

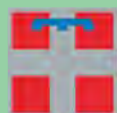
**PRAT**

**Piano Regionale Anti-Tabacco**

# **CESSAZIONE DEL FUMO DI TABACCO**

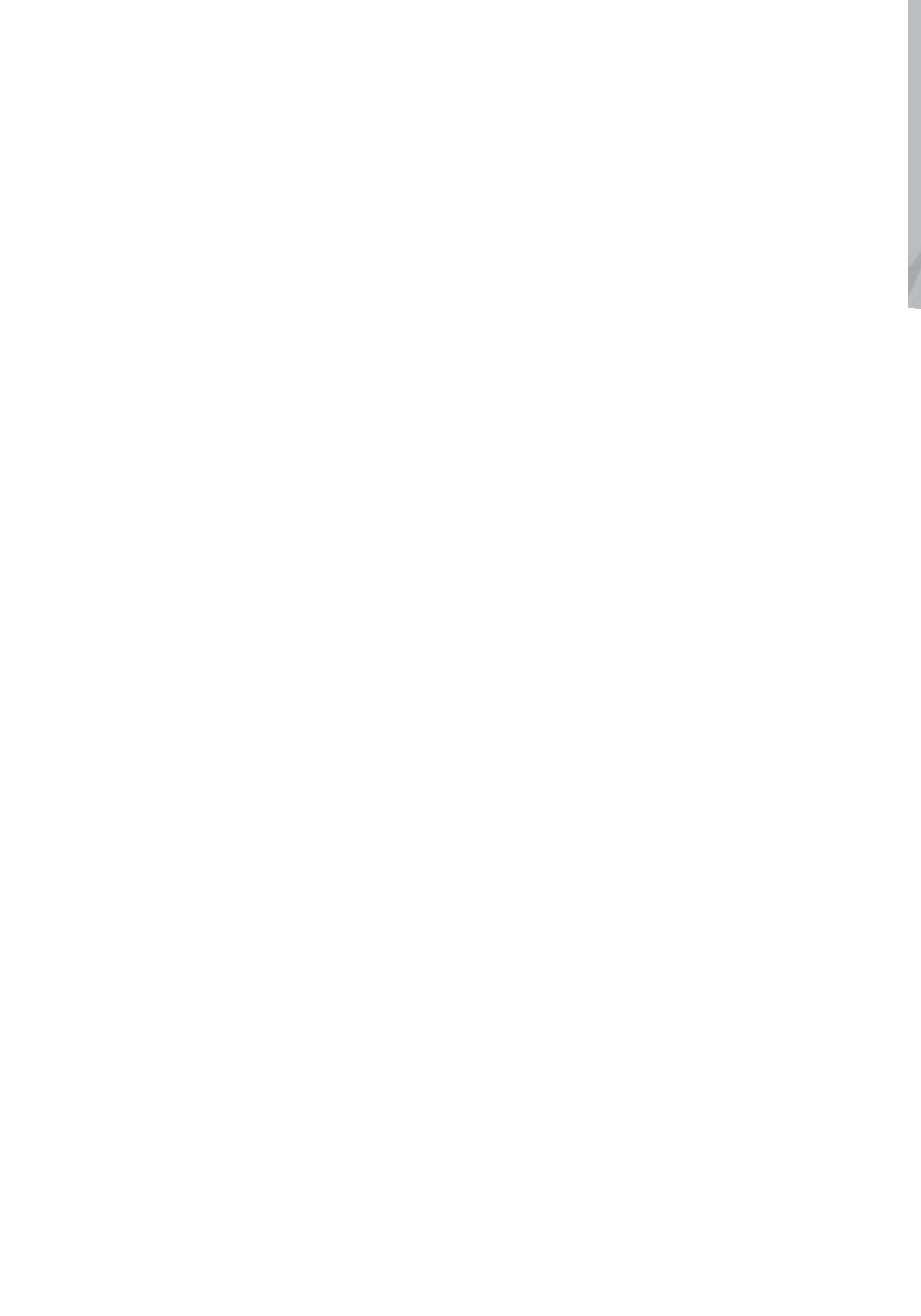
**Linee Guida clinico-organizzative  
per la Regione Piemonte**

3



**REGIONE  
PIEMONTE**

ASSESSORATO ALLA TUTELA  
DELLA SALUTE E SANITÀ





# **CESSAZIONE DEL FUMO DI TABACCO**

## **Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte**

a cura di

Fabrizio Faggiano, Elena Gelormino, Federica Mathis, Serena Vadrucci,  
Livia Giordano, Carlo Senore, Cristiano Piccinelli, Roberta Molinar,  
Lorena Charrier, Fabrizio Leigheb, Monica Fedele, Daniele Bonvini

COMMISSIONE REGIONALE ANTI-TABACCO

Quaderno n. 3

Maggio 2007

Copia del documento è scaricabile dai siti [www.oed.piemonte.it](http://www.oed.piemonte.it) e [www.cpo.it](http://www.cpo.it).

Per contatti rivolgersi a:

Segreteria dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze della Regione Piemonte

Telefono: 011 40188302

Fax: 011 40188301

E-mail: [info@oed.piemonte.it](mailto:info@oed.piemonte.it)

Progetto grafico e impaginazione a cura di Visual Data Snc - Torino

Stampa a cura di Alessandri s.r.l. - Torino

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia della Regione Piemonte c/o ASL 5 di Collegno

ISBN: 978-88-95525-00-6

Il **Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT)**, approvato con DGR n 47-1 3556 del 4.10.2004 nell'ambito del Programma pluriennale Promozione Salute Piemonte, prevede la costituzione di una **Commissione regionale Antitabacco** (i cui componenti sono stati individuati tra quegli enti ed istituzioni che, a vario titolo, si occupano di lotta al tabagismo sul territorio regionale) e la nomina di una **Consulta regionale** che raccoglie i rappresentanti degli enti, associazioni, istituzioni attivi in questo ambito. I due organismi rappresentano i principali strumenti di cui l'Amministrazione regionale si è dotata per promuovere, integrare e coordinare efficaci azioni di contrasto al consumo di tabacco in Piemonte.

### Commissione Regionale Anti-Tabacco

- Fabio Beatrice, Centro Antifumo S. Giovanni Bosco - ASL 4 Torino
- Mario Carzana, Regione Piemonte
- Elena Coffano, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) Regione Piemonte
- Luigi Corbetta, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG Torino)
- Fabrizio Faggiano, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte e Università del Piemonte Orientale
- Livia Giordano, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Luciana Lazzarino, Ufficio Qualità ASL 19, Coordinamento Ospedali liberi dal fumo - Rete Health Promoting Hospitals (HPH Piemonte)
- Lucia Occhionero, Centro Antifumo ASL 19, Coordinamento Ospedali liberi dal fumo - Rete Health Promoting Hospitals (HPH Piemonte)
- Nereo Segnan, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Carlo Senore, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Elisabetta Versino, Dipartimento di Sanità Pubblica - Università di Torino

### Consulta regionale "Piemonte Libero dal Fumo"

- Roberto Anino, Confcommercio Esercizi Pubblici Associati Torino e Provincia (EPAT)
- Sante Bajardi, Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CIPES Piemonte)
- Angela de Bernardis, Servizio Tossicodipendenze - ASL 6 Cirié (TO)
- Mauro Brusa, Referente per la Promozione ed Educazione alla Salute (RePES) - ASL 21 Casale Monferrato (AL)
- Antonio Buonocore, Associazione "Perchè no?"
- Liborio Cammarata, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB Piemonte) - Dip. Patologia delle Dipendenze ASL 13 Novara
- Clara Candelo, Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL) - ASL 1 Torino
- Giuseppe Costa, Servizio di Epidemiologia - ASL 5 Grugliasco (TO)
- Renato Galetto, Associazione AMA
- Paolo Gasparetto, CULCASG - ALCASE Italia Ass. Cuneese per lo Studio e la Ricerca contro il Cancro del Polmone
- Sergio Giraud, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT)
- Ludovico Grasso, Gruppo Abele - Università della Strada
- Paolo Laurenti, Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) Dip. Prevenzione - ASL 10 Pinerolo (TO)
- Aldo Lodi, CittadinanzAttiva, Tribunale Diritti del Malato
- Mariuccia Malesani Valente, Forum genitori c/o Ufficio Scolastico Regionale
- Sabina Natali, Associazione Zed
- Amalia Neirotti, Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI Piemonte)
- Mario Nejrrotti, Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino
- Pietro Presti, Fondo Edo Tempia - Biella
- Biagio Polla, Centro Antifumo, ASO SS. Antonio e Biagio, Fisiopatologia della respirazione
- Paolo Querio, Ordine dei Giornalisti del Piemonte
- Luigi Resegotti, Associazione per la Prevenzione e la Cura dei Tumori in Piemonte
- Benedetto Terracini, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO Piemonte)
- Maria Paola Tripoli, MIUR Ufficio Scolastico Regionale
- Simona Tempia Valenta, Fondo Edo Tempia - Biella
- Piero Zaina, Rete Health Promoting Hospitals (HPH Piemonte)

Hanno contribuito alla elaborazione di questa Linea Guida:

### Gruppo di coordinamento

- Daniele Bonvini, Università del Piemonte Orientale
- Lorena Charrier, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Fabrizio Faggiano, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte e Università del Piemonte Orientale
- Monica Fedele, Università del Piemonte Orientale
- Elena Gelormino, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte
- Livia Giordano, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Fabrizio Leigh, Università del Piemonte Orientale
- Federica Mathis, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte
- Roberta Molinar, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Cristiano Piccinelli, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Carlo Senore, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Serena Vadrucci, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte

### Gruppo di Pre-consultazione

- Paolo Barucci, S.S. Alcologia Tabagismo - Dipartimento Patologia Dipendenze - ASL 8 Chieri (TO)
- Roberto Cavallo, Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL) - ASL 8 Chieri (TO)
- Guido Giustetto, Medico di Famiglia - ASL 8 Chieri (TO)
- Mario Nejrotti, Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino
- Patrizia Piano, Medico di Famiglia - ASL 9 Ivrea (TO)
- Biagio Polla, Centro di fisiopatologia respiratoria - Centro Antifumo - ASO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo - Alessandria

### Gruppo Allargato di Consultazione

- Paola Abbate, Servizio Tossicodipendenze - ASL 5 Rivoli (TO)
- Andrea Airaldi, Medico di Famiglia - ASL 17 Savigliano (TO)
- Lucia Albano, Referente per la Promozione ed Educazione alla Salute (RePES) - ASL 8 Chieri (TO)
- Bartolomeo Allasia, Medico di Famiglia - ASL 17 Savigliano (TO)
- Remo Angelino, Servizio Tossicodipendenze - ASL 10 Pinerolo (TO)
- Diego Artuso, Centro per il Tabagismo - ASL 8 Chieri (TO)
- Fabio Beatrice, Centro Antifumo - S.C. Otorinolaringoiatria Ospedale S. Giovanni Bosco - ASL 4 Torino
- Pierpaolo Bellino, Ambulatorio Fumo - Ser.T. ASL 15/ASO S. Croce Cuneo
- Bruno Bichisao, Centro Antifumo - Divisione di Pneumologia - ASL 11 Vercelli
- Emanuele Bignamini, Centro Antifumo - Dipartimento Patologia Dipendenze - ASL 3 Torino
- Giuliano Bono, Medico di Famiglia - ASL 1 Torino
- Maria Antonietta Brezzi, Dipartimento di Prevenzione - ASL 20 Alessandria
- Liborio Martino Cammarata, Ambulatorio disassuefazione tabagica - Dipartimento Patologia Dipendenze - ASL 13 Novara
- Giorgio Cappitelli, Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino
- Mario Carzana, Regione Piemonte
- Piergiorgio Cerrato, Centro Antifumo - Dipartimento Patologia Dipendenze - ASL 3 Torino
- Lorella Cesco, Medico di Famiglia - ASL 3 Torino
- Libero Ciuffreda, Dipartimento di Oncologia ASO S. Giovanni Battista di Torino
- Raffaella Collesei, Servizio Tossicodipendenze - ASL 5 Avigliana (TO)
- Paola Conterio, Centro Antifumo - ASL 2 Torino
- Flavio Crestanello, S.S. Alcologia e Tabagismo - Dipartimento Patologia Dipendenze - ASL 8 Chieri (TO)
- Aniello D'alessandro, Referente per la Promozione ed Educazione alla Salute (RePES) - Dipartimento di Prevenzione - ASL 11 Vercelli
- Filiberto Dalmaso, Ambulatorio per il Tabagismo - UO Pneumologia - ASO Ospedale Mauriziano - Torino

