Empoli (Chellini 2013). È stata predisposta una procedura agile di valutazione della motivazione ad avere un ambiente domestico libero da fumo di donne, fumatrici e non fumatrici, residenti in area urbana, comprensiva di un intervento di *counselling* breve sui benefici di vivere in un ambiente libero da fumo e di documentazione di supporto per impegnare le donne coinvolte a rendere e/o mantenere libero da fumo il proprio ambiente domestico. L'intervento era effettuato in ambiente sanitario da assistenti sanitari. Il questionario d'ingresso aveva già di per sé una funzione motivante, oltre a permettere di raccogliere informazioni utili per il *counselling* che veniva successivamente effettuato da un assistente sanitario. Lo specifico *counselling*, a partire dalle informazioni presenti sul questionario e dal livello di motivazione ad avere un ambiente libero da fumo (che comunque si supponeva alto tra coloro che aderivano allo studio), era fornito con l'obiettivo di fornire un consiglio chiaro che o stimolasse o rafforzasse la motivazione della donna a rendere il proprio ambiente domestico libero da fumo. Il *counselling* consisteva nel portare all'attenzione razionale della donna le proprie motivazioni per un ambiente libero da fumo ("da noi non si fuma") e, nello stesso tempo, le ambivalenze legate a un'accoglienza libera e senza vincoli ("da noi si può fumare") nella propria abitazione nei confronti di tutti coloro che vi abitano o che vi transitano.

Per tutte le donne in studio è stato registrato un cambiamento nell'atteggiamento e comportamento sul fumo passivo in ambiente domestico, mentre non si è evidenziata alcuna differenza tra il gruppo di donne che ha ricevuto il *counselling* rispetto alle altre di controllo. L'intervento nel suo complesso ha, cioè, indotto un incremento di case e auto libere da fumo di tutte le donne incluse nello studio, probabilmente da ricondurre all'attenzione che è stata suscitata sull'argomento anche solo distribuendo l'opuscolo in ambiente sanitario da operatori sanitari. L'opuscolo sul fumo passivo, distribuito a tutte le donne reclutate, è risultato gradito sia dalle fumatrici sia dalle non fumatrici sia da quelle incluse nel gruppo di intervento sia da quelle incluse nel gruppo di controllo. Inoltre, l'intervento di prevenzione ha suscitato interesse anche di altre persone cui non era specificamente indirizzato.

## Limitare l'inizio del fumo in Toscana

Il rischio di contrarre una patologia fumo-correlata è strettamente dipendente dall'età d'inizio dell'abitudine al fumo: un ragazzo che comincia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto a un individuo che inizia a fumare a 20 anni. Infatti, l'uso precoce di tabacco è in grado di modificare lo sviluppo polmonare nell'adolescenza con un'induzione precoce della crescita neoplastica. Inoltre, l'uso di tabacco determina alterazioni permanenti a livello del sistema nervoso centrale che rendono molto difficile l'astinenza e, nel caso di cessazione del fumo, esiste un'elevata probabilità di recidive. Quindi, la prevenzione dell'uso del tabacco deve essere realizzata il più precocemente possibile, prima, cioè, che siano avvenute le prime sperimentazioni.

Per avere un quadro esaustivo delle strategie per prevenire l'instaurarsi dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti, si consiglia di scaricare le linee guida di prevenzione primaria del fumo di tabacco, pubblicate nell'ottobre 2013 nel sito del Sistema nazionale linee guida ([http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Prev\\_Fumo\\_B.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Prev_Fumo_B.pdf)). In queste linee guida si trovano le raccomandazioni per le politiche di controllo del tabagismo che hanno un impatto significativo sui giovani, come l'aumento del prezzo del tabacco, il divieto di vendita ai minori, il divieto di fumo nei locali e nelle scuole, compresi gli spazi all'aperto, ma anche raccomandazioni per interventi in ambito familiare, come la promozione di case libere da fumo e i programmi di prevenzione scolastica considerati efficaci.

### Le opportunità offerte dal programma regionale “Guadagnare Salute” per prevenire l'abitudine al fumo fra gli adolescenti

La prevenzione dell'abitudine al fumo trova un punto di riferimento nel programma ministeriale “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, che si sta radicanando nelle varie regioni e che in Toscana è stato recepito con la DGR 800/2008 “Guadagnare Salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari” in cui sono contenute le linee d'indirizzo da seguire per favorire sani stili di vita, fra i quali l'abitudine di non fumare.

Il programma ha come obiettivo rendere facili le scelte per la salute favorendo una vita libera dal fumo, un'alimentazione corretta, il movimento e l'attività fisica e il consumo responsabile dell'alcol durante tutto l'arco dell'esistenza, con una particolare attenzione alla fascia di popolazione giovanile.

Nella regione Toscana, pertanto, la prevenzione del fumo fra i giovani passa anche attraverso i progetti di Guadagnare Salute, che si caratterizzano per essere:

- orientati dal sistema di sorveglianza sugli stili di vita;
- basati su prove di efficacia scientifiche;
- monitorati e valutati attraverso indagini *ad hoc*.

Alcuni di questi progetti sono inseriti nel Piano regionale della prevenzione 2010-2012 e vengono monitorati nell'ambito delle attività di rendicontazione previste.

Gli interventi sono multi livello e multi contesto, realizzati con programmi che prevedono per-

corsi educativi dentro e fuori la scuola e misure rivolte alla modifica dell'ambiente scolastico. Alcuni di questi sono più specificamente orientati al contrasto del fumo di tabacco, altri affrontano il problema del fumo insieme ad altri comportamenti d'abuso (alcol e droghe), altri ancora scoraggiano l'abitudine del fumo nell'ambito di una strategia più generale di promozione di sani stili di vita, affrontando tutti i fattori di rischio comportamentali dall'alimentazione scorretta, all'abuso di alcol, alla sedentarietà.

Rientrano nel primo tipo i progetti “Le scuole libere dal fumo: percorsi di benessere” e “*Unplugged*” e, nel secondo, i progetti “Ragazzinsieme e Ragazzinmovimento”.

Di seguito sono descritte più nel dettaglio le varie iniziative, iniziando da quella più strettamente indirizzata alla prevenzione del fumo di tabacco.

### **Le scuole libere dal fumo: percorsi di benessere**

E' un progetto di contrasto dell'iniziazione e dell'instaurarsi dell'abitudine al fumo a scuola (popolazione 12-19 anni), nato dall'esperienza di collaborazione con il progetto “Luoghi di prevenzione” promosso dalla Regione Emilia Romagna, realizzato in regione Toscana in attuazione dell'Obiettivo specifico 3 – area “Guadagnare Salute”, “Prevenire l'iniziazione dei giovani al fumo”. Il progetto è coordinato dall'Azienda Usl 4 di Prato dal 2009.

Per promuovere scuole libere dal fumo nei territori di riferimento delle 12 Aziende Usl toscane sono stati costituiti gruppi di lavoro multiprofessionali con l'obiettivo di identificare le risorse del territorio da coinvolgere e gli *stakeholder* con i quali condividere il percorso progettuale.

Con la scuola è stato stipulato un “Patto per la salute” al fine di costruire un modello di scuola senza fumo, attraverso percorsi educativi e modifiche del contesto ambientale, favorite dalla stretta condivisa del regolamento per una “Scuola libera dal fumo”.

Le scuole, i servizi sanitari e la comunità (inclusi gli enti locali) hanno lavorato assieme per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, attraverso processi di programmazione partecipata.

L'attivazione di processi di cambiamento di comportamenti individuali, come nel caso dell'abitudine al fumo, appresi anche in famiglia, ha richiesto anche azioni di sensibilizzazione dei genitori che sono stati coinvolti nel progetto.

A sostegno del progetto sono stati organizzati anche percorsi a piedi, in collaborazione con le associazioni del territorio, per facilitare nei ragazzi l'abitudine al movimento: un'attività fisica costante viene ritenuta un fattore di protezione per i comportamenti d'abuso.

### ***Unplugged***

E' un programma di prevenzione scolastica (popolazione 12-14 anni) di comprovata efficacia nel ridurre il fumo di sigarette, il consumo di alcol e l'uso di droghe, che mira anche al potenziamento delle abilità personali.

Nello specifico, le attività previste dal progetto intendono rafforzare le *life skill* (competenze per la vita) e agiscono a livello dei fattori predisponenti (idee, credenze e valori) cercando di modificare le errate convinzioni sulla diffusione e l'accettazione sociale dell'alcol e dell'uso di sostanze, fornendo informazioni sui rischi connessi all'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive.

Il progetto prevede percorsi di formazione (di circa 20 ore) per gli operatori socio-sanitari, che in ogni territorio delle Aziende Usl vanno a formare gli insegnanti delle scuole secondarie di I° grado coinvolte nel progetto, sui contenuti specifici e la metodologia di *Unplugged*.

Il progetto, coordinato in Toscana dall'Azienda sanitaria 10 Firenze, è stato condotto assieme alle Aziende USL 2 Lucca, USL 4 Prato, e USL 7 Siena. *Unplugged* è fra i progetti sugli stili di vita inseriti nel Piano regionale della prevenzione 2010-2013 ed è presente in 9 paesi europei.

