

I CENTRI per il TRATTAMENTO del TABAGISMO In Italia

**Modelli di trattamento
Aspetti organizzativi
Evidenze Scientifiche
Raccomandazioni**



Convegno Nazionale SITAB, Monza 2009

Redazione e Coordinamento Scientifico

a cura di Biagio Tinghino

Autori

Riccardo Bertoletti

Responsabile CTT "Ospedale Morelli" di Sondrio

Massimo Baraldo

Prof. Associato di Farmacologia-Facoltà di Medicina e Chirurgia-Università degli Studi di Udine, Ambulatorio Tabagismo-Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Maria della Misericordia, Udine. CD SITAB

Fabio Beatrice

Responsabile UO Complessa ORL e Centro Antifumo dell'H. san G.. Bosco, TO, CD SITAB

Roberto Boffi

Responsabile CTT Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Raffaella Caneparo

*Responsabile CTT AO di Acqui Terme Riccardo Tominz
Unità Funzionale di Epidemiologia , Dipartimento di Prevenzione , ASS 1 "Triestina"*

Cristiano Chiamulera

*Professore Associato di Farmacologia, Dip. Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona
Referente nazionale area ricerca SITAB*

Mario del Donno

*Responsabile UO Complessa e CTT AO "Rumno
Vice Presidente SITAB*

Estello Massimo Diana

*Direttore Struttura Complessa Servizio per le Dipendenze, Asl n° 3 Nuoro,
Referente Tecnico per il Tabagismo, Regione Sardegna*

Domenico Enea

Docente di Ginecologia Univ. di Roma "Sapienza". Responsabile Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo", CD SITAB

Alessio Gamba

Lega Italiana Lotta ai Tumori, Milano; Responsabile UO di Psicologia dell'Età Evolutiva, PO San. Gerardo

Fabio Lugoboni

Responsabile UO Medicina delle Dipendenze, Policlinico dell'Università di Verona

Giacomo Mangiaracina

Dipartimento Scienze di Sanità Pubblica, Unità di Tabaccologia Università di Roma "Sapienza". Area Tabagismo LIL, referente nazionale area formazione SITAB

Nolita Pulerà

*Responsabile CTT , Presidio Ospedaliero Livorno, USL6.Toscana
Segretario nazionale SITAB*

Maria Teresa Tenconi

Professore ordinario di Igiene, Metodologia Epidemiologica e Medicina di Comunità, Univ. di Pavia

Biagio Tinghino

*Presidente Società Italiana di Tabaccologia
Referente CTT gruppo di lavoro Regione Lombardia
Responsabile CTT di Monza*

Riccardo Tominz

Unità Funzionale di Epidemiologia , Dipartimento di Prevenzione , ASS 1 "Triestina"

Alessandro Vegliach

*Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo
Dipartimento Dipendenze ASS n. 1, Trieste*

Vincenzo Zagà

*Coordinatore Centri Antifumo-Pneumotisiologia Territoriale AUSL di BO
Caporedattore di "Tabaccologia", CD SITAB*

Indice

	Pag
Introduzione	5
Il vero e il falso del problema	7
Epidemiologia del tabagismo in Italia	12
Centri Antifumo: aspetti organizzativi, criticità e punti di forza	17
La dipendenza neurochimica	30
Aspetti comportamentali e psicologici nel tabagismo	37
La valutazione e la diagnosi	43
La farmacologia clinica per il trattamento del tabagismo	58
Tabagismo, alcolismo e tossicodipendenza	75
La comorbidità psichiatrica nel tabagista	78
L'efficacia della prevenzione e del trattamento del tabagismo tra i giovani	80
I trattamenti di gruppo	84
Centro Policlinico senza Fumo (Roma)	96
Centro Antifumo Sezione Milanese Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	99
Centro Antifumo Ospedale san Giovanni Bosco (Torino)	102
Centro per il Trattamento del Tabagismo (Monza)	104

Centro per la Prevenzione e il Trattamento dei danni indotti da fumo di tabacco (Livorno)	106
Ambulatorio per la terapia del tabagismo (Acqui Terme)	108
Centro Antifumo Istituto Nazionale dei Tumori (Milano)	110
Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (Trieste)	112
Evidenze e raccomandazioni nel trattamento del tabagismo	115

Introduzione

Il trattamento del tabagismo è una scienza difficile e abbastanza giovane. Questo fatto lo rende campo di ricerca, di interesse clinico, ma purtroppo anche di eterogeneità metodologiche, alcune delle quali assolutamente prive di conferme e dai risultati incerti. A fronte di ciò, i danni prodotti dal tabacco sono assolutamente certi, non sono minimizzabili e costituiscono, sul piano della sanità pubblica, una vera emergenza. La Società Italiana di Tabaccologia è sorta principalmente per fornire un contributo specifico alla soluzione di un problema ampiamente sottostimato e un punto di riferimento a chi voleva occuparsene in modo pragmatico. Chi si occupa di prevenire le circa 90.000 morti correlate al fumo non lo fa perché ha sposato una crociata puritana, ma perché è consapevole della priorità che simili dati impongono al mondo medico. Il trattamento del tabagismo è una materia difficile perché complessa, e la complessità non può lasciare spazio all'improvvisazione, ma deve al contrario spingere a razionalizzare gli interventi, fonderli sull'esperienza validata.

Questo lavoro, frutto della collaborazione di esperti ricercatori e clinici della società che ho l'onore di presiedere, vuole fare il punto sulla situazione in Italia, partendo dall'analisi degli aspetti organizzativi e metodologici dei centri per il Trattamento del Tabagismo, che ad oggi è molto eterogenea. Segue una panoramica di alcuni modelli che rappresentano la maggior parte degli approcci metodologici presenti nel nostro paese e infine l'esposizione delle evidenze finora maturate dalla letteratura internazionale. In tal modo si spera di offrire ai colleghi che si occupano della materia una rassegna delle esperienze storiche e una revisione delle più attuali raccomandazioni scientifiche. Uno strumento di lavoro, insomma, ma soprattutto uno stimolo a confrontarsi e a migliorare insieme.

*Biagio Tighino
Presidente della Società Italiana di Tabaccologia*

Monza 27 maggio 2009

Le conoscenze

Il vero e il falso del problema: miti, criticità, bisogni

*Biagio Tighino **

Solo da poco più di un decennio si discute nel nostro paese, e ancora solo tra specialisti, degli approcci di cura al tabagismo, facendo riferimento alle evidenze. Gli esperti del settore erano, prima, dei pionieri, che si ispiravano per lo più ad esperienze straniere e cercavano di offrire come potevano una risposta ai loro tanti pazienti che volevano smettere di fumare. Le prime esperienze si sono sviluppate nel campo del volontariato, da sempre molto attento ai problemi del territorio, e in particolare in un ambito che aveva già visto con successo attuare interventi che riguardavano l'altra grande emergenza, cioè l'abuso e la dipendenza da alcol (nel 1939 erano nati gli "Alcolisti Anonimi").

Fu nel 1960 che, per la prima volta, nel Massachusetts, J. W. McFarland e E.J. Folkenberg condussero il "Five Day Plan" (il "Piano dei cinque giorni" per smettere di fumare), nell'ambito dei progetti di prevenzione attuati dalla comunità religiosa degli Avventisti del Settimo Giorno. Quattro anni dopo, nel gennaio 1964, fu pubblicato l'*U.S. Surgeon General's Report* che correlava il fumo di sigaretta con il tumore del polmone. Il Piano dei Cinque Giorni ebbe successo e fu esportato in tutto il mondo, coinvolgendo più di venti milioni di persone, raggiungendo di recente anche la Cina. In Italia questo approccio giunse agli inizi degli anni '70 e i gruppi serali in cui si articolava furono replicati centinaia di volte, raggiungendo decine di migliaia di persone.

Nel 1986 la Lega Italiana per la Lotta ai Tumori propose un modello di trattamento di gruppo fondato su un approccio cognitivo-comportamentale e contestualmente veniva formulato il modello dei Gruppi di Fumatori in Trattamento (GFT, Mangiaracina, 1986). Negli anni successivi altre esperienze presero vita, tra cui quelle di alcuni centri che partivano da una esigenza legata alla cura delle patologie correlate al fumo (prevalentemente di area pneumologica) e che strutturavano soprattutto interventi legati ad un approccio individuale (per es. Pisa, Vittorio Veneto, Brindisi). In Veneto si diffondeva il "Piano dei 5 Giorni", ma si sperimentavano anche dei gruppi di auto-aiuto, sulla base dell'esperienza alcologia, con un riferimento importante al sostegno offerto dagli ex-fumatori. In Emilia Romagna,

* Centro per il Trattamento del Tabagismo di Monza, ASL di Monza e Brianza, Presidente Società Italiana di Tabaccologia

modificando il modello della LILT, si giungeva a una modalità di trattamento di gruppo “aperto” (Ferrara). Nei Servizi per le Dipendenze (ma non unicamente) si collaudavano nel frattempo gli approcci integrati (Monza). Dalla fine degli anni '90 ad oggi diversi centri sono sorti, ciascuno con riferimenti metodologici diversi, spesso dettati dall'esperienza dell'operatore che proponeva il progetto o dalla disponibilità di risorse. Oggi l'Istituto Superiore di Sanità censisce circa 380 Centri per il Trattamento del Tabagismo, ma in realtà circa il 95% delle persone smette di fumare senza alcuni aiuti e le modalità di diagnosi e cura offerte dai centri sono le più disparate, come è stato valutato dal Progetto Inspiro, promosso dalla SITAB. La cura della dipendenza da tabacco si muove oggi lentamente, tra luci e ombre, con uno scarso livello di coordinamento tra gli specialisti interessati direttamente o indirettamente, talora con approcci discutibili, ma soprattutto senza risorse certe. Viene da chiedersi se quello del tabagismo sia un falso problema o, nel caso contrario (i dati sono inoppugnabili) perché ci sono tante difficoltà.

Le risposte, come sempre succede per le domande importanti, sono complesse. La medicina accademica sembra essersi dimenticata di occuparsi di uno dei suoi capitoli più importanti, anche se l'Organizzazione Mondiale della Sanità dice che il fumo è la prima causa di morte evitabile in Occidente. Le Università non offrono in tal senso formazione adeguata, diffusa, continuativa.

I motivi di questa difficoltà sono legati principalmente al lento passaggio culturale relativo all'uso del tabacco, alla formazione dei medici, alla peculiarità che viene richiesta dall'approccio ad una dipendenza come questa. Le evidenze sui danni da tabacco sono relativamente recenti. Esse sono cresciute enormemente dai primi anni '60, ma tutto ciò non ha avuto gli effetti sperati sui comportamenti. A fronte di un aumento delle informazioni, l'etichetta culturale legata al fumo stenta a modificarsi. Tra la stessa classe medica, soprattutto in Italia dove la percentuale di fumatori in questo ambito non è molto diversa da quella della popolazione generale, persiste una certa indulgenza verso il “vizio” della sigaretta. Si teme di essere considerati invadenti o intrusivi rispetto ad un ambito molto personale di gestire il piacere e i momenti di relax.

In effetti le prime campagne contro il tabagismo furono connotate dal clima della crociata contro il “vizio” e precedettero di molti decenni le evidenze scientifiche che il fumo provocasse il cancro e altre malattie. In particolare negli Stati Uniti, e tra i fautori dei movimenti di temperanza, si diffuse una particolare attenzione al consumo di tabacco. Già con Sylvester Graham (1794-1851) e Lucy Gaston, una delle pioniere della Women's Christian Temperance Union, la battaglia per far smettere di usare tabacco diventò un obiettivo primario di questi movimenti, tanto che il New York Time

del 1905 interpretava l'uso di tabacco come un segno di decadenza della civiltà: *"The decadence of Spain began when the Spaniards adopted cigarettes and if this pernicious habit obtain among adult Americans the ruin of the Republic is close at hand..."*

La signora Gaston ritenne, addirittura, nel 1920 di poter concorrere alla presidenza della Casa Bianca in nome di un programma politico che metteva al primo posto la lotta al tabagismo. Tra il 1895 e il 1921 furono conseguiti notevoli risultati, come la proibizione della vendita di sigarette in ben 14 stati, mentre la città di New York dichiara illegale che le donne fumassero in pubblico, legislazione ripresa poi da Boston. Ma si trattava di una guerra anomala, visto che intorno al 1883 era stata inventata la macchina per produrre le sigarette e il costo di queste scese drasticamente. Soprattutto l'approccio era connotato da una opposizione al "vizio". Diventava, a questo punto, di moda ostentare il fumo, soprattutto se ci si voleva distinguere da un modo di vedere un po' bacchettone.

Ancora oggi, nonostante il tempo trascorso, la diatriba viene percepita spesso su questo piano, con una contrapposizione tra "gaudenti" e "integralisti", dove la simpatia istintiva va immediatamente a chi ha scelto una filosofia di vita piacevole e forse anche trasgressiva. La tragica conseguenza di questo approccio obsoleto al problema è che anche il livello strategico e decisionale della politica sanitaria vede il tabagismo come un male minore, da cui si può uscire con un po' di *buona volontà*. Alla carenza di buona volontà non si può reagire che con un severo giudizio colpevolizzante. Sicuramente, partendo da simili presupposti, non sembrano necessari servizi di trattamento, cure, farmaci, modelli complessi, investimenti. Il trattamento del tabagismo si candida, in buona sostanza, a prendere in considerazione una percentuale importante della popolazione (costituita da circa 12 milioni di Italiani) che non ha generalmente voglia di sentirsi "malata", ritiene l'uso della sigaretta un ambito individuale di gestione del piacere, ed è confortata da una aneddotica, una immagine romantica, simpatica, bonariamente positiva del fumo. Questa visione purtroppo è sposata a livello personale da molti medici.

Il secondo grande problema è costituito dalla formazione degli operatori sanitari. Le Università, salvo fortunate eccezioni, non formano né i medici né le altre figure professionali ad un approccio strutturato al problema. Le informazioni sui danni da fumo si trovano frammentate sotto i capitoli più svariati della patologia medica e chirurgica, ma senza alcuna trattazione organica. Ancora di meno gli studenti o gli specializzandi vengono formati alle metodiche di counselling, trattamento e gestione delle dipendenze, tra cui quella da tabacco. In questo campo sono necessarie informazioni precise sui danni provocati dal fumo, ma soprattutto sui modi di motivare il paziente al cambiamento, di sostenerlo nella decisione e poi nel percorso di cura. Si tratta di competenze psicologiche semplici, che sarebbero utili nella gestione della

relazione anche con pazienti affetti da altre patologie. A ciò andrebbe associata una maggiore informazione sui farmaci di provata efficacia e delle corrette modalità di utilizzo. Oltre al problema culturale e a quello della formazione, la terapia del tabagismo si scontra con delle resistenze più profonde, legate al ruolo del medico, almeno così come è abitualmente concepito, e alla necessità di confrontarsi con una materia in cui i fallimenti sono elevati. I medici, infatti, sentono spesso di non avere tutti gli strumenti per affrontare la dipendenza da tabacco. Essi percepiscono che la semplice indicazione all'uso di un farmaco non basta, comprendono che stanno proponendo un cambiamento che riguarda un ambito molto personale nella vita del paziente. Il tabagismo è una dipendenza e le guarigioni, in questo campo, hanno tassi più paragonabili a quelli ottenibili nella cura dei tumori che, per esempio, della bronchite o della tonsillite acuta. A ciò si aggiunga la scarsa pressione esercitata dal mondo delle istituzioni, per cui sostanzialmente viene più facile trascurare il problema, lasciando il fumatore solo a gestire le sue difficoltà. I motivi più frequentemente riportati nei "brain storming" con i medici, su questo tema, è che il tempo a disposizione è poco e poco si può fare se il fumatore non ci mette la "buona volontà". E' questa la sintesi della difficoltà a cogliere in tutta la sua dimensione il costo sociale e sanitario derivato dal fumo e, dall'altra parte, dei meccanismi di difesa contro il senso di impotenza prodotto dal fallimento terapeutico. Con una formazione prevalentemente orientata ad una strategia prescrittiva, gli operatori sanitari si muovono con difficoltà nell'ambito motivazionale.

Il contratto terapeutico abituale tra medico e paziente, nella cura dei disturbi organici, è da millenni implicito e si fonda sull'idea della salute come bene primario, "diritto-dovere" di ogni essere umano. La richiesta di cura viene data per scontata, mentre in questo caso il bisogno di essere aiutati spesso non è percepito. C'è molta disinformazione e, anche quando sono state fornite le conoscenze sui danni da tabacco, molti pazienti restano "precontemplativi". Oltre a ciò permane un ambito di scelta individuale per cui un fumatore, pur consapevole dei rischi, può optare per continuare nella sua abitudine, fosse solo in nome del piacere che ne ricava. Il medico, l'infermiere, l'operatore devono allora cercare una strategia di motivazione che però li pone fuori dalle regole abituali del gioco. Questo li espone, in qualche modo e maggiormente, ad una dialettica contrattuale incerta, ai rischi di un rifiuto a cui non sono abituati e che può produrre atteggiamenti rigidi e semplificativi.

Questo intreccio di motivazioni, culturali, politiche, umane, rende il cambiamento molto complesso e spiega le resistenze rilevate sul campo. E' perciò necessario modificare il modo di pensare il tabagismo nella mentalità comune. In ciò non si può prescindere dal contributo fornito dall'informazione, dai media, dalle campagne di sensibilizzazione. L'impatto

di tali sforzi, però, è efficace solo a condizione che essi siano continuativi, diffusi, facciano riferimento ad una offerta concreta, siano portati avanti da tutta la rete degli operatori, trovino modalità di attuazione che rispondano ai bisogni della gente.

Le cure della dipendenza da tabacco non sono una perdita di tempo. Dai dati scientifici sappiamo, invece, che il rapporto costo/beneficio è molto più alto perfino di alcuni screening oncologici o delle terapie con le statine. Quello del tempo è un falso problema, che solo un salto culturale ci permetterà di superare.

Un falso problema è altresì quello dei costi dei trattamenti. L'investimento prodotto in servizi competenti, formazione, cure farmacologiche adeguate viene ampiamente ripagato dalla riduzione di malattie correlate al fumo: tumori, cardiopatie e vasculopatie, malattie respiratorie, gastroenteriche, urologiche e altre ancora.

Da qui l'impegno della Società Italiana di Tabaccologia per l'inserimento dei trattamenti nei LEA, la formazione, la ricerca, lo sviluppo degli insegnamenti universitari, l'assegnazione di risorse certe e strutturate ai centri che possiedono i requisiti organizzativi e clinici necessari.

Epidemiologia del tabagismo in Italia: dai numeri alle proposte

*Riccardo Tominz **

E' noto che la principale causa di morte nei paesi occidentali è ormai costituita dalle malattie croniche: in primis cardiopatie, ictus, cancro, malattie respiratorie croniche. Tutte queste, indipendentemente da età, sesso o provenienza geografica, hanno in comune alcuni fattori di rischio modificabili, soprattutto una dieta inappropriata, la mancanza di attività fisica e l'uso di tabacco. Fra le fonti più complete circa la responsabilità del tabacco nell'etiologia di tutta una serie di patologie, non solo tumorali, dobbiamo citare il Surgeon General's Report del 2004: "The Health Consequences of Smoking", e quello del 2006: "The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke". Un dato fondamentale è il Rapporto fra il Rischio di morte (RR) per una data patologia nei fumatori attuali (e negli ex fumatori) rispetto ai mai fumatori. Questo, elaborato assieme alle percentuali di fumatori e di ex fumatori, restituisce un'informazione di grande interesse epidemiologico: la proporzione di decessi attribuibili al fumo, per singola patologia e globalmente. E' però anche possibile attuare il percorso inverso: l'associazione fra fumo di tabacco e cancro del polmone è talmente forte e specifica (RR di 23,26 per il maschio fumatore attuale, CPSII, 1982-88) da poter stimare l'uso del tabacco (come Smoking impact), partendo dalla mortalità per quel tumore. In questo modo è stato possibile calcolare che, nel mondo, la mortalità tabacco correlata aumenterà da 5,4 milioni nel 2005 a 6,4 nel 2015 ed a 8,3 nel 2030 (tali stime non tengono conto delle prove che stanno consolidandosi circa un'associazione fra il fumo e la tubercolosi, particolarmente in Cina ed in India). Nel 2015 la mortalità tabacco correlata risulterà in primo luogo dovuta a tumori (33%) seguiti dalle malattie cardiovascolari e da quelle respiratorie (entrambe al 29%) e rappresenterà il 10% di tutte le morti (50% di più dell'HIV/AIDS). Se però per il 2030 le morti tabacco correlate dovrebbero raddoppiare nei paesi a reddito medio – basso, per quelli con reddito elevato è prevista una diminuzione del 9% (fra il 2002 e il 2030). La situazione sembrerebbe quindi in lento miglioramento per i paesi come l'Italia. La realtà è però diversa, perché più della metà delle morti tabacco-correlate avvengono nella fascia d'età 30 - 69 anni.

** Unità Funzionale di Epidemiologia , Dipartimento di Prevenzione , ASS 1 "Triestina"*

Se consideriamo la maggior speranza di vita dei paesi ad alto reddito e misuriamo il *burden of disease* come anni di vita perduti e non semplicemente come numero di morti, il confronto con i paesi a reddito medio-basso risulta allora meno favorevole.

In Italia, attualmente, il 15% dei decessi, nella popolazione con più di 34 anni, è attribuibile al fumo di tabacco. Tale percentuale diviene il 36% per i maschi fra 35 e 69 anni. L'unico modo che abbiamo per diminuire queste percentuali è modificare la quota dei fumatori, possibilmente senza incrementare quella degli ex fumatori. Far sì quindi in primo luogo che le persone non comincino a fumare e, secondariamente, impegnarsi perché chi fuma cessi.

Un terzo punto riguarda il fumo passivo. Restando fra le mura domestiche, nel 2004 risultava abitualmente esposto il 52% dei bambini al secondo anno di vita (fumava il 22% delle madri ed il 38% dei padri). Anche qui siamo in grado di valutare l'impatto sulla salute: per l'Italia sono stati stimati, fra l'altro, 87 casi per anno di SIDS (spesso sono state incolpate le vaccinazioni, senza verificare se i genitori fumavano!) e 221 morti per anno per tumore del polmone in coniugi di fumatori.

Il dato principale da considerare, soprattutto in un'ottica di programmazione delle attività di contrasto al tabagismo, è la percentuale di fumatori, e tre sono le fonti principali cui possiamo ricorrere. Innanzi tutto l'Istat, tramite Health for All, secondo la quale dal 1993 al 2007 i maschi fumatori (dai 15 anni in su) sono passati dal 36% al 29%, con un decremento costante nel tempo. Frazionando per età si nota come tale decremento sia parallelo per le fasce 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e più, mentre per quelle 15-24 e 25-34 tale tendenza risulta meno chiara.

Per il genere femminile, invece, si è rimasti fermi al 17%. Se questo è il dato globale, l'analisi per fasce d'età mostra un netto decremento fra i 25 ed i 44 anni, una sostanziale stabilità nella fascia oltre i 65 ed una netta tendenza all'aumento in quella 45-64. Dal 2000 le fasce 15-24 e 25-34 appaiono tendenzialmente stabili.

La Doxa offre un panorama un po' diverso: cominciando dagli anni '50 si nota dapprima un forte calo nei maschi (dal 65% al 35% attorno al 2000) e, parallelamente, un forte aumento nelle femmine (dal 6% al 26% negli anni '90). La tendenza indica un lento, costante decremento, parallelo nei due sessi, fino ad arrivare al 2008, che mostra un 26% di fumatori nei maschi e un 18% nelle femmine (da notare la differenza con l'Istat per quanto concerne i maschi: 29% vs 26%).

A queste due fonti storiche se ne affianca oggi una terza, il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia). I dati di questo sistema si riferiscono ai residenti con età compresa tra 18-69 anni, e sono ricavati da interviste telefoniche effettuate da personale delle

Aziende sanitarie. Non è ancora possibile un confronto sul pregresso, ma trattandosi di un sistema elaborato in ambito sanitario e gestito da “addetti ai lavori” integra le fonti di cui sopra in maniera molto interessante. In estrema sintesi, oltre alla percentuale di fumatori che è misurata nel 35% dei maschi e 26% delle femmine (attenzione, PASSI considera i residenti fra 18 e 69 anni!), sono fornite le seguenti informazioni: si fuma nel 30% delle abitazioni private e nel 15% dei luoghi di lavoro e l’84% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici viene rispettato sempre o quasi sempre. Quanto alla cessazione il 60% dei fumatori riferisce che nell’ultimo anno un operatore sanitario gli ha consigliato di smettere, ma ben il 94% degli ex fumatori ha smesso da solo. Inoltre il 41% dei fumatori ha riferito di aver tentato di smettere nel corso dell’ultimo anno.

Quest’ultimo dato è forse fra i più interessanti, e fa porre una domanda: se questi fumatori avessero potuto rivolgersi ad un operatore sanitario formato alla *smoking cessation* quanti di essi avrebbero mantenuto l’astinenza?

In tal senso uno dei contributi dell’epidemiologia consiste nel fornire le prove di efficacia: cosa fare, come investire i pochi fondi a disposizione cercando di ottenere il massimo risultato.

La prevenzione primaria in ambito scolastico è considerata fra le strategie più appropriate per affrontare l’uso di sostanze (fra cui il tabacco), ma solo programmi volti all’aumento delle capacità sociali e della percezione della responsabilità personale, e soprattutto se con il coinvolgimento attivo dei genitori, sembrano avere prospettive di successo. Ciò farebbe auspicare un qualche controllo sulle attività, all’interno della scuola, volte al contrasto e alla prevenzione, fra l’altro, del tabagismo, in modo da utilizzare il parere di comitati di esperti che forniscano una sorta di “accreditamento” qualitativo dei fornitori. Per altro si sa che interventi limitati, *self made*, possono anche sortire effetti contrari a quelli sperati, mentre è dimostrata l’efficacia di interventi di promozione alla salute di dimensioni nazionali, col supporto della rete, tramite campagne informative, anche se ciò è molto costoso, a partire dal confezionamento del prodotto.

Nel campo della terapia le prove di efficacia sono molto più chiare, e quindi dovrebbe essere molto più facile la proposta ai *decision makers* di strategie fondate su buone pratiche. Uno dei documenti più completi e recenti è *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. La regola fondamentale sta nella forte raccomandazione, rivolta a tutti i clinici (con ciò intendendo tutto il personale sanitario a contatto con l’utenza), di ricorrere al counseling per la dipendenza da tabagismo e di utilizzare trattamenti (farmacologici e non) di provata efficacia, nonché nell’invito a sistemi sanitari, amministratori e politici di assicurare ai clinici la disponibilità di detti trattamenti. Infine, sulla prevenzione del fumo passivo, occorre sottolineare l’efficacia dei divieti. Il problema è farli rispettare, attraverso un

comportamento allo stesso tempo fermo ma rispettoso della condizione del fumatore. Se concordiamo sul fatto che il tabagista è un malato, che soffre di una dipendenza anche fisica, che non può resistere per più di qualche ora senza fumare senza andare in craving, allora provvedimenti che vietino genericamente il fumo in luoghi come i cortili delle scuole e le pertinenze degli ospedali possono risultare vuote dichiarazioni di intenti, se non si è in grado di far rispettare i divieti là dove più sono necessari, cioè nei locali chiusi (in particolar modo ospedali o luoghi di divertimento per i giovanotti, molto banalmente, i gabinetti delle scuole...).

L'epidemiologia, dunque, è in grado di fornire diversi contributi, purché sia tenuta nella dovuta considerazione ed i suoi dati siano interpretati in correttamente.

Un sito evidentemente legato alle multinazionali del tabacco propaganda un atteggiamento svalutante su quanto abbiamo finora affermato. Scrivono:

“Di tutte le morti attribuite al tabagismo, neppure per una si può provare singola causalità eziologica....Si parla solo di morti statistiche, con attribuzioni fasulle o senza prova, generate dai computer...”, Ma ciò non è quello che sentiamo. Invitiamo i ciarlatani antifumo a provare scientificamente che una sola morte tra i milioni di cui blaterano sia causata dal tabacco”.
(<http://www.forcesitaly.org/italy/evidenza/evid/morti.htm>).

Deve far parte del nostro impegno aiutare i nostri decisori e i politici a vedere la differenza tra un approccio scientifico ed uno superficialmente svalutante. Diversamente dovremo renderci conto che l'epidemiologia resterà una scienza per pochi.

Bibliografia

1. Organizzazione mondiale della sanità, Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale: rapporto globale dell'Oms. ISBN 88-88734-13-9
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA:
3. 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, 2004.
4. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General—Executive Summary.

5. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006
6. WHO, The global burden of disease: 2004 update. ISBN 978 92 4 156371 0
7. PLoS Medicine, www.plosmedicine.org 2030 November 2006, Volume 3, Issue 11 e 442 Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 Colin D. Mathers*, Dejan Loncar <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030442>
8. R. Tominz, N. Binkin, A. Perra, gruppo di lavoro ICONA. Esposizione al fumo passivo di tabacco nei bambini italiani al secondo anno di vita. Medico & Bambino dicembre 2005 n10 vol XXIV
9. Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Health impact of exposure to environmental tobacco smoke in Italy *Epidemiol Prev.* 2002 Jan-Feb;26(1):18-29
10. Gorini G, Chellini E, Querci A, Seniori Costantini A. Impact of smoking in Italy in 1998: deaths and years of potential life lost *Epidemiol Prev.* 2003 Sep-Oct;27(5):285-90
11. Poropat, G.L. Montina, R.Tominz, V. Zagà, S. Ticali, R. Ciarfeo Purich I numeri del tabagismo in Italia ed altri stati: un confronto critico *Tabaccologia* 2003;1:20-28
12. HEALTH FOR ALL – ITALIA (dicembre 2008) <http://www.istat.it/sanita/Health/>
13. Indagine DOXA-ISS, Il fumo in Italia 2008
14. Sistema di sorveglianza Passi: sintesi del rapporto nazionale 2007 www.epicentro.iss.it/passi
15. Treating tobacco use and dependence: 2008 update, Rockville(MD); US Department of Health and Human Services, Public Health Service and Human Services, 2008, mai, 257 p. <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm>
16. Guide to Community Preventive Services. Reducing tobacco use initiation: mass media education campaigns combined with other interventions. www.thecommunityguide.org/tobacco/initiation/massmediaeducation.html.
17. Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Educ Res.* 2007 Apr;22(2):177-91. Epub 2006 Jul 20.
Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jul 19;3:CD001293.

Centri Antifumo : aspetti organizzativi, criticità e punti di forza

*Vincenzo Zagà **

La situazione attuale

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 e l'ultimo documento del Ministero della Salute "Guadagnare salute-rendere facili le scelte salutari", in linea con gli intenti degli organismi sanitari internazionali, indicano la lotta al tabagismo tra gli obiettivi diretti a promuovere comportamenti e stili di vita per la salute. Ciò perché il tabagismo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile, in Italia e nel Mondo, fra quelle non infettive.

Nell'ambito quindi di una cultura volta a promuovere comportamenti a favore della salute se è fondamentale informare le persone rispetto ai rischi legati al fumo di tabacco è altresì essenziale da un lato fare prevenzione primaria del tabagismo in modo che sempre meno sperimentatori diventino fumatori abituali e dall'altro supportare le persone fumatrici nel percorso per smettere di fumare. In questa direzione un ruolo centrale è rappresentato dall'attività dei servizi per la cessazione dal fumo di tabacco, convenzionalmente definiti Centri Antifumo (CAF) o Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT). Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 auspicava infatti la disassuefazione dal fumo, tramite il contributo dei Medici di Medicina Generale (MMG), i Centri Antifumo già operanti e l'attivazione presso le Aziende Sanitarie Locali (ASL) o le Aziende ospedaliere di nuovi CAF o in alternativa di Ambulatori per la cura del tabagismo.