- Cornelia De Marchi, Ambulatorio Tabagismo - Servizio Tossicodipendenze - ASL 12 Biella
- Carolina Dello Russo, ASO San Luigi Gonzaga - Orbassano (TO).
- Maurizio Delucchi, Ambulatorio Disassuefazione Fumo - ASL 17 Savigliano
- Maria Elisa Donna, Medico di Famiglia - ASL 14 Verbanco-Cusio-Ossola
- Andrea Dotti, Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL) - ASL 7 Chivasso (TO)
- Paolo Ercole, Medico di Famiglia - ASL 19 Asti
- Massimo Fazzari, U.O.A. di Cardiologia - Presidio Ospedaliero di Ciriè (TO)
- Marco Ferri, Medico di Famiglia - ASL 11 Vercelli
- Ettore Gallo, Centro Antifumo - U.O. Pneumologia - Ospedale Martini, ASL 2 Torino
- Emanuela Giorgini, Centro Antifumo - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Torino
- Angelo Gioria, Medico di Famiglia - ASL 13 Novara
- Antonio Leonetti, Servizio Tossicodipendenze - ASL 16 Mondovì (CN)
- Renata Magliola, Coordinamento Prevenzione Promozione Salute - Assessorato alla Sanità - Regione Piemonte
- Gaetano Manna, Ufficio Tossicodipendenze - Assessorato alla Sanità - Regione Piemonte
- Enio Giuseppe Mantellini, SOC Malattie App Respiratorio - ASO Alessandria
- Francesco Marocchino, Medico di Famiglia - ASL 13 Novara
- Giuliana Marzano, Medico di Famiglia - ASL 22 Novi Ligure (AL)
- Barbara Meghnet, S.S Alcolologia e Tabagismo - Dipartimento Patologia Dipendenze - ASL 8 Chieri (TO)
- Daniela Nizza, Ufficio Attività Sanitarie - Regione Piemonte
- Lucia Occhionero, Centro Antifumo ASL 19, Coordinamento Ospedali liberi dal fumo - Rete Health Promoting
- Ezio Piccolini, S.O.C. Pneumologia - Dipartimento Area Medica - ASL 21 Casale Monferrato (AL)
- Emanuela Pignata, Gruppo Disassuefazione Fumo - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Cuneo
- Daniele Pini, Ambulatorio contro il Tabagismo - Servizio Tossicodipendenze - ASL 5 Collegno (TO)
- Giovanni Pistone, Medico di Famiglia - ASL 13 Novara
- Biagio Polla, Centro di fisiopatologia respiratoria - Centro Antifumo - ASO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo - Alessandria
- Pietro Presti, Corsi per smettere di fumare - Fondo Edo Tempia - Biella
- Giorgio Pusateri, Medico di Famiglia - ASL 22 Novi Ligure (AL)
- Aldo Ravaglia, Pediatra territoriale - ASL 7 Chivasso (TO)
- Elisa Spada, Centro Antifumo - IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri - Veruno (NO)
- Sebastiano Spicuglia, Medico di Famiglia - ASL 5 Collegno (TO)
- Franco Squillace, Medico di Famiglia - ASL 14 Verbanco-Cusio-Ossola
- Riccardo Zaffalon, Centro Antifumo - Lega Italiana Lotta contro i Tumori - Biella
- Roberto Zanola, Dipartimento di Politiche Pubbliche e Scelte Collettive - Università del Piemonte Orientale
- Daniela Angela Zeme, Ambulatorio Fumatori- Servizio Tossicodipendenze - ASL 8 Chieri (TO)

### Revisori di letteratura

- Alessandro Coppo, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Paolo D'Elia, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Roberto Diecidue, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte
- Francesca Di Stefano, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Silvia Minozzi, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)

### Peer Reviewers

- Giuseppe Costa, Servizio di Epidemiologia - ASL 5 Grugliasco (TO)
- Marina Davoli, Dipartimento di Epidemiologia ASL RME
- Daniela Galeone, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute
- Giuseppe Gorini, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) - Istituto Scientifico della Regione Toscana
- Roberto Grilli, Agenzia Sanitaria Regionale - Regione Emilia Romagna
- Maurizio Laezza, Area Dipendenze - Regione Emilia-Romagna
- Daniela Marcolina, SPISAL Dipartimento di Prevenzione - Az. ULSS 1 Belluno

- Nereo Segnan, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Pier Giorgio Zuccaro, OssFAD - Istituto Superiore di Sanità

### **Si ringraziano:**

- Francesca Garena, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Patrizia Gioia, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte
- Stefania Lo Sardo, Direzione Programmazione Sanitaria - Regione Piemonte
- Benedetto Terracini, presidente della Consulta Piemonte Libero dal Fumo

Nessun conflitto di interesse è stato dichiarato dai membri del Gruppo di Coordinamento e dai membri del Gruppo Allargato di Consultazione.



# Indice

<b>1</b>	<b>Introduzione al documento</b> .....	5
1.1	Tabacco, il principale problema di salute pubblica del Piemonte .....	5
1.2	Dipendenza da tabacco, una malattia cronicorecidivante .....	5
1.3	Razionale di questa Linea Guida .....	6
1.4	Obiettivi e destinatari .....	6
1.5	Struttura del documento .....	7
1.6	Aspetti metodologici dell'elaborazione di questa Linea Guida .....	7
1.6.1	I principi della <i>evidence based medicine</i> applicati alla sanità pubblica .....	7
1.6.2	Le prove di efficacia ed il loro utilizzo in questa Linea Guida .....	8
1.6.3	Elaborazione multidisciplinare: il Gruppo Allargato di Consenso .....	10
1.6.4	Rilevanza e forza delle raccomandazioni .....	11
1.6.5	Aggiornamento .....	12
1.7	Conflitto di interesse .....	13
1.8	Strutture per il trattamento del tabagismo in Piemonte .....	13
1.8.1	L'equipe territoriale e la sua evoluzione .....	13
1.8.2	Il Medico di Famiglia .....	13
1.8.3	Centri per il Trattamento del Tabagismo .....	15
<b>2</b>	<b>Strategie e organizzazione</b> .....	17
2.1	Interventi di popolazione e misure di policy .....	18
2.1.1	Campagne di mass media .....	19
2.1.2	Linee telefoniche di supporto alla cessazione - <i>Quit lines</i> .....	20
2.1.3	Interventi per la formazione e la motivazione degli operatori coinvolti .....	21
2.1.4	<i>Quit &amp; Win</i> : concorsi per la cessazione basate sui mass media .....	22
2.1.5	Luoghi di lavoro liberi dal fumo .....	22
2.1.6	Divieti e restrizioni al fumo di tabacco .....	23
2.1.7	Riduzione dei costi diretti della cessazione per il fumatore .....	24
2.1.8	Aumento del prezzo unitario dei prodotti del tabacco .....	25
2.1.9	Divieto di vendita di prodotti del tabacco ai minori di 16 anni .....	26
2.2	Primo contatto del fumatore con il Servizio Sanitario .....	26
2.3	Il percorso di presa in carico del fumatore .....	27
2.4	Gli Operatori di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta .....	28
2.4.1	Organizzazione del servizio all'interno dell'ambulatorio di medicina generale .....	30
2.5	I Centri per il Trattamento del Tabagismo .....	32
2.5.1	Organizzazione del Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT) .....	32
<b>3</b>	<b>Gli Interventi</b> .....	36
3.1	ASK = chiedere al soggetto se fuma .....	36
3.2	ADVISE = informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere .....	36
3.3	ASSESS = definire le caratteristiche del soggetto .....	37
3.3.1	Valutazione della motivazione .....	37
3.3.2	Valutazione della gravità della dipendenza .....	37

3.3.3	Valutazione del livello socio-culturale .....	38
3.3.4	Valutazione delle condizioni generali di salute .....	38
3.3.5	Intervento motivazionale .....	38
3.4	ASSIST = stabilire un percorso terapeutico per la cessazione .....	39
3.4.1	Terapia sostitutiva con nicotina .....	40
3.4.2	Terapia con bupropione .....	41
3.4.3	Terapia con nortriptilina .....	41
3.4.4	Altri farmaci .....	42
3.4.5	Intervento di <i>counselling</i> .....	42
3.4.6	Materiale per l'auto-aiuto .....	44
3.4.7	Intervento psicologico .....	44
3.4.8	Terapie alternative o non convenzionali .....	45
3.4.9	Tecniche di rilassamento .....	46
3.5	ARRANGE = attuare interventi per prevenire la ricaduta .....	46
<b>4</b>	<b>Categorie particolari di utenti</b> .....	<b>49</b>
4.1	Donne gravide e famiglie libere dal fumo .....	49
4.2	Adolescenti .....	51
4.3	Stranieri afferenti ai Centri ISI .....	51
4.4	Soggetti ricoverati e/o portatori di altre patologie .....	52
4.5	Fumatori con disagio psichico .....	53
4.6	Fumatori con dipendenza da altre sostanze .....	53
4.7	Detenuti .....	54
<b>5</b>	<b>Strategie per l'implementazione, l'assicurazione di qualità e la valutazione di queste Linee Guida</b> .....	<b>55</b>
5.1	Presentazione dei documenti .....	55
5.2	Ruoli della Regione .....	55
5.3	Assicurazione di qualità .....	56
5.4	Strategia standard di implementazione nelle Aziende Sanitarie .....	56
5.5	Altre strategie di implementazione da sottoporre a sperimentazione .....	58
5.6	Valutazione di Processo .....	59
5.7	Valutazione di Impatto per la Salute .....	61
5.8	Valutazione Economica .....	61
<b>6</b>	<b>Strumenti</b> .....	<b>63</b>
6.1	Test di valutazione della motivazione .....	63
6.2	Test di <i>Fagerstrom</i> .....	64
6.3	Perchè smettere di fumare: lista di vantaggi .....	66
6.4	Intervento di <i>counselling</i> .....	67
6.5	Intervento psicologico .....	69
6.6	Schede tecniche dei farmaci .....	70
<b>7</b>	<b>Appendice</b> .....	<b>86</b>
7.1	I servizi di 2° livello per la cessazione del fumo in Piemonte .....	86
7.2	Elenco sintetico delle raccomandazioni suddiviso per destinatari .....	88
	<b>Bibliografia</b> .....	<b>93</b>

## Premessa

Il tabacco è contemporaneamente il più importante cancerogeno, sia per diffusione sia per potenza, presente nella nostra società, uno dei più pericolosi fattori di dipendenza fisica e psicologica, nonché un interesse economico cruciale per potenti multinazionali. Se a questi fattori sommiamo la contraddizione di uno Stato che percepisce ingenti profitti dalla tassazione su di esso applicata, si comprende la priorità del problema del tabagismo per il Servizio Sanitario Regionale, e, nel contempo, la complessità dell'approccio che deve essere adottato per il suo controllo.

Questa complessità spiega, forse, l'episodicità che fino a ora ha contraddistinto gli interventi contro il fumo in Italia, dove, a fronte degli importanti provvedimenti legislativi assunti in materia (dai divieti alle regole sulla pubblicità), i programmi di prevenzione e di cessazione non sono mai stati percepiti come prioritari.