## Ragazzinsieme e Ragazzinmovimento

Il progetto “Ragazzinsieme “ è un programma di promozione di sani stili di vita, rivolto alla popolazione 9-17 anni, attraverso attività educative extra-scuola con la modalità dei campus sugli stili di vita. Lavora per favorire innanzitutto l'attività fisica e il movimento, ma anche una cultura alimentare corretta e l'uso responsabile dell'alcol e per scoraggiare l'abitudine al fumo.

L'esperienza educativa residenziale prevede che i ragazzi partecipanti ai campus sottoscrivano un patto di convivenza e s'impegnino a rispettare una serie di regole fra le quali il divieto di fumare. Il progetto, alla sua 5° edizione nel 2013, sta diventando una delle azioni di sistema che la Regione Toscana promuove per diffondere una cultura dei sani stili di vita. Sinora, oltre 2.000 bambini e ragazzi toscani hanno partecipato ai soggiorni.

Da questa progettualità, nel 2010 si è sviluppato il progetto “Ragazzinmovimento” che ha proposto un analogo percorso agli studenti delle scuole secondarie di I° e II° grado della provincia di Livorno: la promozione dell'attività fisica e del movimento sono stati l'obiettivo privilegiato, in quanto, sulla base delle recenti prove di efficacia, rappresenterebbe un valido fattore di protezione per i comportamenti d'abuso.

Oltre ai sopra menzionati progetti sono stati sviluppati:

- il progetto editoriale “Scegli e vivi il tuo stile di vita” nell'ambito del quale è stato realizzato un *kit* educativo composto da un poster di info-grafica e di una guida per gli insegnanti. Nel poster sono raffigurate 12 magliette relative a 12 diverse tematiche sintetizzate con slogan che richiamano idee, concetti per parlare di benessere a scuola. Nella guida, ogni tema viene affrontato attraverso una introduzione descrittiva di inquadramento generale e una proposta didattica. Per i temi più significativi, sono state realizzate magliette da indossare che richiamano gli slogan del poster: nella maglietta che parla del tabagismo, il messaggio di contrasto al fumo è sintetizzato nello slogan “Baciami non fumo”;
- il progetto “Stretching in classe”, azione rivolta a ridurre il rischio di sviluppare l'abitudine al fumo fra gli adolescenti, anche se non affronta esplicitamente questo tema. Il progetto, infatti, promuove l'importanza del movimento nella scuola primaria e prevede un percorso di allenamento delle *life skill* dei bambini;
- infine, tutta l'esperienza progettuale di Guadagnare Salute è confluita nella strategia regionale toscana per i ragazzi, inserita nelle azioni di “Programmazione dei percorsi di autonomia dei giovani” del Documento di programmazione economica e finanziario 2014 (DPFF). Con tale strategia ci sarà l'opportunità di continuare a promuovere la cultura dei sani stili di vita fra i giovani, fra i quali l'abitudine di non fumare.

# Novità e approfondimenti sul fumo in Toscana

## La sigaretta elettronica

Per la maggior parte delle sigarette elettroniche non vi sono garanzie di qualità nei processi di fabbricazione, per la mancanza di standardizzazione nei processi di manifattura operati dalle diverse aziende produttrici. Inoltre le sigarette elettroniche non risultano sottoposte a test di verifica indipendenti (ISS 2012, Tinghino 2012, Tinghino 2013, Gilardi 2013, AIPO-SIMeR 2013).

Gli effetti collaterali più comuni osservati in uno studio clinico pilota sono stati secchezza delle fauci, irritazione di bocca e gola e tosse secca. Sono stati riportati anche effetti polmonari acuti (aumento dell'infiammazione, aumento della resistenza al flusso aereo) dopo un breve periodo di aspirazione di sigaretta elettronica ed è stato segnalato un caso di polmonite lipidica associata all'uso di sigaretta elettronica.

Il contenuto nicotinic delle sigarette elettroniche può variare grossolanamente (da zero a oltre 20 mg/ml, secondo i marchi), mentre la quota di assorbimento della nicotina dipende da molti fattori, quali il sistema di vaporizzazione, la frequenza, la durata e la profondità delle tirate di fumo elettronico; la possibilità di ricaricare alcuni modelli con dosi personali di nicotina aggiunge una variabile incontrollabile che comporta il rischio di poter inalare alte dosi di nicotina. Esistono, pertanto, potenziali rischi d'intossicazione e sviluppo o aggravamento della dipendenza da nicotina, soprattutto in caso di doppio consumo (sigaretta elettronica in aggiunta a quella tradizionale).

Allo stato attuale delle conoscenze, la sigaretta elettronica non può essere assimilata alla tradizionale terapia con sostituti nicotinici (cerotti transdermici, gomme da masticare, pastiglie, bocchini-inalatori) non avendo l'approvazione come trattamento della dipendenza da nicotina (WHO 2012). La facilità con cui alcuni fumatori riescono a ridurre il consumo giornaliero di sigarette tradizionali utilizzando la sigaretta elettronica potrebbe essere attribuibile, da un lato, all'assunzione di dosi compensative di nicotina e, dall'altro, all'appagamento sensoriale e comportamentale.

Comunque, allo stato attuale delle conoscenze, non si può affermare che la tossicità delle sigarette elettroniche sia paragonabile a quella della sigaretta tradizionale. Il numero e le quantità dei composti tossici che si generano durante l'uso della sigaretta elettronica sono nettamente inferiori rispetto a quelli che si formano dalla combustione del tabacco di una sigaretta tradizionale. I pochi studi al momento disponibili sulle sigarette elettroniche non sono, però, sufficienti a dimostrare né la loro totale innocuità né la loro efficacia come mezzo per smettere di fumare, a differenza di quelli sui sostituti nicotinici: cerotto, bocchino-inalatore, pastiglie, gomme da masticare, spray nasale alla nicotina.

Le sigarette elettroniche producono fumo passivo (elettronico), anche se in quantità minore rispetto alla sigaretta tradizionale e chi è esposto al fumo passivo elettronico può assumere nicotina con le stesse modalità e quantità della sigaretta tradizionale.

Inoltre, le sigarette elettroniche contribuiscono a normalizzare l'abitudine al fumo di sigaretta tradizionale. Il fumatore le usa nei luoghi in cui vige il divieto di fumare, riducendo sostanzialmente l'impatto di tale normativa. Nelle pubblicità e nelle immagini dei media, la sigaretta elettronica ha l'aspetto di una sigaretta tradizionale, restituendo fascino all'atto di fumare, e può, da una parte,

attrarre nuovi consumatori, dall'altra stimolare gli ex fumatori aumentando la probabilità di ricaduta. Esiste una preoccupazione particolare per gli adolescenti, per il rischio di sviluppo di dipendenza da fumo elettronico e/o dell'effetto facilitante che la sigaretta elettronica può avere sull'iniziazione all'uso del fumo di tabacco, poiché la nicotina, contenuta sia nel tabacco sia nella maggior parte dei modelli di sigaretta elettronica, è la sostanza che causa dipendenza. Allo stesso modo, l'uso ripetitivo e la modalità di assunzione sono i presupposti per l'instaurarsi e il perpetuarsi di una dipendenza gestuale o comportamentale. Anche per questo è stato introdotto il divieto di vendita di sigarette elettroniche con presenza di nicotina ai minorenni e, con il decreto Istruzione 104/2013, convertito nella legge 128/2013 l'11 novembre 2013, il divieto di uso nelle scuole. Purtroppo, con la stessa legge è stato anche cancellato il divieto di utilizzo della sigaretta elettronica nei luoghi pubblici. Infatti, è stata stralciata l'ultima parte del comma 10-bis dell'articolo 51 della legge Sirchia, con la quale erano state applicate alle sigarette elettroniche le norme in materia di tutela della salute dei non fumatori previste per i tabacchi. Di fatto, viene reso possibile "svapare" la sigaretta elettronica dove invece permane il divieto per le sigarette tradizionali, in uffici, ristoranti, cinema, mezzi pubblici e bar. Inoltre, con lo stesso decreto, viene autorizzata la pubblicità di marchi di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina, a condizione che riporti in modo chiaramente visibile la dicitura "presenza di nicotina" e l'avvertimento sul rischio di dipendenza da nicotina. In ogni caso, il divieto di pubblicità di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina permane nei casi in cui sia trasmessa nell'ambito di programmi rivolti ai minori o che mostri minori che usano sigarette elettroniche. E' vietata la pubblicità delle sigarette elettroniche anche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori ed è vietata la pubblicità radiotelevisiva di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina, nella fascia oraria dalle 16 alle 19. Infine, è vietata la pubblicità di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina sulla stampa destinata ai minori e nelle sale cinematografiche in occasione di film destinati prevalentemente ai minori.

Con il decreto del Ministero delle finanze del 16/11/2013 saranno soggetti a tassazione del 58,5% i liquidi delle sigarette elettroniche e le parti di ricambio (come le batterie) e i dispositivi meccanici ed elettronici. Inoltre, i produttori dovranno istituire dei depositi e chiederne l'autorizzazione all'Agenzia delle dogane e dei monopoli.