L'OssFAD fin dal 2000 censisce le strutture e mette a disposizione le informazioni raccolte on-line sul sito dell'OssFAD (www.iss.it/ofad), sul sito del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it) e tramite il Telefono Verde contro il Fumo 800 554088. Ogni anno l'OssFAD effettua un lavoro di aggiornamento telefonico dei Centri Antifumo e le informazioni indicate nella Guida vengono accuratamente verificate contattando direttamente i Referenti dei Centri.¹

*Coordinatore Centri Antifumo-Pneumotisiologia Territoriale AUSL di BO
Caporedattore di Tabaccologia, vincenzo.zaga@ausl.bo.it*

Localizzazione geografica e ubicazione

Nell'aprile 2008 tutti i Centri Antifumo del territorio italiano sono stati contattati all'OssFAD per verificarne la funzionalità e l'organizzazione. I CAF in effettiva attività sono risultati 267 e dislocati prevalentemente al nord (59%) rispetto al centro (22%) e al sud (19%).(Tabella 1)^{1,2}

Regione	Centri SSN*	Centri LILT**	Totale	%
Nord				
Emilia Romagna	35	9	44	12,2
Friuli-Venezia Giulia	7	3	10	2,8
Liguria	10	4	14	3,9
Lombardia	38	10	48	13,3
Piemonte	22	8	30	8,3
Trentino-Alto Adige	10	2	12	3,3
Valle d'Aosta	1	1	2	0,6
Veneto	34	7	41	11,3
Totale	157	44	201	55,7
Centro				
Lazio	16	6	22	6,1
Marche	11	4	15	4,1
Toscana	23	10	33	9,1
Umbria	9	2	11	3,0
Totale	59	22	81	22,3
Sud e Isole				
Abruzzo	6	4	10	2,8
Basilicata	2	2	4	1,1
Calabria	4	3	7	1,9
Campania	12	5	17	4,7
Molise	1	2	3	0,8
Puglia	13	4	17	4,7
Sardegna	5	2	7	1,9
Sicilia	8	7	15	4,1
Totale	51	29	80	22,0
Totale	267	95	362	100

* Centri di ospedali, ASL; ** Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

(Tabella 1:Centri Antifumo censiti nel 2007-Distribuzione regionale)

Se si confrontano i dati del 2007 con quelli del 2001 si osserva come sia notevolmente cambiata la situazione rispetto a sei anni fa. Infatti, in totale si è avuto un incremento nel numero dei centri antifumo pari al 56,1% a

Regioni	N. Centri		Variazione assoluta	Variazione %
	2001	2007		
Nord				
Emilia Romagna	23	35	+12	+52,2
Friuli-Venezia Giulia	7	7	0	0
Liguria	4	10	+6	+150
Lombardia	19	38	+19	+100
Piemonte	16	22	+6	+37,5
Trentino-Alto Adige	4	10	+6	+150
Valle d'Aosta	0	1	+1	+100
Veneto	27	34	+7	+25,9
Totale	100	157	+57	+57
Centro				
Lazio	11	16	+5	+45,5
Marche	4	11	+7	+175
Toscana	19	23	+4	+21
Umbria	2	9	+7	+350
Totale	36	59	+23	+64
Sud e Isole				
Abruzzo	1	6	+5	+500
Basilicata	1	2	+1	+100
Calabria	5	4	-1	-20
Campania	7	12	+5	+71
Molise	1	1	0	0
Puglia	14	13	-1	-7,1
Sardegna	1	5	+4	+400
Sicilia	5	8	+3	+60
Totale	35	51	+16	+46
Totale	171	267	+96	+56,1

* Non sono confrontati i centri della LILT in quanto nel 2001 non erano stati censiti

(Tabella 2: Distribuzione regionale dei Centri Antifumo nel 2001 e nel 2007)

conferma che in questi anni tutte le Regioni e in generale le Istituzioni hanno collaborato e lavorato affinché si sviluppasse ulteriormente sul proprio territorio una rete di supporto e di aiuto per coloro che vogliono intraprendere un percorso per smettere di fumare (Tabella 2).¹

Confrontando i dati del 2007 con quelli del 2006 si registra complessivamente un aumento di Centri Antifumo del 4,6% corrispondenti a 16 centri in più sul territorio nazionale, ma quasi esclusivamente afferenti all'Italia settentrionale.

Per quanto riguarda l'ubicazione professionale dei CAF sono risultati operanti in gran parte presso i SERT (29,9%) e presso le Pneumologie (29,6%)² Nel 2007, più di 15.000 fumatori hanno ricevuto un intervento per smettere di fumare da parte dei Centri Antifumo. Questo numero potrebbe aumentare con una campagna più estesa e mirata sui Medici di Medicina Generale (MMG).^{3,4}

infatti le Linee Guida sulla smoking cessation indicano che i MMG rappresentano l'avamposto, la "testa di ponte" dei CAF, agendo con un brief counselling opportunistico e riservandosi di inviare ai CAF i casi più difficili e complessi.⁵

Modalità di accesso

L'accesso più utilizzato dai CAF per l'iscrizione ai Corsi è quello fatto direttamente ai Centri interessati mediante telefono o recandosi sul posto, bypassando le prenotazioni CUP (Tab). L'apertura dei CAF è variabile e va da 1 a 7 giorni alla settimana. I costi sono molto variabili. Al momento l'unica Regione che ha deliberato l'accesso gratuito, dal luglio 2008, è l'Emilia-Romagna.²

SCS Characteristics	%
Registration procedures	
By telephone	33.9
Direct to SCS	1.3
A combination of both	64.8
Registration modalities	
Written family doctor request	49.8
Free admission	44.6
A combination of both	4.8
Data not available	0.8
Consulting days per week	
1-3 days	36.3
4-5 days	43.1
6-7 days	3.4
Data not available	17.2
Costs of access to smoking cessation programs	
Patient's contribution required	59
Cost-free	22
A combination of both	19

Modalità di accesso ai CAF in Italia

Programmi di smoking cessation

Nel 94% dei CAF viene utilizzata la farmacoterapia, seguita al

counselling individuale (84%) e dalla terapia di gruppo (64%) con un “altri trattamenti” (agopuntura, ipnoterapia e tecniche di rilassamento) al 20%. Fortemente praticata è la terapia integrata fra tutti questi trattamenti.²

Combinations of therapeutic treatment	%
Pharmacotherapy + Individual counseling + group therapy	32.2
Pharmacotherapy + Individual counseling	22.1
Pharmacotherapy + Individual counseling + group therapy + other treatment*	17.6
Other combinations	28.1

Gli operatori dei centri

Gran parte delle equipe dei CAF hanno in forza una figura medica (96,3%), seguita da “altri professionisti” (81,6%) come infermieri, fisioterapisti, sociologi, personale amministrativo, educatori, e da psicologi clinici (60,3%); nella gran parte dei casi (96.6%) tutti questi operatori operano in team con la figura medica.²

Numero di trattamenti ed efficacia

Nel 2007, più di 15.000 individui hanno chiesto aiuto ai CAF. L’analisi dei dati di questa inchiesta OssFAD ha mostrato che il 47,7% dei CAF ha trattato 10-50 fumatori, il 28,9% 50-100 fumatori e il 23,4% più di 100 fumatori. In media ogni Centro ha trattato 70 fumatori per smettere di fumare.²

Il Gruppo di Studio dei Servizi Territoriali per la Cessazione dal Fumo di tabacco dell’OssFAD nel 2003-04 ha effettuato uno studio multicentrico di efficacia, il primo effettuato su scala nazionale, su 41 CAF sparsi in 16 Regioni d’Italia. La popolazione di studio ha interessato 1226 pazienti che intendevano smettere di fumare in un CAF del Servizio Sanitario Nazionale. Predittori di successo sono risultati essere: di sesso maschile, presenza di un partner, forte motivazione a smettere, pregressi tentativi di smettere, media dipendenza nicotinic e on presenza di disturbi mentali. Tutti i tipi di trattamento per smettere di fumare effettuati sono risultati efficaci con

percentuali diverse a seconda della tipologia di trattamento utilizzata: efficacia del 25% si sono avute per pazienti che avevano ricevuto una singola sessione di counseling motivazionale, e del 65,3% per quelli che avevano ricevuto terapia con NRT combinata a terapia di gruppo.⁶

Il progetto “Inspiro”

I centri per la terapia del tabagismo, spesso definiti Centri Antifumo (CAF) sono sorti alla fine degli anni '90 e il loro numero è andato progressivamente aumentato dal 1999 al 2003 a 350 CAF inclusi quelli già consolidati delle Leghe Tumori, come un'esplosione, all'improvviso. La rapida nascita di questi Centri, senza alcuna pianificazione e progettualità su scala nazionale, ovviamente creava legittimi dubbi sulla loro efficienza, sulla operatività organizzativa e qualità di erogazione delle prestazioni. Fu così che nel 2004, SITAB lanciò il Progetto INSPIRO, svolto con il supporto della Dompè S.p.A., al fine di mappare la situazione organizzativa ed operativa dei CAF in Italia. Uno degli obiettivi era quello di conoscere i principali parametri di valutazione del paziente fumatore in cura nei Centri specializzati nella terapia del tabagismo, o di 2° livello, il tipo di terapie eseguite, il livello di formazione degli operatori e le fonti di aggiornamento in tabaccologia. Lo studio ci ha poi fornito anche dati collaterali di tutto rispetto, che assumono maggiore significato per la numerosità del campione esaminato. Infatti, ben 139 centri hanno aderito all'indagine conoscitiva.⁷

Il formato del questionario da utilizzare, progettato dal Direttivo Nazionale SITAB con il supporto tecnico della Link-Italia, fu pensato in modo da raccogliere le informazioni più rilevanti senza dover oberare il singolo operatore durante la compilazione. Il questionario era strutturato nelle seguenti sezioni:

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

L'adesione è stata al termine dello studio di 139 Centri Antifumo, che hanno inviato i questionari compilati a Link Italia per l'elaborazione dati. Questi poi sono stati discussi e analizzati nell'ambito di un apposito Convegno SITAB, “La valutazione clinica del paziente fumatore”, tenutosi a Roma il 24

settembre 2005, presso l'Hotel Hilton di Fiumicino (Roma). Al termine dei lavori è stato stilato un documento di *consensus* che esprime il risultato dei gruppi di lavoro che durante il convegno, ognuno per sezione o area, hanno analizzato, discusso ed elaborato i dati dello studio INSPIRO elaborando proposte operative per uno standard di qualità in base alle criticità riscontrate. Il Documento Finale contiene dunque una analisi, distinta per aree di argomento, delle criticità attualmente rilevate nei Centri per il Trattamento del Tabagismo e delle indicazioni che possono orientare l'attività clinica e gli aspetti organizzativi. Ne è venuto fuori un documento finale condiviso che al momento rappresentano le Linee Guida per i Centri Antifumo della Società Italiana di Tabaccologia.⁸ Questi i punti principali:⁹

Il consensus e le indicazioni della Società Italiana di Tabaccologia

A) Area organizzativa

A.1 Localizzazione geografica e ubicazione dei CAF del Progetto INSPIRO

In sintesi, dal punto di vista geografico il maggior numero di questionari compilati sono arrivati dalle regioni del Nord (71 col 51,1%), seguiti dal Sud (40 col 28,8%) e dal Centro (28 col 20,1%). Da evidenziare, tuttavia, che una

graduatoria definitiva dei contributi, a livello delle prime sei Regioni, ha mostrato un grado di partecipazione diffuso in tutto il Paese:

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

In proporzione al totale, i questionari dai Centri Antifumo di tipologia pneumologica sono stati il 34,53%, seguiti dai Dipartimenti delle

Dipendenze/SerT (28,06%) e della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (13,53%). I restanti contributi sono arrivati da altre tipologie specialistiche, per esempio cardiologico, ma anche poli-specialistiche come i CAF di AUSL formati da professionisti con qualifiche diverse. **Si auspicava una più omogenea diffusione dei centri nel territorio.**

A. 2 Centri Antifumo e Ambulatori per il tabagismo

Per superare le difficoltà di comunicazione relative alla cura del tabagismo e ai problemi fumo-correlati, è stato proposto di definire i “Centri Antifumo”, in modo più appropriato, come **“Centri per la Prevenzione e/o il Trattamento del Tabagismo” (CTT)**, anche se convenzionalmente per brevità comunicativa verranno indicati come Centri antifumo (CAF), aventi caratteristiche peculiari e dotati di propria specificità rispetto alle strutture specialistiche che curano i danni d’organo provocati dal fumo. I Centri privi di adeguato supporto multi-professionale e/o dedicati esclusivamente alla cura potrebbero meglio essere definiti come **“Ambulatori per il tabagismo”**.

A.3 Riconoscimento istituzionale dei CAF e inserimento nei LEA

Già allora, i gruppi di consensus indicarono l’urgenza dell’accreditamento istituzionale dei Centri e degli Ambulatori e del riconoscimento nell’ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle prestazioni erogate da queste strutture. Nel proporre ciò si sottolinea l’urgenza di definire dei requisiti minimi che ciascun Centro deve possedere per essere accreditato, sia in termini di figure professionali e di spazi fisici, ma anche in rapporto alla metodologia utilizzata. In particolare emerge la necessità che: a) i Centri possano rappresentare il punto di riferimento anche per la prevenzione del tabagismo, la promozione e l’educazione alla salute, la formazione e ricerca; b) queste strutture si collochino in un’ottica di rete con i contesti di cura di 1° livello (medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta, ambulatori specialistici).¹

B) Modalità di trattamento

Nell'ambito degli interventi terapeutici si constatava l'elevata eterogeneità dei percorsi metodologici, influenzata sia dal tipo di risorse disponibile, sia dal background formativo e professionale degli operatori che se ne occupano.

Si raccomandava perciò che: Ogni Centro assicuri una **modalità di approccio integrato, attraverso una equipe multidisciplinare**, anche attraverso sinergie e alleanze tra diverse risorse operanti nel territorio.

Le modalità di trattamento applicate siano standardizzate ed in larga misura condivise.

Ciascun operatore sia adeguatamente formato con criteri di qualità ed omogeneità applicabili sul territorio nazionale, nel rispetto delle linee guida e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Venga resa possibile la **rimborsabilità dei farmaci** utilizzati nel trattamento del tabagismo,¹⁰ quantomeno la loro collocazione in fascia H, affidandone la prescrizione alle strutture accreditate di 2° livello (CAF).

C) Valutazione e diagnosi

Anche in ambito diagnostico sono state osservate elevate diversità operative. Per ovviare a questa criticità, si è ritenuto opportuno proporre:

Una maggiore omogeneità gestionale anche nei tempi di attesa tra Colloquio Clinico e programma terapeutico. La creazione di una cartella clinica informatizzata, che preveda anche la descrizione dei parametri clinici fondamentali (per es. anamnesi tabacologia e generale, peso, altezza, P.A.), somministrata da un operatore adeguatamente formato.

Una più attenta somministrazione del Nicotine Addiction Test (Test di Fagerstrom), indicato come test di riferimento per la misurazione della dipendenza fisica da nicotina. Si sottolinea altresì la necessità di implementare il percorso diagnostico con altri test idonei ad indagare il livello. motivazionale, il tono dell'umore, l'autoefficacia, ed altri aspetti di rilievo del percorso terapeutico del fumatore.

La misurazione del CO espirato va considerata come uno standard qualitativo indispensabile nella terapia del tabagismo. Si suggerisce inoltre, per migliorare l'adesione al percorso di trattamento, che la valutazione venga eseguita possibilmente in un solo incontro (salvo necessità di specifici approfondimenti) da personale formato o, eventualmente, dall'equipe multidisciplinare.

Si ritiene necessario effettuare i follow-up sia per il monitoraggio clinico che

per fornire occasioni di rinforzo del risultato raggiunto, con la misurazione del CO espirato almeno dopo 1, 3, 6, 12 mesi di astensione dal fumo.

Si ritiene opportuno ed auspicabile che i Centri Antifumo organizzino un lavoro di rete che assicuri un adeguato supporto tecnico da parte di altri specialisti, per eventuali approfondimenti e aggiornamenti diagnostici o terapeutici.

D) Formazione e ricerca

La Formazione deve prevedere livelli differenziati di ruolo (formatori, supervisori, operatori-conduttori, e operatori in ambito di prevenzione) e di formulazione didattica.

Il **1° livello** comporterà l'insegnamento dei concetti basilari inerenti il problema (fenomenologia, epidemiologia, patologie, problemi fumo-correlati), il Metodo (strumenti di intervento in prevenzione e terapia) il ruolo dell'Operatore (definizione, posizionamento, abilità, insight, capacità di relazione) e il lavoro nel Territorio (normative, lavoro di rete, comunicazione sociale), opportunamente calibrati verso le differenti figure professionali, in particolare MMG, medici specialisti, psicologi, infermieri, operatori sanitari di altra estrazione;

Il **2° livello** sarà di tipo esperienziale e permetterà di orientare maggiormente i professionisti al "saper fare", attraverso stage pratici di conduzione e partecipazione diretta alla gestione dei servizi, dal colloquio clinico alla terapia, alla valutazione conclusiva dell'intervento.

La Formazione dovrà assicurare possibilmente l'aggiornamento continuo ed il tutoraggio diretto o a distanza degli operatori nel 1° e nel 2° livello di formazione da effettuarsi attraverso master e corsi specifici, che assicurino elevati e condivisi standard di preparazione. Si ritiene indispensabile un incremento delle risorse umane dedicate, oltre che alla Clinica, anche alla Formazione e alla Ricerca.

Si ritiene necessario incrementare gli strumenti di aggiornamento, come le riviste scientifiche, le newsletter, i forum dedicati. A tale proposito è utile che gli operatori e i professionisti dell'area tabagismo, aderiscano a "Globalink International" ed al suo forum italiano "Globalink-Italia", come punto di incontro e di confronto tra gli specialisti del settore.

Viene caldeggiato l'utilizzo della cartella clinica informatizzata, per consentire una più agevole gestione dei dati, anche a fini di ricerca. Si evidenzia, infine, la disponibilità della rivista di Tabaccologia ad ospitare

contributi scientifici e proposte e a farsi punto di raccolta delle varie esperienze della realtà italiana.

CONCLUSIONI

Negli ultimi anni i CAF hanno subito un processo di stabilizzazione sul territorio sviluppando e assimilando vari modelli di trattamento. Sebbene i processi di progressiva organizzazione dei CAF ne abbiano migliorato l'accesso e l'efficacia, alcuni di questi sono ancora alla ricerca del gold standard qualitativo necessario per poter fare parte di un network nazionale integrato e il più possibile omogeneo al fine di poter avere dati comparabili tra di loro. Sta di fatto comunque che da quando sono stati istituiti, i CAF hanno svolto un importante ruolo nell'aiutare la popolazione generale a smettere di fumare. La Consensus scaturita dalla elaborazione del Progetto "INSPIRO" è che vi è necessità di migliorare il lavoro dei Centri Antifumo dal punto di vista organizzativo e l'*empowerment* dell'operatore. L'altro problema è che i Centri Antifumo (CAF), in Italia, sono ancora pochi in considerazione degli oltre 11 milioni di fumatori presenti ancora in Italia, e le politiche sanitarie dovranno considerare l'opportunità e la necessità di incrementare una politica di sviluppo in questo ambito. In considerazione del fatto che il tabagismo rimane il primo fattore assoluto di rischio delle maggiori patologie non infettive.

Requisiti dei centri per il Trattamento del Tabagismo

Definizione

Si definiscono Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) o Centri Antifumo (CAF) le strutture di cura ed eventualmente anche di prevenzione del tabagismo con personale sanitario dedicato che opera in modo multidisciplinare.

Aspetti formali

Si auspica che il CTT operi previo riconoscimento formale (per es. delibera) della propria azienda.

Struttura

L'attività è svolta in locali dedicati (anche parzialmente) che differenziano l'utente tabagista dagli altri. I locali sono idonei ed adeguatamente dotati da un punto di vista medico e informatico. Si sottolinea la necessità dell'utilizzo di un misuratore di CO espirato per il monitoraggio e la diagnosi tabaccologica.

Personale

Si richiede che il personale operante sia dedicato (anche parzialmente) all'attività, sia stato specificamente formato nell'ambito del tabagismo e segua adeguati percorsi di aggiornamento. E' necessario che vengano garantite competenze mediche e psicologiche, senza escludere l'eventuale integrazione con altre figure professionali.

Accesso

Orari di apertura settimanali, strutturati e congrui al fabbisogno del territorio. Deve essere garantito un contatto telefonico e diretto.

Approccio metodologico

Il Centro realizza interventi di carattere diagnostico-terapeutico "evidence based" che integrano la dimensione psicologica con quella medica. Il Centro è in grado di garantire attività di counselling (da parte di personale formato) e la prescrizione/monitoraggio dell'uso dei farmaci di uso validato per la dipendenza da tabacco.

Valutazione e diagnosi

La valutazione deve essere multidimensionale e multidisciplinare, comprendendo (schematicamente) le seguenti aree:

- Visita medica
- Anamnesi tabaccologica
- Misurazione CO
- Valutazione dipendenza Fagerstrom (FTQ)
- Valutazione della motivazione
- Valutazione ansia, tono dell'umore e disturbi alimentari, consumo di alcol e droghe

Casistica

Si ritiene che la qualità degli interventi, dopo il periodo di "avvio" dell'attività clinica, sia garantita da un congruo numero di accessi annuali, pari ad un minimo di 50-80 casi l'anno.

Follow-up

Il follow-up viene indicato come una fase importante del percorso di trattamento, comprendendo in questa definizione sia le misurazioni del CO espirato che gli incontri programmati col paziente. Le scadenze consigliate sono a 3,6,12 mesi.

Bibliografia

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (Ed.). Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento 2007). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Strumenti di riferimento 08/S1).

(<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/guida%20completa%202008.1211961189.pdf>)

Di Pucchio A, Pizzi E, Carosi G, Mazzola M, Mattioli D, Pacifici R and Pichini S. National Survey of the Smoking Cessation Services in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2009, 6, 915-926; doi:10.3390/ijerph6030915)

Ferketich, A.K.; Gallus, S.; Colombo, P.; Fossati, R.; Apolone, G.; Zuccaro, P.; La Vecchia, C. Physician-Delivered Advice to Quit Smoking Among Italian Smokers. *Am. J. Prev. Med.* 2008, 35, 60-63.

13. McEwen, A.; West, R.; Owen, L.; Raw, M. General practitioners' views on and referral to NHS smoking cessation services. *Public Health* 2005, 119, 262-268.

Zuccaro, P.; Caraffa, G.; Corti, F.M.; Davoli, M.; Enea, D.; Fogliani, V.; Galeone, D.; Malvezzi, E.; Minozzi, S.; Nardini, S.; Pacifici, R.; Vannuzzo, D.; Gruppo di Lavoro OssFAD. Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Guida breve per la realizzazione degli interventi (Aggiornamento 2008), Istituto Superiore di Sanità: Roma, Italy, 2008; Available at <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/linee%20guida%20brevi%202008%20per%20web.1211805168.pdf> (accessed February 2009).

Belleudi V, Bargagli AM, Davoli M, Di Pucchio A, Pacifici R, Pizzi E, Zuccaro P, Perucci CA. Characteristics and effectiveness of smoking cessation programs in Italy. Results of a multicentric longitudinal study. *Epidemiol Prev* 2007; 31(2-3):148-57.

Poropat C, Mangiaracina G. Le ricadute del progetto INSPIRO. *Tabaccologia* 2008; 3: 15-16.

Mangiaracina G. Finalmente INSPIRO. *Tabaccologia* 2005; 3: 2-3.

C. Chiamulera, G. Mangiaracina, V. Zagà, C. B. Tinghino, C. Poropat, M. Del Donno. Dossier/Progetto Inspiro. L'indagine SITAB sui Centri Antifumo italiani: album di foto o film in svolgimento? *Tabaccologia* 2006; 4: 39-41.

Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. *Addiction* 2005; 100:1012-20.

La dipendenza neurochimica

Cristiano Chiamulera*

Gli effetti psicoattivi della nicotina

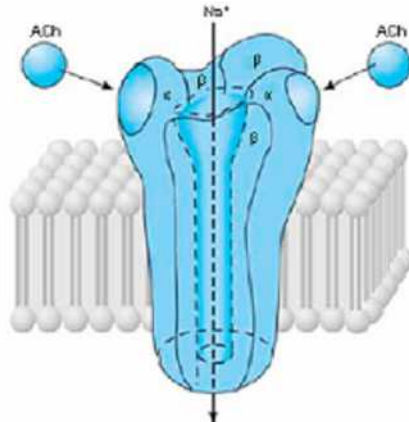
Fumare induce una serie di modifiche dell'umore, dell'attenzione, dell'emotività. Questi effetti psicologici piacevoli determinano l'instaurarsi ed il mantenimento di un comportamento compulsivo protratto nel tempo (Heishman et al, 1994). Analogamente, la nicotina induce miglioramento dei processi cognitivi, delle capacità di concentrazione, dell'attenzione e della performance psicomotoria. I fumatori riportano effetti ansiolitici e di miglioramento dell'umore. Questi effetti positivi aumentano la probabilità del continuare a fumare e risultano correlati, da recenti studi di risonanza magnetica, all'attivazione metabolica da parte di nicotina di aree cerebrali come amigdala, talamo e nucleus accumbens (NAcc), note per il loro coinvolgimento nei processi affettivi. Fumare è quindi assunzione cronica di nicotina. Il comportamento del fumare è regolato accuratamente - sia come frequenza che come intensità - in modo tale da mantenere stabili i livelli plasmatici della nicotina stessa (Corrigall, 1999). La nicotina raggiunge velocemente il cervello entro pochi secondi dall'inalazione. Questo è possibile in quanto le caratteristiche di manifattura e di combustione della sigaretta rendono disponibile la nicotina in una forma che penetra rapidamente le membrane che proteggono il cervello. La stretta associazione temporale – si definisce *contingenza* – tra l'atto di aspirare e gli effetti piacevoli è l'elemento fondamentale per lo stabilirsi di un *comportamento rinforzato* di assunzione di una droga.

I recettori nicotinici

La nicotina che entra nel cervello esercita i suoi effetti diretti legandosi ad un tipo di recettori colinergici detti *nicotinici*. I recettori nicotinici rispondono all'acetilcolina e sono coinvolti in differenti processi fisiologici, tra cui l'aumento di energia, di allerta e dell'attenzione. Presentano una struttura costituita da cinque subunità proteiche, che formano diverse composizioni con diverse funzioni a seconda delle zone del cervello in cui

* Professore Associato di Farmacologia, Dip. Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona

sono localizzati.. Le subunità proteiche sono disposte intorno ad un canale centrale attraverso il quale passano gli ioni Na^+ e Ca^{++} : il legame della nicotina con il recettore nicotinico modifica il flusso di ioni attraverso le membrane neuronali, induce una depolarizzazione e determina l'eccitazione della cellula neuronale. Finora sono conosciute 9 subunità α e 3 subunità β in grado di comporre i recettori nicotinici (De Biasi, 2006). La composizione $\alpha 4\beta 2$ è quella che è stata identificata come la più rilevante nel mediare la dipendenza da nicotina. Infatti su questi recettori nicotinici agisce in modo selettivo l'agonista parziale vareniclina, recentemente introdotto per la disassuefazione da fumo



Quando il recettore lega la nicotina cambia conformazione aprendosi e consentendo il passaggio di ioni positivi all'interno della cellula, dopo pochi milli-secondi torna allo stato originale (chiuso) ma di nuovo è in grado di legare nicotina. Il recettore nicotinico può anche diventare insensibile alla nicotina, in questo caso è detto "desensibilizzato". La nicotina raggiunge le sinapsi e rispetto all'acetilcolina persiste di più perché non può essere idrolizzata dall'enzima acetilcolinesterasi. L'esposizione a basse concentrazioni favorisce la desensibilizzazione dei recettori, i quali in questo stato hanno un'affinità maggiore per la nicotina stessa, ma una ridotta capacità di risposta (De Biasi, 2006).

Proprietà di rinforzo, 'vie del piacere' e dopamina

La proprietà farmacologica che una sostanza psicoattiva deve possedere per indurre dipendenza psicologica viene definita *proprietà di rinforzo*. Diversi studi hanno indicato come la nicotina sia provvista di proprietà di

rinforzo, analogamente a quanto descritto per gli oppiacei e gli psicostimolanti (Perkins, 1999). Anni di sperimentazione hanno indicato che le sostanze aventi proprietà di rinforzo provocano autosomministrazione ripetuta negli animali da laboratorio, e tale pulsione alla somministrazione è legata ad un aumento dei livelli di dopamina in NAcc. E' noto come i processi di motivazione e gratificazione che vengono attivati prima e durante azioni come il cibarsi o l'accoppiarsi, siano sotto il controllo della *dopamina*. Questi risultati hanno contribuito alla conferma dell'ipotesi che il rinforzo positivo provocato dalle sostanze d'abuso è associato ad un aumento dei livelli di dopamina in aree specifiche del cervello, quali appunto il NAcc. La zona neuroanatomica che è stata individuata come bersaglio delle droghe e della nicotina è il sistema mesolimbico, detto anche *vie del piacere*. Il sistema mesolimbico è formato da neuroni mesencefalici (area del tegmento ventrale) che sintetizzano dopamina e che inviano le loro proiezioni nervose ad aree anteriori (corteccia prefrontale) e ventrali (NAcc) del cervello, definite genericamente come limbiche per il loro coinvolgimento nei processi affettivi. La risposta dopaminergica ad un rinforzo naturale generalmente è di tipo fasico, sia nel rilascio che nell'attivazione recettoriale. Viceversa, la risposta alle droghe agisce su un substrato neuronale sensibilizzato, dove ogni somministrazione stimola in modo anomalo il rilascio di dopamina. Di conseguenza nella dipendenza da sostanze la risposta dopaminergica è di maggiore ampiezza e durata rispetto a quella che si ha in seguito ai rinforzi naturali (Di Chiara et al., 2000).

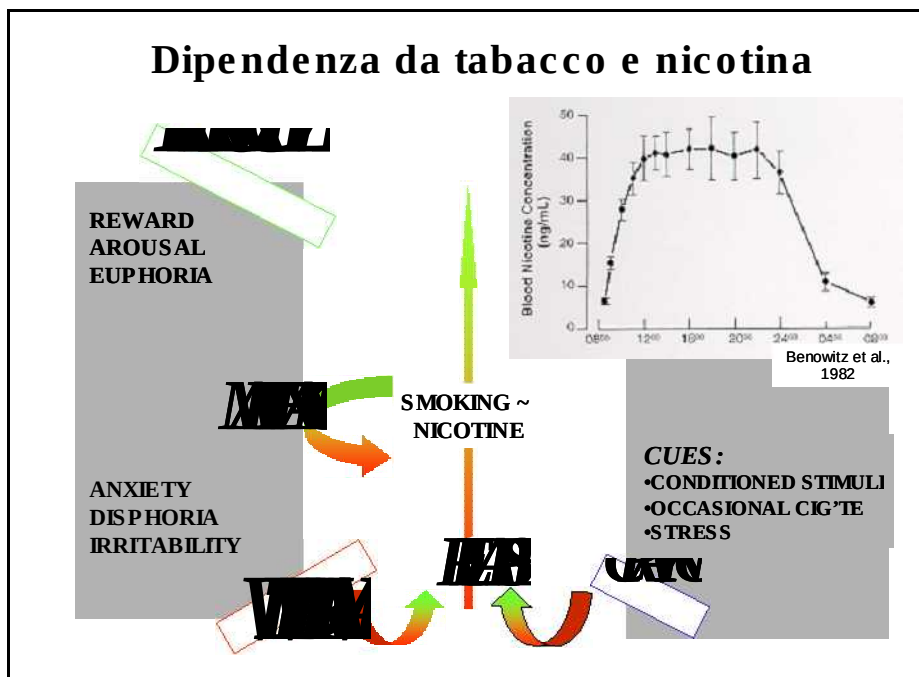
Studi di risonanza magnetica funzionale hanno indicato come la nicotina induca un'attivazione metabolica di queste aree cerebrali nei fumatori (Stein et al., 1998). Numerose ricerche hanno dimostrato come l'esposizione alla nicotina induca, tramite l'attivazione di questo sistema neuroanatomico, un aumento dei livelli di dopamina ed il conseguente effetto euforizzante e piacevole con l'instaurarsi del rinforzo comportamentale (Di Chiara, 2000). Il bloccante della ricaptazione della dopamina, bupropione, si pensi agisca nella prevenzione della ricaduta al fumo, appunto in virtù del suo meccanismo dopaminergico. E' doveroso aggiungere che bupropione si lega anche ai recettori nicotinici, ed inoltre blocca anche la ricaptazione della noradrenalina (vedi sotto).