In questa direzione, la Regione Piemonte ha cercato negli ultimi anni di dare un forte segnale, destinando molte energie e ingenti finanziamenti alla prevenzione, nell'ambito della quale si colloca anche il Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT), recentemente approvato dalla Giunta regionale. Il PRAT ha l'ambizione di affrontare la complessità di questo problema chiedendo il contributo di tutti gli operatori interessati, sia del pubblico sia del privato, del sistema della ricerca e della formazione, oltre che dei cittadini. Nell'ambito di questo piano, che mira a coordinare tutti gli interventi contro il tabagismo, dando loro una connotazione scientifica e di partecipazione, sono nate le Linee Guida clinico-organizzative sulla cessazione del fumo di tabacco. Si tratta di uno strumento per indirizzare tutto il SSR alla de-normalizzazione del fumo di tabacco e all'organizzazione dell'offerta di azioni efficaci.

Il Servizio Sanitario nel suo complesso, e con esso tutti i sistemi che ad esso afferiscono, quello formativo in particolare, devono essere "ritarati" non solo per mettere a disposizione i migliori interventi di cessazione al fumatore deciso a smettere e per orientare correttamente e favorire il cittadino nella loro fruizione, ma anche per offrire all'esterno una immagine di sistema che promuove la salute.

Si tratta certo di una sfida impegnativa, per affrontare la quale ci sono però tutti i presupposti: il sistema è maturo, la ricerca ha ormai a disposizione una quantità importante di prove di efficacia relative a numerose azioni e un gruppo multidisciplinare di alto profilo scientifico e professionale sta dedicando competenze e passione a questo lavoro.

Torino, 15 marzo 2007

Mario Valpreda

Assessore alla tutela della salute e sanità

### Abbreviazioni

CFU:	Crediti Formativi Universitari
CPO:	Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica
CTT:	Centro per il Trattamento del Tabagismo
DSM IV:	<i>Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV</i> (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali IV)
DUS:	Disturbo da Uso di Sostanze
FIMMG:	Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
GLC:	Gruppo Locale Coordinamento
IC:	Intervalli di Confidenza
ISI:	Informazione Sanitaria Immigrati
ISS:	Istituto Superiore di Sanità
LEA:	Livelli Essenziali di Assistenza
MdF:	Medico di Famiglia
NRT:	<i>Nicotine Replacement Therapy</i> (terapia sostitutiva con nicotina)
OpMG:	Operatore di Medicina Generale (Medico di Famiglia, Pediatra di Libera Scelta, Infermiere)
OR:	Odds Ratio
PLS:	Pediatra di Libera Scelta
PNLG:	Piano Nazionale Linee Guida
RePES:	Referenti per la Promozione ed Educazione alla Salute
SerT:	Servizio Tossicodipendenze
SSN:	Sistema Sanitario Nazionale
SSR:	Servizio Sanitario Regionale

# 1. Introduzione al documento

## 1.1 Tabacco, il principale problema di salute pubblica del Piemonte

Nel 2003 in Piemonte vi erano 969.000 fumatori (il 30,7% degli uomini e il 20,5% delle donne). In quello stesso anno per la prima volta la tendenza alla diminuzione della prevalenza di fumatori, iniziata prima degli anni '80, si è interrotta, soprattutto a causa di un tendenziale aumento limitato alle donne [Vigna-Taglianti 2006].

Mentre durante gli anni '80 e '90 la prevalenza cadeva, aumentavano le differenze sociali. Nel 2003 fumava solo il 12,7% dei laureati contro il 36,0% dei soggetti dotati di titolo elementare [Vigna-Taglianti 2006]. Tali differenze, da sole in grado di spiegare la metà delle disuguaglianze sociali nella salute riscontrate nelle società europee [Jarvis 1999], sono originate sia da una maggiore propensione a iniziare a fumare delle categorie socialmente più svantaggiate, sia da una loro minore propensione a smettere.

In Piemonte il tabacco causa direttamente circa 27.000 ricoveri l'anno (il 4,5% del totale) e 6200 decessi (il 13,2% del totale), oltre ad una quota causata indirettamente dal fumo passivo. Il tabacco è la principale singola causa di malattia e di morte ed è responsabile di 70.000 delle 570.000 morti che si verificano ogni anno in Italia (pari al 12,1% del totale dei decessi) e di una diminuzione dell'aspettativa di vita di circa 10 anni [Doll 2004]. Il fumo rimane la principale causa prevenibile di morbosità e mortalità nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale [WHO 2003].

Il fumo è dannoso ad ogni età, ma il rischio di contrarre una patologia ad esso correlata (cardiovascolare, oncologica, pneumologica) è strettamente dipendente dall'età di inizio: una persona che inizi a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che inizi a fumare a 20 anni [Simonato 2001].

Alcuni recenti studi italiani [Russo 2002, Sgambato 2001] hanno quantificato i costi economici del fumo di tabacco, seppure limitatamente ai costi dei ricoveri per patologie correlate e alle ore di lavoro perse. Le spese derivanti dall'assistenza ospedaliera per i fumatori eccedono del 40% quelle dei non fumatori e l'eccesso equivale ad una spesa di circa 5 miliardi di euro l'anno, pari all'8,3% della spesa sanitaria pubblica totale del 1999 e allo 0,4% del PIL. Queste stime non considerano il costo derivante dal precoce pensionamento o dalla morte prematura; sulla base di analoghe ricerche americane i costi sociali dovuti alla perdita di produttività sono stimabili a circa il doppio rispetto ai costi sanitari. In base a queste stime i costi totali del fumo di tabacco ammonterebbero annualmente quindi a circa 15 miliardi di euro, di gran lunga superiori ai circa 10 miliardi di euro ricavati dalla vendita di tabacco in Italia [Garattini 2002].

D'altra parte smettere di fumare riduce il rischio di morte anche in età avanzata: se smettere entro i 44 anni riporta il rischio di morte molto vicino a quello dei non fumatori, smettere entro i 65 permette una riduzione del 30% [Doll 2004]. Il 23% circa dei fumatori italiani dichiara di aver tentato di smettere di fumare almeno una volta nell'anno precedente l'intervista, ma le ricerche sull'argomento sono concordi nel dire che solo una piccola quota di questi (3-5%) riesce a raggiungere un'astinenza di lungo periodo [Cohen 1989].

## 1.2 Dipendenza da tabacco, una malattia cronico-ricidivante

Il tabacco è una sostanza che produce dipendenza e, come tutte le sostanze con caratteristiche analoghe, agisce sul sistema mesolimbico della gratificazione [Leshner 1997], che si estende dalla parte ventrale del tegumento al nucleo acumbens. L'uso prolungato di nicotina, il principio attivo del tabacco, produce delle

modificazioni irreversibili in questo sistema a carico dell'attività metabolica, della disponibilità recettoriale, dell'espressione genica e della risposta a stimoli ambientali [Leshner 1997].

Si tratta quindi di una malattia dell'encefalo con un apparato sintomatologico ben definito dal DSM IV: assunzione continua della sostanza, tolleranza (cioè aumento della dose per raggiungere l'effetto desiderato), sindrome di astinenza che segue la mancata assunzione. Inevitabilmente la discussione intorno alle diverse sostanze che producono dipendenza si è focalizzata negli anni sulla questione se esse siano fisicamente o psicologicamente "addittive". La risposta è stata spesso determinata dalla drammaticità delle crisi di astinenza di alcune sostanze quali l'eroina o l'alcol, che ha prodotto la falsa impressione che la nicotina abbia uno scarso potenziale addittivo. Questo aspetto della dipendenza viene oggi considerato minore, sia perché sostanze altamente addittive presentano sovente pochi sintomi di astinenza, quali la cocaina, le metamfetamine o il tabacco stesso, sia perché oggi esistono farmaci in grado di controllare efficacemente queste crisi [Leshner 1997]. Da un punto di vista clinico e di sanità pubblica l'aspetto che viene oggi considerato l'essenza dell'*addiction* è invece quello del "*craving*", che è definibile come il desiderio compulsivo che comporta perdita di controllo nella ricerca e uso della sostanza che ha prodotto dipendenza, anche in presenza della consapevolezza delle conseguenze sociali e sulla salute.

A causa delle sue basi biologiche, la dipendenza è quindi un disordine cronico e recidivante. Dopo la cessazione, l'astinenza totale è rara, e le ricadute, causate dal persistere o dal ripresentarsi del *craving*, sono la norma. Il riconoscimento del tabagismo come malattia cronica è utile nel prevedere ripetuti periodi di remissione seguiti da ricadute, che devono essere adeguatamente prese in carico senza colpevolizzazione, ma anche nel considerare nell'intervento l'importanza delle raccomandazioni e del *counselling* da soli o insieme al trattamento farmacologico.

### 1.3 Razionale di questa Linea Guida

Il tabagismo è dunque un problema prioritario, la cui natura psico-patologica richiede un intervento multidisciplinare, il coinvolgimento di più servizi, una attenzione specifica al rischio di ricaduta lungo tutta la vita dell'ex-fumatore, oltre al supporto di interventi di popolazione e di politiche sanitarie specifiche. Possiamo aggiungere che gli interventi di cessazione hanno oggi a disposizione prove di efficacia su numerosi strumenti, tra i quali peraltro il professionista non sempre è in grado di scegliere, ma l'evidenza derivata da indagini recenti sottolinea la scarsità della loro applicazione e la diffusione dell'uso di interventi inappropriati.

Da queste osservazioni deriva la considerazione che la Linea Guida sia uno strumento necessario per orientare i servizi e i professionisti verso pratiche efficaci, da qui il progetto di elaborazione di una Linea Guida clinico-organizzativa sul tabagismo.

### 1.4 Obiettivi e destinatari

Questo documento ha l'obiettivo di fornire al Servizio Sanitario Regionale Piemontese un insieme di raccomandazioni per l'organizzazione e la gestione di tutte le tappe del trattamento del tabagismo, dalla promozione della motivazione a smettere attraverso interventi di popolazione alla presa in carico, dal trattamento clinico al *follow up* successivo alla cessazione. Si tratta quindi di una ideale integrazione delle "Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" elaborate a livello centrale dall'Istituto Superiore di Sanità [Zuccaro 2002]. Nel documento in presentazione, vengono presi in considerazione anche interventi fiscali e legislativi, attualmente di competenza dello Stato centrale, al fine di raccomandare all'Amministrazione Regionale azioni di armonizzazione e stimolo al cambiamento.

Non vengono invece trattati gli interventi di prevenzione primaria del tabagismo, mirati alla popolazione dei non fumatori.

Questa Linea Guida è indirizzata a tutti gli operatori, sanitari e non, coinvolti nel processo di cessazione, in particolare quelli operanti nella medicina generale e nei Centri per il Trattamento del Tabagismo. La sezione sugli interventi di popolazione è invece indirizzata all'Amministrazione Regionale, mentre quella sugli interventi del primo contatto è indirizzata alle Direzioni delle Aziende Sanitarie e a tutti gli operatori che operano nella *front-line* del Servizio Sanitario (vedi sezione 7.2).

## 1.5 Struttura del documento

Questa Linea Guida è strutturata in 7 capitoli:

1. Introduzione al documento: descrive gli obiettivi e la struttura della presente Linea Guida, gli aspetti metodologici applicati per la sua elaborazione, gli aspetti epidemiologici del problema tabagico in Piemonte e l'organizzazione allo stato attuale delle strutture sul territorio
2. Strategie e organizzazione: a partire dalle prove scientifiche di efficacia, definisce il modo con cui dovrebbero essere organizzati gli interventi per la promozione della cessazione. Questa parte è strutturata secondo i 4 livelli organizzativi dell'intervento:
  - Interventi di popolazione e misure di *policy*
  - Primo contatto del fumatore con il Servizio Sanitario
  - Attività del Medico di Famiglia e del Pediatra di Libera Scelta
  - I Centri per il Trattamento del Tabagismo
3. Interventi: sono descritte in modo sistematico le tappe e gli interventi efficaci nel percorso di disassuefazione del fumatore, sia quelli farmacologici che quelli non farmacologici. Alcuni di questi saranno raccomandati in livelli organizzativi diversi
4. Alcune categorie particolari di utenti, come ad esempio gli adolescenti, i fumatori con disagio psichico, i detenuti, le donne in gravidanza e i tossicodipendenti, richiedono un approfondimento specifico, presente nel 4° capitolo
5. Strategie per l'implementazione, l'assicurazione di qualità e la valutazione delle presenti Linee Guida
6. Strumenti: in questa sezione sono raccolti tutti gli strumenti di cui si raccomanda l'utilizzo nella presente Linea Guida.