Le linee guida dell'Istituto superiore di sanità del 10 febbraio 2014, relative alla regolarità/irregolarità di etichettatura per sigaretta elettronica, forniscono la classificazione dei liquidi con nicotina utilizzati nelle sigarette elettroniche e rappresentano un orientamento per le attività di controllo.

Alcune indicazioni per gli operatori sanitari:

- non ci sono al momento dati scientifici per approvare l'uso della sigaretta elettronica come metodo per smettere di fumare;
- si raccomanda che gli operatori sanitari ricordino e seguano sempre e comunque le attuali linee guida basate sull'evidenza scientifica per il trattamento del tabagismo: quindi, il primo consiglio per ogni fumatore è smettere di fumare e ogni fumatore deve essere informato sull'esistenza di farmaci e programmi di trattamento efficaci che possono aiutarlo nella cessazione del fumo;
- l'uso della sigaretta elettronica può essere valutato in casi selezionati (e pertanto, a livello individuale, ma non a livello di popolazione), all'interno di un percorso medico-guidato di disas-



suefazione dal fumo di tabacco, finalizzato a una possibile strategia di riduzione del rischio (per esempio, in fumatori con grave comorbilità psichiatrica, malattie neoplastiche in stadio terminale, storia di dipendenza da fumo di tabacco non rispondente a ripetuti interventi farmacologici e comportamentali di dimostrata efficacia);

- gli utilizzatori della sigaretta elettronica dovrebbero essere informati dei danni alla salute (biologico, e/o di dipendenza fisica e comportamentale) la cui entità è ancora oggetto di studio;
- ai fumatori concomitanti di sigaretta elettronica e di sigaretta tradizionale, ricordare che l'obiettivo prioritario è quello di usare la sigaretta elettronica per smettere di fumare la sigaretta tradizionale prima possibile. L'uso concomitante di sigarette tradizionali ed elettroniche va scoraggiato, perché crea una situazione instabile che spesso lascia insoddisfatto il fumatore, che ritorna quindi a fumare esclusivamente tabacco.
- agli utilizzatori esclusivi di sigaretta elettronica, raccomandare di interromperne l'uso, poiché gli effetti sulla salute dell'uso a lungo termine non sono noti;
- alle donne in gravidanza e ai pazienti che hanno avuto da poco un evento coronarico acuto, in mancanza di studi sui rischi della sigaretta elettronica, va scoraggiato l'uso;
- agli ex-fumatori e ai non fumatori, gli operatori sanitari dovrebbero assolutamente scoraggiare l'uso della sigaretta elettronica, per i suoi effetti irritanti e le potenzialità di creare dipendenza;
- non è possibile escludere che l'uso della sigaretta elettronica in ambienti confinati sia nocivo per la salute dei soggetti esposti non fumatori, in particolare quelli potenzialmente più suscettibili (bambini, donne in gravidanza, anziani, pazienti con malattie respiratorie e cardiovascolari croniche).

Indicazioni più generali:

- dovrebbe essere incrementata la ricerca sulla sigaretta elettronica per valutarne il reale impatto in termini di sicurezza per la salute, di cessazione del fumo di tabacco e di riduzione del danno nel fumatore tradizionale che non riesce a smettere;
- dovrebbe essere regolamentata la produzione e commercializzazione delle sigarette elettroniche;
- dovrebbero essere vietate in ambienti chiusi aperti al pubblico e dovrebbe essere vietata la pubblicità, così come accade per le sigarette tradizionali.

## **Tomografia computerizzata (TC) a bassa dose per la diagnosi precoce del tumore del polmone nei fumatori ed ex-fumatori**

### **Stato dell'arte sullo *screening* per tumore polmonare**

I risultati di un largo studio randomizzato controllato americano (National Lung Screening Trial, NLST) hanno dimostrato l'efficacia della procedura di *screening* con TC a bassa dose sulla mortalità sia specifica per tumore polmonare sia generale (20% e 6,7% di riduzione rispettivamente) in soggetti ad alto rischio di tumore (per età ed esposizione al fumo di tabacco), appartenenti alla popolazione americana (Aberle 2011). Sulla base di questo risultato, la US Preventive Task

Force ha recentemente pubblicato le sue raccomandazioni, considerando lo *screening* polmonare con TC a bassa dose come intervento di provata efficacia nel ridurre la mortalità per cancro polmonare in gruppi selezionati di popolazione, cioè quelli rispondenti ai criteri di arruolamento dello studio NLST: soggetti di età compresa tra 55 e 74 anni, con una storia di consumo di sigarette maggiore di 30 anni-pacchetti (equivalenti, per esempio, a 30 anni trascorsi fumando 20 sigarette al giorno, oppure a 60 anni trascorsi fumando 10 sigarette al giorno). Nel documento sono tuttavia sottolineate problematiche ancora aperte, con particolare riferimento al rapporto costo-beneficio e alla quota di sovradiagnosi (Humphrey 2013).

A livello europeo, sono stati realizzati 6 studi randomizzati controllati che hanno arruolato un totale di circa 32.000 soggetti; uno studio è in fase di avvio nel Regno Unito su un campione di circa 28.000 soggetti. In attesa dei risultati conclusivi e delle analisi di mortalità, l'attuale mancanza di prove di efficacia non permette di definire linee guida e indicazioni precise. Le raccomandazioni delle società scientifiche esprimono interesse e, allo stesso tempo, cautela per l'importante potenziale impatto in sanità pubblica legato all'implementazione di procedure non controllate e non completamente verificate (Field 2013).

In Italia, un documento recentemente realizzato dall'Osservatorio nazionale *screening* su richiesta del Ministero della salute, nel recepire il pensiero dei ricercatori che si stanno occupando degli studi nazionali in corso (compreso lo studio ITALUNG-CT realizzato nella regione Toscana), conclude che, nell'attesa dei dati che saranno prodotti dall'analisi complessiva dei dati europei, attesa nel 2015/2016, lo *screening* per il tumore polmonare deve essere scoraggiato al di fuori di progetti che non siano condotti da centri di eccellenza in diagnostica polmonare e con protocolli di ricerca adeguati.

## La cessazione del fumo nei programmi di *screening* per tumore polmonare

Nonostante i punti critici e l'attesa di ulteriori risultati sull'efficacia, tutti i documenti di indirizzo e gli articoli pubblicati sulla tematica dello *screening* per tumore polmonare concordano nell'affermare la priorità del controllo del tabagismo nella prevenzione di tale patologia. Secondo stime ottenute dall'applicazione di modelli statistici, uno scenario d'intervento che combinasse il controllo del tabagismo con i risultati delle procedure di diagnosi precoce potrebbe modificare, a livello di popolazione, il rischio per tumore polmonare e migliorare il rapporto costo-beneficio degli stessi programmi di *screening* ([www.osservatorioscreening](http://www.osservatorioscreening)).

E' certo che qualsiasi programma, sperimentale e non, di valutazione e/o di pianificazione di *screening* per il cancro polmonare deve incorporare interventi di disassuefazione del fumo, che sono da considerare una componente integrante dei protocolli applicativi. Tuttavia, i dati relativi alla quantificazione del tasso di cessazione del fumo all'interno dei programmi di *screening* a oggi condotti sono variabili: in alcuni casi, la partecipazione allo *screening* si è dimostrata associata a una maggiore astinenza; in altri, questo risultato si è osservato solo nei fumatori nei quali si siano riscontrate anomalie all'esame TC; in molti casi, non si sono riscontrate tendenze evidenti. E' tuttavia da sottolineare che, mentre viene riferita l'applicazione di interventi educazionali e/o di *counselling*, non ci sono dati pubblicati e non sono molti gli esempi che valutano e descrivono la gestione di programmi intensivi di disassuefazione (Carreras 2012).

## L'esperienza toscana nello studio ITALUNG CT

In Toscana, grazie al supporto regionale, è stato organizzato lo studio multicentrico ITALUNG-CT, studio randomizzato e controllato, realizzato con il coordinamento dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), sotto l'egida dell'Istituto toscano tumori (ITT), e condotto nelle Aziende ospedaliero-universitarie di Firenze e Pisa e nella ASL di Pistoia (Munshi 2013). La fase di raccolta dati sul campo si è conclusa con risultati sovrapponibili a quelli di altri studi internazionali, in termini di numero di esami eseguiti e di cancro rilevati. I due bracci di popolazione arruolati (quello attivo, sottoposto al test di *screening* e quello passivo, sul quale nessuna procedura è stata applicata) sono in fase di *follow-up* riguardo ai dati di mortalità, la cui analisi rappresenterà l'esito primario dello studio. I dati relativi al tasso di cessazione del fumo (calcolato come quota di soggetti fumatori al momento dell'arruolamento divenuti ex-fumatori dopo i 4 anni di conduzione dello studio sul campo) dimostrano una maggiore quota di astinenza nel gruppo attivo (20,8%) rispetto al gruppo passivo (16,7%). L'interesse di questo dato nasce dalla dimostrazione che il successo è risultato associato soprattutto alla partecipazione a un programma intensivo di disassuefazione condotto da personale qualificato. Tale opportunità si è verificata in particolare nel centro di Pisa, dove il CAF dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana (Centro per lo studio e il trattamento del tabagismo, CeST) è anche il centro di coordinamento dello *screening* e il punto di riferimento sia per i soggetti arruolati sia per le molteplici figure professionali coinvolte (radiologi, chirurghi, medici di medicina generale) (Lopes Pegna 2013). Il tasso di cessazione dovuto all'intervento di disassuefazione condotto dal CeST nel contesto del programma di *screening*, si è inoltre dimostrato più elevato di quello osservato nei fumatori aventi le stesse caratteristiche di esposizione al fumo e afferenti al CeST al di fuori del programma, durante lo stesso periodo di studio (a 12 mesi, 28,9% *vs* 13,6%) (Pistelli 2007, Pistelli 2011): ciò a dimostrazione della opportunità della partecipazione al programma di *screening* come momento *target* per iniziare un percorso antitabagico. L'articolazione dell'intervento realizzato a Pisa rappresenta un esempio efficiente delle potenzialità di sviluppo delle attività dei CAF e il loro ruolo di riferimento e centralità per la gestione delle malattie fumo-correlate.