Le 'azioni multiple' della nicotina e il neuroadattamento

La nicotina agisce anche sul sistema noradrenergico, che utilizza appunto la *noradrenalina* come neurotrasmettitore. Corpi cellulari che

sintetizzano noradrenalina sono localizzati in un'area della base del cervello che si chiama *locus coeruleus* e che proietta verso diverse altre strutture come ippocampo e amigdala. Questo sistema è attivato fisiologicamente nelle condizioni di attivazione ed allerta. Le cellule che sintetizzano noradrenalina presentano un'attività aumentata ed anormale durante l'astinenza dal fumo inducendo una alterazione dei processi di allerta ed attivazione centrale a cui sono riconducibili i diversi sintomi d'astinenza. L'esposizione cronica alla nicotina porta anche a modifiche della funzionalità serotoninergica. Queste alterazioni neurochimiche si suppone siano alla base di sintomi come la disforia, l'anedonia ed i disturbi dell'appetito.

Gli studi di autosomministrazione nell'animale da laboratorio hanno permesso di studiare il comportamento compulsivo di assunzione della nicotina con protocolli che mimano le diverse condizioni osservate nei fumatori. Per esempio, si è visto come cavie addestrate ad auto-somministrarsi nicotina acquisiscano un comportamento ripetitivo e protratto per mesi. Utilizzando questi modelli si è potuta effettuare la mappatura delle aree cerebrali attivate durante il comportamento compulsivo dell'autosomministrazione di nicotina. Come markers sono stati studiati delle molecole associate all'espressione genica, quindi alla regolazione dei processi di nuova sintesi di proteine ed enzimi. Le cavie che assumevano la nicotina hanno mostrato una specifica espressione di questi markers in aree del sistema mesolimbico, indicando una elevata probabilità che processi di neuroadattamento possano aver avuto luogo (Merlo-Pich et al., 1997).



Il neuroadattamento si manifesta in modo patologico quando vengono tolte le condizioni che ne avevano indotto l'espressione. Lo smettere di fumare smaschera i processi neuroadattativi messi in atto dopo anni di fumo. I fenomeni osservabili sono diversi, ma tra questi il più studiato è quello della tolleranza. Diversi sono i meccanismi attraverso i quali si instaura la tolleranza alla nicotina, in particolare quella che deriva dalla desensibilizzazione rapida dei recettori nicotinici subito dopo il legame della nicotina al recettore stesso. La desensibilizzazione è una riduzione del tempo di attivazione del recettore, una sorta di servofreno. L'attivazione del recettore ad opera della nicotina che entra rapidamente nel cervello è quindi di durata molto rapida. L'esposizione protratta alla nicotina, invece, può indurre per alcuni sottotipi di recettori nicotinici una desensibilizzazione, quindi uno stato di inattività. L'organismo contrappone una compensazione che consiste nella *up-regulation* dei recettori nicotinici, vale a dire con l'aumento del numero dei recettori stessi. Nel cervello dei fumatori i recettori nicotinici sono da 100 a 300 volte più numerosi rispetto ai non fumatori (Perry et al., 1999). Si ipotizza che la *up-regulation dei recettori nicotinici* sia alla base delle azioni negative descritte alla cessazione del fumo ad opera dell'eccessiva attività del neurotrasmettitore endogeno, l'acetilcolina, su questi recettori in soprannumero. L'aumentata attività colinergica indurrebbe uno stato di malessere generalizzato con alterazione dell'umore, ansia, irritabilità, agitazione e disturbi del sonno.

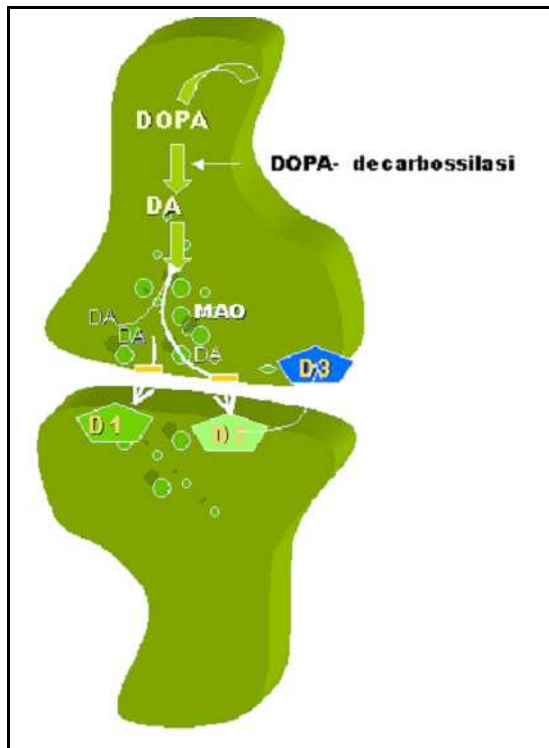
L'area cerebrale particolarmente attivata è il locus coeruleus, il centro principale della reazione d'allerta e dell'aumento della vigilanza. Le cellule del locus coeruleus presenterebbero una attività aumentata ed anormale durante

l'astinenza inducendo un'alterata attivazione cerebrale, con una serie di sintomi che abbiamo visto caratterizzare la sindrome d'astinenza dal fumo. Ipoteticamente, le ricerche effettuate suggeriscono che il fumatore assuma nicotina per desensibilizzare – inattivare funzionalmente - i propri recettori nicotinici in soprannumero e ridurre così gli effetti negativi dell'aumentata attività colinergica. È noto che la sigaretta più desiderata della giornata è la prima del mattino, al risveglio, quando l'effetto della *up-regulation* dei recettori nicotinici è più manifesta a causa dell'astinenza notturna. Si suppone che questo possa essere anche il meccanismo d'azione dei sostitutivi della nicotina (NRT) caratterizzati da livelli plasmatici protratti nel tempo, come i cerotti e le gomme in grado quindi di “spegnere” i recettori in soprannumero.

La genetica molecolare del tabagismo

La genetica clinica si è focalizzata sullo studio dei polimorfismi dei geni che codificano le proteine (geni candidati) coinvolte nel tabagismo. Esiste una

correlazione significativa tra il polimorfismo per il trasportatore della serotonina e l'età di iniziazione del fumare. Dati simili sono stati ottenuti con il polimorfismo del gene per il recettore dopamina-2.



Il polimorfismo per enzimi metabolici della nicotina determina invece il comportamento del fumare: soggetti con rapido metabolismo risentono meno degli effetti iniziali sgradevoli del fumo e tendono a fumare un maggior numero di sigarette. Il fenotipo del fumatore è espressione della componente genetica (genotipo). Nonostante il fenotipo del tabagista sia complesso, si possono individuare delle macroaree: biologica, fisiologica, comportamentale, psicologica. La sovrapposizione di queste caratteristiche

fenotipiche contribuisce alla tipologia del fumatore. Da qui deriva la complessità del tabagismo ma anche la variabilità di risposta alla terapia e la necessità dell'individualizzazione dell'intervento (*tailored*).

Conclusioni

La conoscenza più approfondita dei meccanismi neurobiologici del tabagismo non deve prescindere da un approccio multidisciplinare di ricerca: lo scopo è quello di poter delineare una topografia dei fattori determinanti nelle varie tipologie di fumatori, senza escludere ovviamente le rilevanti componenti della variabilità individuale e genetica.

Bibliografia

- Corrigall WA (1999) Nicotine self-administration in animals as a dependence model. *Nicotine & Tobacco Research* 1: 11-20.
- De Biasi M: Meccanismi biologici della dipendenza da nicotina. *Tabaccologia* 2006; 1S: 19-23.
- Di Chiara G: Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *European Journal of Pharmacology* 2000; 393: 295-314.
- Heishman SJ, Taylor RC, Henningfield JE: Nicotine and smoking: a review of effects on human performance. *Experimental Clinical Psychopharmacology* 1994; 2: 345-395.
- Merlo Pich, E., Pagliusi, S.R., Tessari, M., Hoof, R., Van Huijsduijnen, Chiamulera, C. Common anatomical targets for nicotine and cocaine self-administration identified by mapping inducible Fos-related proteins. *Science*, 275: 83-86, 1997.
- Perkins, K (1999) Nicotine self-administration. *Nicotine & Tobacco Research* 1: S133- S138.
- Perry DC, Davila-Garcia MI, Stockmeier CA, Keller KJ. Increased nicotinic receptors in brains from smokers: membrane binding and autoradiography studies. *JPET* 1999; 289: 1545-52.
- Stein, EA, Pankiewicz, J, Harsch, HH, et al. (1998) Nicotine-induced limbic cortical activation in the human brain: A functional MRI study. *American Journal of Psychiatry* 155(8):1009-1015.

Aspetti comportamentali e psicologici nel tabagismo

*Cristiano Chiamulera **

L'interazione tra processi psicologici, comportamento ed ambiente

La sigaretta è economica, legale e facilmente ottenibile; viene assunta in un contesto ricco di segnali stimolanti (ruoli sociali, modelli familiari, gruppo, pubblicità, ecc.) con l'aspettativa di azioni piacevoli e positive rapidamente e facilmente ottenibili ad ogni boccata. Nella multidimensionalità del tabagismo la nicotina gioca un ruolo importante essendo la sostanza psicoattiva (la meglio nota ad oggi) contenuta nel tabacco della sigaretta. Gli effetti psico-comportamentali del fumare tabacco sono omologhi a quelli indotti dalla nicotina, e la ricerca ci ha indicato come molti di questi hanno la stessa origine a livello neurobiologico. Analogamente, lo smettere di fumare e la sindrome d'astinenza presentano meccanismi comuni al neuroadattamento (compensazione delle funzioni cerebrali) dovuto alla nicotina cronica. Tuttavia, la dipendenza tabagica come ricerca della gratificazione ed evitamento del malessere, necessita di una definizione che includa il ruolo inscindibile di un contesto ambientale ricco di valenze condizionate, associate sia al piacere sia all'avversione.

I processi psico-comportamentali

La diffusione del fumare tabacco, ed il fatto che chiunque ne sia potenzialmente esposto sin dalla nascita, contribuisce ad una 'normale consuetudine' del fenomeno. Di conseguenza, oltre all'utilizzo di definizioni 'giustificative' (*il fumo è un vizio*, oppure, *una cattiva abitudine*), questa 'ordinarietà' del tabagismo fornisce a ciascuno una conoscenza - basata su percezioni soggettive e credenze sociali - su cos'è, come si sviluppa e si caratterizzi. Chiunque pensa di saper tutto, o quasi, di fumo e fumatori.

** Professore Associato di Farmacologia, Dip. Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona*

Davanti all'ovvietà delle deleterie conseguenze individuali, sociali e culturali che si sono venute a creare a causa di questo 'malinteso collettivo', rimane – solitaria - la condizione patologica del fumatore con le sue necessità psicologiche di dover smettere di fumare (che ne abbia o no la consapevolezza e motivazione). E' importante quindi procedere ad una definizione dei processi psico-comportamentali che caratterizzano il tabagista con lo scopo di oggettivizzare i fenomeni in modo da sviluppare una più corretta conoscenza della complessità multifattoriale del tabagismo. Queste conoscenze, opportunamente tradotte, devo poi entrare in maniera fondante nell'intervento, nella ricerca, nella prevenzione (e nella coscienza collettiva).

Robert West e Saul Shiffman (2007) ci offrono una definizione 'pragmaticamente' utile dell'insieme complesso dei processi psico-comportamentali del fumatore: "(...) *una disposizione cronica a provare una potente motivazione ad ingaggiare l'attività di ricerca del benessere e del piacere [della sigaretta], così come una debolezza nell'inibire tali attività (...)*". Infatti, il tabagismo presenta l'esistenza di potenti forze motivazionali che contrastano, minano ed indeboliscono la risoluzione di rimanere astinente, e quindi le motivazioni 'positive' su cui agire per la disassuefazione dal fumo.

I processi **motivazionali** che interferiscono con la perdita della capacità di controllo del comportamento dipendente, derivano dall'interazione tra, i), vulnerabilità fisiologica e psicologica individuale, ii), effetti psicoattivi della nicotina, iii), ambiente sociale e fisico in cui il fumatore si trova. La vulnerabilità è stata dimostrata essere correlata con predisposizione alla depressione (Karp et al., 2006), problemi attenzionali e di impulsività (Rodriguez et al., 2007) o con aumentata sensibilità alla nicotina (effetto questo legato ad una variazione genetica del suo metabolismo epatico) (Pomerleau, 1995). Il ruolo di questi processi è quello di far entrare il fumatore in un meccanismo comportamentale di *habit* (tradotto dall'inglese: *abitudine*, ma non nel senso 'moderato' con cui si intende in italiano, ma come *automatismo inconsapevole*). Le evidenze sono numerose riguardo appunto a questa automaticità del comportamento di fumare la sigaretta, quando ne esiste la disponibilità, oppure del comportamento di cercarla quando non è disponibile ma si è in presenza di segnali che ne stimolino il desiderio (Waters et al., 2004).

Un secondo tipo di processi presenti nel tabagista sono quelli di natura **appetitiva**. Si manifestano in modo simile alla fame di cibo, sia in termini soggettivi con descrizioni di stati appunto appetitivi (per es., ho fame, ho l'acquolina alla bocca, ecc.) sia con la comparsa di comportamenti compulsivi di ricerca della sigaretta o di cibo stesso. Spesso questo tipo di processi vengono descritti come 'fame chimica', nel senso che sono correlati ai livelli plasmatici di nicotina (per es., al mattino dopo l'astinenza notturna) (Haberstick et al., 2007) o placati dalla terapia sostitutiva alla nicotina

(Shiffman et al., 2000). Sono particolarmente evidenti nell'astinenza, dove agiscono come causa principale dell'aumento di peso durante la disassuefazione.

Un terzo tipo di processi sono riconducibili ad un quadro sintomatologico di tipo **avversivo**, o **malessere**, con alterazione dell'umore, dell'affettività, irritabilità e sintomi somatici. Questi disordini dell'affettività e del umore, stati negativi, si manifestano con descrizioni soggettive, con alterazioni di tipo neurovegetativo (aumentata conducibilità cutanea, tachicardia, ecc) e con comportamenti di ricerca e ricaduta. E' infatti noto come questo tipo di processi sia il principale gruppo di fattori determinanti la ricaduta nei primi giorni- settimane d'astinenza. Il fumatore, imparando che il fumo riduce lo 'stress', ovvero, lo stato di malessere, acquisisce e mantiene in modo accuratamente regolato il comportamento del fumare appunto per evitare questi sintomi di malessere. In generale, uno stato di disordine affettivo/emozionale o una situazione di stress possono causare la ricaduta anche dopo anni dalla cessazione (Shiffman, 2005).

Un quarto tipo di processi coinvolge le **funzioni cognitive**. Durante l'astinenza da fumo di tabacco, e studi sperimentali confermano anche da nicotina, portano ad una ridotta capacità cognitiva evidente in prestazioni come la concentrazione, l'attenzione e le funzioni esecutive. Quest'ultimi sono particolarmente evidenti come incapacità di controllo dell'impulsività e d'inibizione del fumare. Questa dimensione psicologica è oggetto di ricerche recenti come possibile bersaglio d'intervento nel tabagismo, così come anche in altri tipi di tossicodipendenza. (Lubman et al., 2004).

L'inquadramento dei processi psico-comportamentali in criteri diagnostici di dipendenza

Il fumo e l'assunzione di nicotina attraverso la sigaretta, inducono una dipendenza riconosciuta come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1992). I processi psico-comportamentali descritti per la dipendenza da fumo di tabacco simili nelle altre tossicodipendenze, anche se con diverse modalità di interazione e gravità,. Esistono quindi criteri diagnostici analoghi a quelli descritti per l'abuso di sostanze, come il piacere derivante dall'uso, il comportamento compulsivo di abuso e, in caso di cessazione, la comparsa di sintomi d'astinenza (APA, 1994).

Criteri Primari:

- Uso altamente regolare o compulsivo

- Effetti psicoattivi
- Comportamento di rinforzo

Criteri aggiuntivi:

- Modello d'uso stereotipato
- Uso nonostante gli effetti dannosi
- Ricaduta in seguito ad astinenza
- *Craving* ricorrente (voglia smodata di fumare)

Possono essere presenti sintomi di:

- Tolleranza
- Dipendenza fisica
- Effetti cognitivi

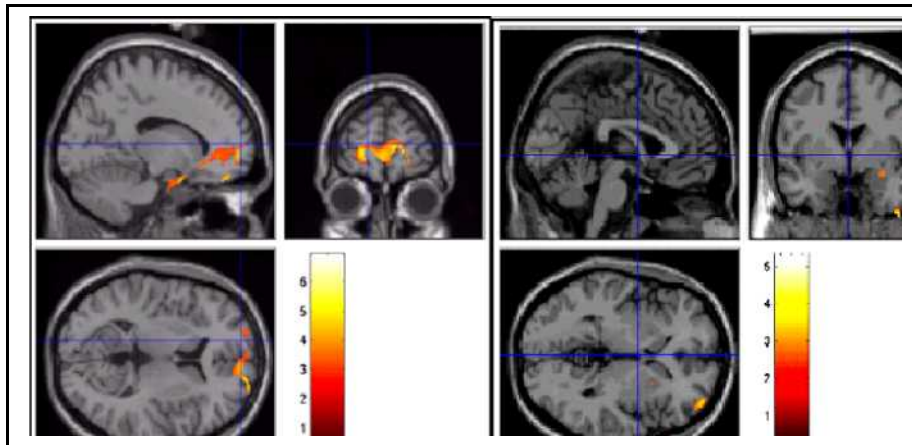
Un tipico fenomeno di natura soggettiva, e comune anche alle altre dipendenze, è il *craving*. Descritto come una forte desiderio incontrollabile di fumare, il craving è stato oggetto di diversi dibattiti sulla sua natura. Vi è generale concordanza nel ritenere che il craving sia il principale determinante della ricaduta e del fallimento della disassuefazione dal fumo (O'Brien et al., 1992). La gravità del fenomeno è che si può manifestare anche dopo lunghi periodi di astinenza.

La componente ‘ambientale’

Gli effetti piacevoli del fumare avvengono in un contesto ambientale ricco di stimoli che acquisiscono così proprietà condizionate positive efficaci nel rinforzare il condizionamento dalla sigaretta. Analogamente, situazioni e stimoli avversivi associati all'astinenza sono in grado di causare la ricaduta. Questa forte reattività dei fumatori agli stimoli condizionati, sia ambientali sia interocettivi, è definita *cue reactivity* (Niaura et al., 1988). La *cue reactivity* è stata recentemente indagata mediante l'utilizzo di tecniche di visualizzazione cerebrale, che suggeriscono degli specifici correlati neuroanatomici e molecolari, come il coinvolgimento di zone della corteccia prefrontale, dell'amigdala, dei gangli della base. Queste aree sono deputate all'integrazione di ricordi ed emozioni e nel processo di elaborazione delle informazioni provenienti dall'ambiente. Una recente ipotesi (il modello “*multiple action*”) (Chiamulera, 2005) indica come il processo sottostante sia un *bias* attenzionale nel fumatore per gli stimoli associati alla sigaretta.

Si ipotizza un neuroadattamento in questi circuiti che stabilisca così nel tempo una diversa modalità di funzionamento, una diversa omeostasi

(*allostasi*). Ripetute associazioni tra fumare e assumere nicotina non solo inducono gratificazione in diverse situazioni ambientali, ma anche ne creano e ne rafforzano il ricordo. La nicotina, e forse anche altri mediatori, favoriscono la formazione di questi ricordi piacevoli.



Cue reactivity & human brain imaging: Smoking cue -effects on brain metabolism in smokers

La necessità di un cambiamento di paradigma

La ricerca biologica ha dimostrato come le proprietà della nicotina diventino rilevanti nel fumatore solo se all'interno di un complesso contesto di fattori individuali ed ambientali. Il contesto ambientale è fortemente radicato ed influente all'interno di ogni livello della memoria individuale e sociale del tabagismo. Questa vastità di stimoli contestuali associata agli effetti neurobiologici, porta alla formazione di uno schema psico-comportamentale dove le variabili ambientali interagiscono reciprocamente ed intimamente con quelle biologiche (Abrams et al., 1999).

Per questo motivo, categorizzazioni come dipendenza fisica e dipendenza psichica si dimostrano limitate per una visione della complessità del tabagismo corrispondente alle conoscenze ottenute negli ultimi anni. Si preferisce quindi parlare di un *continuum* che dalle molecole al comportamento permetta di comprendere meglio i diversi fenomeni e gli aspetti individuali che caratterizzano il fumatore. I fattori psicologici, sociali ed ambientali hanno così un ruolo fondamentale nello spostare l'equilibrio

delle pressioni motivazionali lontano dal fumare e verso la cessazione. Il trattamento della dipendenza nicotinică è solo uno dei fattori, nonostante sia di fondamentale importanza, che contribuisce a questa dinamica di bilanciamento motivazionale (West, 2006).

Bibliografia

- Abrams DB (1999). Nicotine addiction: paradigms for research in the 21st century. *Nicotine & Tobacco Research* 1:S211-S215.
- APA, American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Chiamulera C. Cue reactivity in nicotine and tobacco dependence: a "multipleaction" model of nicotine as a primary reinforcement and as an enhancer of the effects of smoking-associated stimuli. *Brain Research Reviews*, 48(1): 74-97.
- Haberstick BC, Timberlake D, Ehringer MA, Lessem JM, Hopfer CJ, et al., Genes, time to first cigarette and nicotine dependence in a general population sample of young adults. *Addiction* 2007;102:655-65.
- Karp I, O'Loughlin J, Hanley J, Tyndale RF, Paradis G. Risk factors for tobacco dependence in adolescent smokers. *Tob Control* 2006;15:199-204.
- Lubman DI, Yucel M, Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction* 2004;99:1491-502.
- Niaura RS, Rohsenow DJ, Binkoff JA, Monti PM, Pedraza M, Abrams DB (1988) Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology* 97: 133-152.
- O'Brien, CP, Childress, AR, Ehrman, R, Robbins, S, McLellan, AT (1992) Conditioning mechanisms in drug dependence. *Clinical Neuropharmacology* 15: 66A-67A.
- Pomerleau OF. Individual differences in sensitivity to nicotine: implications for genetic research on nicotine dependence. *Behav Genet* 1995;25:161-77.
- Rodriguez D, Tercyak KP, Audrain-McGovern J. Effects of inattention and hyperactivity/impulsivity symptoms on development of nicotine dependence from mid adolescence to young adulthood. *J Pediatr Psychol* 2007;in press.
- Shiffman S, Elash CA, Paton SM, Gwaltney CJ, Paty JA, et al., Comparative efficacy of 24-hour and 16-hour transdermal nicotine patches for relief of morning craving. *Addiction* 2000;95:1185-95.
- Shiffman S. Dynamic influences on smoking relapse process. *J Pers* 2005;73:1715-48.
- Waters AJ, Shiffman S, Sayette MA, Paty JA, Gwaltney CJ, Balabanis MH. Cue-provoked craving and nicotine replacement therapy in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:1136-43.
- West R, Shiffman S. *Smoking cessation*. Abingdon: Health Press; 2007.
- West R. *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell; 2006.
- WHO (1992) *International Classification of Diseases* 10th edition. World Health Organization, Geneva.

La valutazione e la diagnosi

*Biagio Tinguino **

La valutazione dei molti aspetti legati alla dipendenza da tabacco è uno dei fattori propedeutici di efficacia terapeutica. La complessità di tale fenomeno clinico, però, richiede uno sforzo particolare che presuppone competenze spesso multidisciplinari, strumenti validati, buona esperienza clinica. Le percentuali di cessazione permanente sarebbero destinate ad aumentare considerevolmente se i servizi per il tabagismo provvedessero ad un approfondito iter diagnostico e, successivamente, ad una offerta terapeutica integrata, multilivello, con possibilità di interventi specialistici, come per esempio quelli di area psichiatrica o psicologica.

Diversi studi hanno identificato le aree di maggiore interesse rispetto alla valutazione. Occorrerà precisare che sotto questo termine qui abbiamo scelto di non includere la diagnosi delle patologie organiche correlate al fumo, ma ciò che è attinente all'area della dipendenza tabagica.

Attraverso una revisione della letteratura, dell'esperienza clinica e del confronto tra centri, abbiamo riassunto gli ambiti più importanti che dovrebbero essere oggetto di valutazione nella persona che accede ad un centro per la *smoking cessation*. Elenchiamo di seguito tali aree.

- | Valutazione medica
- | Storia tabaccologica
- | Dipendenza da nicotina
- | Analisi della motivazione e stadio del cambiamento
- | Self-efficacy e grado di frattura interiore
- | Dipendenza/abuso di alcol o altre sostanze psicotrope
- | Disturbi del comportamento alimentare
- | Disturbi depressivi
- | Disturbi d'ansia
- | Altre patologie psichiatriche

* Presidente Società Italiana di Tabaccologia, Responsabile CTT di Monza

1. Valutazione medica

Esiste un consenso diffuso sul fatto che il tabagista debba essere valutato, più o meno approfonditamente da un punto di vista medico. Pur non essendo un passaggio obbligato (per es. i gruppi della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori non obbligano i fumatori a sottoporsi prima ad una visita medica), la maggior parte dei CTT ha un approccio sanitario od ospedaliero, per cui si provvede ad una anamnesi e - frequentemente - ad un esame obiettivo, con la misurazione dei parametri fondamentali (peso, altezza, pressione arteriosa etc.). Sicuramente non si può prescindere, anche per una corretta analisi della motivazione, dal sapere se il fumatore è affetto da patologie organiche correlate o se assume farmaci. Un parametro essenziale per il monitoraggio della terapia è la misurazione de CO espirato, a cui bisognerà fare riferimento anche nelle visite di follow-up. Come si vedrà nella disamina delle evidenze scientifiche, la misurazione di ulteriori e più complessi parametri biomedici (per es. esecuzione di esami del sangue, spirometria, radiografie, ecodoppler etc...) non aumenta l'efficacia dei trattamenti di disassuefazione. Mentre può far parte di una strategia opportunistica, da parte degli specialisti (per es. pneumologi, cardiologi etc...) cogliere ogni occasione, compresa l'esecuzione di esami strumentali, per motivare il paziente a smettere, non si può dire che ciò di per sé incrementi il tasso di cessazione tra quanti già hanno fatto richiesta spontanea di essere aiutati da un CTT.

2. Storia tabaccologica

I dati raccolti attraverso il colloquio, meglio se guidato da uno schema preordinato di intervista, devono identificare alcuni passaggi fondamentali dell'esperienza di fumatore. Tra questi occorrerà conoscere l'età di inizio, il numero di tentativi di smettere e il loro esito, la durata dei periodi di astinenza, il modo in cui questi tentativi sono stati compiuti, i motivi di ricaduta e l'analisi che l'utente fa di queste esperienze.

E' molto frequente osservare la coincidenza dell'età di inizio con la fase di autonomizzazione del giovane, fermo restando che alcuni pazienti hanno iniziato tardi e, frequentemente, in occasione di eventi molto importanti per la loro vita.

Il numero di tentativi di smettere può essere un predittore di efficacia, nel senso che sono più a rischio di fallimento coloro che non hanno mai provato a smettere, oppure, quanti hanno compiuto un numero elevato di tentativi infruttuosi (per es. più di 12). Si ha una maggiore probabilità di riuscita tra il terzo e il quinto tentativo.

L'esperienza precedente rispetto alla cessazione è un dato che per la persona fumatrice riveste molta importanza. Attraverso una accurata raccolta di informazioni si potrà comprendere quali sono state le leve motivazionali che hanno spinto a tentare di smettere nel passato, se hanno funzionato oppure perché sono fallite. Infine è molto utile comprendere quali sono i momenti in cui si fuma di più o gli stimoli che inducono maggior consumo di sigarette.

3. Dipendenza da nicotina

La dipendenza da nicotina è contemplata come patologia a se stante nel DSM e dall'IC10, ed è un parametro essenziale nel predire l'efficacia del trattamento. Pur riconoscendo il complesso intreccio di aspetti psicologici, di stimoli ambientali e di fattori promuoventi, la dipendenza da nicotina risponde prevalentemente a meccanismi neurochimici che nella pratica clinica vengono valutati attraverso l'intensità del craving e/o della sintomatologia astinenziale in condizioni di privazione della sostanza. Lo strumento più usato dai CTT è il questionario di Fagerstrom. Esso misura, in una scala che va da zero a dieci, l'intensità della dipendenza fisica, essenzialmente indagando quanto il paziente avverte il bisogno in condizioni in cui il non può fumare, per es. in caso di malattia, di permanenza in luoghi in cui è proibito etc.. Altri parametri essenziali sono costituiti dal numero di sigarette fumate e dall'urgenza di accendere la sigaretta appena svegli, dopo l'astinenza notturna. Il questionario è molto attendibile, soprattutto per i punteggi medio-alti. Superato uno score di 5 è indicato, da molti autori, un trattamento farmacologico. Nei punteggi tra 8 e 10 la dipendenza è molto forte e frequentemente associata ad altre dipendenze o a disturbi psichiatrici. Minore è la predittività per i punteggi bassi.

Test di HORN

- A. Fumo per darmi la carica
- B. Ho piacere nel fumare e stringere la mia sigaretta
- C. Aspirare la sigaretta è rilassante
- D. Accendo una sigaretta quando sono preoccupato
- E. Quando non ho più sigarette corro a comprarle
- F. Fumo come per automatismo
- G. Fumo per farmi coraggio
- H. Il piacere maggiore consiste nel manipolare la sigaretta
- I. Non è calcolabile il piacere mentre fumo
- J. Fumo quando sono a disagio
- K. Non sono in forma se non fumo
- L. Accendo una sigaretta dietro l'altra
- M. Fumo per impormi all'attenzione degli altri
- N. Mi piace osservare le nuvole di fumo
- O. Fumo anche se sono rilassato
- P. Fumo per dimenticare, se sono triste
- Q. Ho spesso bisogno di toccare qualcosa
- R. Dimentico di avere la sigaretta tra le labbra

Altri tests sono stati proposti per valutare la dipendenza fisica. Tra questi ricordiamo il test di Etter (Cigarette Dependence Scale, SDS-12), e la VAS (Addiction Visuale Scale). Il primo risente della criticità della modalità di validazione (interviste tramite lettere o internet), il secondo di una semplificazione forse eccessiva delle componenti della dipendenza fisica.

QUESTIONARIO DI FAGERSTRÖM

		Punti
Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	q entro 5 minuti	3
	q 6 - 30 minuti	2
	q 31 - 60 minuti	1
	q dopo 60 minuti	0
Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi in cui è vietato?	q sì	1
	q no	0
Quale, tra tutte le sigarette che fuma in un giorno trova più gratificante?	q la prima del mattino	1
	q qualsiasi	0
Quante sigarette fuma in una giornata?	q 0 - 10	0
	q 11 - 20	1
	q 21 - 30	2
	q più di 30	3
Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	q sì	1
	q no	0
Fuma anche se è tanto malato da doversi mettere a letto tutto il giorno?	q sì	1
	q no	0
Totale		

E' stato adottato, da alcuni, l'HONC, Hooked on Nicotine Checklist, un test che indaga - peraltro come gli altri - la capacità di gestire situazioni senza fumare, il bisogno percepito e il grado di difficoltà vissuto dal paziente nel tentare di smettere di fumare.

Domande simili, seppure in numero più ridotto, pone l'SDS (Severity of Dependence Scale).

4. Motivazione e stadio del cambiamento

L'area della motivazione è una delle più complesse e diversi strumenti sono stati proposti senza però essere completamente esaustivi, per il semplice fatto che questo punto focale riguarda il funzionamento globale dell'individuo, le sue modalità di relazionarsi con gli altri, di scegliere, orientare la sua vita. Non tutti i test usati sono stati validati, per cui molti di essi vanno considerati degli schemi di intervista guidata. Per indagare sinteticamente i fattori che hanno determinato o possono determinare la scelta di smettere è molto usato il questionario di Mondor. Alcuni items di questo strumento discriminano tra una motivazione interna ed una esterna (sanitaria o familiare), con riferimento anche alla presenza di figli piccoli, al desiderio di prendersi cura di sé, di liberarsi dalla dipendenza, una gravidanza propria o del partner. Viene poi verificato il funzionamento del fumatore in area lavorativa, familiare, del tempo libero, con domande che tendono genericamente ad esplorare l'attitudine al cambiamento. Due domande sono rivolte infine a verificare il tono dell'umore e una all'aumento di peso. Sebbene le aree del questionario sono pertinenti e decisive, non si può dire che esse siano indagate tutte in modo esaustivo. Le informazioni ottenute sui disturbi del tono dell'umore sono vaghe, non permettono di orientarsi verso una diagnosi sia pur generica, non viene esplorata l'area delle dipendenze, l'anamnesi tabaccologica è riassunta in una sola domanda ("Ha mai smesso di fumare per almeno una settimana?"). Ad esso si può, dunque, attribuire una valenza esplorativa, che permette di toccare diversi punti, il cui approfondimento deve essere riservato all'esperienza clinica e all'uso di tests specifici.