Il settimo capitolo è una appendice in cui è fornito l'elenco dei Centri per il Trattamento del Tabagismo attualmente funzionanti in Piemonte, nonché un elenco delle raccomandazioni espresse nella presente Linea Guida, suddivise per destinatari: Amministrazione Regionale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Aziende Sanitarie, Operatori di Medicina Generale, Centri per il Trattamento del Tabagismo, ginecologi e ostetrici, uffici scolastici.

## 1.6 Aspetti metodologici dell'elaborazione di questa Linea Guida

### 1.6.1 I principi della *evidence based medicine* applicati alla sanità pubblica

La definizione di scelte fatte sulla base delle prove di efficacia ottenute dalla ricerca scientifica è un approccio che va spostandosi dalla medicina clinica, alla sanità pubblica, alla promozione della salute, alle politiche sanitarie. La salute pubblica basata sulle prove di efficacia consiste, dunque, nell'uso informato, esplicito e giudizioso dell'evidenza derivata dai vari campi della ricerca scientifica, da quello biomedico a quello sociale, e dalle valutazioni empiriche [Rychetnik 2004].

La sanità pubblica copre un campo di conoscenze molto vasto e l'interesse dei decisori, dei finanziatori e dell'opinione pubblica per un approccio scientificamente fondato va crescendo. In questo settore prevale il punto di vista delle comunità rispetto a quello dei singoli individui e la ricerca scientifica deve adattarsi alla frequente impossibilità di condurre esperimenti in senso stretto. Gli studi randomizzati e controllati sono

di norma poco fattibili e accettabili in un ambito di popolazione e gli utilizzatori dei risultati della ricerca in questo campo devono tener conto di questi elementi. Inoltre, è necessario contestualizzare le evidenze scientifiche al fine di renderle realmente applicabili [Kemm 2006]. In quest'ottica si muove questa Linea Guida, che ha la pretesa di integrare le conoscenze e le indicazioni di comportamento che, nel nostro Paese, sono già state raccolte ed espresse dalle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità [Zuccaro 2002] adattandole al contesto locale proprio della Regione Piemonte.

### 1.6.2 Le prove di efficacia ed il loro utilizzo in questa Linea Guida

Questa Linea Guida si basa sul corpo delle prove di efficacia utilizzato dalle Linee Guida già presenti sullo stesso tema, sia italiane che internazionali. La ricerca di ulteriori prove di efficacia, specialmente revisioni sistematiche, ma in qualche caso studi primari, è stata limitata a quegli ambiti di conoscenza per i quali le Linee Guida esistenti non fornivano elementi utili oppure che richiedevano un aggiornamento.

Per reperire le Linee Guida pubblicate a livello internazionale è stato consultato il sito internet di Linee Guida della *National Guideline Clearinghouse* ([www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)). La principale chiave di ricerca usata è stata: "smoking cessation".

La ricerca sul sito [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) ha prodotto 201 risultati, di cui però solo 11 hanno soddisfatto i nostri criteri (numerate da LG1 a LG11 nell'elenco che segue).

La ricerca è stata replicata sulla banca dati di *Medline*, dal 1995 al giugno 2006 (chiave di ricerca *smoking cessation guideline*) con 21 risultati finali, in parte sovrapposti a quelli già individuati.

Un successivo esame della bibliografia di tutte le Linee Guida reperite ha evidenziato l'esistenza di altre 6 Linee Guida, più datate, precedentemente non prese in considerazione.

A ricerca bibliografica già terminata, è stata pubblicata una nuova Linea Guida sul trattamento dei soggetti con patologia da abuso di sostanze che prende in considerazione anche la dipendenza da nicotina (LG18).

In conclusione, le 18 Linee Guida valutate per l'elaborazione della presente sono elencate nella Tabella 1.

Le Linee Guida sono state valutate secondo la *check-list* AGREE ([www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)) da quattro medici in modo indipendente. I valori degli score pesati di ciascun *item* uguali o superiori al 50% sono stati segnalati in tabella con un +, quelli inferiori con un - (Tabella 2). Questi giudizi di qualità sono stati utilizzati come indicatori di validità della Linee Guida valutate nell'elaborazione di questo documento.

Per la ricerca di revisioni sistematiche è stata utilizzata la banca dati della *Cochrane Collaboration*.

Per la ricerca degli studi primari, le banche dati consultate sono state *Medline*, *Embase*, *Cinahl*, *Econlit*, *Psycinfo*. Secondo i criteri classici dell'*Evidence based medicine*, la priorità è stata data alle revisioni sistematiche, soprattutto se di studi randomizzati e controllati, procedendo nell'analisi della letteratura primaria quando non fossero disponibili revisioni.

Non sono stati posti limiti temporali alla ricerca e si è data priorità ai termini *MeSH* ogni qualvolta possibile.

Gli articoli inclusi nella Linea Guida sono stati valutati in quanto a validità interna; la loro validità esterna ed applicabilità al contesto piemontese sono state approfondite e valutate mediante consenso di esperti.

Le prove di efficacia degli interventi di popolazione sono più difficilmente ottenibili tramite le strategie più accreditate di ricerca, quali quelle sviluppate dalla *Cochrane Collaboration* [Cochrane Collaboration 2005]. Sono state quindi utilizzate strategie più ampie e meno mirate [Ogilvie 2005b] che includessero ad esempio siti internet specifici; inoltre la gerarchia delle evidenze che viene normalmente adottata nel giudizio sulla validità scientifica delle prove è meno applicabile agli studi di valutazione degli interventi di popolazione, nell'ambito dei quali possono essere considerati di elevata qualità anche studi che hanno una posizione più bassa nella scala della validità [Ogilvie 2005a, Faggiano 2006]. Tale approccio permette di ridurre la portata della "inverse evidence law" per la quale gli interventi dotati di maggiore



**Tabella 1 Elenco Linee Guida valutate**

N°	Riferimenti
LG1	Bery J, Haw S, Inglis J, Moore M, O'Donnell M, Pringle B. NHS Scotland and ASH Scotland (2004). Smoking Cessation Guidelines for Scotland: 2004 update. Edinburgh: NHS Health Scotland.
LG2	The National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee). Guidelines for Smoking Cessation. Revised May 2002, Wellington, New Zealand.
LG3	Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM, Davoli M, Enea D, Fogliani V, Galeone D, Malvezzi E, Minozzi S, Nardini S, Pacifici R, Vanuzzo D. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2002.
LG4	Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, Litt J. Smoking Cessation Guidelines For Australian General Practice: Practice Handbook, 2004 edition.
LG5	West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55:987-999.
LG6	Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals - A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax 1998; 53: 1-18.
LG7	Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R and McNeill A. Effectiveness of Smoking Cessation Interventions. Guidance for Commissioners on the Cost. Thorax 1998; 53:2-37.
LG8	Eng P, Chan G, Chian Min L, Lip Ping L, Loh A, Teck Sin S, Tan A, Tay V, Winslow M, Mee Lian W, Yeo C. Singapore Ministry of Health Clinical Practice Guidelines 4/2002 - Smoking Cessation.
LG9	Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, 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.
LG10	NICE public health intervention guidance – Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. March 2006.
LG11	NICE Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology Appraisal Guidance – No. 39. March 2002.
LG12	American College Of Preventive Medicine. Tobacco cessation and patients counselling. Am J Prev Med 1998; 15 (2): 160-162.
LG13	American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psych 1996; 153 (10): s1-s31.
LG14	ANAES Arret de la consommation du tabac. Conference de consensus Salpêtrière 1998.
LG15	College De Medecins Du Quebec. Smoking prevention and cessation. Montreal, Quebec. 1999.
LG16	Institute For Clinical System Improvement. Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. 2004.
LG17	Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri. Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico. Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2000; 15 (2): 1-30.
LG18	American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. August 2006.

**Tabella 2 Risultato della valutazione delle 18 Linee Guida identificate**

LG #	Anno publ.	Ultimo aggiornamento	Revisione prevista	obiettivo e motivazione della Linea Guida	coinvolgimento delle parti in causa	rigore dell'elaborazione	chiarezza e presentazione	applicabilità	indipendenza editoriale
LG1	2004	-	2007	+	+	+	+	-	+
LG2	2002	02-2002	2004	-	-	-	-	-	-
LG3	2001	03-2001	-	+	+	+	+	+	+
LG4	2004	-	-	+	-	+	+	-	-
LG5	2000	-	-	+	-	+	+	-	-
LG6	1998	09-1998	-	+	+	+	+	-	-
LG7	1998	-	-	+	-	-	-	-	-
LG8	2002	-	-	+	-	+	+	-	-
LG9	2000	-	-	+	+	+	+	+	-
LG10	2006	-	2009	+	+	+	+	+	-
LG11	2002	03-2002	2005	+	-	-	+	+	-
LG12	1998	08-1998	-	+	-	-	-	-	-
LG13	1996	1995	2000	+	-	+	-	-	-
LG14	1998	-	-	+	-	-	+	-	-
LG15	1999	02-1998	-	+	-	+	-	-	-
LG16	2004	07-2004	2005	+	+	+	+	-	+
LG17	2000	-	-	+	-	-	-	-	-
LG18	2006	2005	-	+	-	+	-	-	+

impatto sulla salute della popolazione sono quelli che presentano meno evidenze [Main 2005]. Per questa ragione questa Linea Guida ha utilizzato, nei casi in cui la natura degli interventi da valutare non ne permettesse la randomizzazione (campagne di mass media, misure di *policy* quali l'aumento del prezzo dei prodotti del tabacco), anche studi osservazionali o quasi-sperimentali, quali gli studi pre-post e le serie temporali interrotte. Limitatamente a questi casi, una volta valutata la qualità della ricerca, i migliori studi non randomizzati sono stati considerati come studi randomizzati ai fini dell'assegnazione della forza della raccomandazione (vedi oltre).

### 1.6.3 Elaborazione multidisciplinare: il Gruppo Allargato di Consenso

La multidisciplinarietà è un elemento utile a garantire la valutazione degli interventi da parte di professionalità e punti di osservazione diversi, l'integrazione della dimensione organizzativa, gestionale, etica ed economica accanto a quella dell'efficacia, l'integrazione del punto di vista degli utenti, la partecipazione degli amministratori [PNLG 2004]. Gruppi multiprofessionali tendono a dare valutazioni più conservative sulla indicazione all'uso di tecnologie o interventi sanitari rispetto a gruppi monospecialistici. Per questo scopo la Regione Piemonte, su indicazione della Commissione Regionale Anti-Tabacco e della Consulta regionale Piemonte Libero dal Fumo, ha nominato un Gruppo Allargato di Consenso composto da tutti i direttori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo operativi nella regione, da una rappresentanza dei Me-

dici di Famiglia nominati dagli Ordini Provinciali, da una rappresentanza di altri professionisti (infermieri, pneumologi, cardiologi, oncologi, pediatri, psicologi, economisti), dai referenti degli uffici regionali interessati (Dipendenze, Prevenzione, Promozione della Salute), da rappresentanti della Confcommercio, da rappresentanti dei Referenti per la Promozione e l'Educazione alla Salute, dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Distretti e dei Servizi di Medicina del Lavoro delle Aziende Sanitarie Piemontesi.