## Prevalenza di fumo e mortalità attribuibile al fumo in Italia e in Toscana

In Italia, la percentuale di fumatori è notevolmente diminuita nel corso degli ultimi 50 anni. Le indagini campionarie, condotte dalla DOXA per conto dell'Istituto superiore di sanità, indicano che la percentuale dei fumatori maschi è passata dal 65% nel 1957 al 26,2% nel 2013. Nelle donne, l'andamento è stato diverso: la percentuale delle fumatrici è aumentata inizialmente dal 6,2% del 1957 al 25,9% del 1990 e poi si è progressivamente ridotta, per arrivare al 15,3% del 2013 (Pacifci 2013).

In Toscana, i dati più recenti sui fumatori sono del 2011 (fonte: elaborazioni dell'ARS toscana dei dati dell'Indagine multiscopo ISTAT). Nella tabella 1 (in basso) e 2 (a pagina 37) sono riportati i dati recenti più significativi sulla diffusione del fumo in Toscana.

Il consumo di tabacco, com'è noto, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie dell'apparato cardiovascolare e respiratorio e per diversi tipi di tumore. E' stato stimato che, nel 2010, in Italia, i tre principali fattori di rischio cui è possibile attribuire la perdita di salute (DALYs) sono l'alimentazione, l'ipertensione e il fumo di tabacco, seguiti da alto BMI e inattività fisica (<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>).

In Italia, è stato calcolato che, nel 2010, i decessi attribuibili al fumo sono stati 71.445, di cui 52.707 negli uomini e 18.738 nelle donne, pari, complessivamente, al 12,5% della mortalità totale. Le morti attribuibili al fumo erano dovute a cancro del polmone (25.987 decessi), altre neoplasie maligne (10.121 decessi), malattie cardiovascolari (19.612 decessi) e patologie respirato-

**Tabella 1. Prevalenza generale del fumo di tabacco in Toscana**

Categoria	Prevalenze registrate	Fonte
Maschi (M) età ≥14 anni	27,9% (28,9% in Italia)	ISTAT, 2011*
Femmine (F) età età ≥14 anni	19,5% (16,9% in Italia)	ISTAT, 2011*
Fumatori M+F; età ≥14 anni	23,5% (22,7% in Italia)	ISTAT, 2011*
Ex-fumatori M+F; età ≥14 anni	24,9% (23,7% in Italia)	ISTAT, 2011*
Mai fumatori M+F; età ≥14 anni	51,6% (53,6% in Italia)	ISTAT, 2011*
Andamento temporale	Dagli anni ottanta si è osservato una <i>trend</i> in riduzione della diffusione del consumo di tabacco, legato fondamentalmente al calo della prevalenza di fumatori gli uomini (-23,8% dal 1980 al 2011). Nello stesso periodo la percentuale di fumatrici si è mantenuta sostanzialmente stabile (-0,2%).  Le tendenze nei due generi osservate in Toscana ripetono l'andamento registrato negli stessi anni in Italia.  La diminuzione dei fumatori in Toscana sembra essere dovuta soprattutto all'aumento sensibile degli ex-fumatori (da 6,9% del 1980 a 24,9% del 2011), più che a variazioni dei mai fumatori, che anzi sono diminuiti (da 58,2% nel 1980 a 51,6% nel 2011).	ISTAT, 2011*
Soggetti 18-65 anni	In Toscana: - 28,4% i fumatori (28% in Italia) - 20,4% gli ex-fumatori - 1% quelli che hanno smesso di fumare da meno di 6 mesi - 51,2% i mai fumatori	Studio PASSI, 2010 (Ceconi, 2010)

\* Elaborazioni ARS toscana dei dati dell'Indagine multiscope ISTAT 2011.

**Tabella 2. Prevalenza per età del fumo di tabacco in Toscana**

Categoria	Prevalenze registrate	Fonte
Giovani adulti (20-39 anni)	Il fumo è molto diffuso in Toscana, fuma: - il 41,6% dei maschi di età 30-39 anni - il 27% nelle donne di età 30-39 anni	ISTAT, 2011*
Adolescenti (14-19 anni)	-17,5% (14,7% in Italia) - 20,1% dei maschi (18,7% in Italia) - 14,9% delle femmine (10,6% in Italia)	ISTAT, 2011*
Ragazzi e adolescenti (11, 13 e 15 anni)	In Toscana, hanno dichiarato di fumare tutti i giorni: - a 11 anni: 0,4% (0,7% maschi, 0% femmine) - a 13 anni: 1% (1,1% maschi e 0,8% femmine) - a 15 anni: 15,9% (14,5% maschi e 17,3% femmine)	Studio HBSC 2010
Età d'inizio	A 15 anni: ha provato a fumare il 60,9% dei ragazzi e il 68,8% delle ragazze che frequentano le scuole medie superiori toscane; dal 2008, una percentuale crescente di adolescenti che ha provato a fumare diventa consumatore regolare	Studio EDIT 2011
Livello d'istruzione	Uomini: percentuale più alta di fumatori tra quelli con livello d'istruzione più basso, come nel resto d'Italia Donne: percentuale più alta di fumatrici tra quelle con livello d'istruzione più alto, come nel resto d'Italia	Elaborazioni ARS su dati ISTAT
Fumo passivo in ambito domestico	Il 78% dei rispondenti all'indagine PASSI nazionale nel 2012 ha riferito di vivere in case libere da fumo, dove non è permesso agli ospiti fumare, con un aumento significativo dal 2008 (72%)	Minardi 2014

\* Elaborazioni ARS toscana dei dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT 2011.

rie non neoplastiche (15.725 decessi) (Gallus 2011). Rispetto al 1998, è stata osservata una riduzione della quota di mortalità totale attribuibile al fumo, dal 15,1% al 12,5%, pari a 12.215 decessi in meno (Gorini 2003).

Un'analisi simile è stata condotta sulla mortalità attribuibile al fumo in Toscana nei soggetti di età  $\geq 35$  anni, attraverso l'utilizzo, come per i dati italiani, del programma SAMMEC (Smoking: attributable mortality, morbidity and economic costs), sviluppato dai Centers for Disease Control and Prevention statunitensi (<http://apps.nccd.cdc.gov/sammecc/>).

Nel 2008, in Toscana, il numero di decessi attribuibili al fumo è stato di 5.682 (4.342 nei maschi e 1.340 nelle femmine). I decessi attribuibili al fumo comprendevano 2.816 casi di neoplasie maligne (di cui 1.940 del polmone), 1.566 casi di malattie cardiovascolari e 1.300 casi di patologie respiratorie non neoplastiche, di cui 1.117 di broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Il tasso standardizzato di mortalità attribuibile al fumo nella popolazione toscana è diminuito da 271,2/100.000 nel 2000 a 225,8/100.000 nel 2008, con 371 decessi attribuibili al fumo in meno (vedi la tabella 3 a pagina 38).

**Tabella 3. Decessi e tassi (tra parentesi) standardizzati di mortalità attribuibili al fumo, totale e per gruppi di patologie\***

<b>Patologie fumo correlate</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>
Neoplasie	2.346 (226,8/100.000)	470 (34,9/100.000)	2.816 (114,9/100.000)
Malattie cardiovascolari	1.108 (117,2/100.000)	458 (28,9/100.000)	1.566 (62,6/100.000)
Patologie respiratorie non neoplastiche	888 (93,2/100.000)	412 (24,0/100.000)	1.300 (48,3/100.000)
<b>Totale</b>	<b>4.342</b> <b>(437,2/100.000)</b>	<b>1.340</b> <b>(87,8/100.000)</b>	<b>5.682</b> <b>(225,8/100.000)</b>

\* Popolazione standard toscana, anno 2008: maschi, femmine, totale; età ≥35 anni.

Il tasso standardizzato di mortalità attribuibile al fumo per una delle patologie maggiormente correlate al tabacco, ovvero il tumore del polmone, a fronte di una riduzione negli uomini da 190,7/100.000 nel 2000 a 152,9/100.000 nel 2008, ha visto nelle donne un incremento, nello stesso periodo, da 17,5/100.000 a 24,2/100.000.