Molto interessante, e sicuramente strutturato con criteri rigorosi di misurazione degli esiti, è il MAC/T, facente parte del gruppo dei test MAC. Vengono indagate la motivazione al cambiamento e il suo stadio, secondo l'approccio di Prochaska, il grado di frattura interiore e la self-efficacy. Ogni domanda dà vita ad un punteggio che viene riportato in scale specifiche delle varie aree e infine dà uno score finale. L'uso è complesso e richiede una minima formazione, ma l'accuratezza è elevata.

E' da citare anche il test di Horn, i cui items indagano principalmente le modalità del fumo (rilassamento, stress, dipendenza, disagio etc.), includendo le principali situazioni di contesto interiore o esterno legate al consumo di tabacco.

Test di Mondor
(*De Maria, Grimaldi, Lagrue*)

- ☛ Perché vuole smettere di fumare? A) Per decisione personale B) per indicazione medica C) per indicazione familiare d) per nessuno dei precedenti motivi
- ☛ Ha già smesso di fumare precedentemente per almeno una settimana?
- ☛ Attualmente ha problemi in ambito lavorativo?
- ☛ Va tutto bene in questo periodo in ambito familiare?
- ☛ Desidera liberarsi di questa dipendenza?
- ☛ Pratica uno sport o ha intenzione di praticarlo?
- ☛ Curerà la sua forma fisica?
- ☛ Desidera curare il suo aspetto fisico?
- ☛ E' in gravidanza o lo è la sua partner?
- ☛ Ha bambini piccoli?
- ☛ Ha un elevato tono dell'umore attualmente?
- ☛ E' sua abitudine riuscire a conseguire quello che si propone?
- ☛ E' di temperamento tranquillo?
- ☛ Il suo peso è abitualmente stabile?
- ☛ Perverrà ad una migliore qualità di vita?

5. Self-efficacy e frattura interiore

La maggior parte dei questionari destinati alla valutazione dei fumatori non include items specifici per misurare il grado di self-efficacy e di frattura interiore, salvo il MAC/T. Si tratta invece di due parametri importanti nel determinare l'esito del trattamento. I pazienti con scarsa auto-efficacia difficilmente riescono a smettere e molto spesso arrivano ai centri con modalità molto deleganti, aspettative alte rispetto a ciò che gli operatori dovranno fare per loro e scarso investimento personale. Paradossalmente è stato visto che una self-efficacy altissima (5/5 di una scala Likert) è gravata anch'essa di scarsi risultati, probabilmente perché una stima eccessiva delle proprie risorse coincide con una scarsa percezione delle reali difficoltà del percorso.

Il grado di frattura interiore è determinante nel motivare il cambiamento, perché corrisponde al disagio che il comportamento induce rispetto al come l'utente vorrebbe percepirsi. Essa rappresenta la percezione di

discrepanza tra ciò che il cliente ritiene opportuno fare e la sua situazione attuale. Gli interventi per aumentare tale frattura sono efficaci se associati, da parte della persona, alla speranza di farcela e ad adeguate risorse interiori.

6. Alcol/ sostanze psicotrope

L'uso di tabacco, particolarmente se connotato da un alto numero di sigarette fumate e un elevato punteggio al FQT, si associa con una frequenza maggiore che nella popolazione generale ad abuso o dipendenza da alcol o ad altre dipendenze. Come è noto esistono substrati neurochimici comuni a tutte queste forme di *addiction*. E' importante, dunque, non tralasciare di indagare questi ambiti, anche perché la polidipendenza è un fattore predittivo negativo di efficacia molto severo. Si consiglia di formulare nell'intervista clinica domande specifiche sulle singole sostanze di abuso (eroina, cocaina, amfetamine ed ecstasy, psicofarmaci). Lo stesso programma terapeutico necessita di essere riformulato in caso di coesistenza di altre forme di abuso.

Questionario CAGE

- Ha mai pensato di dover dare un taglio al bere?
- Si è mai irritato perché qualcuno le ha detto di bere meno?
- Si è mai sentito in colpa perché beveva troppo?
- Si è mai svegliato la mattina con la voglia di bere qualcosa di alcolico?

Una risposta positiva segnala un rischio, due o più un vero alcolismo.

E' necessario valutare se il fumatore beve alcolici, le quantità giornaliere che assume e gli eventuali episodi di abuso (sia per numero nell'unità di tempo che per gravità). E' corretto esprimere tale valutazione in termini di UA (Unità Alcoliche), ricordando che una unità corrisponde a circa 12 g di etanolo (1 bicchiere di vino o 1 birra o 1 superalcolico). I limiti massimi che l'OMS indica per il maschio adulto (oltre i quali è sicuramente evidente il danno organico) corrispondono a 40 g al giorno, mentre per la donna tali limiti sono fissati a 20 g. Nonostante ciò, diversi sono i parametri da tenere in considerazione, come il peso corporeo, l'assunzione a stomaco pieno o meno, le modalità peculiari del bere (per es. se in contesti sociali, nei fine settimana etc.).

Tra i giovani è molto diffuso il *binge drinking*, ossia il consumo eccessivo limitato al sabato sera o ad occasioni di ritrovo, fenomeno la cui pericolosità è nota a tutti. E' frequente osservare, nelle persone che hanno sperimentato l'uso di alcol con modalità additive, un aumento del consumo dopo aver cessato di fumare. Dall'altra parte, è abbastanza difficoltoso per un paziente affetto da dipendenza da alcol smettere di fumare. La dipendenza da tabacco è ritenuta difficile da superare anche da persone che consumano cocaina o eroina. La presenza di polidipendenze andrebbe infatti affrontata con interventi intensivi e specializzati. La presenza di un uso importante e continuativo pregresso di sostanze psicotrope deve, anch'essa, indurre ad un approfondimento diagnostico, soprattutto di area psicologica. Per quel che riguarda l'alcol sono disponibili semplici questionari (per es. il CAGE) che aiutano ad orientare l'operatore rispetto ad una diagnosi di dipendenza, anche se – come è stato detto – lo stesso abuso è un elemento di rischio.

7. Disturbi del comportamento alimentare, patologie psichiatriche

Le persone affette, o che lo sono state, da disturbi del comportamento alimentare hanno mediamente più difficoltà delle altre a smettere di fumare. La giustificazione di tale dato si ritrova, probabilmente, sia negli aspetti compulsivi che connotano alcuni di questi disturbi, sia – sul piano psicologico - nel meccanismo di controllo degli elementi vitali che caratterizza altri disturbi (per es. anoressia). Il rapporto terapeutico con questi pazienti è complesso, la contrattualità difficile, gli interventi devono essere condotti possibilmente in collaborazione con lo psichiatra o lo specialista che ha in cura continuativa il paziente.

Il campo delle patologie psichiatriche, com'è facile comprendere, è molto vasto e va dai disturbi di personalità alle patologie di asse I del DSM. Le forme più frequentemente associate al tabagismo sono i disturbi d'ansia e la depressione (in termini più ampi tutti i disturbi del tono dell'umore). E' noto che, di per sé, la cessazione dal fumo non incrementa nel soggetto sano i disturbi d'ansia. Diverso è il percorso del paziente già affetto da queste problematiche, in particolare quelli con disturbo da attacco di panico.

La depressione può complicare la disassuefazione, con particolare riferimento alla depressione maggiore e soprattutto nei pazienti che ne hanno già sofferto. Diverso è il significato della deflessione dell'umore reattivo alla separazione dalla sigaretta, un fenomeno frequentissimo, che va inquadrato come meccanismo di elaborazione del lutto da una dipendenza consolidata da anni. Particolare incidenza ha il tabagismo nei pazienti con disturbi psicotici, che pure – stando a diverse e anche recenti esperienze -possono in qualche

modo beneficiare di un trattamento. Tutte queste aree vanno indagate nella raccolta anamnestica, ai fini di effettuare uno screening degli utenti con patologie pregresse o attuali e, in questo caso, applicare gli accorgimenti metodologici descritti in questo lavoro.

CRITERI DSM per EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

A. Almeno 5 dei seguenti sintomi sono stati presenti durante lo stesso periodo di 2 settimane, e rappresentano un cambiamento rispetto al funzionamento (psicosociale) precedente; almeno uno dei sintomi è 1 umore depresso, 2 perdita di interesse o di piacere.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riferito dal resoconto del soggetto e osservato dagli altri
2. Marcata diminuzione di interesse e di piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riferita dalla presenza di apatia per la maggior parte del tempo)
3. Significativa perdita di peso o aumento di peso non dovuto a diete oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno
4. Insonnia o Ipersonnia quasi ogni giorno
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno anche osservato da altri non solo sintomi soggettivi!
6. Affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno
7. Sentimenti di svalutazione o di colpa eccessivi o immotivati (anche con screscio psicotico delirante) quasi ogni giorno
8. Diminuita capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione quasi ogni giorno
9. Pensieri ricorrenti di morte, ricorrenti propositi suicidari senza un piano specifico o tentativo di suicidio o ideazione di un piano specifico al fine di commettere il suicidio

B. I sintomi non soddisfano i criteri per Episodio Misto

C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

D. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio abuso di droga) o di una condizione medica generale (per esempio ipotiroidismo)

E. I sintomi non sono meglio giustificati dal lutto, e comunque durano più di una depressione da lutto fisiologica, cioè più di 2 mesi o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

Poiché è difficile pensare ai CTT come contesti in cui fare diagnosi psichiatriche, si ritiene sufficiente una indagine clinica che includa domande specifiche sull'uso pregresso o attuale di farmaci psicotropi e l'esplorazione delle principali aree di comorbilità rispetto alla dipendenza da tabacco. Si allegano, a scopo esemplificativo, anche alcuni test usati per lo screening dei disturbi depressivi (test di Zung) e i criteri di diagnosi del DSM-IV per disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare e depressione.

Riportiamo, in termini di contributo alla fase della valutazione del tabagista, un questionario che è stato prodotto in seguito ad un progetto di ricerca del Centro per il Trattamento di Monza, cofinanziato dalla ASL provincia di Mi3 e dalla Fondazione Cariplo. Questo strumento, che non ha valenza di test, è stato sperimentato con successo come guida di intervista strutturata nei fumatori e comprende le aree fin qui prese in considerazione. Il suo uso è pensato nel contesto di un colloquio clinico in cui altri dati vengono peraltro riportati nella cartella clinica. Maggiori dettagli sullo studio e sui risultati dell'indagine sono in fase di pubblicazione sulla rivista "Tabaccologia" del 2009. Si descrivono di seguito i principali items e le aree diagnostiche relative considerate.

Dipendenza da tabacco (items da 1-6)

Valuta le abitudini del fumatore, con riferimento anche ai precedenti tentativi di smettere e alle risorse che ha dimostrato di possedere nel passato. Le persone con esperienze di lunghi periodi di cessazione alle spalle in genere hanno una prognosi più favorevole. La domanda 5 fa riferimento alla gravità della sindrome da astinenza dopo il riposo notturno. Il numero di anni di fumo e le modalità dell'uso di tabacco (relax, nervosismo, fumo continuo) forniscono informazioni sul grado di dipendenza fisica e sui comportamenti (per es. permettono di mirare le strategie di problem solving)

Stadio del cambiamento (7-9)

Sono stati tenuti in considerazione gli stadi precontemplativo (poco frequente per il target che giunge ai Centri), contemplativo e della determinazione. La scala likert utilizzata permette all'operatore di quantificare, sia pur approssimativamente, la posizione dell'utente all'interno dello stadio specifico.

Self-efficacy, frattura interiore (10-14)

Il cambiamento è facilitato dal fatto che il fumatore percepisca di avere sufficienti risorse per farcela.

Questionario Multiarea per la Valutazione del Tabagismo

(Tinghino et. al)

AREA		DOMANDE	NOTE
Dipendenza da tabacco	1	n. anni di fumo	
	2	Numero di sigarette fumate al giorno	
	3	Periodo più lungo di astinenza (n.giorni)	
	4	n. di tentativi di smettere	
	5	Fuma la prima sigaretta entro: 5' = 1 6-30' = 2; 31-60' = 3; > 60' = 4	
	6	Aumenta il numero di sigarette: stress/ nervosismo = 0 relax = 1, fumo continuamente = 2	
Stadio del cambiamento	7	In questo periodo non sta prendendo in considerazione lo smettere di fumare (da 1 a 5)	
	8	A volte pensa di smettere, ma le piace fumare (da 1 a 5)	
	9	Si sente pronto a smettere, sta cercando il modo di riuscirci entro il prossimo mese (da 1 a 5)	
Self-efficacy, frattura interiore	10	Ritiene di riuscire a smettere da solo (da 1 a 5)	
	11	Abitualmente raggiunge gli obiettivi che si pone (da 1 a 5)	
	12	La preoccupano le conseguenze della sua abitudine al fumo (da 1 a 5)	
	13	E' scontento di se stesso perché continua a fumare (da 1 a 5)	
	14	In questo periodo può dirsi complessivamente soddisfatto della sua vita (da 1 a 5)	
Motivazione	15	Ha deciso di smettere a causa delle eccessive pressioni esterne vero = 1 falso = 0	
	16	Vuole smettere a causa delle sue condizioni di salute vero = 1 falso = 0	
	17	Ha intenzione di prendersi cura di se stesso e per questo vuole smettere vero = 1 falso = 0	
Alcol e sostanze	18	Ci sono stati periodi in cui ha usato droghe vero = 1 falso = 0	
	19	Attualmente sta usando droghe vero = 1 falso = 0	
	20	Se non trova la sigaretta usa alcolici si = 1 no = 0	

	21	Le è capitato di bere alcolici in modo esagerato, tanto da creare problemi per sé o per gli altri vero= 1 falso= 0	
AREA		DOMANDE	NOTE
Alcol e sostanze	22	Beve alcolici e smettere le creerebbe dei problemi fisici vero= 1 falso= 0	
Disturbi alimentari	23	Ha sempre avuto un buon rapporto col cibo vero= 1 falso= 0	
	24	La sua relazione col cibo ha suscitato o suscita preoccupazioni da parte dei suoi familiari (da 1 a 5)	
Disturbi psichiatrici (depressione ed ansia)	25	Assume od ha assunto psicofarmaci vero= 1 falso= 0	
	26	Si sente frequentemente scoraggiato, triste, depresso vero= 1 falso= 0	
	27	E' scomparso l'interesse o il piacere per quasi tutte le cose che fa vero= 1 falso= 0	
	28	Pensa spesso alla morte come uno sbocco alla sua situazione vero= 1 falso= 0	
	29	Sente di valere poco e percepisce frequenti sentimenti di colpa vero= 1 falso= 0	
	30	Le manca l'energia ed è sempre stanco vero= 1 falso= 0	
	31	Ha percepito /percepisce ansia o eccessiva preoccupazione da almeno 6 mesi, e questo ha limitato alcune attività della sua vita sociale o lavorativa vero= 1 falso= 0	
	32	Percepisce ansia e preoccupazione che si associano ad almeno 3 di questi sintomi: a)irrequietezza, tensione b)facile affaticabilità c)difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria d)irritabilità e)tensione muscolare f)alterazioni del sonno vero= 1 falso= 0	
	33	L'ansia o la preoccupazione sono disturbi che causano disagio significativo e menomano la mia vita sociale, lavorativa, o altre aree importanti vero= 1 falso= 0	

In letteratura il grado di autoefficacia è direttamente correlato all'esito del processo. La frattura interiore esprime la discrepanza percepita dall'utente tra l'obiettivo (smettere di fumare) e la sua situazione attuale. Un alto livello di frattura associato a un buon livello di auto-efficacia sono forti predittori positivi nella cessazione. La sola frattura interiore, nel caso in cui il fumatore si senta "scoraggiato" o abbia "poca speranza" di farcela non è sufficiente a garantire un buon risultato.

Motivazione (15-17)

Le pressioni esterne producono risultati generalmente poco duraturi e insoddisfacenti, a meno che non inneschino percorsi di consapevolezza e vengano interiorizzate. Una richiesta legata alla propria salute viene percepita già come più personale e quindi maggiormente efficace. I migliori risultati vengono ottenuti da persone che si trovano ad uno stadio avanzato di cambiamento, che hanno cominciato a prefigurarsi il passaggio allo status di "non fumatore" come altamente desiderabile, e vedono in questo processo una opportunità di cura di se stessi.

Alcol e sostanze (18-23)

L'abuso, anche saltuario di alcol, è un predittore negativo, così come la sostituzione del fumo con il bere e, ancor peggio, la presenza di una dipendenza etilica attuale. Anche l'uso patologico di alcol pregresso deve essere considerato generalmente come fattore prognostico negativo.

Disturbi del comportamento alimentare, comorbilità psichiatrica (24-33)

IL DCA, anche se pregresso, riduce le probabilità di efficacia del trattamento e richiede una particolare attenzione nel percorso terapeutico. L'ambito della comorbilità implica la necessità di percorsi formativi specifici per gli operatori. Gli items 26-30 corrispondono in modo sintetico ai criteri di diagnosi per disturbo depressivo del DSM-IV, mentre quelli dal 31 al 33 alla diagnosi per disturbo d'ansia. La positività di 2 criteri per depressione e altrettanti per ansia dovrebbe indicare il bisogno di un approfondimento diagnostico clinico o con appositi test (nella domanda 32, bastano 3 criteri su 6).

Bibliografia

- Dijkstra A, Conijn B, De Vries H. A match-mismatch test of a stage model of behaviour change in tobacco smoking, *Addiction*. 2006 Jul;101(7):1035-43
- Willemsen MC, Wiebing M, van Emst A, Zeeman G. Helping smokers to decide on the use of efficacious smoking cessation methods: a randomized controlled trial of a decision aid. *Addiction*. 2006 Mar;101(3):441-9
- Rose JE. Nicotine and non nicotine factors in cigarette addiction, *Psychopharmacology (Berl)*. 2006 Mar;184(3-4):274-85. Epub 2005 Dec 16
- Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years, *Tob Control*. 1997;6 Suppl 2:S57-62.
- Radzius A, Gallo JJ, Epstein DH, Gorelick DA, Cadet JL, Uhl GE, Moolchan ET. A factor analysis of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). *Nicotine Tob Res*. 2003 Apr;5(2):141-4.
- Lipkus IM, Barefoot JC, Williams RB, Siegler IC. Personality measures as predictors of smoking initiation and cessation in the UNC Alumni Heart Study. *Health Psychol*. 1994 Mar;13(2):149-55
- Cox LS, Tiffany ST, Christen AG. Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. *Nicotine Tob Res*. 2001 Feb;3(1):7-16
- Psujek JK, Martz DM, Curtin L, Michale KD, Aeschleman SR, gender differences in the association among nicotine dependence, body image, depression, and anxiety within a college population. *Addict Behav*. 2004 Feb; 29(2):375-80
- Lopes FL, nascimento I, Zin WA, Valenca AM, Mezzasalma MA, Figueira I, nardi AE, Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res*, 2002 Aug 35(8):961-7
- Lesch OM, Dvorak A, Hertling I, Klingler A, Kunze M, Ramskogler K, Saletu-Zyhlarz G, Schoberberger R, Walter H. The Austrian multicentre study on smoking: subgroups of nicotine dependence and their craving. *Neuropsychobiology*. 2004;50(1):78-88.
- Gomółka E, Król A, Wilimowska J, Kamenczak A. , Tobacco smoking by alcohol addicted patients--preliminary report, *Przegl Lek* 2008;65(10):522-3.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross JC. Predicting change in smoking status for self-changers *Addict Behav*. 1985;10(4):395-406.
- Hertel AW, Finch EA, Kelly KM, King C, Lando H, Linde JA, Jeffery RW, Rothman AJ., The impact of expectations and satisfaction on the initiation and maintenance of smoking cessation: an experimental test. *Health Psychol*. 2008 May;27(3 Suppl):S197-206
- John U., Meyer C., Rumpf HJ, Hapke U., Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Dec 7; 76(3):287-95
- Keuthen NJ, Niaura RS, Borrelli B, Goldstein M, dePue J, Murphy C, Gastfriend D, reiter SR, Abrams D, Comorbidity, smoking behaviour and treatment outcome, *Psychother Psychosom*, 2000 Sept-Oct; 69(5):244-50

- Breslau N, Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav genet* 1995 Mar; 25(2):95-101
- Psujek JK, Martz DM, Curtin L., Michale KD, Aueschleman SR, gender differences in the association among nicotine dependence, body image, depression, and anxiety within a college population, *Addict Behav*, 2004 Feb; 29(2):375-80
- Laguerre G, Dupont P, Fakhfakh R, Anxiety and depressive disorders in tobacco dependence, *Encephale*. 2002 Jul-Aug;28(4):374-7.
- Novak A, Burgess ES, Clark M, Zvolensky MJ, Brown RA, Anxiety sensitivity, self-reported motives for alcohol and nicotine use, and level of consumption. *J Anxiety Disorders*. 2003; 17(2):165-80

Il trattamento del tabagismo: aspetti farmacologico-clinici

Massimo Baraldo*

Linee guida internazionali, recentemente pubblicate ^[1], classificano i farmaci per il trattamento della dipendenza da tabacco in: a) farmaci *di prima scelta* (bupropione cloridrato, prodotti a rilascio di nicotina (NRT), vareniclina); b) farmaci *di seconda scelta* (nortriptilina, clonidina).

I farmaci *di prima scelta* hanno avuto un riconoscimento sulla loro efficacia e sicurezza e sono stati approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) per questo impiego. Esiste una evidenza di efficacia anche per i farmaci *di seconda scelta*, ma la FDA, al momento, non li ha approvati per tale uso e ci sono preoccupazioni per i loro potenziali effetti collaterali e avversi.

In questo capitolo affronteremo la farmacologia clinica dei farmaci di *prima scelta* essendo quelli maggiormente impiegati e daremo dei brevi cenni su quelli di *seconda scelta*.

1. Bupropione

Esistono almeno due buoni motivi per credere che gli antidepressivi possano essere una valida terapia farmacologica per smettere di fumare: 1) i sintomi astinenziali da nicotina possono produrre e/o precipitare sintomi depressivi e gli antidepressivi possono trattarli; 2) la nicotina può avere un effetto antidepressivo che continua a far fumare e gli antidepressivi si possono sostituire alla nicotina. Inoltre alcuni antidepressivi possono avere un effetto specifico sulle componenti neuronali che stanno alla base della dipendenza da nicotina

Farmacodinamica

Al momento non si conosce il meccanismo con il quale il *bupropione* migliora l'abilità ad astenersi dal fumare, ma, poiché inibisce il re-uptake

Prof. Associato di Farmacologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Udine, Ambulatorio Tabagismo-Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Maria della Misericordia, Udine

della noradrenalina e della dopamina e, in minima parte, della serotonina, l'aumento di queste catecolamine attenua i sintomi da crisi d'astinenza e riduce il craving ^[2]. In considerazione del fatto che l'attività si percepisce dopo circa 1 settimana, i pazienti dovrebbero essere invitati ad iniziare la terapia con *bupropione* 1-2 settimane prima del giorno stabilito per smettere di fumare. Se il fumatore rimane in astinenza per 7 settimane durante la terapia con *bupropione*, l'astinenza a lungo termine è molto alta. I pazienti che non riescono a smettere di fumare entro le sette settimane di trattamento sono da considerare non responsivi al *bupropione*.

Farmacocinetica

Il *bupropione*, somministrato per via orale, ha una biodisponibilità circa del 5-20%. Il T_{max} è 3 ore dopo somministrazione della formulazione a rilascio controllato. Il cibo aumenta lievemente l'assorbimento, ma tali cambiamenti non sono risultati clinicamente significativi. Le concentrazioni plasmatiche del *bupropione* sono proporzionali alla dose dopo dosi singole di 100-250 mg; tuttavia, non è noto se tale proporzionalità è mantenuta nell'uso cronico. Attraversa facilmente la barriera ematoencefalica. Il legame alle proteine plasmatiche è circa del 84%. E' metabolizzato nel fegato in 3 metaboliti farmacologicamente attivi dal CyP2B6. Tutti i metaboliti attivi sono presenti in alte concentrazioni nel plasma. Le concentrazioni di *bupropione* e dei suoi metaboliti raggiungono lo stato stazionario in 5-8 giorni e l'effetto antidepressivo inizia in circa 1-3 settimane. L'emivita plasmatica del *bupropione* a rilascio controllato è circa 21 ore. L'emivita dei metaboliti va da 20 a 37 ore. In soggetti affetti da patologie epatiche, alcoolisti, cirrotici o con disfunzioni del ventricolo sinistro, queste emivite sono prolungate e l'esposizione al farmaco può aumentare di 1.5-2.5 volte. Pertanto in questa tipologia di pazienti è necessario un aggiustamento della dose. Inoltre, dati preliminari, suggeriscono che specifici polimorfismi possono influenzare la risposta al *bupropione* ^[3].

Indicazioni

Il *bupropione* è efficace nei fumatori con e senza una storia di depressione. Sebbene le Linee Guida americane suggeriscano di utilizzare, in fumatori con problemi di depressione, il *bupropione* rispetto agli NRT, non è stato studiato se i soggetti depressi si siano trovati meglio con l'uno o con l'altro farmaco, così come non è stato ancora studiato se il *bupropione* possa prevenire i sintomi depressivi o curare la depressione meglio degli NRT ^[4]. La scelta dovrà tener conto anche delle preferenze del paziente, dei costi, della disponibilità e degli effetti collaterali. Recenti studi hanno confrontato il *bupropione* con la vareniclina e hanno dimostrato maggiori dismissioni dal fumo con la vareniclina ^[5-7].

Precauzioni e controindicazioni

Anche se studi di farmacocinetica, non hanno evidenziato significative differenze tra adulti e anziani, la dose iniziale e quella di mantenimento dovrebbero essere ridotte nell'anziano a causa di una probabile ridotta funzione epatica e renale. La sicurezza del *bupropione* non è stata valutata in bambini o adolescenti sotto i 18 anni. La necessità clinica d'impiegare un antidepressivo in un bambino o giovane adulto deve essere adeguatamente valutata contro il rischio di suicidio. Sono consigliabili delle visite e contatti telefonici frequenti.

Il *bupropione* è classificato nella classe C dalla FDA, e quindi il suo uso in gravidanza è previsto solo se i benefici per la madre superano i rischi per il feto. Il *bupropione* non dovrebbe essere usato durante l'allattamento perché il farmaco arriva al latte e potenzialmente potrebbe causare convulsioni nel feto.

Il *bupropione* è controindicato in pazienti con una storia pregressa di ipersensibilità o severe reazioni avverse al farmaco. E' controindicato negli etilisti, in chi fa uso di sedativi e non dovrebbe essere impiegato in soggetti con preesistenti convulsioni. Anche i soggetti con anoressia nervosa o bulimia corrono lo stesso rischio. Altri fattori che possono aumentare il rischio di convulsioni sono: pregressi traumi cranici, tumori o masse intracraniche, cirrosi epatica o biliare. Tutti i pazienti vanno adeguatamente valutati per riscontrare concomitanti patologie psichiatriche in atto o latenti ^[1-8]. Nei pazienti con una storia recente di infarto miocardico acuto o insufficienza cardiaca, il farmaco va usato con cautela a causa di una dimostrata riduzione metabolica. Poiché il *bupropione* può causare ipertensione in alcuni pazienti, i soggetti ipertesi e quelli che usano contemporaneamente gli NRT, dovrebbero monitorare la loro pressione arteriosa. I pazienti che assumono *bupropione* non devono assumere prodotti antitabagici da banco.

In un fase iniziale della terapia con *bupropione*, i pazienti potrebbero avere ridotta tolleranza all'alcool e quindi dovrebbero essere avvertiti dei possibili rischi. I soggetti che guidano autoveicoli o macchinari che richiedono una certa attenzione, potrebbero avere dei deficit di attenzione e vanno avvertiti.

Interazioni farmacologiche

In generale, il *bupropione* è controindicato con farmaci: antidepressivi, antipsicotici, antiepilettici, psicostimolanti, etanolo, teofillina, corticosteroidi sistemici. Il *bupropione* può essere associato con un farmaco antiepilettico quando quest'ultimo è usato per trattare dolore neuropatico e disordini dell'umore, ma non quando è presente una epilessia. Sono state evidenziati dei casi di PT e/o INR alterati, associati con emorragie o complicazioni trombotiche, quando i pazienti assumevano contemporaneamente *bupropione*

e warfarina. Il *bupropione* dovrebbe essere sospeso almeno 48 ore prima di una mieleografia e dovrebbe essere ripreso 48 ore dopo. Un'altra interazione segnalata è con il ritonavir, che inibisce il suo metabolismo epatico e ne aumenta le concentrazioni plasmatiche portando a rischio di tossicità. Può inoltre avere interazioni farmacodinamiche con agenti fitofarmacologici come il kava kava, *Piper methysticum* e la *Valeriana officinalis* ^[9].

Reazioni avverse

Le reazioni avverse più frequenti rilevate nei trials clinici per smettere di fumare, sono risultate insonnia (30-40%), bocca secca (10%) e nausea ^[1]. Anche se il *bupropione* ha una maggiore probabilità di causare convulsioni rispetto ad altri antidepressivi, nei trials clinici dove si è impiegato il *bupropione* alla dose per smettere di fumare, il rischio è risultato di 1:1000 ^[10].

Un numero sostanziale di pazienti che hanno assunto *bupropione* hanno riportato agitazione, ansietà, irritabilità, irrequietezza e insonnia. Può essere difficile differenziare questa sintomatologia in un fumatore che ha sospeso di fumare e che ha sintomi da crisi astinenziale. In alcuni casi questi sintomi richiedono l'uso di ansiolitici o la sospensione della terapia. Come per tutti gli antidepressivi, ci possono essere dei peggioramenti di forme maniacali e disturbi bipolari che possono portare ad emergenze di suicidalità. E' stato inoltre associato con altri sintomi neuropsichici come confusione, delusione, allucinazione, psicosi, paranoia, mentre più rari sono i sintomi neurologici come anomalie di coordinamento, amnesia, atassia, coma, delirio, discinesia. Tra questi è da segnalare un'alta incidenza di tremori (20%). Alcuni eventi possono essere confusi con attacchi ischemici transitori. Secondo l'EMA, la quota di idee suicidarie è bassa comparata con la popolazione generale ^[11].

La tossicità cardiaca è rara confrontata con gli altri antidepressivi. Tuttavia è da segnalare l'ipertensione in circa il 4.3% dei pazienti trattati soprattutto se associato a NRT. Rare palpitazioni e poco frequenti le aritmie. Il *bupropione* ha effetti anticolinergici (xerostomia, costipazione, diplopia, midriasi, aumentata pressione endoculare e xeroftalmia). Rari i sintomi gastrointestinali come dispepsia, nausea/vomito, flatulenza, disgeusia. E' stata notata perdita della libido, irregolarità mestruali e rari casi d'impotenza. Una diaforesi eccessiva è stata segnalata nel 20% dei pazienti trattati. Le reazioni anafilattiche sono rare 0.1-0.3% . Sono state riportate anche reazioni allergiche e reazioni di ipersensibilità nell'ordine <1/1000 ^[10].

2. Nicotina

Quando si aspira il fumo di sigaretta, la nicotina in esso contenuta raggiunge il cervello in meno di 10 secondi, si lega ai recettori nicotinici e provoca il rilascio di dopamina nei centri cerebrali del piacere. In particolare la nicotina nel cervello agisce sui recettori colinergici del sottotipo $\alpha_4\beta_2$, ritenuti i primari mediatori della sensazione di dipendenza provocata dalla nicotina^[12-13].

Quando le concentrazioni ematica e tissutale di nicotina si abbassano, anche i livelli di soddisfazione scendono, con conseguente aumento del desiderio di fumare ancora ed comparsa dei sintomi di astinenza. L'attivazione del recettore, comporta un aumento del flusso di sodio che causa depolarizzazione, la cui azione si estrinseca soprattutto nell'attivazione di due centri cerebrali: il sistema mesolimbico, in cui si libera dopamina responsabile della gratificazione e del piacere ("craving" in analogia ad altre sostanze d'abuso) ed il locus coeruleus, che è responsabile della liberazione di catecolamine con aumento dello stato di veglia e vigilanza a livello centrale.