Le evidenze scientifiche raccolte nella prima fase di elaborazione sono state sottoposte a questo gruppo, che ne ha valutato la reale applicabilità nel contesto sociale ed organizzativo della nostra regione. Successivi passaggi di integrazione fra evidenze scientifiche disponibili e consenso di esperti hanno portato ad approfondimenti incrementali. In tale contesto, l'opinione degli esperti è stata raccolta sia mediante un approccio individuale al problema (parere di singolo esperto espresso autonomamente) sia mediante approccio collettivo (consenso in seduta comune con dibattito): questi due approcci metodologici si sono alternati in tre fasi per un totale di sei passaggi di consenso (collettivo/autonomo).

Un ultimo momento di consenso formale è stato utilizzato per l'attribuzione del grado delle raccomandazioni: in questo caso è stata richiesta la valutazione autonoma della rilevanza pratica di ogni raccomandazione ad ogni esperto.

### 1.6.4 Rilevanza e forza delle raccomandazioni

La forza delle raccomandazioni dovrebbe esprimere non solo l'entità e la qualità del supporto scientifico sottostante le indicazioni di comportamento offerte, ma anche la rilevanza operativa che a tali indicazioni viene data, sulla base dell'esperienza degli esperti nel settore e del contesto locale. La letteratura scientifica, ricca di controversie, ma anche l'esperienza comune nella elaborazione di Linee Guida, testimoniano di questa complessità [Atkins 2004, Treadwell 2006].

Con l'obiettivo di far fronte a questi problemi, in questo documento le prove di efficacia e la rilevanza clinica e di sanità pubblica delle raccomandazioni hanno contribuito in modo indipendente alla forza della raccomandazione.

Il livello delle prove di efficacia che sostengono una raccomandazione è stato assegnato sulla base della metodologia sviluppata dalla *US Agency for Health Care Policy and Research* [US Department of Health and Human Services 1993] e usato dallo *Scottish Intercollegiate Guideline Network* (SIGN) (Tabella 3).

**Tabella 3 Livelli di prove di efficacia in base alle indicazioni del SIGN**

Livello di evidenza	
Ia	Evidenza derivante da metanalisi di studi randomizzati controllati (RCT)
Ib	Evidenza derivante da almeno uno studio randomizzato controllato (RCT)
IIa	Evidenza derivante da almeno uno studio controllato ben disegnato ma senza randomizzazione
IIb	Evidenza derivante da almeno un altro tipo di studio quasi-sperimentale ben disegnato
III	Evidenza derivante da studi descrittivi non sperimentali ben disegnati, quali studi comparativi, studi di correlazione e <i>case studies</i>
IV	Evidenza derivante da rapporti di comitati di esperti o opinioni e/o esperienze di esperti del settore

Un giudizio sulla rilevanza, tramite l'assegnazione di un punteggio da 1 a 5, è stato separatamente richiesto a tutti i componenti del Gruppo Allargato di Consultazione, dopo l'approvazione delle raccomandazioni. Il punteggio di rilevanza media è stato calcolato al fine di contribuire in modo trasparente alla forza delle raccomandazioni. La funzione della rilevanza doveva essere limitata ai casi di raccomandazioni con una forte rilevanza, in cui però l'assenza di evidenza scientifica avrebbe portato all'assegnazione di bassi

livelli di forza: in questi casi la rilevanza avrebbe potuto aumentare la forza della raccomandazione da C a B. Le opinioni sulla rilevanza si sono dimostrate però così omogenee da non permettere l'identificazione di raccomandazioni più rilevanti di altre, presumibilmente come effetto della richiesta di un giudizio proprio allo stesso gruppo che aveva costruito le raccomandazioni. Si è allora deciso di non utilizzare la rilevanza per modificare la forza della raccomandazione, ma di rimandare al lettore la decisione finale sulla base della presentazione di tutti e tre gli elementi di giudizio.

La forza della raccomandazione è stata quindi assegnata sulla base delle indicazioni della *US Agency for Health Care Policy and Research*, distinguendo le raccomandazioni in A, B e C. Come ricordato in precedenza, la presenza di raccomandazioni relative a interventi tipici della sanità pubblica e delle politiche sanitarie ha reso necessario l'adattamento dei criteri per assegnare le raccomandazioni. Gli interventi di cui trattano le diverse raccomandazioni sono stati distinti in "randomizzabili" e "non randomizzabili", sulla base della possibilità di inserirli in protocolli di studi randomizzati e controllati, considerati i più adeguati a valutare validamente l'efficacia. Un esempio di interventi non randomizzabili sono le campagne di mass media, le politiche di aumento del prezzo delle sigarette ecc. Nel primo caso la classificazione delle evidenze e l'attribuzione del grado hanno seguito le regole previste per le altre raccomandazioni, mentre nel secondo caso si è attribuita maggiore dignità agli studi controllati di popolazione (Tabella 4).

**Tabella 4 Livelli di forza delle raccomandazioni**

		Interventi randomizzabili	Interventi NON randomizzabili
Forza della raccomandazione	A	Richiede almeno uno studio randomizzato controllato (RCT) come parte di una letteratura nel complesso di buona qualità e consistenza focalizzata sulla raccomandazione specifica (livello di evidenza Ia, Ib)	Richiede almeno la presenza di studi di buona qualità con gruppo di controllo (livello di evidenza IIa, IIb)
	B	Richiede la presenza di studi clinici di buona qualità ma non di studi controllati randomizzati sull'argomento della raccomandazione (livello di evidenza IIa, IIb, III)	Richiede la presenza di studi descrittivi senza gruppo di controllo o studi di casi (livello di evidenza III)
	C	Richiede evidenza derivante da rapporti di comitati di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di esperti del settore. Indica l'assenza di studi clinici di buona qualità direttamente applicabili (livello di evidenza IV)	Richiede evidenza derivante da rapporti di comitati di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di esperti del settore. Indica l'assenza di studi di buona qualità direttamente applicabili (livello di evidenza IV)

In conclusione, la presente Linea Guida offre la possibilità di distinguere l'origine del grado di ogni raccomandazione nelle sue componenti di evidenza scientifica ed esperienziale mediante la rappresentazione grafica adottata, di cui è qui di seguito fornito un esempio:

Grado di evidenza	Testo della raccomandazione	Forza della raccomandazione
Grado di rilevanza		

### 1.6.5 Aggiornamento

Questo documento potrà essere revisionato in qualunque momento, nel caso in cui vi siano sostanziali variazioni nell'assetto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale o la disponibilità di nuove evidenze di efficacia ne richiedano una modifica. A seconda della loro estensione e importanza, le revisioni potranno richiedere una ristampa del documento intero oppure solo la produzione di una versione emendata messa

a disposizione in rete, I seguenti siti internet metteranno sempre a disposizione le versioni più aggiornate del documento: [www.oed.piemonte.it](http://www.oed.piemonte.it), [www.cpo.it](http://www.cpo.it) e [www.dors.it](http://www.dors.it).

La decisione sulla necessità di una revisione è di competenza della Commissione Regionale Anti-Tabacco del Piemonte. Il documento sarà comunque sottoposto a revisione nel 2012, a 5 anni dalla sua pubblicazione.

## 1.7 Conflitto di interesse

La presente Linea Guida è stata elaborata da persone che lavorano nella pratica clinica o nel campo della ricerca scientifica, esperti di discipline diverse. È possibile che nella propria vita lavorativa, alcune delle persone coinvolte abbiano ricevuto finanziamenti in qualche modo associabili al trattamento del tabagismo, tuttavia, tutti coloro che hanno collaborato alla stesura del documento sono stati individuati dalla Commissione Regionale Anti-Tabacco e dalla Consulta Piemonte Libero dal Fumo, sulla base della loro competenza ed esperienza, fiduciosi della loro integrità. Tutti i collaboratori hanno compilato una autocertificazione degli eventuali conflitti di interesse intervenuti nei 5 anni precedenti al lavoro di elaborazione.

La presente Linea Guida non ha ricevuto finanziamenti esterni alla Regione Piemonte.

## 1.8 Strutture per il trattamento del tabagismo in Piemonte

Nell'ambito delle **Aziende Sanitarie Locali**, le strutture che hanno la responsabilità del trattamento del tabagismo sono:

- il **Distretto** (art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale 2005), cui è affidato il coordinamento degli interventi sul territorio attraverso l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD)
- l'**Equipe territoriale** (art.9-10-11 A.I.R. Accordo Integrativo della Regione Piemonte per la Medicina Generale 2006 e art. 26 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale 2005), che può promuovere miglioramenti o cambiamenti dell'attività del Distretto, anche con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e dei responsabili degli Enti Locali
- il **Medico di Famiglia**, nell'ambito della sua attività di cura
- i **Centri per il Trattamento del Tabagismo**, che sono i centri specialistici dedicati.

### 1.8.1 L'equipe territoriale e la sua evoluzione

Nell'ambito del rinnovamento del SSN riguardante la riorganizzazione delle cure primarie la Regione Piemonte ha allo studio un processo di riassetto organizzativo e funzionale basato su un maggiore coinvolgimento dei MdF e dei PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari. Si vogliono sperimentare nuove modalità erogative a favore dell'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio. Il Gruppo di Cure Primarie di cui si parla nella Proposta di Piano Socio Sanitario Regionale 2006-2010 potrebbe costituire in futuro tale forma strutturale ad integrazione multiprofessionale. L'intervento erogato attraverso l'integrazione multidisciplinare ed interprofessionale può favorire una maggiore fruibilità e accessibilità ai servizi e migliorare l'attività di promozione e di educazione alla salute. Nelle aree non urbane, nelle zone montane caratterizzate da popolazione sparsa, nelle quali non sia ipotizzabile l'uso di sedi uniche, la promozione di una rete informatica che colleghi i singoli ambulatori con i Gruppi di Cure Primarie può costituire un utile superamento delle problematiche logistiche.

### 1.8.2 Il Medico di Famiglia

Nell'autunno 2006, il Gruppo Tecnico Antitabacco del CPO Piemonte ha condotto un'indagine su un campione di Medici di Famiglia della Regione Piemonte finalizzata ad approfondire il loro ruolo nel percorso di cessazione. Il campione è costituito da 32 medici appartenenti a diverse aree territoriali, sia ad alta sia a bassa densità abitativa. I dati sono stati raccolti attraverso un'intervista. I risultati preliminari possono essere sintetizzati come segue.