# Raccomandazioni per le politiche regionali sul tabagismo

## Potenziamento e sostegno degli interventi già sviluppati

Ferma restando la validità delle precedenti raccomandazioni del 2009 e considerando l'impegno assunto dall'Italia con la firma della Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) dell'OMS, che impegna, in prima istanza, il sistema sanitario a sostenere, favorire e accompagnare i processi individuali e collettivi di consapevolezza dei rischi per la salute da esposizione a fumo attivo e passivo e a mettere in atto interventi efficaci di riduzione dei rischi da fumo, si ritiene che il Sistema sanitario regionale (SSR) debba innanzi tutto assumere comportamenti e iniziative di contenimento del rischio nella proprie strutture da parte dei propri operatori.

A tal fine si raccomanda di:

- vietare il fumo nelle strutture di pertinenza del SSR e di introdurre ciò nei regolamenti aziendali;
- sostenere e potenziare laddove necessario, in tutte le strutture del SSR toscano, gli interventi descritti nei capitoli precedenti, affinché non rimangano sporadici o patrimonio di solo alcune aziende;
- sviluppare indicatori aziendali in grado di monitorare l'effettiva implementazione di idonei interventi di contrasto al tabagismo. Gli indicatori selezionati potrebbero diventare patrimonio del sistema di valutazione della performance della sanità toscana, nella dimensione valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (Lab Man San Reg Tosc 2012).

## Formazione del personale sanitario

Per qualsiasi azione di contrasto al fumo attivo e passivo, sia sporadica sia di sistema, è fondamentale la partecipazione condivisa e convinta del sistema sanitario e del personale che vi opera, specialmente di quello sanitario per la valenza di esempio che ha sui soggetti che non hanno una formazione in ambito sanitario.

La formazione del personale sanitario non specificamente impegnato in centri antifumo va dall'acquisizione di conoscenze adeguate sull'argomento all'utilizzo di strumenti interattivi con gli assistiti, in particolare se fumatori, per motivarli alla cessazione e a comportamenti idonei a evitare che altri soggetti siano esposti al fumo passivo. In particolare, la cassetta degli attrezzi dell'operatore sanitario in genere deve comprendere:

- conoscenze adeguate sui danni da fumo attivo e passivo, con particolare enfasi sugli aspetti sanitari di cui si sta occupando;
- strumenti informativi:
  - la lista dei centri antifumo della propria azienda o vicini al proprio servizio
  - opuscoli da fornire ai pazienti/utenti del servizio;
- capacità di utilizzare il *counselling* motivazionale per interventi brevi.

E' opportuno inserire il *counselling* motivazionale non solo sul fumo, ma sugli stili di vita salubri in generale, in qualsiasi contesto sanitario. Questo è particolarmente importante per quegli operatori sanitari non medici che vengono considerati punto di riferimento e di ascolto da parte degli utenti, che spesso arrivano ai vari servizi sanitari con il bisogno di fare domande e di essere ascoltati.

Lo studio SPRINT, già citato in merito a interventi rivolti alle donne, ha mostrato come le ostetriche impegnate nel *counselling* motivazionale sugli stili di vita (in particolare fumo e attività fisica), peraltro già predisposte per questo tipo di lavoro, abbiano riportato un significativo livello di soddisfazione, coerente con la buona risposta e soddisfazione da parte delle donne, utenti del servizio e hanno anche evidenziato un miglioramento nel tempo delle loro abilità relazionali con le pazienti.

La formazione al *counselling* motivazionale deve essere soprattutto di tipo pratico sull'ascolto focalizzato e sulla relazione, in modo tale da consentire all'operatore di gestire nel modo migliore le situazioni più difficili nel poco tempo che ha a disposizione.

Ovviamente, la capacità di offrire un *counselling* motivazionale deve essere sostenuta da un'organizzazione del servizio sanitario tale da permettere che sia effettivamente svolto e cioè che l'operatore abbia effettivamente qualche minuto per attuarlo, che tale attività sia condivisa da tutto lo *staff* della struttura e che vi sia la possibilità per l'operatore di entrare in contatto o almeno indirizzare l'utente al medico di famiglia e ai centri antifumo.

## Linea telefonica e sito web per aiutare i fumatori a smettere

Una linea telefonica gratuita dedicata ai fumatori definita *quitline*, per la somministrazione di *counselling* telefonico è considerata efficace ed economica (ottimo rapporto costo-efficacia). La linea telefonica è uno strumento flessibile e può essere disegnato per venire incontro a varie esigenze. Essa infatti:

- permette una risposta immediata alla richiesta del fumatore di smettere, senza aspettare il tempo necessario per un appuntamento faccia a faccia con un operatore sanitario;
- ha un potenziale elevato di raggiungere un'ampia fascia di fumatori. Infatti, è raccomandata in tutte le linee guida sul tabagismo, perché riesce a raggiungere anche fumatori di bassa condizione socio-economica;
- infine, può essere un servizio a cui gli operatori sanitari che hanno minor disponibilità di tempo per svolgere interventi di *counselling* per la cessazione del fumo possono indirizzare i pazienti fumatori che incontrano nella loro pratica professionale.

Il numero verde dell'Osservatorio fumo alcol droga dell'Istituto superiore di sanità (ISS) (<http://www.iss.it/ofad/serv/cont.php?id=3&lang=1&tipo=7>) è uno strumento per aiutare il fumatore a smettere. Gli operatori erogano al fumatore che chiama un intervento di *counselling* breve e lo indirizzano al centro antifumo più vicino.

Nei prossimi anni, entrerà in vigore la nuova direttiva europea sui prodotti del tabacco, che prevede che, sui pacchetti di sigarette, venga riportato il numero dell'ISS. Questo determinerà un aumento notevole del suo utilizzo da parte di adulti fumatori. La Regione Toscana potrebbe sfrut-



tare questa occasione sviluppando un progetto pilota per effettuare una presa in carico più sostanziale del fumatore che chiama il numero verde dell'ISS. Si potrebbe costituire un centralino regionale cui il numero verde dell'ISS passa le telefonate che riceve da fumatori toscani. Questo centralino regionale dovrebbe favorire il contatto con i già esistenti centri antifumo (CAF), prevedendo un primo accesso gratuito. Se il fumatore non fosse interessato a un intervento presso i CAF della sua zona, il centralino potrebbe continuare a seguirlo telefonicamente nel tentativo di cessazione, secondo protocolli validati e considerati efficaci dalla Cochrane Collaboration, che prevedono di fissare il *quit-day* (giorno in cui si smette di fumare) e di effettuare successivamente altre 4 chiamate di 10-15 minuti fatte dal *counsellor* al fumatore immediatamente dopo il *quit-day*, a 3 giorni, a una settimana e a un mese di distanza.

In Toscana ci sono circa 800.000 fumatori. Una *quitline* ben divulgata raggiungerebbe almeno l'1% dei fumatori toscani: intorno a 8.000 chiamate l'anno come primo accesso. Considerando che l'astinenza attesa a 6 mesi/1 anno è intorno al 15%, l'attività svolta dalla *quitline* otterrebbe circa 1.200 astinenti l'anno in più (Zhu 2002, CDC 2004, Feenstra 2005, Stead 2007).

Un ulteriore aiuto ai fumatori potrebbe essere la promozione di sistemi *online* già esistenti per aiutare i fumatori a smettere, come la piattaforma iCoach descritta a pagina 13 o l'applicazione "Quanto fumi?" sviluppata dal Ministero della salute ([http://www.salute.gov.it/portale/p5\\_0.jsp?lingua=italiano&cid=55](http://www.salute.gov.it/portale/p5_0.jsp?lingua=italiano&cid=55))

## Campagne mediatiche antifumo

Esistono prove di letteratura che le campagne mediatiche riducono il fumo tra i giovani, promuovono la cessazione negli adulti e riducono la prevalenza di fumo tra gli adulti.

Per registrare un effetto quantificabile, una campagna mediatica deve avere una durata minima di 3 mesi e deve essere vista almeno una volta alla settimana dalla popolazione dell'area di copertura mediatica. Il canale più efficiente è sicuramente quello televisivo, perché le pubblicità televisive, essendo basate sull'immagine oltre che sulla parola, sono meglio ricordate dalla popolazione di quelle radiofoniche. Le nuove strategie digitali (pubblicità tramite *banner*, servizi di messaggi, applicazioni sul telefonino) possono invece raggiungere un numero limitato di persone, perché richiedono la selezione attiva da parte dell'utilizzatore.

I contenuti delle pubblicità che generano emozioni negative (paura, colpa, disgusto, rabbia), attraverso testimonial o rappresentazioni grafiche degli effetti sulla salute del fumare o attraverso l'esposizione delle pratiche ingannevoli utilizzate dalle industrie del tabacco per vendere i loro prodotti, suscitano l'interesse degli adolescenti, vanno a toccare le credenze classiche sul fumare e quindi riducono l'attrazione verso il fumo. Invece, le pubblicità che mostrano gli effetti cosmetici negativi del fumo (denti gialli, invecchiamento precoce della pelle), la capacità di indurre dipendenza o di peggiorare le prestazioni atletiche, hanno meno attrattiva sui giovani.