I farmaci che rilasciano nicotina (NRT) hanno lo scopo di sostituire la nicotina contenuta nelle sigarette con nicotina rilasciata da prodotti farmaceutici, riducendo i sintomi da crisi d'astinenza quando il soggetto smette di fumare. Gli NRT includono *cerotti transdermici*, *gomme da masticare*, *pastiglie*, *inalatori*, *spray nasali* e *compresse sublinguali*. In Italia sono commercializzati i seguenti prodotti: **Nicorette** (cerotti transdermici da 5, 10 e 15 mg; gomme da masticare 2 e 4 mg; Inhaler da 10 mg); **Nicotinell** (TTS, cerotti transdermici da 7,14 e 21 mg; Mint, pastiglie da 1 e 2 mg); **Niquitin** (cerotti transdermici da 7, 14 e 21 mg; pastiglie da 2 e 4 mg).

La scelta di uno o dell'altro prodotto e della dose, si basa solitamente sul numero di sigarette/die e sul libero arbitrio del fumatore, dietro consiglio del farmacista essendo questi dei prodotti da banco. In realtà, il razionale di questa terapia si basa sulla **idonea** sostituzione della nicotina assorbita con il fumo di sigaretta con nicotina esterna, in modo da non far comparire i sintomi da crisi d'astinenza nicotinic e, una volta raggiunto un equilibrio neurochimico e psichico, su una lenta e graduale discesa della dose di nicotina assunta, tale da attuare la disassuefazione nicotinic.

Le concentrazioni plasmatiche di nicotina possono variare notevolmente nei fumatori dipendendo principalmente da due fattori: il *fumatore* ed il *tabacco*. Il *fumatore* ha delle caratteristiche come sesso, etnia, età, peso, stato di salute, farmaci assunti e altro che possano influire, intra- ed inter-individualmente, sulla farmacocinetica della nicotina. Il *tabacco* ha diverse quantità di nicotina, può essere fumato in modi diversi e la quantità giornaliera fumata è molto variabile. Tutti questi cofattori conducono ad una diversità nelle concentrazioni plasmatiche e cerebrali della nicotina. Di conseguenza il

rimpiazzo della nicotina plasmatica da fumo di tabacco con nicotina da NRT può non sempre essere equivalente e quindi condurre a carenza nicotinica ed evidenti segni e sintomi di crisi astinenziale.

Durante una giornata tipo, un fumatore raggiunge delle concentrazioni plasmatiche tra 10 e 37 ng/ml. La concentrazione plasmatica più elevata è raggiunta in 5-8 min quando si fuma una sigaretta per 5 min, mentre un cerotto transdermico da 15 mg/16 ore raggiunge il picco di concentrazione in 6-9 ore. Tutti gli NRT conducono a delle concentrazioni plasmatiche di nicotina solitamente più basse rispetto a quelle ottenute con il fumo di tabacco e, allo stato stazionario, variano a seconda del prodotto e sono 10-20 ng/ml con i cerotti transdermici e 5-15 ng/ml con gli altri prodotti. Anche un uso *ad libitum* degli NRT conduce da 1/3 a 2/3 delle concentrazioni plasmatiche raggiunte con il fumo di sigaretta^[14].

Ne consegue che, per ottenere dei risultati ottimali da questi prodotti, sarebbe opportuno: 1) definire la dipendenza nicotinica del fumatore; 2) conoscere la nicotina plasmatica del fumatore al fine di somministrare la dose adeguata di NRT; 3) verificare la nicotina raggiunta dopo assunzione di NRT al fine di adeguare la posologia.

Farmacodinamica

Le azioni farmacologiche della nicotina sono complesse e includono effetti sia sul sistema nervoso centrale che periferico. La Nicotina è classificata come uno stimolante dei gangli autonomici, sebbene possieda sia azione stimolante che depressiva. Da un punto di vista recettoriale, la nicotina agisce legandosi a un sottotipo di recettori colinergici, i recettori nicotinici. Questi recettori sono espressi in numerose regioni del sistema nervoso centrale e periferico. La loro attivazione, porta al rilascio di neurotrasmettitori tra i quali prevalentemente la dopamina, che è in grado d'influenzare le funzioni cognitive nonché la trasmissione d'impulsi dal SNC agli organi periferici. Il recettore nicotinico può trovarsi *chiuso*, *aperto* o *desensitizzato* e il suo stato dipende molto dalla concentrazione di nicotina presente nelle sinapsi. Infatti a basse concentrazioni il recettore è *aperto* e risponde, mentre ad alte concentrazioni diventa *desensitizzato* e non risponde. La desensitizzazione porta alla tolleranza^[15].

Il risultato finale è una varietà di effetti colinergici ed adrenergici come tachicardia o bradicardia, mediati sia da stimolazione sia da interferenza con il sistema simpatico e parasimpatico, stimolazione di recettori aortici e carotidei, rilascio di adrenalina dal midollo surrenale e stimolazione della zona trigger chemorecettoriale. Alla giunzione neuromuscolare, la nicotina si comporta come agonista. Gli effetti sul tratto gastrointestinale sono secondari agli effetti di stimolazione parasimpatica. Farmacologicamente gli effetti della nicotina sul sistema cardiovascolare mimano quelli della stimolazione simpatica: agonismo dei recettori nicotinici sulle cellule della midollare surrenalica che

causano il rilascio di adrenalina e noradrenalina. La Nicotina quindi innalza la pressione sistolica e diastolica e può aumentare l'azione inotropica e cronotropica del cuore. Il grado di queste reazioni sono strettamente correlate con le concentrazioni plasmatiche della nicotina.

In conclusione, da un punto di vista farmacodinamico, sono da ricordare due concetti: 1) la relazione dose-risposta della nicotina è complessa e a basse dosi stimola i sistemi, laddove ad alte dosi li deprime; 2) produce tolleranza che si sviluppa rapidamente ^[12].

Farmacocinetica

Come abbiamo visto, la nicotina assunta attraverso il fumo di tabacco induce stimolazione e piacere e riduce lo stress e l'ansietà nei fumatori. Questi arrivano a usare la nicotina per modulare il livello di eccitazione e per controllare lo stato di umore nella vita quotidiana. Le ripetitive esposizioni alla nicotina portano ad un neuroadattamento risultante nello sviluppo di tolleranza a molti effetti cardiovascolari e comportamentali della nicotina. Quando una persona smette di fumare e quindi d'introdurre nicotina, emergono i sintomi da crisi d'astinenza. Un ciclo giornaliero di fumo può essere visto nella figura 1.

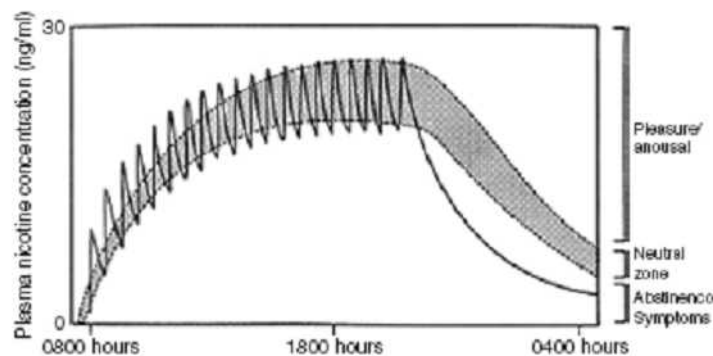


Figura 1. Concentrazione plasmatica della nicotina a ciclo della dipendenza durante una giornata di fumo di sigaretta ^[16]

La prima sigaretta del mattino serve ad innalzare le concentrazioni plasmatiche della nicotina che sono scese durante la notte e provoca piacere (la prima sigaretta è sempre quella più amata dai dipendenti nicotinici) e nello stesso tempo fa sviluppare tolleranza. Una seconda sigaretta è fumata più tardi, quando il fumatore sente che c'è una regressione della tolleranza. Con le

sigarette successive si assiste ad un accumulo della nicotina nell'organismo, evidenziato da un lento e graduale innalzamento delle concentrazioni plasmatiche. Nel pomeriggio, si raggiunge uno stato stazionario della nicotinemia, fino all'ultima sigaretta che porta alla sospensione notturna. Durante questa sospensione, le concentrazioni di nicotina scendono e si assiste ad una risensitizzazione dei recettori. A causa del rapporto dose-risposta e della tolleranza, la maggior parte dei fumatori tendono ad assumere la stessa quantità di sigarette, nello stesso tempo, giorno dopo giorno (soprattutto i dipendenti medio-forti) ^[12]. La nicotina è una base debole ($pK_a=8.0$) e l'assorbimento attraverso le mucose dipende dal pH. Dopo somministrazione, l'assorbimento della nicotina presenta una variabilità che dipende dal tipo di formulazione ^[17-18]. Con la gomma da masticare, l'assorbimento attraverso la mucosa buccale avviene facilmente, ma è lento rispetto a quello che si ottiene dal fumo di sigaretta o con la somministrazione per inalazione e/o endonasale, come si può vedere in fig. 2.

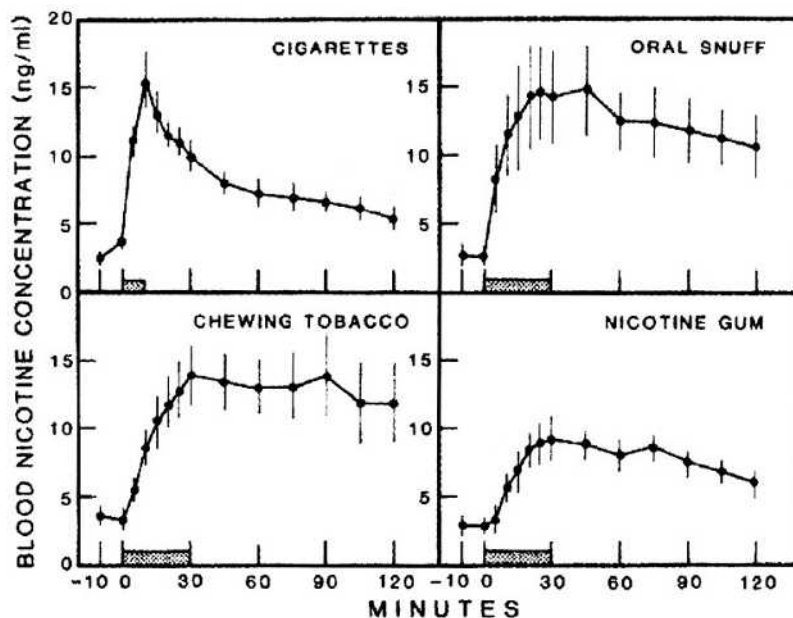


Fig. 2 Concentrazioni ematiche della nicotina dopo fumo di tabacco, inalazione orale, masticazione di tabacco e gomme da masticare ^[19].

Uno studio riporta che la pastiglia di nicotina rilascia 25-27% più nicotina rispetto alla gomma da masticare e questo perché la pastiglia si dissolve

completamente rispetto alla gomma, il cui rilascio di nicotina dipende dal modo di masticare^[20]. L'assorbimento durante 20-30 minuti di masticata ritmica, varia dal 50-90 % del contenuto della gomma e la quantità assorbita è molto variabile da soggetto a soggetto. Una piccola quantità di nicotina può essere assorbita dal tratto GI dovuto al metabolismo di primo passaggio attraverso il fegato. Dopo la somministrazione per inalazione, la nicotina è rapidamente assorbita attraverso le mucose del tratto respiratorio. Meno del 5% di una dose inalata raggiunge le più basse vie respiratorie. Con la somministrazione endonasale, approssimativamente il 53% di una dose, raggiunge la circolazione sistemica. La nicotina può essere assorbita lentamente anche attraverso la mucosa orale. Dopo l'applicazione del cerotto transdermico, la nicotina è bene assorbita attraverso la pelle ma l'estensione dell'assorbimento non è nota. Il picco di concentrazione plasmatica (C_{max}) dal momento dell'inizio della masticazione della gomma lo si può riscontrare a 15-30 minuti (T_{max}), dopo 15 minuti dopo inalazione, 4-15 minuti dopo somministrazione endonasale, 4-12 ore dopo applicazione del cerotto transdermico. La Nicotina, ampiamente distribuita nel corpo, raggiunge il cervello, dopo un singolo puff, entro 7 secondi. Attraversa la placenta e ed escreta nel latte (media latte:plasma è di 2.9:1). La concentrazione di nicotina nel fluido amniotico e nel siero fetale supera quella nel siero materno. Sono state rilevate quantità misurabili anche nel siero e nelle urine dei neonati di madri che allattano fumatrici.

La concentrazione plasmatica di nicotina declina in maniera bifasica. La maggior parte della nicotina (80%) è metabolizzata nel fegato mediante un'ossidazione a cotonina e nicotina-l-ossido. Questa reazione è mediata dal citocromo P450 2A6 (CyP2A6)^[21]. Poiché i fumatori dipendenti regolano la quantità di fumo in maniera da regolare i livelli di nicotina plasmatici e cerebrali, variazioni nell'attività del CyP2A6 possono influire il comportamento del fumatore. Ad esempio, i metabolizzatori lenti di nicotina, sono associati con un più basso consumo di sigarette, ridotta intensità di fumare e ridotti sintomi astinenziali durante la sospensione perché hanno concentrazioni plasmatiche di nicotina più elevate e stabili e non necessitano di compensare frequenti cali di concentrazione. Inoltre questi soggetti raggiungono più elevate percentuali di sospensione negli studi clinici. I soggetti Afro-Americani sono prevalentemente metabolizzatori lenti rispetto agli Europei-Americani. I risultati di recenti studi suggeriscono che l'attività del CyP2A6 può avere una utilità clinica nel determinare il tipo di fumatore e stabilire il trattamento più appropriato. Ad esempio, i metabolizzatori rapidi, potrebbero essere incoraggiati ad assumere gli NRT. Invece, i metabolizzatori lenti, possono impiegare la terapia comportamentale associata con gli NRT, ma hanno scarso giovamento dal *bupropione*^[22-23].

L'emivita iniziale della nicotina è 2-3 minuti e finale è 30-120 minuti con considerevoli variazioni tra gli individui. Con i cerotti transdermici,

l'emivita di eliminazione è 3-4 ore. La cotinina ha una emivita di circa 10-40 ore. La nicotina ed i suoi metaboliti sono eliminati attraverso i reni e circa un 10-20% della nicotina è eliminata immodificata nelle urine.

Indicazioni

L'indicazione sono i soggetti con una dipendenza da nicotina, che può essere testata con il test di Fagerstrom, medio-alta. Se il fumatore non ha dipendenza, la percentuale di efficacia si riduce notevolmente. Quindi non tutti i fumatori traggono giovamento da questi prodotti. Tutti i prodotti disponibili in commercio sono efficaci nel promuovere lo smettere di fumare, in particolar modo nei soggetti che sono motivati a smettere e che dimostrano di essere nicotino-dipendenti. Esiste invece una scarsa evidenza circa il ruolo degli NRT nei soggetti che fumano meno di 10-15 sigarette/die. La scelta di quale prodotto utilizzare dipende dal paziente, dalla tollerabilità e dai costi. I cerotti sono sicuramente i più facili da usare, rispetto alle gomme o agli inalatori, ma i cerotti non possono essere impiegati per trattare crisi acute di craving. In linea di massima, le gomme da masticare e le pastiglie sono utili in soggetti tendenzialmente ansiosi, già abituati a masticare gomme. Non possono essere impiegate in soggetti con protesi dentarie o con patologie del cavo orale. I cerotti transdermici non possono essere impiegati in soggetti con patologie cutanee e allergie. Sono inoltre più difficilmente gestibili in soggetti che praticano attività sportiva ricca di allenamenti. Gli inalatori, anche se presentano un'alta biodisponibilità, non aiutano a dimenticare la gestualità e, da un punto di vista psicologico, rallentano il distacco dalla sigaretta, mentre possono essere utili in soggetti psicopatici. Esiste evidenza scientifica di maggiore efficacia nell'associare i cerotti transdermici con gomme da masticare o pastiglie ^[13].

Precauzioni e controindicazioni

La Nicotina assorbita dai prodotti farmaceutici può avere un effetto additivo alla nicotina della sigaretta, per cui i pazienti dovrebbero essere messi in guardia sulla pericolosità di continuare a fumare quando assumono nicotina esterna. Il fumo di tabacco contiene idrocarburi policiclici aromatici che possono indurre gli enzimi microsomiali epatici CyP450 e aumentare il metabolismo di molti farmaci. Al contrario, lo smettere di fumare, può causare aumento dei livelli sierici di diverse terapie mediche e dei loro effetti. Esempi di farmaci che possono essere influenzati sono : caffeina, clozapina, oxazepam, olanzapina, pentazocina, fenotiazina, propofene, propranololo, teofillina, antidepressivi triciclici (es. imipramina), e warfarina. Durante la cessazione del fumo bisognerebbe ridurre il dosaggio di questi farmaci.

Per ciascun tipo di fumatore, con o senza malattie concomitanti, il

rischio di una terapia di sostituzione dovrebbe essere pesato rispetto ai rischi di continuare a fumare. Gli effetti cardiovascolari della nicotina includono, vasocostrizione periferica, tachicardia ed elevazione della pressione arteriosa. In pazienti con malattie cardiovascolari e vasculopatie periferiche, l'uso di cerotti non sembra essere un grande rischio rispetto al fumare, sempre che il soggetto non fumi quando sta assumendo il cerotto. Il cerotto transdermico è stato usato con sicurezza come aiuto per smettere di fumare in pazienti con malattie cardiache. Tuttavia, quelli con una storia recente (entro le passate 2 settimane) di angina instabile, infarto miocardio, interventi CABG o aritmia cardiache devono essere esclusi. In generale, la terapia sostitutiva non dovrebbe essere usata in pazienti con severe aritmie cardiache, durante un immediato periodo post-infarto o in pazienti con angina pectoris severa o in peggioramento. La terapia con nicotina, dovrebbe essere usata con cautela in pazienti con ipertensione, feocromocitoma, diabete insulino-dipendente, malattie vasospastiche o malattie della tiroide che risultano in ipertiroidismo o tireotossicosi, perchè aumenta la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la glicemia dovuta al rilascio delle catecolamine indotta dalla nicotina.

La Nicotina dovrebbe essere impiegata con cautela in pazienti in restrizione di sodio per aiutare il controllo della pressione arteriosa e/o ritenzione di fluidi. Nei soggetti che assumo contemporaneamente Nicotina e *bupropione* è stata riscontrata un più alta incidenza di trattamenti di emergenza per ipertensione per cui è consigliabile un accurato monitoraggio.

In merito all'impiego degli NRT negli anziani, l'esperienza clinica non ha identificato significative differenze rispetto ai giovani pazienti. In generale tuttavia la scelta del dosaggio dovrebbe essere cauta, iniziando con dosi più basse a causa della più frequente presenza d'insufficienza epatica e renale o concomitanti patologie.

Se possibile, la nicotina dovrebbe essere evitata durante la gravidanza. La donna dovrebbe essere invitata a smettere di fumare attraverso interventi educazionali e di comportamento. La Nicotina rilasciata dai cerotti e dagli inalatori è classificata dalla FDA in categoria di rischio D e la nicotina della gomma nella categoria di rischio C. Tuttavia le informazioni dell'impiego di questi prodotti in gravidanza appare conflittuale. L'effetto specifico degli NRT sullo sviluppo fetale non è noto anche se la Nicotina può aumentare la frequenza cardiaca fetale. Sono stati riportati aborti spontanei in donne che assumevano NRT, sebbene una reale relazione causa-effetto non sia stata riscontrata. Tuttavia poiché gli effetti del fumare sulla salute materna e fetale sono stati chiaramente dimostrati (basso peso alla nascita, aumentato rischio di aborto spontaneo e aumentata mortalità perinatale), gli NRT dovrebbero essere impiegati valutando il rapporto rischio-beneficio. Gli NRT dovrebbero essere usati con cautela in donne che allattano perché la nicotina è distribuita nel latte materno. Inoltre poiché gli NRT conducono a concentrazioni plasmatiche di nicotina più basse delle sigarette, un loro utilizzo può essere

considerato valutando i rischi associati all'esposizione del neonato che alla nascita ha una più bassa clearance della nicotina. Altri pazienti a rischio sono quelli che presentano una ulcera peptica perché la nicotina può ritardare la guarigione.

Gli NRT non sono stati testati sui bambini e non dovrebbero essere impiegati. La gomma da masticare è controindicata in pazienti con malattie dentali o in pazienti con S. dell'articolazione temporomandibolare. La nicotina è controindicata in pazienti con storia di esofagite, ernia iatale o reflusso gastroesofageo poiché queste condizioni possono essere esacerbate dagli effetti farmacologici della nicotina stessa. Soggetti con patologie infiammatorie orali potrebbero essere irritati da gomme da masticare e pastiglie. Il cerotto transdermico può essere irritante per pazienti con alcuni tipi di malattie della pelle come dermatite o eczema atopico.

Interazioni

Sono stati segnalati casi di ipertensione in pazienti trattati con cerotti transdermici e *bupropione*. L'utilizzo di cibi acidi o bevande come caffè e coca-cola durante o entro 15 min prima dell'uso della gomma da masticare può ridurre l'assorbimento della nicotina che ha bisogno di un ambiente basico. Tra i farmaci che possono interagire con la *nicotina* troviamo: l'insulina, alfa-bloccanti, agonisti adrenergici, alcaloidi ergotaminici, cimetidina. La sospensione del fumo, può risultare in una riduzione della clearance di farmaci come teofillina, warfarina, paracetamolo, caffeina, clozapina, oxazepam, pentazocina, olanzapina, fenotiazina, propofol, propranololo, antidepressivi triciclici. Questi farmaci possono richiedere una riduzione del dosaggio.

3. Vareniclina

La *vareniclina* (V) è un farmaco che si impiega nel trattamento del tabagismo e si basa su un meccanismo d'azione simile a quello della nicotina ed interagisce con gli stessi recettori. Tuttavia è un *agonista parziale*, e quindi ha minore efficacia della nicotina anche se causa un più blando rilascio di dopamina che comunque causa un lieve appagamento e contrasta i sintomi da crisi d'astinenza. Inoltre agisce come *antagonista* e occupa i recettori senza provocare effetto farmacologico. Quindi la *vareniclina* impedisce alla nicotina circolante e libera di interagire con i propri recettori e di far rilasciare dopamina, riducendo la soddisfazione di fumare.

A differenza degli NRT, che rilasciando nicotina sostituiscono la nicotina del fumo di tabacco ottenendo gli stessi effetti farmacodinamici, la vareniclina riduce gli effetti dinamici della nicotina producendo un effetto sufficiente ad alleviare i sintomi del desiderio compulsivo e dell'astinenza.

Farmacodinamica

La *vareniclina* si lega ai recettori $\alpha_4\beta_2$ nicotinici neuronali dell'acetilcolina con elevata affinità e selettività. Presenta un duplice meccanismo d'azione :a) EFFETTO AGONISTA (parziale) con stimolazione dei recettori nicotinici in misura significativamente inferiore alla nicotina; b) EFFETTO ANTAGONISTA con blocco della capacità della nicotina di attivare i recettori $\alpha_4\beta_2$ e quindi di stimolare il sistema dopaminergico mesolimbico soprattutto nel nucleo accumbens. Similmente alle sostanze d'abuso, la nicotina aumenta il rilascio di dopamina nel nucleus accumbens e nella corteccia prefrontale. Il craving per la nicotina è stimolato da bassi livelli di dopamina mesolimbica durante i periodi di astinenza. La *vareniclina* è efficace perché è parzialmente stimola i recettori $\alpha_4\beta_2$ a produrre un modesto livello di dopamina mesolimbica diminuendo così il craving ed i sintomi astinenziali. La molecola agisce inoltre bloccando i siti recettoriali della nicotina impedendone l'effetto nel caso in cui il paziente continui a fumare ^[24]

.

Farmacocinetica

Il farmaco si somministra per via orale ed ha un assorbimento quasi completo con biodisponibilità sistemica elevata. La biodisponibilità orale non è modificata dal cibo o dal momento della somministrazione. Presenta una cinetica lineare e la concentrazione plasmatica massima è raggiunta entro 3-4 ore dalla somministrazione orale mentre lo stato stazionario in circa 4 giorni.. Una volta assorbita, si distribuisce nei tessuti incluso il cervello e presenta un volume apparente di distribuzione allo stato stazionario ($V_{d_{ss}}$) in media di 415 litri. La *vareniclina* ha un basso legame con le proteine plasmatiche ($\leq 20\%$) ed è indipendente da età e funzionalità renale. Il 92% della dose assorbita viene escreta immodificata nelle urine e meno del 10% è eliminata sotto forma di metaboliti. La eliminazione è renale principalmente attraverso filtrazione glomerulare insieme a secrezione tubulare attiva con una emivita media di 24 ore. Non si sono notate differenze statisticamente significative nella farmacocinetica sulla base di differenze di razza, sesso, abitudine al fumo, uso di altri farmaci. In soggetti con insufficienza renale l'esposizione è aumentata di 1.5 e 2.1 volte se la clearance della creatinina è rispettivamente tra 30 e 50 mL/min e <30 mL/min. Nei soggetti con compromissione epatica la cinetica non è modificata.

Interazioni

Non si sono notate variazioni statisticamente significative durante la cosomministrazione con digossina, warfarin, cimetidina e metformina. Non ha dimostrato d'influire sulla cinetica del *bupropione* e della Nicotina. In

associazione con la Nicotina si sono notati aumento di nausea, cefalea, vomito, dispepsia, vertigine e astenia.

Precauzioni e controindicazioni

Non sembrano esserci differenze farmacocinetiche dovute all'età, sesso, stato di fumatore, o terapia concomitanti. La V dovrebbe essere impiegata con cautela in pazienti con patologie renali. Il farmaco può essere rimosso dalla emodialisi. Nei soggetti con disfunzioni epatiche la posologia non deve essere modificata. La sicurezza d'impiego nei soggetti sotto i 18 anni non è stata testata, anche studi di farmacocinetica sono stati eseguiti in 22 adolescenti dai 12 ai 17 anni riportando parametri comparabili. E' classificata nella categoria C dalla FDA e quindi dovrebbe essere usata durante la gravidanza solo se i potenziali benefici superano i rischi per il feto. Non si sa se la V è escreta nel latte materno anche se è escreta nel latte animale. Poiché può causare sonnolenza e affaticamento, i pazienti che guidano autoveicoli o utilizzano macchine industriali dovrebbero essere avvertiti.

Reazioni avverse

Durante il trattamento con questo farmaco sono stati segnalati effetti neuropsichici come cambiamenti del comportamento, agitazione, depressione e idee suicidarie. Queste reazioni avverse si sviluppano entro giorni o settimane dall'inizio del trattamento e possono presentarsi sia in pazienti con precedenti disturbi psichiatrici sia in persone sane. Quindi i pazienti vanno adeguatamente istruiti a comunicare qualsiasi sintomo.

Sulla base dei trials clinici, le reazioni avverse sono state differenziate in frequenti, infrequenti e rare. La reazione avversa più frequente è la nausea (30% con 1 mg due volte al giorno e 16% con 0.5 mg due volte al giorno) che è generalmente moderata e spesso transitoria, anche se è la causa maggiore di sospensione della terapia. Si consiglia di assumere il farmaco dopo assunzione di cibo o acqua per ridurre l'incidenza e la severità della nausea. Altre cause di sospensione nel 12% dei casi sono insonnia e altri disturbi del sonno.

Conclusioni

La *vareniclina* ha aumentato di due-tre volte la cessazione dal fumo rispetto a soggetti non trattati farmacologicamente, ha dimostrato di essere migliore significativamente rispetto al *bupropione* e agli NRT. La principale reazione avversa è la nausea che però tende a scomparire con il tempo. Altri possibili eventi avversi correlati con la V come depressione, agitazione, pensieri suicidari, sono tutt'ora oggetto di studio.

4. Farmaci di seconda scelta

Nortriptilina

Come il bupropione, la *nortriptilina*, un antidepressivo triciclico, raddoppia le possibilità di smettere di fumare ad almeno 6 mesi di follow-up ^[10]. Agisce attraverso l'inibizione del reuptake della serotonina e della noradrenalina. L'efficacia della *nortriptilina* è indipendente dal suo effetto antidepressivo e l'effetto è simile a quello degli NRT. L'associazione con gli NRT ha dimostrato di aumentare la sospensione dal fumo senza influire significativamente sui sintomi astinenziali ^[25]. La *nortriptilina* come singola terapia antitabagica è risultata meglio del placebo (N = 975, OR 2.34, 95% CI :1.61-3.41). L'associazione *nortriptilina*-NRT non ha evidenziato evidenti benefici (N = 318, OR 1.48, 95% CI: 0.87-2.54). Comparando *nortriptilina* a *bupropione*, i trial hanno evidenziato migliori performance del *bupropione* ma senza una differenza statisticamente significativa. Le reazioni avverse sono quelle degli antidepressivi triciclici correlate al blocco dei recettori colinergici muscarinici (bocca secca, visione offuscata, costipazione e ritenzione urinaria), dei recettori H1 istaminici (sedazione, sonnolenza, guadagno di peso) e dei recettori α_1 adrenergici (ipotensione ortostatica). A causa degli effetti cardiotossici, la *nortriptilina* dovrebbe essere utilizzata con estrema cautela in pazienti con patologia cardiovascolari ^[1].

Clonidina

La clonidina è un agonista α_2 noradrenergico che ha dimostrato di ridurre i sintomi d'astinenza determinati da oppio e alcool ^[26]. Una revisione dei dati di letteratura, ha evidenziato che il trattamento con clonidina è associato con una aumentata sospensione dopo 12 settimane (O.R. 1.89, 95% CI: 1.30-2.74) ^[27].

Le reazioni avverse maggiormente riportate sono bocca secca (40%), sonnolenza (33%), vertigini (16%), sedazione (10%) e costipazione (10%), ma i più pericolosi sono reazioni allergiche, bradicardia, variazioni pressione arteriosa che ne limitano l'impiego.

Conclusioni

La dipendenza da tabacco è una malattia cronica che richiede spesso ripetuti interventi. Trattamenti farmacologici effettivi sono già sul mercato e possono significativamente aumentare la percentuale di astinenti dal fumare per lunghi

periodi. Tuttavia è essenziale che questi farmaci vengano utilizzati identificando e documentando lo status dell'uso del tabacco e trattando ogni singolo fumatore in modo personalizzato. I clinici dovrebbero incoraggiare i loro pazienti ad usare questi farmaci eccenzion fatta quando c'è una insufficiente evidenza di efficacia (donne gravide, consumatori di tabacco non fumato, fumatori leggeri e adolescenti). Tutti i farmaci di *prima scelta hanno dimostrato di aumentare l'astinenza dal fumo a 6 e 12 mesi in ordine decrescente di OR: Vareniclina (3.22), NRT spray nasale (2.35); NRT inalatore (2.14), NRT pastiglie (2.05), bupropione (1.94), NRT cerotto transdermico (1.81), NRT gomme da masticare (1.66)*. Tutte le terapie farmacologiche dovrebbero essere accompagnate da colloqui.

Bibliografia

1. Fiore MC et al. Treating Tobacco use and dependance: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MDUS Department of Health and Human Services, Public Health Service, May 2008
2. Stahl SM et al. A review of the neuropharmacology of bupropion, a dual norepinephrine and dopamne reuptake inhibitor. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6: 159-166
3. David SP et al. Pharmacogenetic clinical trial of sustained-release bupropion for smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2007; 9: 821-833
4. Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, June 2000
5. Gonzales D et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296: 47-55
6. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:56-63
7. Nides M et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: Results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Archives of Internal Medicine* 2006;166:1561-8
8. Tønnesen et al. Smoking cessation I patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417
9. Hadley S et. al. Petry JJ. Valerian. *Am Fam Physician*. 2003; 67: 1755-
10. Hughes JR et al. Antidepressant for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* CD000031
11. European Agency for the Evaluation of Medicines for Human Use. Committee for Proprietary Medicinal Products. Opinion following an article 36 referral. Bupropion hydrochloride. <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/referral/2761002en.pdf> Accessed 29 April 2004

12. Benowitz NL. Clinical pharmacology of Nicotine: implication for understanding, preventing and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther* 2008; 83: 531-41
13. Stead LF et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Sys Rev* CD000146-2008
14. Hukkanen J et al. Metabolism and disposition kinetics of nicotine. *Pharmacol Rev* 2005; 57: 79-115
15. De Biasi M. The biology of nicotine addiction. *Tabaccologia* 2006; 1S: 19-23
16. Benowitz NL. Cigarette smoking and nicotine addiction. *Med Clin North Am* 1992; 76: 415-437
17. Hukkanen J et al. Metabolism and Disposition Kinetics of Nicotine. *Pharmacol Rev* 2005; 57:79-115,
18. Svensson CK. Clinical Pharmacokinetics of Nicotine. *Clin Pharmacokinet* 1987; 12: 30-40.
19. Benowitz NL et al. Nicotine absorption and cardiovascular effects with smokeless tobacco use: comparison with cigarettes and nicotine gum. *Clin Pharmacol Ther* 1988; 44:23-28.
20. Shiffman S et al. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1267-76
21. Messina ES et al. A major role for CyP2A6 in nicotine C-oxidation by human liver microsomes. *J Pharmacol Exp Ther* 1997; 282: 1608-1614
22. Ho MK et al. Association of Nicotine metabolite ratio and CyP2A6 genotype with smoking cessation treatment in African-American light smokers. *Clin Pharmacol Ther* 2009; 85: 635-43.
23. Benowitz NL. Genetic influence in the variation in renal clearance of nicotine and cotinine. *Clin Pharmacol Ther* 2008; 84: 243-247
24. Cahill K et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006103.
25. Prochazka AV et al. A randomized trial of nortriptyline combined with transdermal nicotine for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2004; 164: 2229-2233
26. Henningfield et al. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *Cancer J Clin* 2005; 55: 281-299
27. Gourlay SG et al. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Sys Rev* CD000058).