1. Attività ambulatoriale svolta in relazione al fumo di sigarette:
  - I medici intervistati sono concordi nel ritenere compito della medicina generale il trattamento del tabagismo, ma affrontano in modo saltuario il problema del fumo, prevalentemente in fumatori portatori di patologie fumo-correlate. Alcuni Medici di Famiglia (13%) dichiarano di applicare il consiglio minimo ed il *counselling* delle 5A sistematicamente a tutti i propri assistiti fumatori. Solo pochi medici intervistati sono stati in grado di dichiarare con esattezza il numero di assistiti fumatori cui avevano consigliato di smettere di fumare negli ultimi 6 mesi, mentre il 22% è stato in grado di dichiarare un numero approssimativo (la maggior parte fra 10 e 20)
  - Tra le modalità più utilizzate per affrontare l'argomento prevalgono indicazioni generiche, consigli e suggerimenti. I farmaci e i prodotti da banco sostitutivi di nicotina sono poco conosciuti dai medici intervistati, che dichiarano di prescriverli raramente, generalmente a forti fumatori non portatori di malattie
  - Pochi medici indirizzano i soggetti fumatori ai CTT, nonostante almeno la metà di loro sia a conoscenza dell'esistenza di questi sul territorio di competenza. La quasi totalità degli intervistati ritiene utile una collaborazione, prevalentemente un'interazione, con gli specialisti del Centro
2. Ostacoli all'azione del Medico di Famiglia:
  - La mancanza di strumenti di supporto per la conduzione dell'intervento, le difficoltà legate alla conduzione dell'ambulatorio e, soprattutto, la mancanza di tempo vengono percepiti dai medici come gli ostacoli principali. Un ulteriore ostacolo è rappresentato dall'atteggiamento di rifiuto e dalla resistenza al cambiamento da parte dell'assistito da cui deriva anche una percezione di scarsa efficacia e di fallimento nella gestione di questi soggetti
3. Linee Guida per la cessazione del fumo di sigarette:
  - Il 75% dei Medici di Famiglia intervistati non sono a conoscenza delle Linee Guida Nazionali redatte dall'ISS. In generale ritengono utili le Linee Guida, ma esprimono il timore che la loro adozione possa irrigidire la relazione con l'assistito
4. Bisogni:
  - Meno della metà dei Medici di Famiglia intervistati (39%) dichiara di aver ricevuto una formazione specifica in tema di trattamento del soggetto fumatore. In generale ritengono utile una formazione integrata con gli operatori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo. Inoltre i Medici di Famiglia intervistati dichiarano di aver bisogno di tempo non solo per la formazione, ma anche per potersi dedicare in modo adeguato all'assistito fumatore, e identificano la necessità di interventi per modificare l'organizzazione dell'ambulatorio
5. Abitudine al fumo di sigarette:
  - I medici fumatori costituiscono il 31% del campione. Gli ex fumatori hanno smesso principalmente in seguito ad una malattia. Lo status di fumatore o di ex fumatore viene identificato come un ostacolo ad una efficace attività di *counselling*. La scarsa sensibilità al problema da parte dei medici fumatori si rispecchia nel fallimento di una recente iniziativa promossa dalla FIMMG della provincia di Torino: all'offerta ai medici fumatori di un percorso agevolato di cessazione hanno aderito 6 medici sui circa 980 medici fumatori della Provincia di Torino
6. Iniziative sul fumo:
  - Nell'ambito della formazione obbligatoria per i Medici di Famiglia legata al programma "Progetto Salute Piemonte - Ama te stesso" è stato svolto un intervento formativo sul *counselling*, in collaborazione con l'Istituto Change (Scuola superiore di *counselling* sistemico). La formazione ha dapprima coinvolto i professionisti dei Nuclei Operativi Aziendali (NOA) delle 22 Aziende Sanitarie piemontesi, i quali si sono fatti carico, a partire dal 2003, di organizzare all'interno della propria struttura corsi di formazione al *counselling* breve per i MdF

- La FIMMG, in collaborazione con l'Associazione italiana pneumologi ospedalieri (AIPO), ha realizzato 2 iniziative negli anni 2003-2004: il corso "La gestione del problema fumo da parte degli operatori sanitari", in collaborazione con l'Associazione medici dirigenti (ANAAO) e promosso dalla Provincia di Torino, che ha visto la partecipazione di circa 200 fra medici e operatori sanitari, nonché un corso di formazione al *counselling* per la disassuefazione nell'ambito della formazione continua dei Medici di Famiglia dell'ASL 1, promosso dalla Scuola Piemontese di Formazione per i Medici di Famiglia (150 partecipanti)
- Otto Aziende Sanitarie, fra il 2002 e il 2003 hanno attivato corsi per preparare i Medici di Famiglia al *counselling* antitabagico coinvolgendo un totale di 250 professionisti
- In due Aziende Sanitarie è stata attivata una collaborazione con un Centro per il Trattamento del Tabagismo
- Dieci Medici di Famiglia della provincia di Torino hanno partecipato al progetto GIANO ("Gestione dell'ipertensione arteriosa ambulatoriale: nuovi orizzonti"), che prevede azioni di *counselling* su invito sui fattori di rischio dell'ipertensione arteriosa, fra cui il fumo
- Quindici medici della provincia di Cuneo sono stati coinvolti in un progetto della FIMMG che si propone di diffondere interventi di *counselling* antitabagico.

### 1.8.3 Centri per il Trattamento del Tabagismo

Mancano a livello sia nazionale sia regionale provvedimenti istituzionali che regolino i Centri per il Trattamento del Tabagismo e diano un riconoscimento delle prestazioni da loro erogate. Solo alcune regioni si sono dotate di strumenti normativi che riconoscono l'esistenza di questi centri e la valorizzazione, anche economica, delle prestazioni erogate [Osservatorio Alcol, fumo e droga 2006].

Al 31 dicembre 2006 il numero di Centri per il Trattamento del Tabagismo in Piemonte risulta quasi raddoppiato rispetto a quello rilevato nel 2004: sono attivi 30 Centri per il Trattamento del Tabagismo. L'aumento riguarda per lo più l'area torinese, dove il numero risulta triplicato, così come nella provincia di Biella. All'opposto, la provincia del Verbano Cusio Ossola continua ad essere sprovvista di questo servizio (Tabella 5).

**Tabella 5 Centri per il Trattamento del Tabagismo operativi in Piemonte**

		2004 <sup>o</sup> n. (%)	2006 <sup>^</sup> n. (%)
PROVINCIA	Torino	5 (31,3)	16 (53,3)
	Cuneo	4 (25,0)	5 (16,7)
	Asti	1 (6,2)	2 (6,7)
	Alessandria	2 (12,5)	2 (6,7)
	Vercelli	1 (6,2)	-
	Novara	2 (12,5)	2 (6,7)
	Biella	1 (6,2)	3 (10,0)
	Verbania	-	-
	Totale	16 (100)	30 (100)
COLLOCAZIONE	ILIT	3 (18,7)	3 (10,0)
	Fondazioni	-	2 (6,7)
	Servizio Sanitario Nazionale*	13 (81,3)	25 (83,3)
	- SerT	4 (30,8)	16 (64,0)
	- Pneumologia	7 (53,8)	6 (24,0)
	- Otorinolaringoiatria	1 (7,7)	1 (4,0)
	- Med. Interna	1 (7,7)	1 (4,0)
- Area Educaz. Sanit.	-	1 (4,0)	

\* Sono compresi: ASL, ASO, IRCC

<sup>o</sup> Dati aggiornati al 30 aprile 2004

<sup>^</sup> Dati aggiornati al 31 dicembre 2006

La maggior parte (83%) dei centri è gestita dal SSN, il 10% dalla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) e il 7% da Fondazioni private senza scopo di lucro (Fondazione Maugeri di Veruno ed il Fondo Edo Tempia di Biella). Tra i centri gestiti dal SSN, il 64% fa parte dei SerT ed il 24% dei Servizi di Pneumologia (Tabella 5).

**Tabella 6 Modalità di accesso ai Centri per il Trattamento del Tabagismo piemontesi nel 2006**

MODALITA' di ACCESSO	2006 (N=22) n. (%)
Diretta	9 (40,9)
Impegnativa	6 (27,3)
Diretta + impegnativa	7 (31,8)

Sempre nel 2006, il 27% dei Centri per il Trattamento del Tabagismo richiedeva l'impegnativa del medico per l'accesso, il 41% prevedeva un accesso diretto, il 32% contemplava entrambe le procedure (Tabella 6). Il pagamento del servizio offerto, sottoforma di ticket del Sistema Sanitario Regionale o di un contributo associativo per la LILT era richiesto dall'82% dei centri.

In base ai dati raccolti mediante un questionario somministrato telefonicamente, sono stati 1212 i fumatori piemontesi che nel 2005 hanno deciso di intraprendere un percorso di disassuefazione nei 19 centri che hanno risposto all'intervista. La maggior parte dei soggetti si sono rivolti ai Centri per il Trattamento del Tabagismo presenti presso i SerT o presso strutture di otorinolaringoiatria.

**Tabella 7 Tipologia di intervento dei CTT piemontesi nel 2005**

Tipologia di intervento	Interventi effettuati nel 2005
Terapia farmacologica	233 (17,9)
Counselling individuale	277 (21,3)
Terapia di gruppo	626 (48,2)
Agopuntura	164 (12,6)
Totale	1300 (100)

La terapia di gruppo è stata la tipologia di intervento più utilizzata, rappresentando quasi la metà dei trattamenti effettuati nel 2005. Seguono per frequenza il counselling individuale (21,3%), la terapia farmacologica (17,9%) e l'agopuntura (12,6%) (Tabella 7).

Nel leggere i dati della Tabella 7 si deve tener presente che in alcuni casi il trattamento farmacologico è stato associato al counselling oppure alla terapia di gruppo. Questo spiega perché il numero di trattamenti (1300) sia superiore al numero di utenti (1212).

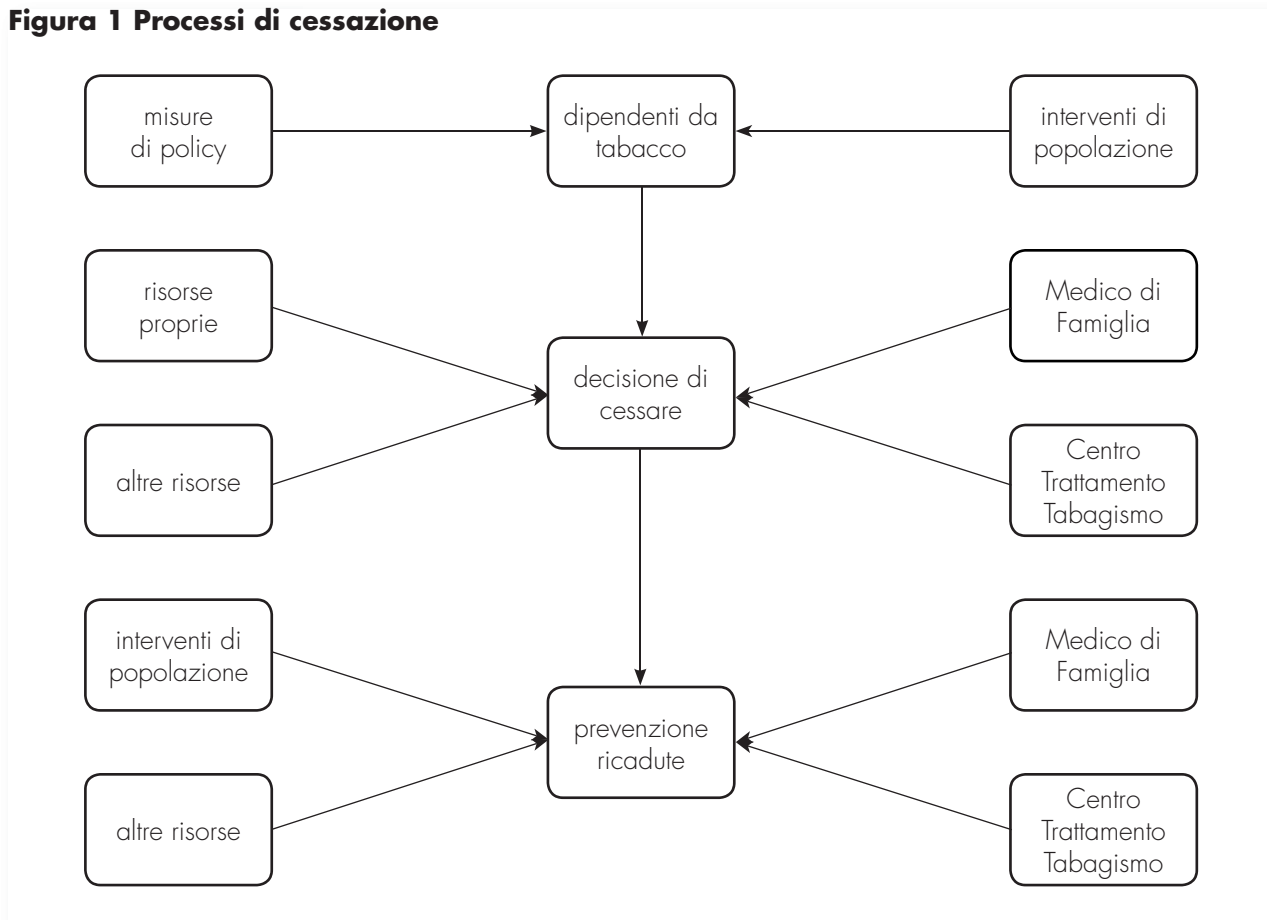
Ai 1212 soggetti che si sono rivolti ai Centri per il Trattamento del Tabagismo devono poi essere aggiunti almeno 228 fumatori che nel 2005 sono stati in carico presso i Servizi Tossicodipendenze (SerT) per tabacco come sostanza di abuso primario. Questo numero in realtà probabilmente sottovaluta il lavoro svolto dai SerT per questa tipologia di utenti, dal momento che solo pochi servizi sono stati in grado di fornire il dato, chiesto per la prima volta nell'ambito delle schede dei flussi informativi ministeriali 2005.