Per quanto riguarda gli adulti, campagne che enfatizzano le ragioni per smettere di fumare, abbinate a forti emozioni e all'illustrazione delle gravi conseguenze per la salute sono percepite come più efficaci, sono ricordate maggiormente dagli adulti fumatori e determinano un aumento dei

tentativi per smettere. Invece, *spot* pubblicitari che illustrano come smettere hanno un impatto meno chiaro; in alcuni casi hanno registrato effetti significativi, in altri nessun effetto.

Una campagna mediatica regionale lanciata in concomitanza della *quitline* regionale, potrebbe essere un'ottima iniziativa per promuovere la cessazione tra gli adulti in Toscana (Schar 2006, USDHHS 2012, Durkin 2012, Hammond 2013).

## Rimborsabilità dei farmaci per la disassuefazione dal fumo

Nonostante la rimborsabilità dei farmaci per la disassuefazione dal fumo sia, al momento attuale, solo un'ipotesi in discussione in ambito sanitario sia nazionale sia regionale, si è ritenuto di trattarne brevemente all'interno di questo aggiornamento, allo scopo di stimolare la riflessione e la messa in opera di scelte future.

Il rationale del rimborso dei farmaci per il trattamento del tabagismo da parte del sistema sanitario poggia su due argomentazioni:

- il vantaggioso rapporto costo-beneficio, come emerge anche dal confronto con altre misure farmacologiche di prevenzione riconosciute e rimborsate, che è dimostrato in contesti e sistemi organizzativi sanitari diversi (Cohen 2008, Lock 2011);
- la dimostrata efficacia di provvedimenti finanziari che prevedano la gratuità dell'intervento di disassuefazione dal fumo, compreso il trattamento farmacologico, come è confermato dall'aumento della quota dei fumatori intenzionati a intraprendere percorsi di cessazione, dell'uso dei trattamenti e del tasso di cessazione raggiunto (Reda 2012).

Gli scenari esistenti sono molto variabili da paese a paese, con alcune realtà nazionali e regionali all'avanguardia (Tremblay 2009). Negli USA, un numero crescente di stati sta provvedendo o programmando di provvedere alla copertura Medicaid (Baker 2012). In UK, il National Institute for Health and Care Excellence ha sviluppato e aggiorna periodicamente linee guida per la gestione dei servizi di cessazione del fumo, che sono sostenuti all'interno del Servizio sanitario nazionale e prevede anche un'accurata analisi dei costi e dei benefici del trattamento farmacologico (NICE 2008).

In Italia, nessuna misura nazionale è attiva e l'intervento di disassuefazione dal fumo non rientra tra le prestazioni di Livello essenziale di assistenza (LEA). Per quanto riguarda i farmaci, i sostituti nicotinici rientrano nella categoria dei prodotti da banco (OTC, *over the counter*) per cui non è necessaria la prescrizione del medico, per cui non sono neppure potenzialmente suscettibili di rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale. Del bupropione cloridrato, benché il principio attivo sia rimborsabile come farmaco antidepressivo, la preparazione commerciale che ha ottenuto l'indicazione per la disassuefazione non ha riconosciuta nessuna rimborsabilità. Per la vareniclina, è in fase d'avvio una negoziazione tra l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e la ditta produttrice in merito alle condizioni di ammissione al rimborso [[http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/evento/Ordine%20del%20giorno%20CTS%20\(7-8-9%20ottobre%202013\).pdf](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/evento/Ordine%20del%20giorno%20CTS%20(7-8-9%20ottobre%202013).pdf)]. Un esempio d'iniziativa per la rimborsabilità dei farmaci antifumo è stato condotto dalla Regione Veneto, che ha finanziato la realizzazione, in tre ASL del suo territorio, di un progetto fina-

lizzato a verificare la fattibilità e la resa della somministrazione gratuita di un trattamento individuale per smettere di fumare a soggetti affetti da malattie fumo-correlate (Bollettino ufficiale Regione Veneto 2008). Il progetto è ancora in corso e sono in fase di *follow-up* i dati relativi al successo in termini di cessazione del fumo. Le relazioni preliminari riportano tassi di aderenza al trattamento tra i soggetti arruolati pari al 72,8% (aderenza totale), 14,0% (aderenza parziale/incostante) e 13,2% (tasso di abbandono), che dimostrano una buona resa della somministrazione gratuita del trattamento. Tuttavia, il reclutamento dei pazienti è stato faticoso e sottodimensionato rispetto all'atteso, evidenziando che la fattibilità di tale pratica clinica appare problematica e molto condizionata dalla scarsa sensibilità nei confronti della disassuefazione dal fumo come misura terapeutica essenziale, sia da parte dei medici e del personale sanitario sia da parte dei pazienti. La misura di somministrazione gratuita dei farmaci antifumo va quindi inquadrata in un percorso di diffusione e condivisione della cultura del trattamento medico-farmacologico del tabagismo, che preveda in primo luogo la formazione specifica degli operatori sanitari, al fine di garantire un adeguato reclutamento e massimizzarne l'utilità/efficacia.

In Toscana, dove l'intervento di disassuefazione dal fumo riconosce un suo preciso inquadramento nel nomenclatore regionale e il primo accesso ai CAF è gratuito per tutti i soggetti (vedi a pagina 15), il problema della rimborsabilità dei farmaci antifumo a oggi non è stato ancora affrontato. Si segnalano alcune esperienze sporadiche condotte da CAF operanti all'interno di strutture pneumologiche ospedaliere (per esempio, ASL 2 Lucca), in cui il farmaco prescritto per la disassuefazione dal fumo, in particolare la vareniclina, è stata acquistata in economia dalle farmacie ospedaliere e utilizzata per pazienti ricoverati o afferenti al CAF, cui è stata quindi offerta una somministrazione gratuita per le prime due settimane di trattamento.

## Bibliografia

- Aberle DR et al. National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med* 2011; 365: 1627-33.
- Agenzia Regionale di Sanità Toscana. Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT 2005-2008-2011. regione Toscana, 2011.  
<http://www.ars.toscana.it/it/pubblicazioni/collana-documenti-ars/pubblicazioni-2011/180-comportamenti-a-rischio-e-stili-di-vita-dei-giovani-toscani-i-risultati-delle-indagini-edit-2005-2008-2011.html>
- Ameglio M et al. I Centri antifumo toscani nell'ambito della realtà nazionale. In: ARS. Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto. Documenti ARS 2007; 30: 89-110.
- Ameglio M et al. Lo sviluppo dei centri antifumo in Toscana. In: Scuotto S e Alfano A (Eds). Atti del convegno regionale "Tabagismo. Strategie integrate di intervento", Montelupo Digital, Sovigliana, 2007.
- Amos A. Women and smoking. *Br Med Bull* 1996; 52: 74-89.
- Amos A et al. From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. *Tob Control* 2000; 9: 3-8.
- Baker D et al. Reimbursement for smoking cessation therapy. A healthcare practitioner's guide. Third edition developed by professional assisted cessation therapy (PACT).  
<http://www.endsmoking.org>
- Borland R et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006; 15:3: S42-50.
- Carreras G et al. Can a national lung cancer screening program in combination with smoking cessation policies cause an early decrease in tobacco deaths in Italy? *Cancer Prev Res (Phila)* 2012; 5: 874-82.
- Carrozzi L et al. Life gain in italian smokers who quit. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 2395-2406.
- Cecconi R et al. Sistema di Sorveglianza Passi Rapporto Regionale. Regione Toscana, 2010.  
<http://www.usl3.toscana.it/allegati/Passi%202010.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quitlines: A resource for development, implementation, and evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004. <[http://www.cdc.gov/tobacco/quit\\_smoking/cessation/Quitlines/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/Quitlines/index.htm)>
- Chamberlain C et al. Psychosocial intervention for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database System Rev* 2013, 10.CD001055
- Chellini E et al. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: baseline characteristics of women involved in the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011; 11: 906.
- Chellini E et al. Cervical cancer screening visit as occasion for counselling smoking women to quit. *Tumori* 2012; 98: 27-32.