Tabagismo, alcolismo e tossicodipendenza

*Fabio Lugoboni *, Biagio Tinghino ***

Esistono considerevoli prove epidemiologiche, con chiari correlati neurochimici, che il fumo di sigaretta sia frequentemente associato all'assunzione di altre droghe; alcuni stimoli (cocaina e nicotina) non solo hanno siti comuni di azione nel SNC, ma i recenti progressi nell'ambito della ricerca di base sostengono le ipotesi secondo cui sia un polimorfismo genico a facilitare l'instaurarsi della dipendenza. In particolare, dei cinque recettori dopaminergici oggi identificati, il recettore D2 è molto più frequente nei fumatori rispetto ai non fumatori, nella espressione dei due alleli meno comuni (TaqIA e TaqIB). Il polimorfismo sopra citato è associato sia all'abuso di sostanze in generale, sia a comportamenti di ricerca di forti sensazioni e di attitudine al rischio. I temperamenti dei novelty seeking sono correlati direttamente con un assetto endocrino di tipo dopaminergico, mentre ci sarebbe una correlazione inversa con un assetto serotoninergico.

Sul piano epidemiologico è noto che la prevalenza di fumatori attivi nei pazienti in trattamento con trattamenti sostitutivi degli oppioidi (TSO) varia tra l'80 ed il 90% , percentuali all'incirca triple di quelle della popolazione generale. La prevalenza tra i consumatori attivi di eroina e cocaina è risultata essere del 99,2 e del 96%, rispettivamente, al momento dell'ingresso in comunità terapeutica (Osservatorio Epidemiologico di S.Patrignano, dati non pubblicati).

Per quello che riguarda l'associazione tra tossicodipendenza e tabagismo, è noto che i fumatori, tra i consumatori di cocaina, sono più giovani, meno istruiti, guadagnano meno soldi ed iniziano l'uso della sostanza più precocemente. Inoltre l'uso di cocaina è più frequente rispetto ai non fumatori. Anche le problematiche sociali sono più evidenti, quando misurate con l'ASI (Addiction Severity Index). Dati analoghi sono stati segnalati tra gli alcolisti, tanto da che si può generalmente affermare che circa l'80% degli alcolisti fuma e il 30% dei fumatori beve in modo patologico, fenomeno

**Responsabile UO Medicina delle Dipendenze, Policlinico dell'Università di Verona*

***Responsabile UO Dipendenze, ASL di Monza e Brianza*

ampiamente noto a quanti si occupano di etilismo e confermato da alcuni studi epidemiologici. Peraltro di recente l'attenzione si è posata sul fatto che il tabacco diventa un sostituto importante dell'alcol quando l'uso di quest'ultimo viene a cessare. L'astinenza da nicotina incrementa il bisogno di bere e la quantità di alcol assunta. L'uso di alcol, dall'altra parte, incrementa la sensibilità generale al craving legato agli stimoli esterni (cue reaction). Gli ex alcolisti hanno un elevato tasso di mortalità per patologie correlate al fumo.

I TD hanno nella propria storia dei tentativi di smettere di fumare. In uno studio effettuato tra gli utenti afferenti al SERT di Monza si rilevavano mediamente 1,2 tentativi per i cocainomani e 1,6 negli eroinomani. I consumatori cronici di eroina avevano al loro attivo un tempo di astensione cumulativo cumulativamente breve (4,2 mesi in totale), ma comunque superiore ai cocainomani il cui tempo di astensione rilevato era prossimo allo zero.

Solo recentemente sono comparsi studi di valutazione sul problema del fumo nei TD in trattamento sostitutivo (TSO). Queste indagini mostrano non solo che i pazienti in TSO fumano nella quasi totalità dei casi, ma frequentemente si ammalano per questo; le strutture specialistiche generalmente non si fanno carico di questo problema.

Negli USA meno di 1/5 delle strutture deputate ai TSO offrono anche farmacoterapia per il tabagismo (Friedman, *J Subst Abuse Treat*, 2009). La disponibilità a smettere tra i TD in TSO non sembra essere correlata alla depressione, peraltro frequente in questi pazienti. Sono stati osservati alti gradi di interesse alla cessazione del fumo e disponibilità a smettere nei TD in terapia sostitutiva e la disponibilità a smettere in questa classe di persone si è rivelata superiore a quella dei fumatori della popolazione generale.

L'efficacia dei trattamenti di counseling, senza terapia farmacologica, è in questi casi scarsa, in quanto si sono mostrati bassi il tasso di cessazione dal fumo e di mantenimento dell'astinenza a 6 mesi.

I fattori maggiormente correlati alla cessazione nei dipendenti da sostanze psicotrope si sono dimostrati l'autoefficacia e il trattamento con NRT. Gli studi esaminati e l'esperienza clinica mostrano, in conclusione, da una parte l'importanza di una maggiore attenzione alla dipendenza tabagica e ai problemi fumo-correlati nella popolazione tossico-alcoldipendente, dall'altra come i trattamenti sono attualmente ben lungi dall'essere ottimali.

Bibliografia

- Clarke JG, Stein MD, McGarry KA, Gogineni A. Interest in smoking cessation among injection drug users. *Am J Addict*. 2001 Spring;10(2):159-66
- Shadel WG, Niaura R, Abrams DB. Thinking about craving: an experimental analysis of smokers' spontaneous self-reports of craving. *Addict Behav*. 2004 Jun;29(4):811-5
- Stein MD, Weinstock MC, Herman DS, Anderson BJ, Anthony JL, Niaura R. A smoking cessation intervention for methadone-maintained. *Addiction*. 2006 Apr;101(4):599-607
- Nahvi et al, Cigarette smoking and interest in quitting in methadone maintenance patients; *Addict Behav*, 2006 Nov; 31 (11): 2127-34
- Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, Frosch D, Nahom D, Jarvik ME, Rawson RA, Ling W. Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction*. 2002 Oct;97(10):1317-28; discussion 1325
- Wapf V, Schaub M, Kläusler B, Boesch L, Stohler R, Eich D. The barriers to smoking cessation in Swiss methadone and buprenorphine-maintained patients. *Harm Reduct J*. 2008 Mar 18;5:10
- Miller NS, Gold MS, Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment *J Addict Dis*, 1998; 17(1):55-66)
- Gulliver SB, Rohsenow DJ, Colby SM, Dey AN, Abrams DB, Niaura RS, Monti PM. Interrelationship of smoking and alcohol dependence, use and urges to use. *J Stud Alcohol*. 1995 Mar;56(2):202-6.
- Palfai TP, Monti PM, Ostafin B, Hutchison K.. Effects of nicotine deprivation on alcohol-related information processing and drinking behavior. *J Abnorm Psychol*. 2000 Feb;109(1):96-105.
- Burton SM, Tiffany ST, The effect of alcohol consumption on craving to smoke; *Addiction* 1997 Jan; 92 (1):15-26
- Tinghino B, Rossin L., Correlazioni tra dipendenza da tabacco e uso di sostanze stupefacenti. *Tabaccologia* 2006; 1:23-25
- Baca CT, Yahne CR, Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat*, 2009 Mar; 36 (2):205-19. Epub 2008 Aug 20.
- Stein MD, Anderson BJ, Niaura R. Smoking cessation patterns in methadone-maintained smokers. *Nicotine Tob Res*. 2007 Mar;9(3):421-8.

La comorbilità psichiatrica nel tabagista

*Estello Massimo Diana**

Così come nelle Dipendenze per altre sostanze d'abuso anche la Dipendenza per la Nicotina si associa molto spesso ad un disturbo psichiatrico di asse I (secondo il nosografismo del DSM IV). L'abitudine al fumo nei pazienti portatori di patologia psichiatrica ha una prevalenza maggiore rispetto a quella della popolazione generale (fuma circa il 41% delle persone con problematiche psichiatriche e il 23% nella popolazione generale). Più elevata è la percentuale dei fumatori tra la popolazione portatrice di patologia psicotica raggiungendo ben l'86% tra i pazienti affetti da psicosi schizofrenica. I soggetti con malattie mentali sono più esposti alla dipendenza da nicotina rispetto agli altri, in particolare quelli affetti da depressione maggiore (OR 2.2), disturbo da attacchi di panico (OR 1.4), agorafobia (OR 1.8), disturbo da ansia generalizzata (OR 1.8). I dati epidemiologici indicano che i pazienti psichiatrici fumatori hanno una minore compliance ai trattamenti e un più basso GAF (Global Assessment Functioning Score) dei non fumatori. È particolarmente elevata anche l'associazione della dipendenza tabagica con altre dipendenze da sostanze d'abuso e comportamentali, in particolare con l'abuso e/o la dipendenza alcolica e con il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico.

Strettamente legata a questi dati è l'incidenza di mortalità legata al tabagismo, che nei soggetti affetti da disturbi psichiatrici raggiunge il 50%, a causa di patologie cardiovascolari, respiratorie spesso sovrapposte a diabete. Il disturbo psichiatrico può favorire l'insorgenza della dipendenza da nicotina; è nota la frequente associazione in età adolescenziale di disturbo depressivo e abitudine al fumo così come è nota la minore risposta ai trattamenti di disassuefazione nei pazienti depressi. La depressione maggiore si manifesta molto più frequentemente nei forti fumatori che nei fumatori non dipendenti (OR 2.9 vs 1.1). Anche i disturbi d'ansia, in particolare l'ansia sociale sembrano favorire l'insorgenza della dipendenza da nicotina e rendono più problematico il trattamento. La presenza di ansia (di ogni tipo) è più elevata (OR 2.4 vs 1.4) nei

**Direttore Struttura Complessa Servizio per le Dipendenze, Asl n° 3 Nuoro, Referente Tecnico per il Tabagismo, Regione Sardegna.*

tabagisti con forte dipendenza rispetto ai fumatori “leggeri”.Allorché si procede ad una disassuefazione tabagica può conseguire un peggioramento delle condizioni psichiche o derivarne una maggiore difficoltà al raggiungimento della condizione “drug free” o una maggiore facilità ad una ricaduta a detossificazione avvenuta.

Nei casi in cui alla dipendenza tabagica si associa un disturbo della serie ansiosa o dell’umore è indispensabile, contestualmente all’inizio del trattamento antifumo, anche il trattamento per il disturbo psichiatrico. A paziente stabilizzato dal punto di vista psichiatrico si può procedere con cautela alla presa in carico per la dipendenza da nicotina e all’avvio della detossificazione. La concomitanza di un trattamento psicofarmacologico rende più problematico l’utilizzo di farmaci specifici per il trattamento del tabagismo con complessità maggiore tanto più questi possono interferire con recettori e vie neuronali implicati nel disturbo psichiatrico.

Diverso deve essere l’approccio nei fumatori portatori anche di disturbo psicotico nei quali in genere non è consigliato il raggiungimento di una detossificazione completa, difficile sia da raggiungere che da mantenere per molto tempo ma preferibile una diminuzione del numero di sigarette fumate quotidianamente. Il paziente psicotico, che spesso fuma per stemperare alcuni effetti spiacevoli del trattamento con neurolettici e/o per ridurre l’apatia e la perdita del piacere tipiche di queste patologie peraltro difficilmente si ammala di cancro mentre invece è ugualmente frequente lo sviluppo di arteriopatie periferiche che migliorano con la semplice diminuzione della nicotina introdotta nell’organismo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- E. Massimo Diana (a cura di). *Il trattamento del tabagismo – Linee guida per il medico di famiglia*. Regione Autonoma della Sardegna. 2006
- Single et al. Am J Public Health, 1999, mar; 89(3):385-10
- Lasser et al, JAMA, 2000, 284(20):2606-2610
- Breslau, Behav Genet 1995; 25(2):95-101
- Montoya et al, Am J Addict 2005;14(5):441-454
- Niaura et al, Psychol Addict Behav, 2001; 15:13-17
- Doll et al BMJ 194: 309:901-911
- Williams et al, Addict Behav, 2004;29:1067-1083
- Henne Kens et al Am Heart J, 2005;150:1115-1121
- Farrel et al, Int Rev Psychiatry 2003; 15:43-49

L'efficacia della prevenzione e del trattamento del tabagismo tra i giovani

Maria Teresa Tenconi, Biagio Tighino ***

Tra i giovani l'iniziazione al fumo rappresenta, oltre alla soddisfazione della curiosità di provare nuove sensazioni, la conquista dell'autonomia e l'affermazione dell'appartenenza al mondo degli adulti.

Il rischio di diventare dipendenti dalla nicotina è il vero problema, che può verificarsi precocemente anche se si fumano poche sigarette al giorno (1,2). Pertanto i programmi di educazione sanitaria per scoraggiare l'abitudine al fumo tra i giovani sono stati elaborati e sperimentati nell'ambito della scuola di ogni ordine e grado.

L'evidenza di efficacia di questi programmi è tuttora incerta. La maggior parte di essi ha dimostrato di accrescere le conoscenze sugli effetti del tabagismo sulla salute, tuttavia solo alcuni hanno dimostrato di aver ridotto la sperimentazione del tabagismo o di aver modificato atteggiamenti e intenzioni dei ragazzi nei confronti del tabagismo. Nella sperimentazione di questi programmi è emersa una notevole responsabilità delle abitudini al fumo dei familiari nel condizionare l'iniziazione precoce e il mantenimento dell'abitudine tra i giovani (3). L'efficacia dei programmi educativi nell'età evolutiva tende comunque ad essere maggiore nella scuola primaria e secondaria di primo grado, mentre risulta per lo più inefficace l'approccio educativo sui temi del tabagismo nella Scuola Secondaria di secondo grado (4,5,6). Tra le metodologie più recenti sembra che l'intervento educativo più idoneo per mandare messaggi di salute agli adolescenti sia quello dell'educazione tra pari; i risultati positivi di uno studio anglosassone hanno dimostrato di perdurare nel tempo, in quanto ancora presenti dopo due anni (7).

Nonostante la storia relativamente breve di uso del tabacco, molti adolescenti sono dipendenti dalla nicotina e fumano quotidianamente. In uno studio condotto dai CDC (Centers for Disease Control and Prevention) nel

* Professore ordinario di Igiene, Metodologia Epidemiologica e Medicina di Comunità, Univ. di Pavia

**Responsabile UO Dipendenze e CTT, ASL di Monza e Brianza

2007 (Youth Risk Behaviour Survey) è emerso che il 60,9% degli studenti che fumavano quotidianamente avevano cercato di smettere e che il 12,2% ci era riuscito con successo (8). L'uso di tabacco, attraverso la nicotina, agisce sullo sviluppo neuronale degli adolescenti in un periodo che è di grande vulnerabilità per la specifica età e per la plasticità nervosa che ad essa è legata (9).

Gli approcci finora sperimentati si scontrano, generalmente, con difficoltà importanti determinate dalle caratteristiche psicologiche del target adolescenziale. Pochi genitori sono attivi nel supportare i figli durante i tentativi di cessazione. L'esperienza della disassuefazione dal tabacco *self-made* è riferita generalmente come fisicamente fastidiosa, stressante da un punto di vista emotivo, isolante sul piano sociale. Sono favorevoli alcuni fattori, come un forte motivazione, la presenza di competenze emozionali e sociali (life skills) e l'esempio di coetanei che sono riusciti a smettere. Sono stati tentati programmi innovativi (come per esempio quelli web-based), con risultati positivi, ma da verificare su campioni più vasti di popolazione (10). L'intervento di sostegno agli adolescenti che vogliono smettere di fumare deve essere non giudicante, con modalità di relazione empatica e capace di mediare con le diverse esigenze dei soggetti.

Nonostante il numero relativamente basso di studi che riguardano le terapie farmacologiche nella smoking cessation negli adolescenti, alcuni dati confortano l'uso di nicotina sostitutiva e l'efficacia che tale trattamento implementa (11). Una recente pubblicazione (12) ha mostrato gli effetti dell'uso di vareniclina in ragazzi di 12-16 anni aventi differente peso corporeo. Il farmaco è stato somministrato per 14 giorni alla dose di 1 mg bid nei soggetti a peso corporeo "elevato" (>55 kg) e alla dose di 0,5 mg bid nei soggetti a più basso peso. Nessun partecipante ha interrotto il trial a causa di eventi avversi e la vareniclina è stata generalmente ben tollerata. Gli effetti collaterali più frequenti (73% e 64% rispettivamente nel gruppo ad 1 mg e nel gruppo a 0,5 mg) sono sovrapponibili a quelli registrati nell'adulto. Di questi la maggior parte sono di tipo lieve.

La complessità del target adolescenziale e, dall'altra parte, l'importanza della cessazione dal fumo richiedono maggiori sforzi e ulteriori studi per la conferma di strategie validate.

Bibliografia

1. Di Franza JR, Rigotti NA, Mc Neill AD et al. – Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob. Control* 2000; 9: 313-319
2. Charlton A. Youth and cigarette smoking. Tobacco Control Facsheets at www.globalink.org/en/youth.shtml
3. Sara Sacco, Gabriele Devoti, Marina Bonfanti, Federico Roncarolo, Luigi Macchi, Anna Pavan, Maria Teresa Tenconi - L'abitudine al fumo tra gli studenti dai 13 ai 18 anni di età in Lombardia. *Epidemiologia e Prevenzione*, 2008; 32: 294-300
4. Roncarolo F, Ramella F, Sacco S, Pretti G, Bonfanti M, Tenconi MT
Mr. Starbene e il Club dei vincenti: assessing an anti-smoking campaign for school children. *Italian Journal of Public Health*, 2008; 5: 72-79
5. Roncarolo F, Ramella F, Rizzo M, Vlacos E, Bonfanti M, Tenconi MT Valutazione dell'efficacia del progetto "io non fumo, e tu?", contro il tabagismo nella scuola secondaria di I grado. *Igiene e Sanità Pubblica*, 2008; 64: 773-786
6. Roncarolo F - "Liberi di decidere" - Programma di prevenzione del tabagismo per la scuola secondaria di secondo grado. *La salute umana* 2008; 213, 31-33,
7. Campbell R, Starley F, Holliday J., Audrey S., Bloor M et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomized trial. *The Lancet*, 2008; 371: 1595-1602.
8. Center for Disease Control (CDC), High school students who tried to quit smoking cigarettes, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2009 May 1; 58(16): 428-31
9. Slotkin TA, If nicotine is a developmental neurotoxicant in animal studies, dare we recommend nicotine replacement therapy in pregnant women and adolescents?, *Neurotox Teratol*, 2008 Jan-Feb; 30 (1):1-19
10. Kramer J.J. et al, Effectiveness of a web-based self-help smoking cessation intervention: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2009 Jan 22; 9:32
11. Price JH et al. Pediatricians' use of the 5A's and nicotine replacement therapy with adolescent smokers. *J Community Health*, 2007, Apr; 32(2):85-101
12. Faessel H et al. Pharmacokinetics, safety and tolerability of varenicline in healthy adolescent smokers: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Clin Ther* 2009 Jan; 31(1):177-89

Le esperienze

La Terapia di Gruppo

*Biagio Tinghino **, *Giacomo Mangiaracina ***

La modalità di trattamento in gruppi si è andata diffondendo nel nostro Paese grazie ad esperienze e risultati conseguiti in vari campi, come nella dipendenze in generale, ma anche per i vantaggi propri della tecnica. Infatti il gruppo permette:

- la condivisione delle difficoltà e dei successi;
- lo scambio delle esperienze;
- le relazioni terapeuticamente efficaci;
- un rapporto costo/beneficio ottimale.

In generale, tutti i metodi lavorano sulla incentivazione del ruolo di sostegno tra i partecipanti, migliorandone l'autostima, offrendo consigli per la gestione delle fasi più delicate del processo terapeutico. Viene incoraggiata l'autogratificazione sostitutiva rispetto alla sigaretta e si offrono strumenti di interazione come test, giochi, questionari, discussioni di gruppo, a rinforzo dei vantaggi dell'astensione. Si è concordi nell'evitare di soffermarsi sui danni da fumo, almeno nella fase di astensione, stimolando piuttosto meccanismi utili al cambiamento e alla cura di sé. Gli approcci si diversificano mantenendo una matrice comune derivata dalle prime esperienze di lavoro. In alcuni casi prevale il meccanismo dell'auto-mutuo-aiuto (gruppi veneti), come nei modelli strutturati sull'esperienza dei gruppi di alcolisti, dove viene valorizzato il ruolo degli ex-fumatori e prevale l'aspetto solidaristico rispetto a quello terapeutico. Il "Piano dei 5 Giorni" (P5G - *McFarland e Folkemberg, 1956*) è stato e rimane il prototipo dell'approccio gruppale nella terapia del Tabagismo. Da questo metodo derivano varie esperienze che hanno fatto dell'integrazione ormai il "gold standard" del trattamento, come è il caso dei "gruppi di fumatori in trattamento" (GFT), diffusi soprattutto nel Lazio, in Sardegna e in Campania, dei "gruppi per la disassuefazione dal fumo" (GDF) della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, dove prevale l'approccio "psicologico" lavorando molto sulla elaborazione del significato emotivo della sigaretta, mentre si lascia al cliente

* *Presidente Società Italiana di Tabaccologia, CTT di Monza*

** *Dipartimento Scienze di Sanità Pubblica, Unità di Tabaccologia Università di Roma "Sapienza". Area Tabagismo LILT*

l'opzione del farmaco. Altre esperienze di approccio integrato provengono da strutture pubbliche (Ferrara, Monza ecc...) e fanno ricorso a più figure professionali (medici, psicologi) nella multimodalità del mutuo sostegno, del gruppo-terapia, e della somministrazione di farmaci. Le sfumature di impostazione, in senso cognitivo comportamentale, psicodinamico o motivazionale, vengono spesso modulate in rapporto alla formazione dell'operatore e divengono più importanti nei modelli dove si tende a scendere più nel profondo dei meccanismi psicologici.

Modelli di conduzione

Esistono varianti nella applicazione dei modelli che descriveremo, perciò lo schema descrittivo è da considerarsi orientativo, dettato da esigenze di sintesi. Ogni centro per il trattamento del tabagismo (CTT) potrà individuare l'approccio più consono alle proprie attitudini e risorse, tenendo conto che non esiste in assoluto un modello migliore di un altro, che i dati di efficacia ottenuti nei follow-up sono in genere piuttosto sovrapponibili e che l'operatore, con la sua valentia, rimane la variabile di successo fondamentale.

Il “Piano dei 5 Giorni”

Derivato dal *Five-Day Plan* americano e importato in Italia dall'associazione Vita e Salute è la prima esperienza di trattamento del tabagismo adottata nel nostro paese, affidata a gruppi di volontari sommariamente formati. Dal 1973 al 1985 vi hanno partecipato oltre 20.000 fumatori. Si tratta di gruppi chiusi, orientati sul terapeuta, effettuati senza alcuna selezione dei pazienti, e a conduzione fortemente direttiva. I fumatori ne vengono a conoscenza per informazioni diffuse dai media e si presentano direttamente nel luogo dove si svolge il corso. I conduttori, solitamente due, uno per la “parte fisiologica” ed uno per la “parte psicologica”, hanno una esperienza “sul campo”, non necessariamente professionisti della salute. Non è possibile dunque prescrivere farmaci. Vengono consigliate metodiche di rilassamento e si punta molto sul concetto di cambiamento dello stile di vita (alimentazione, attività fisica,...). L'impostazione della conduzione è piuttosto informativa, con scarsi spazi per un lavoro psicologico che tenga conto di aspetti individuali, anche per l'alto numero di partecipanti che vi vengono ammessi. L'input di lasciare le sigarette viene dato in una soluzione unica e immediata, senza riduzioni graduali. Lo schema utilizzato è di 5 incontri consecutivi (da cui il nome di “Piano dei 5 Giorni”). Nella sua formulazione iniziale, ogni seduta veniva preceduta dalla

proiezione di una filmato con scene di interventi per tumore polmonare o storie comunque ad effetto drammaticizzante. Dopo la modifica di Mangiaracina apportata nel 1985 (GFT), le proiezioni di sala sono state abolite e in epoca recente si organizzano incontri settimanali di mantenimento. Lo schema è il seguente:

1°	Accoglienza dei partecipanti e presentazione del conduttore Chiarimenti sulla struttura del corso Spiegazione delle 5 caratteristiche di una efficace decisione di smettere (personale, sincera, possibile, rinnovabile, assoluta) Stipula del "contratto di astinenza per 24 ore" Consegna degli accendini e delle sigarette Esercizi respiratori Buffet finale con alimenti "naturali e sani"
2°	Ascolto dell'andamento della giornata Individuazione dei rituali a rischio Sviluppo delle dinamiche del auto-mutuo-aiuto Lezione su un tema sanitario (per es. "fumo e gravidanza") Riproposizione della decisione di gruppo di smettere Esercizi respiratori ed eventuale rilevazione della frequenza cardiaca
3°	Ascolto dell'andamento della giornata Sviluppo delle dinamiche del auto-mutuo-aiuto Lezione su un tema sanitario (per es. "fumo e apparato respiratorio") Riproposizione della decisione di gruppo di smettere Esercizi respiratori ed eventuale rilevazione della frequenza cardiaca
4°	Ascolto dell'andamento della giornata Sviluppo delle dinamiche del auto-mutuo-aiuto Lezione su un tema sanitario (per es. "fumo e apparato cardiocircolatorio") Riproposizione della decisione di gruppo di smettere Esercizi respiratori ed eventuale rilevazione della frequenza cardiaca
5°	Ascolto dell'andamento della giornata Sviluppo delle dinamiche del auto-mutuo-aiuto Lezione su un tema sanitario (per es. "consigli dietetici") Riproposizione della decisione di gruppo di smettere Esercizi respiratori ed eventuale rilevazione della frequenza cardiaca

Richiamc (1 incontro settimanale per 2-3 mesi)	Rinnovo dell'impegno a non fumare Esame e discussione delle difficoltà verificatesi, dei punti critici, scambio di informazioni Sostegno e facilitazione delle dinamiche di solidarietà e di auto- mutuo-aiuto
---	--

L'efficacia del "Piano dei 5 Giorni" è stata testata in diverse occasioni e i lavori prodotti testimoniano di una percentuale di astinenza che in genere varia tra il 75 e il 90% a fine corso, mentre il tasso scende al 47% al follow-up a sei mesi e alla fine del 1° anno si attesta intorno al 38%. Le presenze ai gruppi di sostegno sono circa del 25% rispetto al numero di coloro che frequentano il corso. (Giorgio Cuccia, *"I corsi di disassuefazione dal fumo nella Azienda ULSS 15 del veneto: "In cinque giorni puoi smettere di fumare"* "Tabagismo: Clinica e Prevenzione", Regione Toscana, Settembre 2002).

I GDF della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori

Creati nel 1986 da Colarizi, Morasso, Mangiaracina e Ceruti, i "Gruppi per la Disassuefazione da Fumo" (GDF) della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori sono molto diffusi sul territorio nazionale per via delle 103 sezioni provinciali della lega. Prevedono un colloquio clinico di valutazione condotto da uno psicologo o comunque da operatori opportunamente formati. Se non vengono riscontrate controindicazioni il paziente viene reclutato. Il gruppo è strutturato in 9 incontri, a cadenza bisettimanale, e la conduzione è affidata a uno psicologo. Il numero di partecipanti ammessi è di 10-15 al massimo. Generalmente non è prevista la prescrizione di farmaci, semmai viene demandata al medico curante. Il lavoro è calibrato principalmente sulla consapevolezza di motivi e motivazioni che spingono a fumare, sull'analisi degli stati emozionali, e sul sostegno psicologico. Non è prevista al momento la valutazione con misurazione del CO espirato.

Lo schema, con possibili variazioni, è il seguente:

1°	Presentazione del gruppo e del conduttore Spiegazione del "contratto terapeutico" test: "Occasioni in cui fumo" Questionario n. 1. "Perché fumo?" Questionario n. 2 "Che ne pensi del fumo?" Consegna e spiegazione del "Diario del fumatore"
2°	Discussione e commento del "diario" Questionario n. 3 "Perché voglio smettere?", lavoro sulle motivazioni

	Analisi delle paure legate allo smettere L'ambiente del fumatore: le pressioni sociali Consegna a provare di ridurre del 50% le sigarette
3°	Discussione e commento del "diario" Calcolo dei costi del fumo L'abitudine: i modi per interromperla, strategie e metodi Questionario n. 4 : "Il peso" Consigli sull'alimentazione, Tecniche di rilassamento Consegna a ridurre di un ulteriore 25% le sigarette fumate
4°	Impegno a smettere definitivamente Analisi degli ostacoli e delle strategie, il diario dei momenti di crisi Le domande più comuni e i dubbi prima di smettere Suggestimenti per le prime 48 di astinenza Informazioni sui sintomi dell'astinenza Riassunto dei benefici dello smettere
5°	Scheda "Ogni scusa è buona" Diario dei momenti di crisi, commento e discussione di gruppo sulle prime 48 ore di astinenza, le auto-gratificazioni Consigli alimentari e suggestimenti dietetici
6°	I vantaggi economici del non fumare Costi e benefici Autoregali della settimana
7°	Scheda: "non fumando ho scoperto..." Il problema delle ricadute Autoregali della settimana Le sane abitudini e lo stile di vita
8°	L'ambiente: riflessione sulle influenze esterne Suggestimenti per continuare a non fumare Autoregali della settimana La autograticazioni (per es. "la busta coi soldi risparmiati")
9°	Considerazioni finali e valutazione del percorso compiuto Autoregali della settimana Vantaggi e soddisfazioni ottenuti Il progetto del proprio festeggiamento Presentazione e calendario di eventuale gruppo di sostegno

L'efficacia del trattamento viene solitamente valutata telefonicamente e senza la misurazione del CO espirato. Da esperienze dei GDF a Milano, Firenze e Roma, su un 1.032 partecipanti dell'area fiorentina, il 65,2 % dichiarava di avere smesso di fumare a fine corso, mentre ad un anno la percentuale accertata era del 32,7 %. Se si considerano i casi persi al follow-up, la

percentuale era del 24,3 %. Su 499 partecipanti ai GDF nell'area milanese, si rilevava un'astensione dal fumo del 67,7% a fine trattamento, che diventava del 42,6 % a un anno (erano stati raggiunti 258 pazienti su 499). I dati corretti in considerazione dei soggetti persi al follow-up risultavano ad un anno essere il 22,0 %. Numeri abbastanza sovrapponibili sono quelli dei corsi romani (25 % a un anno, considerati i persi al follow-up).

I Gruppi “Aperiti”

Sono stati applicati nella Regione Emilia Romagna sulla scorta delle esperienze formulate dal centro “antifumo” di Ferrara. Sono una derivazione metodologica dei GDF della Lega Tumori, con qualche modifica:

- I gruppi sono “aperti”, ossia è previsto, a un certo punto del percorso, l'inserimento di nuovi iscritti che vengono affiancati dai più anziani.
- Lo scalaggio delle sigarette è graduale e le prime 24 ore di sospensione sono fissate al 14° giorno di terapia (data limite).
- Oltre al monitoraggio quotidiano delle sigarette (calendarietto) viene utilizzata una tecnica supplementare di autoosservazione su ciascuna sigaretta fumata (“quarti non fumati”).
- La durata complessiva è di 8 settimane più 4 incontri di verifica nel primo anno, per complessivi 16 incontri di gruppo.
- Eventuale terapia sostitutiva nicotinic (NRT) e farmaci (in prevalenza Vareniclina).
- Promozione del volontariato degli ex-fumatori.