## 2. Strategie e organizzazione

Questo capitolo della Linea Guida discute le strategie e le scelte organizzative in grado di permettere la massima estensione di interventi efficaci e nel contempo l'assicurazione della qualità degli stessi. Ma prima di entrare nello specifico, è utile esplicitare la sequenza temporale che caratterizza il processo di cessazione dal fumo. La Figura 1 consente di identificare tre fasi specifiche di tale processo: (i) la fase di dipendenza; (ii) la decisione di cessare; (iii) la fase di astinenza successiva alla cessazione, caratterizzata dall'obiettivo di prevenire le ricadute.

**Figura 1 Processi di cessazione**



Gli interventi di popolazione e le misure di politica pubblica contribuiscono a promuovere la motivazione a cessare e la presa di decisione. Una volta assunta la decisione, il Servizio Sanitario deve sostenere il soggetto e incoraggiare l'azione in coloro che si vorranno affidare unicamente a risorse proprie, ma soprattutto aiutare il fumatore offrendo gli interventi sanitari appropriati. Il trattamento del tabagismo è affidato, nel nostro Servizio Sanitario Regionale (SSR), al Medico di Famiglia e al Centro per il Trattamento del Tabagismo i cui rilevanti aspetti di integrazione saranno oggetto di approfondimento. Il SSR dovrà prevedere iniziative specifiche anche per prevenire la ricaduta, frequente nel tabagismo come nelle altre patologie della dipendenza, sia attraverso interventi di popolazione, miranti a promuovere il non fumo come norma, sia attraverso interventi clinici specifici (comportamentali e/o farmacologici).

## 2.1 Interventi di popolazione e misure di policy

I programmi di popolazione contro il tabagismo possono avere sia obiettivi di prevenzione dell'iniziazione e della transizione verso la dipendenza (che d'ora in poi chiameremo prevenzione), sia di promozione della disassuefazione.

Per interventi di popolazione (o di comunità) per la cessazione si intendono quei programmi coordinati, sovente multidimensionali, mirati a cambiare i comportamenti dei fumatori di una determinata area geografica o popolazione [Secker-Walker 2002] o di gruppi o categorie di popolazione. Essi sono un complemento dei programmi clinici di cessazione e tendono a ridurre l'accettazione sociale del fumo di tabacco, aumentare la motivazione a smettere, incoraggiare i fumatori a tentare di smettere e aiutare gli ex-fumatori a mantenere l'astinenza [Hopkins 2001]. Gli interventi clinici possono produrre tassi di cessazione fra il 5% e il 10%, ma programmi più intensivi, che combinino interventi clinici e farmacologici a interventi di popolazione, potrebbero produrre tassi di cessazione superiori al 20% all'anno [Hopkins 2001].

IIb	L'Amministrazione Regionale deve dotarsi di un programma complessivo di interventi di popolazione per la cessazione del tabagismo.	<b>A</b>
4,8		

IIb	Gli interventi di popolazione per la cessazione del tabagismo devono integrare gli interventi clinici.	<b>A</b>
4,2		

IV	I programmi di prevenzione dell'iniziazione e della transizione verso la dipendenza dovrebbero essere progettati in parallelo con quelli per la cessazione.	<b>C</b>
4,0		

Si riconosce dunque che il contesto sociale abbia un ruolo importante nel determinare la dipendenza dal fumo, l'eventuale decisione di smettere, le probabilità di successo della cessazione [Secker-Walker 2002] e che i programmi basati sul rinforzo sociale siano più efficaci di quelli basati sulle conoscenze. Questa attenzione al contesto sociale è particolarmente importante per gli interventi mirati alla riduzione dell'uso in ceti sociali a maggior rischio.

In Italia la prevalenza di fumatori è più elevata nelle categorie sociali più svantaggiate, particolarmente fra gli uomini [Vigna-Taglianti 2006]; a partire dal 1980 la prevalenza di fumatori a livello della popolazione si è drasticamente ridotta, ma le differenze sociali relative sono notevolmente aumentate in quanto le categorie socialmente svantaggiate hanno fruito in minore misura degli interventi preventivi [Faggiano 2001]. Il Piano Regionale Anti-Tabacco della Regione Piemonte prevede esplicitamente fra i suoi obiettivi quello di "stabilizzare il trend in aumento delle differenze sociali nell'abitudine al fumo". Gli interventi di popolazione dovrebbero avere come target privilegiato le fasce deboli della popolazione, caratterizzate da un maggior consumo di tabacco.

Le evidenze di efficacia degli interventi contro il fumo nel ridurre le disuguaglianze sono scarse per l'assenza di studi [Ogilvie 2004]. Autori inglesi hanno dimostrato una maggiore difficoltà di intervento nelle fasce socialmente disagiate: l'analisi di quattro casi di programmi di popolazione inglesi ha portato gli autori a concludere che i gruppi svantaggiati hanno tassi di cessazione più bassi, solo parzialmente spiegati da una dipendenza più grave [Bauld 2007].

IV	I programmi di cessazione devono essere esplicitamente progettati per raggiungere prioritariamente i gruppi sociali svantaggiati.	C
3,5		

IV	La valutazione di impatto dei programmi di cessazione deve tenere in conto le variabili sociali.	C
3,7		

Nell'ambito di un programma di cessazione del tabagismo, gli interventi di popolazione devono avere i seguenti obiettivi:

- promuovere la motivazione a smettere
- informare i fumatori sulle risorse disponibili per la cessazione
- indirizzare il fumatore nei percorsi programmati.

Sono quindi utili nell'accompagnare gli interventi clinici [Wellings 2000], ma possono avere anche obiettivi più ampi quali la definizione normativa, cioè la de-normalizzazione del fumo di tabacco [Schar 2001]. In questo senso può essere interessante considerare interventi mirati ai cittadini non fumatori per incrementare il loro supporto agli sforzi di cessazione di persone vicine.

III	Gli interventi di popolazione devono prevedere anche obiettivi di de-normalizzazione del fumo di tabacco.	B
4,1		

Si possono identificare due differenti categorie di interventi di popolazione: quelli di popolazione propriamente detti, cui ricondurre interventi di natura (in)formativa, e le misure di *policy*, che prevedono misure normative emanate da enti locali o nazionali.

Verranno di seguito discussi con maggior dettaglio:

- le campagne di mass media
- le *Quit lines*
- gli interventi per la formazione e la motivazione degli operatori coinvolti
- i concorsi per smettere
- i luoghi di lavoro liberi dal fumo
- i divieti e le restrizioni al fumo di tabacco
- la riduzione dei costi diretti della cessazione per il fumatore
- gli aumenti del prezzo unitario dei prodotti del tabacco
- il divieto di vendita dei prodotti del tabacco ai minori di 16 anni di età.

### 2.1.1 Campagne di mass media

Gli interventi basati sui mass media consistono nella diffusione, attraverso televisione, radio, internet, stampa, affissioni e materiale informativo-pubblicitario, di messaggi di promozione della cessazione, con lo scopo di motivare i fumatori a smettere e informarli sui percorsi di cessazione. Le campagne basate sui mass media possono mantenere il controllo del tabagismo come questione prioritaria di sanità pubblica e di attenzione sociale e inoltre legittimare e rinforzare altre azioni a livello comunitario [Bala 2004].

Durante gli anni '70 le campagne tendevano ad essere basate sulla premessa che l'informazione era in grado da sola di modificare la percezione della norma e i comportamenti. Queste assunzioni sono state in seguito sfidate dal *social learning theory approach*, che riconosce l'importanza dei modelli di ruolo e della pressione dei pari [Bandura 1977] e che ha suggerito di associare agli interventi informativi quelli che promuovono lo sviluppo di abilità personali (*skills*), per fronteggiare le pressioni sociali; queste abilità permettono di riconoscere, identificare e resistere ai messaggi dell'industria del tabacco, in modo da aiutare i fumatori a migliorare le loro capacità di decisione e di risolvere problemi [Logan 1999]. Questo modello è risultato efficace quando applicato a interventi scolastici [Thomas 2006, Faggiano sottomesso, vedi anche [www.eudap.net/publications.html](http://www.eudap.net/publications.html)].

Numerosi studi suggeriscono che le campagne informative per la promozione della cessazione del tabagismo possono essere efficaci come parte di programmi complessivi di controllo del tabacco, mirando all'individuo direttamente con messaggi di cessazione e influenzando nel contempo conoscenze e attitudini.

Nella valutazione dell'impatto della 2001 *National Tobacco Campaign* australiana, è stato evidenziato che le regioni esposte alla campagna avevano peggiorato le opinioni nei confronti del fumo e aumentato la frequenza di persone intenzionate a smettere: il 33% ha progredito verso la cessazione, il 21% ha regredito e il 69% ricordava gli slogan [Borland 2003]. Il ricordo era poi significativamente associato con maggiori tentativi di smettere durante il periodo della campagna.

I 15 studi inclusi nella revisione sistematica di Hopkins [Hopkins 2001] valutano l'impatto delle campagne mediatiche, coordinate con altri interventi quali l'aumento della tassazione sulle vendite di tabacco, programmi di educazione sanitaria, distribuzione di materiali di auto-aiuto ecc. I gruppi di intervento, confrontati con quelli di controllo, mostrano aumenti dei tassi di cessazione fino al 35,0%, con una mediana di 2,2%. In particolare i 3 studi che comparano campagne a lungo termine condotte da stati americani verso il resto degli USA dimostrano una riduzione di prevalenza di fumatori dal 9,8% al 17,5% (mediana 12,8%) in *follow up* lunghi da 2 a 9 anni.

Il ricorso alle campagne di comunicazione di massa per la dissuasione dal fumo, combinate con altre azioni di contrasto al tabagismo, è raccomandato inoltre dalla *Task Force on Community Preventive Services* della CDC [Hopkins 2001] sulla base di una forte evidenza di efficacia, mentre le campagne che non si inseriscono in una strategia complessiva hanno una scarsa probabilità di conseguire dei risultati.

Anche una recente indagine ha dimostrato che gli ex fumatori dello stato del Massachusetts citano come principale fonte di aiuto le campagne televisive, e queste sono più frequentemente citate da coloro che hanno cessato da più di 6 mesi [Biener 2006].

La revisione di Hopkins [Hopkins 2001] conclude che vi sono forti evidenze scientifiche che la campagne di mass media, combinate con altri interventi, siano efficaci nell'aumentare i tassi di cessazione e nel ridurre il consumo dei prodotti del tabacco. Il *Center for Disease Control* americano raccomanda che vengano spesi annualmente da 1 a 3 dollari USA pro capite in campagne mediatiche [CDC 2001].

IIIb	Una campagna di mass media, mirata a motivare alla cessazione attraverso la de-normalizzazione del fumo di tabacco e ad informare sui percorsi di cessazione, deve supportare ogni programma regionale di cessazione.	<b>A</b>
3,8		

### 2.1.2 Linee telefoniche di supporto alla cessazione – *Quit lines*

Il supporto telefonico è un metodo reattivo di aiuto alla cessazione. Si tratta di un servizio telefonico gratuito, che può fornire informazioni circa i percorsi di cessazione, i professionisti e i centri più vicini a cui rivolgersi, ma può includere anche varie forme di raccomandazione a smettere da parte di operatori formati o di messaggi registrati.

