

Sotto la definizione "in riduzione progressiva" sono racchiusi quei pazienti che stanno smettendo di fumare riducendo il numero di sigarette secondo un approccio "step-by-step" praticata dal nostro centro. La citisina è stata prescritta sotto forma di galenico, in capsule da 1,5 mg. Lo schema posologico è riportato qui di seguito.

Risultati

In totale si riportano i dati di 12 pazienti, di cui 8 ancora in tratta-

mento. 6 pazienti sono astinenti, 3 in fase di riduzione progressiva, 1 continua a fumare.

Si è verificato un caso di interruzione spontanea dell'uso del farmaco per eventi avversi: nausea, gastralgie, senso di pesantezza alla testa. I sintomi sono regrediti spontaneamente nell'arco di 18 ore dall'ultima assunzione, senza necessità di interventi medici.

Gli esiti sono stati confermati con la misurazione del CO espirato.

Conclusioni

La citisina ha mostrato, relativamente alle prime osservazioni effettuate, di essere un farmaco efficace e ben tollerato nel trattamento della dipendenza da tabacco.

Si ritiene importante, ai fini dell'incremento dei tassi di successo, l'adozione di un approccio integrato (medico e psicologico), per un numero di sessioni di almeno 6 incontri della durata di 20-30 minuti, oltre al colloquio di valutazione clinica iniziale.

Tabella 1

Giorno	N. cpr/die	Frequenza assunzione
1	2	1 cpr ogni 12 ore (ore 8; 20)
2	3	1 cpr ogni 6 ore (ore 8; 14; 20)
3	4	1 cpr ogni 4 ore (ore 8; 12; 16; 20)
4-7	5	1 cpr ogni 3 ore (ore 8; 11; 14; 17; 20)
8-14	6	1 cpr ogni 2 ore e mezza (ore 8; 10.30; 13; 15.30; 18; 20.30)
15-21	5	1 cpr ogni 3 ore (ore 8; 11; 14; 17; 20)
22-28	4	1 cpr ogni 4 ore (ore 8; 12; 16; 20)
29-35	3	1 cpr ogni 6 ore (ore 8; 14; 20)
36-40	2	1 cpr ogni 12 ore (ore 8; 20)

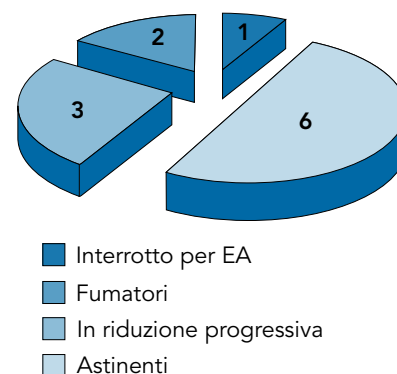


Figura 1

Il tabagismo nelle donne residenti nella provincia di Trieste: risultati relativi al periodo 2004-2014

Bruna Scaggiante^{1,4}, Fabiola Giudici², Stefania De Martino², Cristina Bottin², Fabrizio Zanconati^{1,2,3}

¹Lega Italiana contro i Tumori (LILT) sez. Provinciale di Trieste; ²Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste; ³UCO di Anatomia ed Istologia Patologica Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; ⁴Dipartimento di Scienze della Vita, Università degli Studi di Trieste

Introduzione

Il fumo di tabacco è uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo. In Italia è la principale causa di mortalità dell'adulto (circa 83 mila morti l'anno, fonte Ministero della Salute). Negli ultimi quarant'anni si è registrato nella popolazione un aumento delle donne fumatrici. Il nostro studio si propone di descrivere le abitudini

al fumo in un campione di donne residenti nella provincia di Trieste confrontato con i dati nazionali dello stesso periodo anche alla luce dell'aumento del carcinoma del polmone nel sesso femminile riportato in letteratura.

Materiali e metodi

Nel periodo 2004-2014 sono state raccolte 9271 schede relative agli

stili di vita delle donne residenti a Trieste e provincia che si sottopongono a controlli per la patologia mammaria (donne aderenti allo screening o spontanee). Nella scheda è prevista una sezione dedicata all'abitudine al fumo di tabacco: fumatrice attuale, ex-fumatrice, non fumatrice, consumo di sigarette al giorno, anni di esposizione al fumo. Inoltre a partire dal

2014 la scheda è stata integrata con l'informazione sull'età di inizio dell'abitudine al fumo. Sono state escluse dall'analisi le donne per le quali l'informazione sul fumo non era nota (3%) e le donne non fumatrici che dichiaravano il fumo passivo (1,8%) per l'impossibilità di quantificare l'esposizione al fumo. Il campione definitivo su cui è stata fatta l'analisi è stato di 8805 donne.