- Chellini E et al. Da noi non si fuma Study Group. The “Don’t smoke in our home” randomized controlled trial to protect children from second-hand smoke exposure at home. *Tumori* 2013; 99: 23-29.
- Cohen JT et al. Does preventive care save money? Health economics and preferential candidates. *N Engl J Med* 2008; 358: 661-63.
- Dalack GW et al. Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1999; 21: 195-202.
- De Leon Jet al. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 9.
- Documento a cura del Gruppo di Studio “Prevenzione, controllo del fumo di tabacco e ambiente” dell’Associazione italiana pneumologi ospedalieri (AIPO) e “Epidemiologia e prevenzione” della Società italiana di medicina respiratoria (SIMeR) (2013)  
<http://www.aiponet.it/it/news/aiponews/detail/0/262/9884/sigaretta-elettronica.html/?ctxid=0&npage=2&ctxid2=0#ancorMaterial>
- Durkin S et al. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tob Control* 2012; 21: 127-38.
- El-Guebaly N et al. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders, *Psychiatr Serv* 2002; 53: 9.
- Feenstra TL et al. Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM report 260601003/2005.
- Faggiano F et al. (cura di) Cessazione del fumo di tabacco: Linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte, Commissione Regionale Anti-Tabacco, Quaderno n. 3, Maggio 2007.
- Field JK et al. CT screening for lung cancer: countdown to implementation. *Lancet Oncol* 2013; 14: 591-600.
- Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. PublicHealth Service.
- Gallus S et al. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Preventive Medicine* 2011; 52: 434-38.
- Gilardi L. Aspetti tossicologici della e-cig. Centro di documentazione della Regione Piemonte.  
[http://www.dors.it/alleg/newcms/201307/capitolo\\_tossicit%E0Xsito.pdf](http://www.dors.it/alleg/newcms/201307/capitolo_tossicit%E0Xsito.pdf)
- Gorini G et al. Impact of smoking in Italy in 1998: deaths and years of potential life lost. *Epidemiol Prev* 2003; 27: 285-90.
- Gorini G et al. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: effectiveness of the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2012; 12: 740.
- Grechi E et al. Gruppo di lavoro SPRINT. Il counselling sugli stili di vita nell’ambito delle attività di prevenzione secondaria dei tumori: riflessioni dall’esperienza dello studio SPRINT a Firenze, Mantova e Torino. *Epidemiol Prev* 2012; 36: 56-58.
- Hammond D et al. Tobacco packaging and mass media campaigns: research needs for Articles 11 and 12 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Nicotine Tob Res* 2013; 15: 817-31.

- Hempel AG et al. Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behav Sci Law* 2002; 20: 507-22.  
<http://apps.nccd.cdc.gov/sammec/>  
[http://www.salute.gov.it/portale/p5\\_0.jsp?lingua=italiano&id=55](http://www.salute.gov.it/portale/p5_0.jsp?lingua=italiano&id=55)
- Hughes JR. Clinical implications of the association between smoking and alcoholism, in: *Alcohol and tobacco: from basic science to policy: NIAAA Research Monograph 30*. Edited by Fertig J, Fuller R. Washington, DC, US Government Printing Office; 1995: 171-181.
- Humphrey LL et al. Screening for lung cancer with low-dose computer tomography: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med* 2013. [www.annls.org](http://www.annls.org) 30 July 2013.
- Hunter DJ et al. Noncommunicable diseases *N Engl J Med* 2013; 369: 1336-43.
- Hurt RD et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 867-72.
- IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol.13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2009.  
<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook13/handbook13.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (IARC): IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. Vol. 83. Lyon; 2004.
- Istituto superiore di sanità, Osservatorio fumo alcol e droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008.  
[http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/linee\\_guida\\_brevi\\_2008.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf)
- Istituto superiore di sanità. Richiesta di aggiornamento scientifico in merito alla pericolosità delle sigarette elettroniche contenenti nicotina. 2012; Prot. 20/12/12-0046571.  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1882\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1882_allegato.pdf)
- Jha P et al. 21st-Century hazards of smoking and benefit of cessation in the United States *N Engl J Med* 2013; 368: 34-50.
- Joseph AM et al. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol* 2004; 65: 681-91.
- Laboratorio di Management e Sanità, Regione Toscana. Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana. Report 2012. MeS, Pisa, 2013
- Lasser et al. Studio prevalenza su popolazione 4000 persone. *JAMA* 2000; 284: 22-29.
- Lawn S et al. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 866-85.
- Le Houezec J et al. Smoking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation, *J Mal Vasc* 2003; 28: 293-300.
- Lock K et al. A cost-effectiveness model of smoking cessation based on a randomized controlled trial of varenicline versus placebo in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Expert Opin Pharmacother* 2011; 12: 2613-26.
- McManus S et al. Cigarette smoking and mental health in England. Data from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007, National Center for Social Research, December 2010.
- Minardi V et al. Compliance of the Italian smoking ban: an 8-year update. *Int J Public Health* 2014 (in press).

- Lopes Pegna A et al. for the ITALUNG Study Research Group. *J Thorac Oncol* 2013; 8: 866-75.
- Munshi V et al. Importance of smoking cessation in a lung cancer screening program *P Curr Surg Rep* 2013; 1 doi: 10.1007/s40137-013-0030-1.
- Murray RL et Al. Systematic identification and treatment of smokers by hospital based cessation practitioners in a secondary care setting: cluster randomised controlled trial *BMJ* 2013; 347: 4004.
- NICE Smoking cessation services. Issues: February 2008 last modified November 2013. NICE public healthguidance 10 <http://guidance.nice.org.uk/ph10>
- Nutini S et al. Fumo di sigaretta in gravidanza: studio osservazionale prospettico in tre città della Toscana. *Epidemiol Prev* 2013; 37: 2-3.
- Olivier D et al. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: a bio-psychosocial perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007; 41: 572-80.
- Osservatorio nazionale screening 2013  
<http://www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/Screening.pdf>
- Pacifici R. Rapporto nazionale sul fumo 2010. In: Atti del XII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, Roma, 31 maggio 2010. Istituto superiore di sanità.  
[http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto\\_annuale\\_sul\\_fumo\\_anno\\_2010.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_anno_2010.pdf)
- Pacifici R. Rapporto sul fumo in Italia 2013  
<http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1&id=314&tipo=3>
- Price JH. Tobacco intervention training in graduate psychiatric nursing education programs. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2008; 14: 117-24.
- Pistelli F et al. Smoking cessation over the first year of follow-up in a lung cancer screening with spiral chest CT scan (Italung CT study). *Eur Respir J* 2007; 30: S51.
- Pistelli F et al. Predictors of smoking cessation within a lung cancer CT screening trial. *Eur Respir J* 2011; 38: 42-48.
- Priest N et al. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD001746.
- Prochaska JJ et al. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting, *Psychiatr Serv* 204; 55: 1265-70.
- Protocollo regionale di somministrazione gratuita di terapia farmacologica a pazienti affetti da patologie fumo-correlate. Bollettino Ufficiale Regione Veneto. Anno XXXIXN 105,23 dicembre 2008.
- Reda AA et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 6. <http://www.thwcochranelibrary.com>
- Regione Toscana. Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. 3° Rapporto sui dati toscani dello studio HBSC 2009-2010. Regione Toscana, 2010.  
[http://www.toscana.istruzione.it/novita/allegati/2010/novembre/HBSC\\_REPORT\\_stampato.pdf](http://www.toscana.istruzione.it/novita/allegati/2010/novembre/HBSC_REPORT_stampato.pdf)
- Regione Veneto. Monitoraggio dell'osservanza della normativa inerente il divieto di fumare negli ambienti di vita e di lavoro. Risultati studio ENFASI. Venezia, 2012.  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1898\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1898_allegato.pdf)

- Rigotti NA et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients Cochrane Database of System Rev 2012, 5: CD001837.
- Rodu B et al. Tabacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. Harm Reduction Journal 2006; 3: 37.
- Schar E et al. Tobacco use prevention media campaigns: lessons learned from youth in nine countries. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. [www.cdc.gov/tobacco](http://www.cdc.gov/tobacco).
- Stead LF et al. A systematic review of interventions for smokers who contact Quitlines. Tob Control 2007; 16: S3-8.
- Stead LF et al. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, Issue 3
- Thomson G et al. Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes. J Epidemiol Community Health 2006; 60: 298-304.
- Tinghino B. Sigaretta elettronica: luci e ombre. Tabaccologia 2012; 3-4: 36-41.  
[http://www.tabaccologia.it/PDF/Tabaccologia3-4\\_12.pdf](http://www.tabaccologia.it/PDF/Tabaccologia3-4_12.pdf)
- Tinghino B et al. Focus sulle sigarette elettroniche. Epidemiol Prev 2013; 37: 303-07.
- Tobacco Cessation Leadership Network (TCLN), <http://www.tcln.org/bea>, 2007.
- Tremblay M et al. Use and reimbursement costs of smoking cessation medication under the Quebec public drug insurance plan. Can J Public Health 2009; 100: 417-20.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). Healthy people 2010.  
<http://www.healthypeople.gov/2010/Document/tableofcontents.htm#volume1>
- U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
- WHO. International consultation on environmental tobacco smoke and child health. World Health Organization, Geneva, 1999.  
[http://www.who.int/tobacco/research/en/ets\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf)
- World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Electronic nicotine delivery systems, including electronic cigarettes. Report by the Convention Secretariat. 18 June 2012. [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop5/FCTC\\_COP5\\_13-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop5/FCTC_COP5_13-en.pdf).
- Williams JM et al. A comprehensive model for mental health tobacco recovery in New Jersey. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010; 19: 2582-89.
- Zuccaro P et al. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo: guida breve per la realizzazione degli interventi. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. ISS 2008.
- Zhu SH et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone Quitline for smokers. N Engl J Med 2002; 347: 1087-93.