Il corso intensivo dell'esperienza ferrarese è di 8 settimane per complessivi 12 incontri a cui seguono 4 verifiche di gruppo distribuite nel corso di 1 anno. La frequenza degli incontri è di 2 volte la settimana per le prime 4 settimane (dal primo all'ottavo incontro) e poi di 1 volta a settimana per le successive 4 settimane. Ogni incontro dura circa 2 ore.

Il metodo si articola nelle seguenti fasi:

Preparazione (dal 1° al 4° incontro)	Presentazione del gruppo e del conduttore Contratto terapeutico, crescita della motivazione Miglioramento della consapevolezza circa le modalità del fumare Diminuzione progressiva della dipendenza fisica Utilizzo come strumento di auto-osservazione del "calendarietto"
<i>Sospensione</i>	Fase programmate per le 24 ore precedenti la 5° seduta Induzione dell'abbandono totale del fumo
<i>Mantenimento</i>	Utilizzo di tecniche per il superamento della crisi d'astinenza Analisi dei contesti ambientali che inducono a fumare Strategie di superamento dei momenti critici Analisi degli "alibi" per ricadere nel fumo Autoricompense e strategie di autogratificazione Gestione di eventuali insuccessi
Verifiche successive	Rinforzo della motivazione a restare astinenti Promozione dell'attività di volontariato Gestione di eventuali ricadute

La tecnica del "gruppo aperto" è strutturata in modo da prevedere un massimo di 8 nuovi ingressi ogni 4 settimane per un totale di 24 partecipanti per seduta. E' possibile usare uno schema che preveda l'inserimento di 8-10 persone ogni 8 settimane per un totale di 12-15 partecipanti. Tale strutturazione è articolata in modo che per ciascuna fase coloro che sono già avanti col percorso dello smettere possano essere affiancati dai più "giovani", con l'instaurarsi di un meccanismo di sostegno reciproco e di tutoraggio da parte dei più "anziani", che mettono così a disposizione la loro esperienza trascorsa. La selezione dei partecipanti avviene con un colloquio individuale col conduttore.

La terapia sostitutiva con nicotina è prevista per tutti, prescritta e monitorata dal medico, introdotta al 5° incontro e protratta per 2 mesi. Oltre al conduttore, altre figure professionali possono partecipare ai gruppi su aspetti specifici come la dietetica, la rieducazione respiratoria, le tecniche di rilassamento.

I risultati, verificati con la misurazione del CO espirato, sono del 40 % a un

anno, percentuale calcolata sulla percentuale degli iscritti. Sale a circa il 50 % se si calcolano coloro che hanno partecipato ad almeno 6 incontri. Un modello di gruppo aperto praticato in Veneto è una derivazione più diretta dal “Piano dei 5 Giorni”. Nella ULSS dell’Alto Vicentino sono strutturati dei gruppi con 5 incontri iniziali (in serate consecutive) seguiti da 10 incontri settimanali di supporto. In questo caso il metodo usato è quello dell’auto-aiuto (integrazione con l’esperienza dei gruppi per gli alcolisti), sebbene sia prevista una conduzione di operatori esperti.

Gruppi Fumatori in Trattamento (GFT)

La metodologia è stata perfezionata da Mangiaracina nel 1985 sulla base di un decennio di esperienza con il “Piano dei 5 Giorni”. Per la dinamica di conduzione che viene sviluppata, si rivela più adatto a gruppi consistenti di 20-25 partecipanti, con un conduttore ed un eventuale co-conduttore, opportunamente formati. Nonostante la direttività della conduzione, vengono attivate energie dinamiche di mutuo sostegno tra i partecipanti, con sollecitazioni emozionali e azioni di sostegno. Un elemento importante del programma terapeutico è rappresentato dal Colloquio clinico individuale a scopo di valutazione, analisi della dipendenza, definizione del contratto e degli obiettivi terapeutici, selezione. La seduta preliminare in gruppo è dedicata alla definizione collettiva del contratto e alla preparazione del “passaggio all’atto”. Seguono cinque sedute intensive strutturate in forma tematica, al cui inizio si chiede al fumatore l’astensione dalle sigarette per le prime 24 ore, quale “esperienza collettiva”. Tale richiesta viene esplicitata già nel colloquio clinico e nella definizione del contratto, necessariamente concordata col paziente. La compliance è solitamente elevata e la decisione viene mantenuta dal 70-90% dei corsisti fino alla conclusione delle 5 sedute intensive. La fase di mantenimento è articolata in 1 incontro a settimana per 4 settimane. E’ prevista la prescrizione di terapia sostitutiva nicotinic nella fase di preparazione, e l’impiego di Vareniclina. Raramente viene prescritto Bupropione, limitato a casi particolari di co-morbidità psichiatrica e su accordo con lo specialista curante. Sono previsti supporti specialistici ad integrazione ed un’azione di coinvolgimento sistematico dei corsisti in azioni di testimonianza o partecipazione ad attività sociali. La misurazione del CO espirato è parte integrante del processo diagnostico e valutativo. Punti principali della sequenza strutturale:

Preparazione	Colloquio clinico, valutazione e definizione del programma terapeutico Seduta introduttiva di gruppo alla data stabilita
Full Immersion (5 sedute tematiche consecutive)	1° - Definizione del Problema, Volontà, Scelta, Decisione, Azione 2° - Riconoscere la Dipendenza 3° - Costruire uno Stile (di vita) 4° - Perdite e Guadagni 5° - Costatazione del Cambiamento
Mantenimento	1 seduta settimanale per 4 settimane consecutive
Coinvolgimento	Distribuzione di cariche e compiti (elezione capogruppo in 5° intensiva) Eventuali azioni su medici di medicina generale, insegnanti, familiari, ambienti di lavoro
Supporti ulteriori	Sostegno individuale Servizio di consulenze specialistiche ed eventuali controlli clinici Collaborazione a iniziative

I GFT funzionano ininterrottamente dal 2001 in varie Asl e ospedali della capitale, in particolare al Policlinico Umberto I e all'ospedale San Filippo Neri di Roma, dove si accede con richiesta del medico di famiglia. I successi registrati a fine programma, rilevati con misurazione CO, sono del 70-80 %, mentre ad un anno si attestano su valori che oscillano dal 40 % (S. Filippo Neri) al 50 % (Policlinico), considerando i *drop out* da mancata rilevazione del CO.

Gruppi integrati

Sintesi di varie esperienze, rappresenta l'operato del Centro Tabagismo della ASL di Monza, di alcuni SERT e di altri centri. Si integra l'intervento sanitario con quello psicologico, sin dal colloquio clinico iniziale, con la disponibilità di una equipe di specialisti. Al colloquio si esaminano gli aspetti medici (anamnesi, visita medica, misurazione del CO espirato, somministrazione di test) e psicologici (analisi della motivazione, del livello/capacità di elaborazione, della *self-efficacy*), con possibilità di progettare terapie individuali per i casi in cui si rende difficoltoso o inopportuno l'inserimento nel gruppo. La conduzione è affidata al medico e allo psicologo. La

partecipazione massima prevista è di 15 pazienti e lo schema prevede 9 incontri nell'arco di 6 settimane. Il primo è dedicato alla conoscenza reciproca, al contratto terapeutico e alla presentazione del corso. Seguono 5 incontri ravvicinati (2 per settimana, in media). Poi, nell'arco di 3 settimane, vengono distribuiti altri 3 incontri. E' possibile la prescrizione di farmaci a partire dalla prima seduta (soprattutto Vareniclina, mentre per l'NRT si attende la seconda o terza serata). L'approccio è principalmente psicologico (elaborazione dei significati della sigaretta, valutazione dello stato emotivo, supporto all'autostima). Importante il counselling medico per quel che riguarda lo stile di vita, il controllo del peso, il sostegno durante l'astinenza, la misurazione del CO e l'interpretazione degli eventi fisiopatologici che emergono durante l'astensione dal fumo.

Questo lo schema.

	Aspetti psicologici	Aspetti sanitari
1	Presentazione del gruppo e dei conduttori Definizione del contratto terapeutico Diario giornaliero delle sigarette "fumate"	Spiegazione degli interventi sanitari: ruolo dei farmaci, programma di disassuefazione progressiva. Proposta di prescrizione di vareniclina o bupropione.
2	Commento del diario giornaliero Lavoro sull'elaborazione dei legami tra fumo e stato emotivo Lavoro di gruppo su "Come ho cominciato a fumare"	Consegna di ridurre il numero di sigarette (50% del totale) Misurazione della frequenza cardiaca
3	Commento del diario giornaliero Lavoro sull'elaborazione dei legami tra fumo e stato emotivo "Perché ho deciso di smettere": lavoro sulle motivazioni	Consegna di ridurre il numero di sigarette (25% del totale) Counselling su problemi astinenziali Proposta di prescrizione NRT
4	Commento del diario giornaliero Lavoro sull'elaborazione dei legami tra fumo e stato emotivo "Le paure legate all'astinenza": lavoro di gruppo	Consigli sanitari sull'astinenza (guida alle prime 24 ore di astinenza) Espedienti per sostituire la gestualità Consegna di smettere definitivamente
5	Verifica generale del gruppo Il conflitto interiore del fumatore: "il genitore, l'adulto, il bambino (GAB)"	Verifica della situazione astinenziale Supporto a chi è in difficoltà: aggiustamento posologia farmaci

	Scheda di gruppo: "I pro e i contro del fumo" Le sostituzioni Le autogratificazioni	Counselling
6	"Come si elabora una perdita": spiegazione delle fasi di Kubler-Ross e riconoscimento consapevole Verifica generale del gruppo Le autogratificazioni Supporto agli astinenti "tardivi" e ai non-responders	Verifica della situazione astinenziale I benefici dello smettere Consigli su trattamenti complementari per l'astinenza (fitoterapia, training, attività sportiva)
7	Gestire le emozioni (l'assertività, il ruolo della comunicazione, riconoscimento degli stati d'animo, l'ansia e l'aggressività) Verifica generale del gruppo Individuazione dei momenti di crisi e delle strategie di contrasto	Verifica della situazione astinenziale Il problema del peso Misurazione del CO espirato
8	Essere fumatori o ex-fumatori? Il ruolo delle pressioni sociali (coloro che continuano a fumare...) Verifica generale del gruppo La ricaduta: modalità di gestione	Verifica della situazione astinenziale Misurazione della frequenza cardiaca Counselling su problemi emergenti
9	Verifica generale del gruppo Le scuse per ricaderci Superare le dipendenze Preparazione alla fine del gruppo	La ricaduta: i vari aspetti della dipendenza da nicotina nell'ex-fumatore Un bilancio finale, tra benefici e svantaggi dello smettere

Conclusioni

Questa generale carrellata fa riferimento in buona sostanza ad una matrice comune, fatta di volontariato ed opera caritativa, sviluppata nel tempo con l'acquisizione progressiva di competenze e professionalità. Questo percorso di crescita ha permesso di sviluppare delle differenziazioni strutturali e concettuali, nonché varie integrazioni sulla base di evidenze scientifiche che vedono in primo piano per efficacia proprio le terapie di gruppo integrate con la somministrazione di farmaci e prodotti a base di nicotina. Al di là dei

concetti e degli orientamenti, ciò che rimane elemento chiave nello sviluppo di questi programmi è indiscutibilmente la valentia del conduttore, elemento imprescindibile di efficacia, fra l'altro difficilmente valutabile senza supervisione e tutoraggio. Da qui la necessità di una formazione appropriata e di un aggiornamento costante che permetta di raggiungere una certa omogeneità metodologica ed un *empowerment* che conferisca sempre maggiore efficacia all'operatore.

Bibliografia

1. McFarland W, Folkemberg EJ. How to stop smoking in five days. Prentice-Hall, Inc., 1962.
2. Mangiaracina G. Curare il Fumo, EDUP Ed. Roma, 2005.
3. Tinghino B., Il Trattamento del tabagismo, Regione Lombardia, Ottobre 2003
<http://www.sanita.regione.lombardia.it>
4. Tinghino B. Tabagismo e stili di vita: Il colloquio motivazionale, la diagnosi, il counselling; ASL Mi3, maggio 2007
5. Mangiaracina G. The problem of smoking relapse. Ital Heart J. 2001 Apr;2 Suppl 1:90-2
6. Lugoboni F. Migliorare la compliance. L'utilità del colloquio motivazionale. SEED Ed. Torino, 2008.
7. Colarizi C, Morasso G, Ceruti C, Mangiaracina C. Il programma Stop al Fumo. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Ministero della Salute. Roma, 1986.

Centro Policlinico senza Fumo

Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia (Roma)

*Domenico Enea **

E' un Servizio della Direzione Sanitaria attivo dal Gennaio 2000, attualmente in via di integrazione con il C.R.A.R.L. (Centro di Riferimento per l'Alcol della Regione Lazio -U.O.D. dell'Azienda Policlinico Umberto I°). E' ubicato nel Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico Umberto I°.

PERSONALE DEDICATO

Prof. Domenico Enea. Medico Universitario, Ginecologo. Responsabile del Centro, Dott.ssa Rosanna Marchetti. Amministrativa, responsabile della segreteria, Dott.ssa Stefania Pasquariello. Psicologa, frequentatrice volontaria da 5 anni, Sig. Mauro Furoni. Infermiere O.T.A. Il Centro collabora, oltre che col suddetto Centro di Riferimento Alcolologico, con altri Dipartimenti e Servizi dell'Azienda Policlinico Umberto I° (servizio di Pneumologia, di Dietologia, di Oncologia, Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia, e altri), e con strutture esterne quali l'Istituto Superiore di Sanità, GEA-Progetto Salute ONLUS.

MODALITA' DI ACCESSO e VALUTAZIONE

Informazioni dettagliate e appuntamenti sono forniti presso la segreteria del Centro, sia per via telefonica che di persona.

La valutazione consiste in un *colloquio motivazionale preliminare* (previo pagamento di ticket) della durata di poco più di un'ora, tenuto dal responsabile o dalla psicologa, in cui viene anche raccolta l'anamnesi medica, misurato il

Docente di Ginecologia Univ. di Roma "Sapienza". Responsabile Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo".

CO espirato, vengono rilevati i parametri vitali, e somministrati alcuni test, tra i quali quello di Fagestrom a 6 domande, si indaga sulle abitudini alimentari, l'eventuale presenza di disturbi dell'umore; Il colloquio, utile per riorientare eventuali false aspettative del paziente, serve anche a metterlo in condizione di porre in atto da subito i primi cambiamenti dei suoi comportamenti tabagici: il tempo di attesa tra il colloquio e l'inizio della terapia di gruppo viene quindi considerato come un periodo "attivo", in cui il paziente comincia a "lavorare" sul problema.

TRATTAMENTO DI GRUPPO E INDIVIDUALE

I *gruppi di terapia GFT* (Gruppi Fumatori in Trattamento) prevedono la partecipazione di 20 persone circa, secondo lo schema "*Piano dei 5 giorni*" modificato: 10 sedute in 6 settimane, follow-up a 3 mesi, 6 mesi e 1 anno. In occasione dell'ultimo follow-up viene consegnato un diploma di "non fumatore". E' previsto inoltre un numero variabile di sedute autogestite, secondo le esigenze dei singoli gruppi. I pazienti hanno la possibilità di partecipare a "sedute aperte" previste presso il Centro tutti i giovedì dalle 17 alle 18, in qualunque momento del programma, senza appuntamento, in modo da poter trovare un sostegno "al bisogno" anche dopo le sei settimane del programma intensivo.

Alla fine di ogni seduta viene consegnata al partecipante una piccola guida in forma cartacea, con consigli dietetici e comportamentali, nonché informazioni varie sul problema Tabagismo.

Per l'intero programma è richiesto il pagamento all'Azienda di una quota partecipativa di 100 euro.

L'assistenza individuale viene invece attuata con numero di sedute variabile. E' una modalità usata raramente, per persone con problemi logistici che impediscono loro la partecipazione a un gruppo di terapia. Anche in questo caso è previsto il pagamento di un ticket.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Vengono utilizzati NRT, Bupropione, Vareniclina, proposti ai singoli soggetti tenendo conto della loro situazione clinica.

ALTRI INTERVENTI

Colloqui con la psicologa, precedenti e/o successivi rispetto alla partecipazione ai gruppi GFT, in caso di pazienti “difficili”. (I° valutazione gratuita, sedute successive con pagamento di ticket)

Visita psichiatrica, per i pazienti in cui ne venga rilevata la necessità nel colloquio preliminare (pagamento di ticket).

CASISTICA

Numero di accessi: circa 200 l'anno

Gruppi GFT effettuati finora: 60, di cui l'ultimo è attualmente in corso

Totale dei pazienti controllati a 1 anno (Marzo 2009)-gruppi 1-53: 1060

Totale di astinenti a 1 anno: 506 (48%)

Centro Antifumo Sezione Milanese Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

*Alessio Gamba **

Il Centro ha iniziato la sua attività nel 1986, sotto la responsabilità della dr.ssa Ilaria Malvezzi, allora responsabile del Settore Prevenzione, ora direttore generale della Sezione.

L'impostazione è stata sempre esclusivamente psicologica, attraverso la realizzazione di Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo (GDF), cui poi si sono aggiunti i percorsi individuali.

Tale attività ha avuto nel corso degli anni diverse collaborazioni, talvolta più continuative, talvolta meno, in primo luogo con l'Istituto Tumori di Milano e con altre strutture ospedaliere con medici di medicina generale, farmacisti, aziende di varia dimensione, Spazi Prevenzione della LILT. IN particolare negli ambulatori che si occupano del cavo orale viene svolta attività di sensibilizzazione, con un primo passaggio costituito dalla misurazione della funzionalità respiratoria con il 14% delle persone visitate.

MODALITA' DI ACCESSO e VALUTAZIONE

Il programma si articola attraverso una procedura che vede il primo passaggio nella compilazione in sede (piazzale Gorini 22, Milano, tel 022662771) di un questionario sociodemografico, seguito da un colloquio motivazionale finalizzato a meglio approfondire l'appropriatezza del metodo e del momento rispetto alle esigenze e motivazioni del fumatore.

L'esito di questo colloquio – frutto di un percorso condiviso - può portare al rinvio del progetto, all'invio verso altre modalità di intervento, all'inserimento in un gruppo oppure in un percorso individuale.

** Lega Italiana Lotta ai Tumori, Milano; Responsabile UO di Psicologia dell'Età Evolutiva, PO San. Gerardo*

TRATTAMENTO DI GRUPPO E INDIVIDUALE

Il gruppo è organizzato attraverso 9 incontri di gruppo, con 10 persone circa, nell'arco di due mesi, con una iniziale maggiore frequenza degli incontri poi più distanziati, con una *quit date* a due settimane dall'inizio.

Il percorso individuale si articola in 4 colloqui personalizzati con uno psicologo che analizza in modo più approfondito e personale le motivazioni della richiesta di smettere e l'identificazione delle strategie potenzialmente più appropriate per la singola persona.

Il contributo associativo a sostegno delle attività dell'Associazione chiesto ad ogni partecipante è di 150 euro.

L'attività con i fumatori viene svolta da un gruppo di 7 psicologi con prolungata esperienza nella disassuefazione e con una formazione psicodinamica.

Il modello terapeutico si basa su strumenti che partono da aspetti cognitivi e comportamentali, ma che si radicano su aspetti psichici più profondi, resi più consapevoli dal lavoro dello psicologo e dagli altri eventuali membri del gruppo.

Obiettivo del lavoro è quello di aiutare la persona che abbia una discreta motivazione a smettere, facilitando

- a) l'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle motivazioni, soprattutto emotive, che sostengono l'abitudine di fumare e ostacolano la continuità della disassuefazione;
- b) una maggiore introspezione sulle frustrazioni e gestioni dei piaceri che si legano all'uso della sigaretta;
- c) l'adozione di comportamenti che aiutino a rimandare il fumo, sino ad eliminarlo e a sostituirlo con valide alternative. Tutto ciò è rafforzato dalla potenzialità del gruppo, come ambiente di incoraggiamento e di condivisione degli sforzi o da un lavoro personale approfondito.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Non è contemplata la proposta di sostituti nicotinici o di altri farmaci a sostegno della disassuefazione, nella convinzione che – per i fumatori che giungono alla LILT – si tratta di soluzioni già sperimentate ma non efficaci in assenza di un'adeguata motivazione personale, che rimane il fattore necessario e sufficiente. Viene invece privilegiato, per coloro che chiedono comunque un

farmaco, il riferimento al medico di medicina generale, quale primo interlocutore del percorso di disassuefazione.

CASISTICA

La valutazione dell'efficacia è fatta con rilevazione al termine del percorso e a distanza di 1 anno, per via telefonica, senza altre misurazioni.

Nel 2007, ci sono stati 100 contatti, che – per autoselezione successiva o dopo il colloquio motivazionale – sono diventati 49, di cui il 39% sono stati percorsi individuali e il 61% incontri di gruppo, con una percentuale di successo autoriferita del 70% al termine del trattamento e del 22% a distanza di un anno.

Nel 2008 ci sono stati 95 contatti, con 66 interventi di disassuefazione, di cui 13 in gruppo e 53 con percorso individuali. La percentuale di disassuefazione autoriferita è del 52%. Il follow-up a 1 anno è in corso.

**Centro Antifumo
Ospedale san Giovanni Bosco
UO di Otorinolaringoiatria
(Torino)**

*Fabio Beatrice **

Il “Centro antifumo” dell’Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino (ASL TO2) opera nell’ambito delle attività cliniche svolte dalla Struttura Complessa di Otorinolaringoiatria e dalla annessa Struttura Semplice di Chirurgia Maxillo-Facciale dirette dal Dr. Fabio Beatrice. L’idea del Centro Antifumo è nata nell’ambito delle attività oncologiche della divisione al fine di offrire all’utenza una concreta possibilità di prevenzione.

PERSONALE DEDICATO

Responsabile del centro: Dott. Fabio Beatrice.

Medici: tutti i medici della divisione ospedaliera sono stati sensibilizzati al problema e seguito un percorso formativo.

Conduttori di gruppo: tre operatori sono formati alla conduzione di gruppi di auto-aiuto e dedicate stabilmente.

La segretaria ed i due infermieri della struttura specialistica sono addestrati al counseling telefonico ed alla attività di promozione e sono disponibili tutti i giorni tra le 8 e le 16 dal lunedì al venerdì. P

MODALITA' DI ACCESSO E VALUTAZIONE

La modalità di accesso prevede un primo contatto durante il quale viene dato del materiale informativo. La valutazione avviene dopo pagamento di un ticket (18,6 euro per visita e 30 euro per 8 sedute di gruppo), prevede una visita specialistica ORL ed eventuali ulteriori approfondimenti sul versante Pneumologico, Cardiologico o di altre aree cliniche, quant’altro

* Responsabile UO Complessa e Centro Antifumo dell’H. san G., Bosco, TO

necessita. Viene eseguito il Test di Fagestrom e valutazione della CO. La motivazione alla cessazione viene specificamente indagata dai medici. Alla fine dell'iter di valutazione il paziente riceve una restituzione (positiva o negativa rispetto alla partecipazione ad un gruppo) ed una prescrizione farmacologica.

TRATTAMENTO DI GRUPPO

Quando si raggiunge un minimo di 10 individui si attiva un corso in orari precedentemente individuati dagli utenti. Le sedute sono 8 con uno specifico setting reso omogeneo per tutti i conduttori mediante specifica modulistica. I fumatori mediante esercizi e colloqui percorrono un cammino in cui prendono coscienza della loro abitudine al fumo e vengono condotti ad una volontaria sospensione. Vengono forniti elementi di conoscenza scientifica sugli effetti biologici e clinici del tabagismo ed offerti suggerimenti di ordine dietologico e comportamentale. Le 8 sedute si articolano in 45 giorni. Il follow up, a cura dei singoli conduttori, è raccolto a 3 - 6 e 12 mesi mediante contatto telefonico ed invito ad eseguire test CO. Il materiale clinico viene conservato in un unico archivio ed esiste una relazione conclusiva ogni anno per l'attività del Centro.

TERAPIA FARMACOLOGICA

E' previsto l'uso di sostituti della nicotina (NRT) e Vareniclina. La prescrizione e l'assunzione dei farmaci sono previsti all'inizio del percorso.

ALTRI INTERVENTI

Esistono periodiche comunicazioni con i Medici di Famiglia del territorio. Se durante la valutazione si valutano aspetti di specificità individuale il paziente viene appoggiato al Servizio per le Dipendenze del territorio diretto dal Dottor Augusto Consoli.

CASISTICA

Numero di accessi: variabile, orientativamente 500 all'anno

Numero di cessazioni a 12 mesi: 45%

Centro per il Trattamento del Tabagismo Dipartimento Dipendenze (Monza)

*Biagio Tinghino**

IL centro è nato formalmente nel 1997 (con delibera della DG) su proposta del Dr. Tinghino e opera nell'ambito del Dipartimento per le Dipendenze, anche se presso locali distinti dai SERT/NOA.

PERSONALE DEDICATO

Responsabile: Dr. Biagio Tinghino

Collaborano al centro altri operatori, ed in particolare 1 psicologa, 2 assistenti sociali, 1 educatore e due infermiere. Nessuna figura professionale è dedicata esclusivamente al servizio.

MODALITA' DI ACCESSO E VALUTAZIONE

I pazienti accedono direttamente al centro attraverso un contatto telefonico (segreteria telefonica). Un operatore fissa il primo appuntamento per la valutazione, che consiste in un colloquio di circa 40 minuti. Nel corso del colloquio viene effettuata una anamnesi sanitaria, l'indagine sulle principali aree di comorbilità psichiatria e altre dipendenze, viene somministrato il test di Fagerstrom e misurato il CO espirato. A seconda della tipologia di paziente l'operatore indirizza verso una terapia individuale o di gruppo. Generalmente vengono trattati individualmente pazienti con più alta problematicità sul piano psicologico o psichiatrico. Per i casi complessi è prevista la discussione nell'ambito dell'equipe multidisciplinare.

* Responsabile UO Dipendenze e CTT ASL di Monza e Brianza

TERAPIE INDIVIDUALI O DI GRUPPO

Le terapie individuali si articolano in 6 incontri (uno a settimana) che sono condotti generalmente dallo psicologo in collaborazione col medico (quest'ultimo soprattutto per la gestione dei farmaci e della parte astinenziali). I gruppi vengono condotti dal medico o dal personale attualmente formato (1 educatore o 1 assistente sociale). Nel caso in cui la conduzione è affidata al personale psico-sociale, il medico è presente in alcuni incontri per gestire i farmaci e la parte legata ad aspetti sanitari (craving, astinenza, eventuali manifestazioni fisiche della disassuefazione, consigli alimentari). I gruppi si articolano in 9 incontri, distribuiti nell'arco di 5 settimane. Per tutte le terapie è previsto un follow-up telefonico a 3, 6 e 12 mesi. Nel caso in cui il paziente si dichiara astinente viene invitato a presentarsi per la misurazione del CO.

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Viene usata NRT e vareniclina (prima scelta). Solo raramente il bupropione.

ALTRI INTERVENTI

Il centro fornisce formazione per operatori, è promotore di iniziative nei confronti della popolazione generale, promuove e partecipa ad interventi di prevenzione in ambito regionale e nazionale.

CASISTICA

Sono stati finora trattati circa 1500 pazienti, con una frequenza media di 140-170 l'anno. Il tasso di cessazione a 12 mesi validato con misurazione del CO è di circa il 28%.

Centro per la Prevenzione e il Trattamento dei danni indotti da fumo di tabacco U.O. Pneumologia Ospedale di Livorno

*Nolita Pulerà **

Il Centro Antifumo (*Centro per la Prevenzione e il Trattamento dei Danni indotti da Fumo di Tabacco*) è nato in via sperimentale alla fine del 2000 presso la UO di Pneumologia dell'Ospedale di Livorno, per poi sviluppare un'attività intensa e costante a partire dal 2002 grazie alla continua richiesta di intervento da parte di fumatori intenzionati a smettere.

PERSONALE DEDICATO

Dott Nolita Pulerà – Pneumologo
3 Medici Pneumologi
2 Operatori Centro Antifumo (contrattisti regione Toscana)
1 Infermiera

MODALITA' DI ACCESSO E DI VALUTAZIONE

Si può accedere al centro dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 14:00, il mercoledì fino alle 20:00. Gli appuntamenti si possono fissare tramite Centro Unico di Prenotazione o direttamente al Centro, con richiesta del Medico Curante. Viene chiesto il pagamento di un ticket di 36 € (90 € a carico della Regione Toscana) per l'intera serie di incontri.

TERAPIE INDIVIDUALI

Incontri individuali (da 5 a 8, più controllo a 6 mesi, 1 anno, 2 anni), counselling cognitivo-comportamentale, terapia farmacologica.

Responsabile CTT, Presidio Ospedaliero Livorno, USL6. Toscana

TERAPIA FARMACOLOGICA

E' previsto l'uso di sostituti della nicotina (NRT), bupropione, e vareniclina a seconda dei casi..

ALTRI INTERVENTI

Il successo dell'iniziativa è legata probabilmente anche ad una continua attività di informazione e formazione che il Centro ha sempre svolto a completamento delle proprie funzioni (interventi nelle scuole, nei luoghi di lavoro, organizzazione di corsi di formazione per operatori sanitari, progetti di collaborazione con altre figure professionali come i farmacisti, ricerca).

CASISTICA

In questi anni hanno richiesto le prestazioni del Centro circa 3000 fumatori, per un totale di 17000 visite. Nel corso del 2008 il Centro ha preso in carico 375 nuovi pazienti per un totale di 1958 visite. Il tasso di cessazione è risultato del 46% a sei mesi e di poco inferiore ad un anno dalla cessazione.

Ambulatorio per la terapia del tabagismo

**Divisione di Cardiologia
Ospedale di Acqui Terme**

*Raffaella Caneparo **

PERSONALE DEDICATO

Responsabile: Dr.ssa R.Caneparo, medico cardiologo-psicoterapeuta

Operatori: 1 cardiologo - 1 cardiologo psicoterapeuta- 1 psicologo - 1 inf. professionale

Spazi dedicati: Ambulatorio apposito idoneo ad accogliere gruppi di 10-15 persone in area riservata ad attività di cardiologia riabilitativa ed ambulatoriale generica.

MODALITA' DI ACCESSO E VALUTAZIONE

Prenotazione telefonica presso il Reparto di Cardiologia, avviene l'iscrizione in agenda apposita del nominativo del paziente con recapito telefonico. Il paziente viene in seguito contattato telefonicamente per la prima visita. Sono necessarie N° 2 impegnative:

1) Visita cardiologica per ambulatorio antitabagismo. Costo 19 euro

2) N°8 colloqui per terapia di gruppo antitabagismo. Costo 35 euro

Il primo colloquio di valutazione è individuale ed è condotto dal cardiologo o psicologo, per una durata di circa 30-40 minuti. Durante il colloquio viene redatta un'anamnesi clinica, atta a rilevare la presenza di comorbidità eventualmente associate che possano costituire controindicazione alla terapia farmacologica specifica. Vengono somministrati questionari per la valutazione del tono dell'umore e condotto un colloquio motivazionale.

** Responsabile CTT AO di Acqui Terme*

Si effettua inoltre una valutazione del profilo della dipendenza tramite l'esplorazione del rapporto individuale esistente con l'assunzione del fumo, la somministrazione del test di Fagestrom ed il dosaggio del CO espirato.

TERAPIA DI GRUPPO

Il modello operativo si fonda su un approccio combinato di terapia psicologica comportamentale e terapia farmacologica, a cui si affianca quello psicoterapeutico espressivo-supportivo volto ad esplorare anche i significati simbolici legati alla dipendenza da nicotina e alla fase di cambiamento che la disassuefazione sollecita, con attenzione alle tematiche di separazione e di lutto eventualmente riscontrate.

La terapia di disassuefazione prevede l'inserimento in un gruppo terapeutico della durata di 8 settimane. Il modello da noi utilizzato si fonda sull'utilizzo di tecniche comportamentali preparatorie alla cessazione dell'assunzione della sigaretta, per le prime 4 sedute.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Nella seconda fase del gruppo si prescrive terapia farmacologica specifica, (nicotina sostitutiva – vareniclina).

ALTRI INTERVENTI

Follow-up.