Risultati

Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo della popolazione femminile triestina (8805 donne) pari all'8% delle donne residenti tra il 2004 e il 2014 nella provincia, con una maggiore rappresentanza nella fascia 40-74 (14% delle residenti). Il 24% del nostro campione sono fumatrici attuali, dato superiore alla media nazionale

femminile 2004-2014 pari al 19% (Indagine DOXA 2015). Il 13% sono forti fumatrici (oltre 20 sigarette/die) percentuale nettamente superiore a quella nazionale media registrata nello stesso periodo pari al 3% (fonte I.STAT). Il 66,4% delle donne ha iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni e le fumatrici precoci (< 15 anni) sono pari al 13,3% (media nazionale Indagine DOXA 2015 rispettivamente 72,4% e 6,7%). La % di donne nullipare tra le fumatrici attuali, ex fumatrici e non fumatrici è risultata rispettivamente del 28%, 21% e 22% ($p < 0,001$). Tra le fumatrici attuali c'è una maggior % di donne in sottopeso rispetto alle ex fumatrici o non fumatrici (6,4% vs 2,7% e 3,4%, $p < 0,001$).

Conclusioni

Questo è uno dei pochi studi con-

dotti a livello nazionale su un campione così ampio di donne residenti in una provincia riguardante il tabagismo. La rappresentatività del campione rispetto alla popolazione femminile media residente dal 2004 al 2014, con particolare riferimento alla fascia d'età 40-74 anni, conferisce un valore aggiunto allo studio. I dati mostrano percentuali di tabagismo nelle donne della provincia di Trieste che superano in modo significativo quelli della media nazionale. Il tabagismo è risultato condizionare lo stile di vita della donna in quanto tra le donne fumatrici, la percentuale di quelle in sottopeso e delle nullipare risulta significativamente maggiore. Inoltre l'aver avuto figli può essere un motivo per interrompere il loro rapporto con il fumo.

Terapia antifumo in fumatori con BPCO trattati in un Centro per la Terapia del Tabagismo. Dati preliminari

Vincenzo Zagà¹, Charilaos Lygidakis², Annarita Giaffreda¹, Edda Burzacca¹, Giuseppina Ottavi¹, Vincenza Mariano¹

¹Centro per la Prevenzione e Terapia del Tabagismo, U.O. Pneumotisiologia Territoriale, AUSL di Bologna;

²Medico di Medicina Generale

Introduzione

Il ns Centro per la Terapia del Tabagismo, presente nell'U.O. di Pneumotisiologia Territoriale dell'AUSL di Bologna, è operante dal 1999 ed ha trattato in questi anni più di 3000 fumatori. Tutti i ns fumatori sono seguiti con percorso individuale per almeno 1 anno con counseling psico-comportamentale e motivazionale e con l'utilizzo di supporti farmacologici (NRT, Bupropione e Vareniclina). Ogni incontro è controllato col marker biologico del CO in espirium. In questa comunicazione vengono presi in esame i primi 989 fumatori inseriti in modo casuale nel data base con uno speciale focus di esito di risultato per i fumatori con BPCO.

Materiali e metodi

Il campione di partenza è costituito dai primi 989 pazienti inseriti in maniera casuale nel ns database che ripulito dai drop-out che hanno abbandonato subito dopo il primo incontro si è ridotto a 735 fumatori su cui sono state fatte le elaborazioni statistiche (Chi-square tests).

Risultati

Dei 735 pazienti esaminati il 42,5% ha smesso di fumare per 12 mesi. Di questi fumatori quelli che hanno assunto 1 o più sostituti nicotinici (NRT) hanno avuto una astensione dal fumo a 12 mesi del 39,4%. I trattati con Vareniclina (Vare) hanno presentato una astensione del 53,6% (a 6 mesi) e del 40,2% (a 12 mesi). I trattati con Bupropione

(Bupro) hanno avuto un'astensione del 58,75% (a 6 mesi) e del 43,8% (a 12 mesi). In quasi tutti i pazienti che assumevano Vare o Bupro è stato spesso associato Nicorette Inhaler.

Nel campione totale in esame i fumatori con BPCO erano 36 unità con un'astensione a 12 mesi del 61,1%. Più in particolare i BPCO trattati con Vare a 12 mesi hanno raggiunto un'astensione del 22,2%, quelli con solo NRT il 63% mentre i trattati con Bupro hanno avuto un'astensione del 74,1% (20/27) con una differenza statisticamente significativa rispetto ai BPCO trattati con Vare con una OR: 0,1 (0,017-0,6) ovvero con una efficacia 10 volte maggiore vs il trattamento con Vare.