# Appendice

## Norme e regolamenti regionali toscani sul fumo di tabacco dal 1996 al novembre 2013

La legge regionale n. 65 del 7/8/1996 (abrogata dalla L.R. n 25 del 4 febbraio 2005) “Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivati dal fumo”:

- *detta disposizioni applicative della legge 584/1975 “Divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico”;*
- *promuove la tutela della salute dei cittadini dai danni derivanti dal fumo, attraverso azioni di educazione sanitaria, informazione, intervento sui fumatori (centri antifumo, formazione del personale sanitario).*

Delibera del Consiglio regionale n. 41 del 17/2/1999 “Piano sanitario regionale 1999-2001”:

- *dispone lo sviluppo della rete dei centri antifumo e la promozione dell'integrazione tra Aziende ospedaliere, SERT e MMG.*

Delibera del Consiglio regionale n. 3 del 16/1/2001 “Programma di educazione, informazione, intervento per l'anno 2001 per la prevenzione primaria e secondaria dei rischi derivanti dal fumo di tabacco (ex-art. 5 e 6 L.R. 7/8/96, n. 65)”.

Delibera di Giunta regionale n. 681 del 26/6/2001 “Programma annuale 2001 per le attività di educazione alla salute in attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001”.

Delibere di Giunta regionale n. 786 e n. 787 del 16/7/2001 “Interventi formativi connessi alla lotta al tabagismo rivolti al personale dipendente e convenzionato delle Aziende sanitarie”.

Delibera di Giunta regionale n. 937 del 6/8/2001 “Indicazioni operative per la prevenzione primaria e secondaria del tabagismo e dei rischi derivanti dal fumo di tabacco”:

- *stabilisce la costituzione a livello di ogni Azienda USL di uno specifico gruppo di lavoro, con possibilità di raccordo interaziendale, per la promozione e il coordinamento di interventi di prevenzione del tabagismo, al fine di favorire l'integrazione operativa fra le diverse risorse, interne ed esterne all'Azienda, presenti a livello territoriale;*
- *individua, altresì, le seguenti aree privilegiate di intervento:*
  - *le scuole medie inferiori e superiori*
  - *il personale sanitario con particolare attenzione ai medici di medicina generale*
  - *la “Rete toscana degli ospedali che promuovono salute”*
  - *gli ambienti di vita, di lavoro e sportivi*
  - *gli uffici della pubblica amministrazione*
  - *i centri antifumo territoriali ed ospedalieri*
- *e le seguenti indicazioni operative:*
  - *il fumo passivo*

- *la formazione degli operatori*
- *lo sviluppo della rete dei servizi per aiutare il cittadino a smettere di fumare*
- *le strategie di comunicazione, informazione ed educazione alla salute*
- *la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi.*

Piano sanitario regionale 2002-2004:

- *ribadisce gli indirizzi programmatici dei precedenti piani sanitari regionali e impegna la Giunta regionale a realizzare una campagna informativa ed educativa sul fumo di tabacco e a rafforzare e sviluppare la rete dei centri antifumo.*

Delibera di Giunta regionale n. 114 del 4/2/2002 “Adesione della Regione Toscana al progetto nazionale: “Progetto per lo sviluppo e il potenziamento dei centri antifumo” con la quale viene deciso di:

- *sostenere lo sviluppo dei centri antifumo toscani e l'inserimento di 22 operatori (OCA) ex-LSU;*
- *costituire il gruppo regionale di Coordinamento tecnico intersettoriale;*
- *monitorare annualmente l'attività dei centri antifumo (protocollo già in essere dal 1/07/2001).*

Piano sanitario regionale 2005-2007.

Ribadisce gli indirizzi programmatici dei precedenti piani sanitari regionali e impegna la Giunta regionale a:

- *sviluppare le iniziative di formazione del personale che opera nei centri antifumo, anche attraverso accordi con le Università toscane;*
- *realizzare iniziative di prevenzione innovative, mirate alle fasce di popolazione maggiormente a rischio (giovani e adolescenti);*
- *ottimizzare la rete dei centri antifumo attraverso la definizione dei requisiti minimi organizzativi, l'omogeneizzazione dei programmi di trattamento e del sistema tariffario;*
- *realizzare interventi di disassuefazione dal fumo che facilitino la cura di sé e il benessere della persona (es. stabilimenti termali);*
- *realizzare iniziative di sostegno negli ambienti di lavoro per l'applicazione della normativa sul divieto di fumo (consulenza ai datori di lavoro, attività di sensibilizzazione e informazione sui rischi da fumo attivo e passivo).*

Legge regionale n. 25 del 4/2/2005 “Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivati dal fumo”:

- *recepisce la legge Sirchia (n. 3 del 16/1/2003);*
- *sostiene gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e provvede alla formazione;*
- *destina euro 500.000,00 annui per gli interventi tesi alla prevenzione e contrasto al tabagismo.*

Delibera di Giunta regionale n. 338 del 28/2/2005 “Linee d'indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti termali”:

- *individua standard minimi organizzativi dei centri antifumo;*
- *rende omogenee sul territorio toscano le prestazioni erogate dai centri antifumo;*

- *stabilisce:*
  - *la definizione del sistema tariffario delle prestazioni erogate dai CAF*
  - *la prima visita e parte del trattamento individuale a carico della Regione*
  - *l'inserimento delle prestazioni nel nomenclatore tariffario regionale.*

Delibera di Giunta regionale n. 894 del 12/9/2005 “Istituzione del gruppo regionale di Coordinamento tecnico intersettoriale sul tabagismo”:

- *stabilisce un sostegno economico per la partecipazione degli operatori del SSR al corso di perfezionamento sul tabagismo (Università di Firenze), divenuto dall'anno accademico 2007-8 master I° livello su tabagismo e alcolismo (“Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate”).*

Decreto dirigenziale n. 7400 del 30/12/2005 “Approvazione progetti per interventi di prevenzione e cura del tabagismo previsti dalla L.R. 25/2005 – Impegno di spesa” che approva i seguenti progetti:

- *fumo e giovani: “Percorsi di salute nella prevenzione del tabagismo a favore della popolazione giovanile”;*
- *fumo e gravidanza: “Valutazione e intervento sul fumo di tabacco in gravidanza per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino”;*
- *fumo e carcere: “Interventi di prevenzione e disassuefazione in ambito penitenziario”;*
- *fumo e lavoro: “Studio epidemiologico sui determinanti oncogeni nelle aree di Massa Carrara e Viareggio con particolare attenzione al fumo di tabacco”;*
- *fumo e medicina alternativa: “Azioni sperimentali di disassuefazione con l'utilizzo della medicina alternativa e valutazione degli interventi”;*
- *counselling antitabagico: “Studio, implementazione e diffusione di strumenti idonei a favorire l'attività di counselling antitabagico da parte dei medici di medicina generale”;*
- *centro di documentazione regionale sul tabagismo;*
- *cartella clinica informatizzata: “Ampliamento del sistema informativo regionale sulle tossicodipendenze con la costruzione di una cartella clinica individuale sul tabagismo in grado di fornire dati e indicatori comparabili a livello regionale”;*
- *interventi di prevenzione per la giornata del 31 maggio (giornata mondiale contro il fumo di tabacco);*
- *definizione e realizzazione del percorso preventivo-assistenziale per pazienti fumatori.*

Delibera di Giunta regionale n. 669 del 25/9/2006 e delibera di Giunta regionale n. 622 del 03/09/2007 “Partecipazione operatori del Servizio sanitario regionale a master universitari sulle dipendenze organizzati dalle Università degli studi di Pisa e Firenze. Finanziamento alle Aziende sanitarie e ospedaliere toscane della quota d'iscrizione”:

- *dispongono una riserva di 16 posti nell'ambito dei posti previsti per il corso di perfezionamento post laurea sul tabagismo istituito dall'Università degli studi di Firenze e di Pisa, Facoltà di medicina e chirurgia, per gli anni accademici 2006-2007 e 2007-2008, a operatori delle Aziende sanitarie toscane.*

Piano sanitario regionale 2008-2010:

- *dispone di rafforzare l'integrazione delle varie componenti territoriali secondo l'approccio multidisciplinare e intersettoriale previsto dal piano nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari";*
- *promuove e favorisce le azioni di protezione dal fumo passivo.*

Delibera di Giunta regionale n .800 del 13-10-2008 "Guadagnare Salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari – Linee di indirizzo e istituzione dell'osservatorio sugli stili di vita":

- *individua e promuove l'azione progettuale sul fumo a livello toscano denominata "Percorsi di benessere per gli adolescenti".*

Delibera di Giunta regionale n. 1272/2009: Approvazione progetto "Prevenire l'iniziazione dei giovani al fumo - percorsi di benessere per gli adolescenti". Impegno e liquidazione.

Delibera di Giunta regionale n. 583 del 11/07/2011 DGRT 1176/2010 "Piano regionale prevenzione" - Azione progettuale "Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo-correlata e alla donna in gravidanza in regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello". Determinazioni.

Delibera di Giunta regionale n. 976 del 25 novembre 2013: DGRT 583/2011 - Progetto regionale "Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo-correlata e alla donna in gravidanza in regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello" - Proseguimento e destinazione risorse all'AOU di Careggi.