I pazienti vengono seguiti successivamente, sempre in gruppo, ad 1 mese in concomitanza con la data presunta della cessazione della vareniclina e in seguito a 3-6 mesi. Successivamente viene eseguita una intervista telefonica a 12 mesi per verificare la persistenza della cessazione.

Valutazione specialistica pneumologica.

Prove di funzionalità respiratoria ed eventuale impostazione terapeutica quando indicate vengono svolte dall'Ambulatorio di pneumologia .

Valutazione specialistica psichiatrica.

Alcuni casi selezionati che accedono al nostro centro ma presentano sintomatologia compatibile con malattie psichiatriche, a volte anche già note, vengono inviati al centro di Salute Mentale del nostro Presidio per la gestione del caso.

Centro Antifumo Istituto Nazionale dei Tumori Milano

*Roberto Boffi **

PERSONALE DEDICATO

Il centro è nato nel novembre del 2001 per iniziativa del pneumologo Roberto Boffi, che ne è tuttora il responsabile, e di alcuni suoi collaboratori.

Lo staff è composto da un medico, due psicologhe, due infermieri e una tecnica di laboratorio, tutti con una formazione specifica nel campo della disassuefazione.

MODALITA' DI ACCESSO E VALUTAZIONE

L'accesso all'Ambulatorio avviene con l'impegnativa del medico curante e col pagamento di un ticket di 36 € (da cui sono esenti i pazienti oncologici): al primo appuntamento vengono eseguite una spirometria globale con tecnica pletismografica per la misurazione anche delle resistenze delle vie aeree, la misurazione del monossido di carbonio (CO) espirato e una visita pneumologica. Al fumatore vengono inoltre somministrati il test di Fagerström e il questionario motivazionale di Mondor.

TERAPIA INDIVIDUALE E COUNSELLING TELEFONICO

L'Ambulatorio prevede l'utilizzo di un modello terapeutico integrato, in cui siano presenti sia il supporto medico-farmacologico che quello psicologico, attraverso il counselling telefonico (con 7 telefonate a paziente), così come suggerito dalle linee guida sanitarie nei trattamenti antitabagici.

** Responsabile CTT Istituto Nazionale dei Tumori, Milano*

Dopo 2, dopo 6 e dopo 12 mesi vengono effettuati ambulatorialmente un controllo pneumologico e del CO espirato. Dopo 2, dopo 6 e dopo 12 mesi vengono effettuati ambulatorialmente un controllo pneumologico e del CO espirato.

TERAPIA FARMACOLOGICA

I supporti farmacologici utilizzati sono la terapia sostitutiva nicotinic (nelle sue varie modalità di assunzione) e/o il bupropione oppure la vareniclina. E' prevista la possibilità per il paziente di avere gratuitamente dalla Farmacia dell'Istituto la terapia sostitutiva nicotinic durante il ricovero.

ALTRI INTERVENTI

L'Ambulatorio collabora con le altre Strutture dell'Istituto, in particolare con nutrizionisti, neurologi, fisioterapisti, endocrinologi. Presso il Centro Antifumo sono a disposizione consulenze mediche e legali per fumatori passivi nell'ambiente di lavoro, con la possibilità per loro di ricevere personalizzate "lettere di diffida" che citano studi scientifici e sentenze giuridiche diverse a seconda della categoria di fumatore passivo a cui il soggetto appartiene (luoghi di lavoro aperti o meno al pubblico, donne in gravidanza, soggetti a rischio per patologie concomitanti). Gli operatori attuano interventi nelle scuole elementari e, in occasione dell'annuale World No Tobacco Day (31 maggio), il Centro Antifumo organizza nell'Aula Magna dell'Istituto Nazionale dei Tumori una giornata di incontro su questo tema tra i ragazzi dei primi anni delle scuole medie superiori ed esperti non solo sanitari, ma anche personaggi del giornalismo e dell'attualità.

CASISTICA

In 7 anni di attività sono stati presi in carico 1700 pazienti, circa 250 primi accessi all'anno. Le percentuali di efficacia del trattamento degli ultimi due anni sono in fase di aggiornamento. Fino al 2005 il follow-up a tre mesi dall'inizio del trattamento ha evidenziato circa il 30% di successi, percentuale che si riduce al 25% a 12 mesi.

Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo

Dipartimento Dipendenze ASS n. 1, Trieste

*Alessandro Vegliach **

Il Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (CIPCT) triestino risulta dalla collaborazione di due dipartimenti della locale ASS: il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) e quello di Prevenzione (DIP). Al DDD è affidata la conduzione dell'Ambulatorio per la Cura del Tabagismo e la gestione della rete territoriale. Al DIP è affidata l'azione di raccolta dati ed epidemiologica sul fenomeno oltre che le azioni preventive sul territorio. Un'ampia zona di sinergia tra i due dipartimenti si ha nella formazione e attivazione dei professionisti sanitari e nella stesura di progetti specifici con popolazioni definite¹.

Personale dedicato

Delle azioni attinenti al DIP si occupano un medico-epidemiologo, un tecnico informatico, una dietista e quattro assistenti sanitarie. Delle azioni attinenti al DDD (che comprendono la gestione dell'Ambulatorio per la Cura del Tabagismo) si occupano un medico-igienista e psicoterapeuta, un medico psichiatra, due psicologi-psicoterapeuti e una infermiera professionale. L'intero personale del CIPCT occupa solo parte del suo orario lavorativo nelle azioni per contrastare il tabagismo.

Modalità di accesso e valutazione

Ubicazione: l'Ambulatorio per la Cura del Tabagismo si tiene nei locali, non

** Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina*

¹ si sono formati al minimal advice per smettere di fumare i medici di medicina generale, i farmacisti territoriali, il personale del reparto ospedaliero di pneumologia, il personale del centro cardiovascolare, il personale delle diabetologie territoriali, il personale del percorso nascite, il medici competenti ed il loro personale. Sono inoltre stati disegnati progetti specifici per fumatori diabetici, cardiopatici, esposti ad amianto, operatori sanitari.

connotati rispetto ai servizi per le dipendenze, del servizio vaccinazioni del DIP.

Accessibilità: è sufficiente telefonare al numero telefonico dedicato, anche senza impegnativa. I tempi di attesa vengono contenuti entro un massimo di due settimane (spesso si ricorre all'overbook).

Gratuità delle cure: i tabagisti, in quanto persone con dipendenza, possono ricorrere alle cure del servizio pubblico senza la necessità di pagare un ticket. Da circa un anno, inoltre, è stato deliberato dalla direzione aziendale l'acquisto di un quantitativo del farmaco che attualmente registra i migliori risultati nello svezzamento da nicotina (vareniclina). Tale farmaco viene prescritto e distribuito gratuitamente alle persone che vengono prese in carico dal Centro. Ai colleghi della nostra Azienda che vogliano smettere di fumare, la direzione permette la frequenza del Centro in orario di servizio.

Al progetto terapeutico, che viene sempre concordato tenendo conto delle caratteristiche soggettive di ogni paziente, si giunge dopo una fase di valutazione che prevede:

- § compilazione di una cartella clinica con raccolta dei dati anamnestici
- § test di Fagerstroem per rilevare il grado di dipendenza
- § test di Richmond per rilevare la motivazione
- § prova del CO espirato
- § colloquio psicologico individuale

visita e colloquio con il medico

Trattamento individuale e di gruppo

L'Ambulatorio adotta un approccio integrato medico-psicologico. La terapia psicologica di supporto prevalente è quella di gruppo², vengono riservati colloqui individuali a coloro cui il gruppo risulta non gradito o controindicato. Si provvede a verifiche mediche settimanali dei pazienti in cura. Vengono inviate alla dietista del DIP le persone che lamentano difficoltà nella gestione del peso corporeo durante la cessazione. Sono inoltre previsti periodici incontri gruppali di educazione alimentare. E' prossima l'apertura di un gruppo di auto-aiuto, sempre nei locali del CIPCT, per persone che hanno smesso di fumare stabilmente ma che sentono ancora la necessità del supporto gruppale.

² gruppi con focus terapeutico su: empowerment, sviluppo di abilità di coping, skills training e supporto psicologico alle flessioni emotive dei pazienti durante l'elaborazione del distacco dalla sostanza.

Terapia farmacologica

La parte di supporto farmacologico prevede la prescrizione prevalente di vareniclina salvo soggetti in cui questa è controindicata ed a cui si prescrive terapia con NRT o con bupropione.

Casistica

L'ASS n.1 serve l'intera provincia di Trieste che conta 242.000 abitanti. Di questi, il 32% (pari a 77.400 persone) fuma. Le persone che vogliono smettere e lo fanno con l'aiuto del CIPCT sono ancora poche (4% secondo gli ultimi dati raccolti³) ma stanno crescendo. Infatti, a fronte di una media di 110 pazienti/anno entrati in contatto con il centro nel periodo 1999-2006, si osserva un forte aumento di affluenza nell'ultimo triennio. Una prima stima, dopo i primi quattro mesi di attività ambulatoriale, prevede il superamento dei 300 contatti nel 2009. In termini di efficacia registriamo un 45% di astinenti ad un anno, dato comunque da leggere con prudenza essendo risultante da un follow.up telefonico.

³ dati sistema di sorveglianza epidemiologica PASSI 2007-2008.

Evidenze e raccomandazioni nel trattamento del tabagismo

R. Bertoletti ^a, R. Boffi ^b, M. Del Donno ^c, A. Gamba ^d, N. Pulerà ^e, B. Tinghino ^f, V. Zagà ^g

Il trattamento della dipendenza da tabacco è uno degli ambiti in cui la letteratura internazionale fornisce una nutrita quantità di evidenze scientifiche. Tali dati mostrano non solo quali sono gli interventi di *smoking cessation* efficaci, ma sostengono anche che essi sono forniti di un rapporto costo/beneficio molto favorevole. Tale conclusione è tanto più valida se si pensa che le cure per il tabagismo superano addirittura i benefici di trattamenti, sia pur importanti, come l'uso di alcuni farmaci per le ipercolesterolemie o interventi di screening tumorali. Si rende necessario, perciò, orientare gli approcci sui modelli di terapia consolidati, i cui risultati sono stati ampiamente verificati e i cui modelli operativi sono facilmente trasferibili nelle varie realtà territoriali. Gli interventi sono classificabili in rapporto al livello di efficacia, così come viene mostrato dalle metanalisi e, in subordine, da studi ben condotti e sufficientemente ampi.

Elevata efficacia

- ▶ Le raccomandazioni a smettere di fumare effettuate dai medici e dal personale sanitario, anche in forma breve (minimal advice).
- ▶ Il counselling individuale o di gruppo
- ▶ Il counselling rivolto a particolari sottogruppi di popolazione: donne gravide, pazienti con BPCO.
- ▶ Il trattamento farmacologico con NRT, bupropione o vareniclina, meglio se associato a counselling

a. Responsabile CTT Sondrio, "Ospedale Morelli"; b. Responsabile CTT Istituto nazionale dei Tumori, Milano; c. Responsabile CTT AO "Rumno", Benevento; d. Consulente Lega Italiana Lotta ai Tumori, Milano; AO S. Gerardo, Monza; e. Responsabile CTT, Presidio Ospedaliero Livorno, USL6.Toscana; f. Responsabile CTT, ASL Monza e Brianza, Monza; g. Responsabile CTT Pneumotisiologia Territoriale AUSL di BO

Moderata efficacia

- ▶ Materiale di self.help per la cessazione dal fumo
- ▶ Interventi rivolti ai genitori delle scuole per prevenire l'esposizione al fumo passivo
- ▶ Interventi attraverso i mass media o nelle scuole per prevenire l'iniziazione al fumo

1. Il rapporto costo-efficacia dei trattamenti

I trattamenti di smoking cessation non solo sono efficaci, ma con un rapporto molto favorevole di costo/beneficio. I dati indicano che questi trattamenti andrebbero equiparati a quelli che rientrano nelle prestazioni offerte dal SSN, come la terapia dell'ipertensione, il trattamento dell'ipercolesterolemia o gli interventi di prevenzione (come il PAP test e la mammografia) (*Smoking cessation Guidelines for Australian General Practice, 2004*). Per esempio, I costi per life-year saved relativamente al tabacco sono di 3,53 \$, mentre per uno screening per l'ipertensione sono di \$ 5,2 e per lo screening annuale cervicale di % 4,1 (*Clinical Practice Guideline, Treating Tabacco Use and Dependence, 2008 Update*).

2. Gli interventi integrati

Un intervento multidisciplinare integrato figure professionali (per es. area medica e psicologica) incrementa l'efficacia della disassuefazione rispetto all'intervento di un solo professionista (*Clinical Practice Guideline, Treating Tabacco Use and Dependence, 2008 Update*).

3. La formazione degli operatori

L'efficacia dei trattamenti può addirittura quintuplicare se sono condotti da operatori formati, rispetto a quelli che non hanno ricevuto una formazione ed un training specifico (*Clinical Practice Guideline, Treating Tabacco Use and Dependence, 2008 Update*). Vedere anche www.surgeongeneral.gov/tobacco

4.Valutazione motivazionale e psicologica

L'efficacia del trattamento è correlata con una elevata motivazione, adeguata self-efficacy e la presenza di una rete sociale di supporto (*Treating Tobacco Use and Dependence*, U.S. Department of Health and Human Service, Nov. 2000). Ne deriva la necessità di una adeguata valutazione di questi fattori e di una loro valorizzazione nel contesto del percorso terapeutico. Risulta importante la misurazione della dipendenza fisica da nicotina (raccomandato il FQT), il livello di stress (o comunque la situazione emotiva), l'analisi dell'esposizione ambientale allo stimolo (familiarità per fumo etc...). Si ritiene altresì importante una valutazione, sia pur generale, di eventuali patologie psichiatriche correlate, come la depressione (incidenza tra il 30 e il 60%, come patologia attuale o pregressa, nei forti fumatori), l'abuso di alcol (20%) o di altre dipendenze, i disturbi del comportamento alimentare, l'ansia

5.Valutazioni biomediche

La valutazione del rischio individuale rispetto alle patologie d'organo fumo-correlate non costituisce di per sé un incentivo a smettere di fumare. Una revisione (8) ha valutato questi interventi come approccio metodologico alla cessazione. La revisione include 8 studi controllati randomizzati pubblicati fino al dicembre 2004. Tre studi valutano l'efficacia della misurazione della CO espirata sul tasso di cessazione e nessuno evidenzia risultati statisticamente significativi: OR 0.73 (CI 95% 0.38-1.39), 0.93 (CI 95% 0.62-1.41), e 1.18 (CI 95% 0.84-1.64). Neanche la combinazione della misurazione della CO espirata con la valutazione del rischio genetico risulta efficace: OR 0.58 (CI 95% 0.29-1.19), così come la combinazione della valutazione della CO con la spirometria: tre studi: OR 0.6 (CI 95% 0.25-1.46), 2.45 (CI 95% 0.73-8.25), 3.50 (CI 95% 0.88-13.92). sebbene questi interventi non siano efficaci in quanto tali come strumento di cessazione, si ritiene opportuno sottolineare come la misurazione del CO espirato sia indispensabile ai fini della diagnosi e del monitoraggio terapeutico. la spirometria o altre valutazioni strumentali possono rientrare in un programma di diagnosi precoce delle patologie correlate al fumo, qualora ci siano sufficienti evidenze di efficacia in tal senso e questo ulteriore obiettivo rientri tra quelli esplicitamente previsti dalla specifica struttura.

6.L'intervento breve (*Minimal Advice*)

Il tasso annuo di persone che smettono stabilmente di fumare, corrisponde, per le cessazioni spontanee, a percentuali del 2% circa, ma questo tasso può raggiungere percentuali del 5% quando vengono attuati i cosiddetti "Interventi Brevi" o di "Primo Livello", da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) (1), ma anche di altri tipi di sanitari che ne avrebbero l'opportunità. Il MMG ha l'opportunità di venire a contatto ogni anno con una buona parte della popolazione interessata da problemi di tabagismo e questo lo rende una ?gura strategica nel percorso di disassuefazione al fumo. Si stima che almeno dieci milioni di fumatori potrebbero essere raggiunti dai MMG ogni anno in Italia. Ogni medico, in media, ha in carico dai duecento ai quattrocento fumatori e di questi in un anno ne vede circa i due terzi. Il numero dei contatti (circa 13.000/anno) del MMG con i propri pazienti è estremamente elevato e l'occasione di parlare di fumo con i pazienti si può presentare ogni 2-3 visite. In letteratura è riportato, secondo comprovate evidenze scientifiche, che un consiglio breve di circa 2-3 minuti incrementa il numero dei fumatori che fanno seri tentativi di smettere. Questo tipo di intervento è sicuramente costo-efficace: considerando che un intervento di circa 5 minuti, costa, come tempo impiegato dal Medico, circa 20€ e che smettere di fumare fa guadagnare circa 10 anni di vita, pur valutando che alcuni fumatori non smetteranno e che altri ricadranno nell'abitudine, il costo per ogni anno di vita guadagnato sarebbe di circa 2000 €. Ovviamente ci sono dei limiti anche a questo approccio: esiste il rischio che ripetere più volte il consiglio di smettere di fumare possa incrinare il rapporto medico-paziente. E' probabile che, senza un'adeguata terapia farmacologica, siano i fumatori meno dipendenti quelli che riusciranno a smettere in risposta all'intervento breve del medico. Quindi, i più dipendenti, che hanno maggiore necessità di smettere, saranno quelli che probabilmente non riusciranno. Inoltre i fumatori che non hanno risposto ad un precedente consiglio è probabile che siano meno sensibili ai successivi.

L'intervento clinico di efficacia provata, raccomandato dalle principali linee guida internazionali, è quello noto con la sigla delle **5 A** :
Tutti gli interventi effettuati dagli Operatori Sanitari dovrebbero ruotare attorno a questo modello. Non solo i Medici di famiglia, ma anche gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri e gli infermieri dei servizi, dovrebbero utilizzare almeno le prime due **A** (*ask, advise*) in modo da stimolare, in ogni occasione possibile (medicina delle opportunità) la cessazione del fumo. Anche i Farmacisti e gli Odontoiatri, se opportunamente formati, possono rappresentare figure importanti per far scattare nel fumatore la decisione al cambiamento.

L'effetto del semplice consiglio del medico è stato analizzato in una revisione sistematica di 39 studi controllati randomizzati (RCT) pubblicati fino al marzo 2004. Emerge che semplici raccomandazioni sono efficaci rispetto a nessun intervento: OR 1.74 (CI 95% 1.48-2.05). Gli interventi intensi sono più efficaci di quelli brevi: OR 1.44 (CI 95% 1.23-1.68). Una revisione di 29 RCT pubblicati fino al giugno 2003 ha analizzato l'effetto di raccomandazioni o altri tipi di interventi realizzati da personale infermieristico confrontati con nessun intervento o con le cure usuali. La maggior parte degli interventi sono realizzati negli ambulatori ospedalieri. Venti studi confrontano l'intervento da parte degli infermieri con un non intervento ed evidenziano che tali interventi sono efficaci: OR 1.47 (CI 95% 1.29-1.68). Vi è moderata evidenza che gli interventi sono più efficaci se sono realizzati con pazienti ricoverati e affetti da malattie cardiovascolari che con pazienti affetti da altre patologie. Anche gli interventi realizzati con pazienti non ricoverati risultano efficaci. Sebbene gli interventi si siano rivelati efficaci a prescindere dalla prescrizione di NRT, i risultati degli studi che prevedono la prescrizione di NRT sono compatibili con i dati di altri studi che indicano che la prescrizione di NRT aumenta il numero di soggetti che smettono di fumare. Non vi è forte evidenza che il tipo di diagnosi influenzi il risultato degli interventi.

7. Il trattamento farmacologico

Le cure farmacologiche come l'NRT (Nicotine replacement Therapy), il bupropione e la vareniclina sono molto efficaci nell'incrementare la percentuale di utenti astinenti, al punto – in taluni studi - da raddoppiarla o triplicarla. Per questi farmaci andrebbe considerata la possibilità di un rimborso da parte del sistema sanitario (*WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008*).

8. Il counselling individuale

Con il termine *counselling* si intende comunemente un intervento, effettuato da un operatore specificamente formato, diretto a singoli individui o a gruppi, finalizzato al potenziamento delle risorse e delle capacità personali, attraverso la promozione di atteggiamenti attivi e propositivi, stimolando le capacità di scelta. Il counselling viene utilizzato allo scopo di risolvere problemi non specifici (prendere decisioni, migliorare le relazioni interpersonali) e contestualmente circoscritti (famiglia, lavoro, scuola). La BACP (*British Association for Counselling and Psychotherapy*) fornisce la seguente definizione dell'attività di *counselling*: «*Il counselor può indicare le opzioni di*

cui il cliente dispone e aiutarlo e seguire quella che sceglierà. Il counselor può aiutare il cliente ad esaminare dettagliatamente le situazioni o i comportamenti che si sono rivelati problematici e trovare un piccolo ma cruciale punto da cui sia possibile originare qualche cambiamento. Qualunque approccio usi il counselor [...] lo scopo fondamentale è l'autonomia del cliente: che possa fare le sue scelte, prendere le sue decisioni e porle in essere».

A differenza del paziente nella psicoterapia, il cliente nel *counselling* non ha bisogno di essere curato né aiutato a superare una sofferenza psicologica, ma si avvale delle competenze del *counselor* come sussidio delle capacità che già possiede in modo da conseguire obiettivi che desidera nei modi e nei tempi che gli sono consoni. E' pertanto intuibile, da quanto detto, come il *counselling* possa essere una tecnica utile e consigliabile nel sostenere i fumatori che abbiano preso la decisione di smettere. Infatti, secondo la più recente revisione Cochrane e la metanalisi di Fiore il *counselling* individuale, effettuato in una o più sessioni faccia a faccia di almeno dieci minuti, ha dimostrato essere efficace nella cessazione del fumo. E' evidente, e da sottolineare, la necessità di instaurare con il soggetto una relazione che deve riconoscere come elementi fondamentali l'attenzione, la partecipazione, l'interesse e l'empatia. Nella tabella che segue si descrivono i principali aspetti che il *counsellor* dovrebbe affrontare con il proprio assistito vari aspetti, mentre per un approfondimento della fase di valutazione si rimanda allo specifico capitolo di questo lavoro.

- orientamento e stimolo all'apprendimento di abilità e strategie per fronteggiare e gestire le situazioni suddette (con esempi e consigli pratici)
- definizione dell'immagine che il fumatore ha di sé
- identificazione dei vantaggi della cessazione, fisici (miglioramento della salute, prevenzione di malattie gravi) e psicologici (controllo, autostima), a breve e a lungo termine
- identificazione dei vantaggi economici della cessazione (utilizzo della cifra risparmiata per attività piacevoli, acquisti, risparmio, autoricompense)
- potenziamento dell'autostima e dell'autoefficacia
- promozione della ricerca del sostegno sociale (identificare familiari e amici che possono dare sostegno, condivisione dell'esperienza con fumatori ed ex-fumatori)
- sostegno al soggetto nel suo tentativo di smettere di fumare (instaurare una relazione attraverso contatti ripetuti, anche telefonici; incoraggiare, fornire indicazioni e consigli, rispondere ai quesiti, stimolare il soggetto a parlare delle paure e preoccupazioni sullo smettere e delle difficoltà incontrate, valorizzare i risultati).

Sebbene una analisi dei soli quattro studi pubblicati fino al 2004, che confrontavano interventi di counselling di differente intensità e gli interventi più intensi, non sembrava indicare una maggiore efficacia per i trattamenti più intensivi (OR 0.98 , I 95% 0.61-1.56), altre indicazioni individuano una correlazione diretta tra tempo dedicato e risultato ottenuto (*Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Department of Health and Human Service, Nov. 2000*).

Gli interventi di terapia individuale dovrebbero essere distribuiti in 4 o più colloqui. (*Smoking cessation Guidelines for Australian General Practice, 2004*).

La durata complessiva del trattamento non dovrebbe essere inferiore ad un mese (*Cochrane Library, Issue 3, 2006*). Il tasso di cessazione aumenta in modo significativo con il numero di sedute, fino a 8 sedute di trattamento.

L'efficacia degli interventi sembra aumentare con l'incremento del tempo complessivo dedicato al paziente, con una significatività importante fino a 90 minuti in totale, O.R. 3.0 (95% CI 2.3-3.8) rispetto a zero minuti dedicati. Un ulteriore, anche se più modesto incremento di efficacia, si ha per interventi che complessivamente durano fino a 300 minuti, con O.R. 3.2 (95% C.I. 2.3-4.6) (*Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update*).

9. Terapia di gruppo

Una revisione sistematica di 55 studi controllati randomizzati pubblicati fino al gennaio 2005 ha analizzato l'efficacia della terapia di gruppo, che prevede almeno due incontri in cui i soggetti ricevono interventi comportamentali, come informazioni, raccomandazioni, incoraggiamenti o terapia cognitivo comportamentale rinforzata dal mutuo supporto.

10. Materiale di self-help

Diverse forme di materiale di auto aiuto sono state sviluppate negli anni: manuali, videocassette o cassette audio consegnate ai fumatori, contenenti informazioni sui danni del fumo e strategie per smettere di fumare, più recentemente sono disponibili anche programmi per computer. La revisione che valuta l'efficacia di questi interventi include 60 studi controllati randomizzati pubblicati fino all'aprile 2005 (6). Il materiale di auto aiuto risulta leggermente più efficace di nessun intervento: 11 studi, OR 1.24 (CI 95% 1.07-1.45). Questa analisi ha escluso 2 studi con risultati fortemente positivi che introducevano un'eterogeneità statisticamente significativa. Se il

materiale di auto aiuto viene aggiunto al contatto personale o alla NRT non si evidenzia differenza di efficacia NRT: 3 studi, OR 1.00 (CI 95% 0.77-1.29); contatto personale: 11 studi, OR 0.97 (CI 95% 0.78-1.21). Il materiale individualizzato che tiene conto delle caratteristiche individuali risulta leggermente più efficace del materiale standardizzato: 17 studi, OR 1.42 (CI 95% 1.26-1.61).

11. Il counselling telefonico

Un'ulteriore modello di counselling individuale è il counselling telefonico. Il counselling telefonico rappresenta un'alternativa meno costosa e più accessibile rispetto a quello individuale faccia a faccia e in alcuni casi lo può sostituire del tutto. Tuttavia la sua applicazione ideale è quella di affiancare e integrare l'intervento faccia a faccia, soprattutto in momenti particolarmente cruciali del percorso di cessazione, quali la pianificazione del tentativo di smettere e la prevenzione delle ricadute. Il counselling telefonico può essere proattivo o reattivo. Nel primo caso, l'operatore chiama il fumatore preso in carico per offrirgli sostegno, intendendo questa attività come parte integrante del trattamento offerto. Come evidenziato dalla metanalisi Cochrane (1) è evidente un effetto dose-risposta: è probabile che 1-2 brevi chiamate non diano un effetto misurabile, mentre 3 o più chiamate aumentano la probabilità di cessazione rispetto ad un intervento minimo, come la consegna di materiale di auto-aiuto, un consiglio breve o anche la sola terapia farmacologica. Nel caso del counselling telefonico reattivo, il fumatore o un suo familiare o conoscente contattano un numero verde o un servizio deputato al trattamento del tabagismo (*quitlines*) al fine di ricevere informazioni e consigli. L'efficacia della quitline è potenziata da successive richiamate per un counselling proattivo.

12. Altri interventi

Non ci sono evidenze di efficacia sulla **valutazione del rischio biomedico** individuale da parte del medico (spirometria etc.) nel target dei fumatori in generale, per gli interventi che coinvolgono il **partner dei fumatori**, per l'uso dell'**agopuntura** e dell'**ipnosi**. Nessun tipo di intervento è efficace nel **prevenire le ricadute** in soggetti che hanno smesso da poco di fumare. (*Cochrane Library, Issue 3, 2006*)

Le attività di cessazione realizzati a livello di **comunità**, secondo una revisione che ha valutato 37 studi, non offrono vantaggi aggiuntivi rispetto

alle metodologie già validate. L'efficacia degli interventi realizzati a livello di **comunità che prevedono numerose componenti e rivolti ai giovani** è modesta.

Gli interventi effettuati nei **luoghi di lavoro** sono stati valutati attraverso una revisione di 10 studi sulla terapia di gruppo, 7 sul counselling individuale, 9 sul materiale di auto aiuto e 5 sulla terapia sostitutiva con nicotina. I risultati sono coerenti con quelli trovati in altri setting: i programmi di gruppo, il counselling individuale e la terapia sostitutiva con nicotina sono efficaci, mentre il materiale di auto aiuto lo è di meno.

Il divieto di fumo riduce il consumo di sigarette durante l'orario di lavoro ma il suo effetto sul consumo totale è meno certo. I programmi basati sugli **incentivi** aumentano i tentativi di smettere ma non vi è evidenza che aumentino il tasso di soggetti che effettivamente smettono. I progetti fondati sull'**uso dei mass media** sono stati verificati attraverso l'analisi di 6 studi, di cui due concludono a favore della efficacia dell'intervento; gli interventi più efficaci risultano essere quelli più intenso e di più lunga durata. Complessivamente l'evidenza non è forte.

13. Interventi rivolti a specifici sottogruppi di popolazione

Donne gravide. Una revisione valuta l'efficacia degli interventi per promuovere la cessazione rivolti alle donne gravide (14), includendo 64 studi controllati randomizzati pubblicati fino al luglio 2003. Gli interventi risultano efficaci: OR 0.94 (CI 95% 0.93-0.95). La cessazione dell'abitudine al fumo riduce il basso peso alla nascita: OR 0.81 (CI 95% 0.70-0.94) e il parto pretermine: OR 0.84 (CI 95% 0.72-0.98). Non si evidenziano differenze significative fra i diversi tipi di interventi né fra interventi di differente intensità. Tre studi valutano l'efficacia della NRT e questo intervento non sembra avere più efficacia degli altri interventi: OR 0.94 (CI 95% 0.89-1.00).

Pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Una revisione valuta l'efficacia degli interventi volti a promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo in pazienti affetti da BPCO (15). Include 5 studi controllati randomizzati pubblicati fino all'ottobre 2003. I due studi di buona qualità evidenziano che gli interventi psicosociali combinati con la terapia sostitutiva con nicotina sono più efficaci di nessun trattamento o del

solo intervento psicosociale. Intervento psicosociale + NRT + broncodilatatore vs nessun intervento: uno studio, 5.887 pazienti RR 3.84 (CI 95% 3.30-4.48) al follow up di un anno, RR 4 (CI 95% 3.25-4.93) al follow up di 5 anni. Intervento psicosociale + NRT + placebo vs nessun intervento: 1 studio, RR 3.82 (CI 95% 3.27-4.44) al follow up di 1 anno; RR 4.19 (CI 95% 3.41-5.15) al follow up di 5 anni. Intervento psicosociale + bupropione vs intervento psicosociale; 1 studio, 411 pazienti, RR 1.74 (CI 95% 1.01-3.0).

Fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo

Una revisione valuta l'efficacia di interventi rivolti a genitori fumatori per ridurre l'esposizione al fumo passivo dei bambini (16). Include 15 studi controllati randomizzati pubblicati fino all'ottobre 2001. Tali interventi (per es. copunselling breve) non sono univocamente efficaci nei setting pediatrici come, invece, lo sono per i setting dedicati agli adulti.

Prevenzione delle ricadute

La revisione include 40 studi controllati randomizzati pubblicati fino al settembre 2004. La revisione evidenzia che nessun tipo di intervento, né quelli più intensi che prevedono uno o più incontri di counselling, né quelli di tipo comportamentale, né quelli basati sul contatto telefonico sono efficaci nel prevenire le ricadute in soggetti che hanno smesso.

Bibliografia

- Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3)
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000. updated 2008.
- Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Istituto Superiore di Sanità, 2008. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Edizione 2008. www.iss.it/ofad/
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Lancaster T, Stead LF. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Bize R, Burnand B, Mueller Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3.
- Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Ussher M. Exercise interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Hajek P, Stead LF, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention intervention for smoking cessation. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community intervention for reducing smoking among adults. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervention for promoting smoking cessation during pregnancy. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG Jacobs JE, van Schayck CP, Smoking

- cessation for chronic obstructive pulmonary disease. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and career smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Thomas R, Perera R. School based programmes for preventing smoking. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Sowden AJ, Arblaster L. Mass media intervention for preventing smoking in young people. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Sowden L, Stead. Community interventions for preventing smoking in young people. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1.
- Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1.
- Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2. updated july 2008)