Le *quit lines* superano numerose barriere di accesso in quanto sono gratuite, sono disponibili al bisogno, non richiedono spostamento e quindi sono particolarmente vantaggiose nelle aree rurali. Inoltre, potrebbero essere facilmente dotate di percorsi particolari (per esempio linguistici, o specifici per donne in gravidanza o per adolescenti).

L'*European Network of Quitlines* (2004) ha sviluppato suggerimenti specifici di buona pratica.

In Italia sono attivi due telefoni verdi a copertura nazionale, il numero 800 554088, gestito dall'OSSFAD dell'Istituto Superiore di Sanità ([www.iss.it/ofad/](http://www.iss.it/ofad/)) e il numero 800 998877, gestito dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori ([www.legatumori.it](http://www.legatumori.it)). Ambedue offrono sia supporto telefonico sia informazioni sui servizi per la cessazione presenti sul territorio. Ambedue potrebbero essere inseriti nel programma regionale, fornendo informazioni specifiche sui servizi presenti sul territorio regionale.

La *Task Force on Community Preventive Services* americana raccomanda l'inclusione del supporto telefonico nei programmi costituiti da interventi multipli.

Una revisione sistematica *Cochrane* ha valutato l'effetto delle *quit lines*: uno studio ha evidenziato un aumento del 74% dei tassi di cessazione nelle contee dove veniva inviato materiale contenente informazioni di accesso alla *help-line*, rispetto alle contee in cui questa informazione non era presente. Materiali e accesso alla *quit line* non risultano invece efficaci se aggiunti ad un programma televisivo e a un manuale di auto-aiuto in soggetti volontari. La tipologia di intervento offerta dalla *quit line* non determina differenze nei tassi di cessazione, mentre l'offerta proattiva, durante il primo contatto, di altri contatti telefonici determina un aumento del 41% di cessazioni a lungo termine (OR 1,41; IC 95% 1,27-1,57) [Stead 2006a].

lb	L'Amministrazione Regionale dovrebbe stipulare accordi con una o più <i>quit line</i> nazionali al fine di integrarle nel programma regionale di cessazione.	<b>A</b>
3,1		

### 2.1.3 Interventi per la formazione e la motivazione degli operatori coinvolti

Un lavoro recente nell'ambito del progetto *Guide to Community Preventive Services* [Hopkins 2001] ha effettuato una revisione sistematica degli studi di valutazione dell'effetto di interventi multicomponente per la formazione e la motivazione degli operatori coinvolti nei programmi di cessazione del tabagismo. In particolare i 31 studi randomizzati inclusi valutavano la compresenza di un programma formativo e di un sistema di richiami mnemonici: nei 15 studi che valutavano le due componenti insieme, gli operatori aumentavano del 20% l'implementazione degli interventi e le cessazioni fra i fumatori aumentavano del 4,7%, rispetto ai gruppi di controllo. Tredici studi valutavano lo stesso set di componenti, ma includevano anche la presenza di materiali per gli assistiti negli studi medici: in questo set di studi l'incremento di implementazione di interventi e l'incremento di cessazioni erano rispettivamente 22% e 5,7%. La rassegna conclude che vi è una forte evidenza scientifica che gli interventi multicomponenti che includono almeno la formazione degli operatori e un sistema di richiami mnemonici sono efficaci sia nell'aumentare la proporzione di operatori che applica gli interventi raccomandati sia nell'aumentare il tasso di cessazioni fra i propri assistiti.

lb	Tutti gli operatori coinvolti nella gestione di programmi di cessazione del tabagismo devono ricevere una formazione specifica.	<b>A</b>
4,7		

La formazione universitaria dei medici e degli operatori sanitari nella nostra regione include raramente lezioni sul tabagismo: a tutt'oggi nel programma di studi del corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Uni-

versità di Torino non viene contemplato il Disturbo di Uso di Sostanze (DUS) per la nicotina (nel programma di Psichiatria), né viene presentato il corpus delle patologie fumo-correlate.

IV	I Corsi di Laurea in Medicina e quelli per le professioni sanitarie dovrebbero prevedere dei Crediti Formativi Universitari dedicati alla prevenzione e al trattamento del	<b>C</b>
4,1	tabagismo.	

### **2.1.4 Quit & Win: concorsi per la cessazione basati sui mass media**

Una recente rassegna sistematica effettuata dalla *Cochrane Collaboration* [Hey 2005] ha indagato l'efficacia dei concorsi "Smetti e Vinci" nell'ottenere tassi di cessazione a lungo termine più elevati rispetto ai tassi di cessazione usuali. Tre dei quattro studi inclusi nella rassegna hanno dimostrato tassi di cessazione significativamente più alti (8 – 20%) nel gruppo *Quit & Win* rispetto al gruppo di controllo, al 12° mese di *follow up*. Le misure di impatto sulla popolazione suggeriscono però che l'effetto a livello di comunità sia limitato, con un risultato complessivo di meno di 1 su 500 fumatori che smettono di fumare. Inoltre sono emersi, laddove quantificabili, alti livelli di frode/inganno che potrebbero compromettere la validità dell'intervento (solo uno studio ha validato biochimicamente le auto-dichiarazioni di astinenza dal fumare). Sebbene alcune indagini descrittive suggeriscano che le gare internazionali di "Smetti e Vinci" possano essere efficaci, la mancanza di studi controllati di buona qualità preclude qualsiasi netta conclusione.

Un simile risultato era emerso dalla revisione sistematica effettuata nell'ambito del progetto *Guide to Community Preventive Services* [Hopkins 2001] e dalle conseguenti raccomandazioni elaborate dalla *Task Force on Community Preventive Services*, che indicavano l'insufficienza delle prove di efficacia di questo tipo di interventi.

### **2.1.5 Luoghi di lavoro liberi dal fumo**

Una recente revisione sistematica di 61 studi randomizzati e quasi randomizzati ha evidenziato che le regolamentazioni e i divieti di fumare nei luoghi di lavoro sono in grado di ridurre il consumo di sigarette dei fumatori durante l'orario di lavoro e l'esposizione dei non fumatori al fumo ambientale [Moher 2005]. Le diverse tipologie di intervento, quali il *counselling* individuale o di gruppo, le terapie farmacologiche, e anche gli interventi brevi, mostrano la stessa efficacia degli interventi offerti in ambienti diversi [Moher 2005, Bell 2006]. Uno studio randomizzato suggerisce che gli interventi più intensivi ottengano effetti superiori [Waranch 1993].

la	I programmi per luoghi di lavoro senza fumo devono offrire interventi di cessazione	<b>A</b>
4,2	di provata efficacia.	

Numerosi studi indicano che l'adesione ai divieti di fumo nei locali di lavoro è molto elevata (dal 94 al 98%), dati confermati anche per l'Italia [Ministero della salute 2006]. La creazione e l'applicazione di strategie specifiche per l'implementazione della legge potrebbero aumentare ulteriormente la *compliance* [Bell 2006].

Anche nell'ambito di normative ampie di divieto di fumo nei luoghi di lavoro, l'offerta di un supporto per la disassuefazione incrementa il tasso di cessazioni [Moher 2005].

Secondo uno studio condotto negli Stati Uniti, sebbene pochi fumatori siano pronti a smettere, gli interventi di promozione della salute sui luoghi di lavoro che uniscono componenti diversi (comprendenti la promo-

zione dei cambiamenti delle norme sociali, campagne di media o di *social marketing*) possono aumentare la motivazione dei fumatori e quindi la partecipazione a programmi specifici di cessazione [Bell 2006].

Le caratteristiche del datore di lavoro, in particolare il suo atteggiamento rispetto al fumo, determinano l'adozione di interventi specifici [Sorensen 1997]; le attitudini, i valori e anche il comportamento in relazione al fumo di tabacco sono un importante determinante dello sviluppo e del successo delle iniziative contro il fumo in ambiente di lavoro [Emmons 2000]. Una strategia di implementazione focalizzata sui datori di lavoro, che tenga anche conto del loro stato di fumatore, e che li persuada dei benefici per l'impresa di investire nella salute dei propri dipendenti può avere un maggiore successo rispetto ad una offerta passiva di programmi [Emmons 2000, Bell 2006, Docherty 1999]. Quando tali interventi fossero completamente detraibili dalle tasse, l'imprenditore avrebbe un forte incentivo alla loro promozione.

III	La strategia di implementazione per luoghi di lavoro senza fumo dovrebbe coinvolgere, tra i promotori, il datore di lavoro.	<b>B</b>
3,9		

In particolare alcuni studi indicano che le imprese di minori dimensioni sono meno propense ad investire nella salute dei propri dipendenti, pur se in Piemonte esse impiegano la maggiore quota di popolazione lavorativa (nel 2002 le imprese sotto i 50 addetti occupavano il 68% degli addetti; fonte: Annuario Statistico Regionale [www.2003.piemonteincifre.it](http://www.2003.piemonteincifre.it)). Una adeguata strategia dovrebbe quindi mirare a dare un maggiore supporto a tali realtà [Bell 2006]. Alcune osservazioni [Bell 2006] indicano però che la legislazione di divieto del fumo nei luoghi di lavoro può aumentare il numero di dipendenti che si affollano presso le entrate e le uscite dei locali per fumare, esponendo i passanti al fumo passivo. I programmi per luoghi di lavoro senza fumo dovrebbero prevedere azioni specifiche per evitare che ciò si verifichi.

Spesso l'abitudine al fumo rientra tra i comportamenti condivisi all'interno di uno stesso gruppo di appartenenza, come è possibile riscontrare in particolari ambienti professionali. Questi elementi devono essere presi in considerazione nella programmazione e implementazione di interventi specifici.

La Regione Piemonte si è già dotata di uno strumento operativo, le *Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo* [Charrier 2006], ma non ancora di una strategia di implementazione delle stesse.

IV	L'Amministrazione Regionale dovrebbe dotarsi di una strategia complessiva per la realizzazione di luoghi di lavoro liberi dal fumo.	<b>C</b>
4,3		

Particolare attenzione dovrebbe essere posta a quei lavoratori che fumano e che si occupano di educazione e formazione dei giovani (insegnanti, educatori, personale della scuola) per le ricadute che il loro comportamento può avere sulle nuove generazioni.

## 2.1.6 Divieti e restrizioni al fumo di tabacco

Le leggi di divieto e le norme di restrizione dell'uso di sigarette sono azioni politiche che possono essere decise e implementate sia a livello nazionale che regionale o locale [Callinan 2006].

Nel 1998, la California è stato il primo stato negli USA che ha applicato una rigida regolamentazione che proibiva il fumo in tutti i luoghi di lavoro nonché in bar e ristoranti. Da allora altri 7 stati americani, (California, Delaware, New York, Maine, Connecticut, Massachusetts, Rhode Island), oltre all'Irlanda e alla Norvegia nel 2004 e all'Italia nel 2005 hanno seguito il suo esempio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che tale legislazione negli USA ha ridotto in media il consumo di tabacco del 4-10%. I divieti e le restrizioni hanno dimostrato di avere effetti diretti sulla salute: uno studio con un disegno

prima-dopo con gruppo di controllo condotto in concomitanza all'applicazione del divieto di fumare nei locali pubblici del Comune di Melena, Montana, ha riportato una riduzione del 21,6% dei ricoveri per infarto cardiaco durante il divieto, rispetto ai comuni vicini [Sargent 2004].

In Italia dal 10 gennaio 2005 è in vigore il divieto di fumo nei locali pubblici previsto dalla legge n. 3 del 16/01/2003. La valutazione dell'impatto ex-post di questa legge [Ministero della Salute 2006] ha dimostrato che, fra i clienti di bar e ristoranti, solo l'8% si è dichiarato contrario alla legge, mentre fra i gestori vi è stato un calo di fumatori e di quantità di sigarette fumate: il 15% ha smesso e il 27% ha ridotto il consumo di sigarette. Si è inoltre verificata, a livello della popolazione generale, una riduzione dei fumatori, del consumo e delle vendite di sigarette [Gallus 2006] oltre che un aumento delle vendite di farmaci per la cessazione. A livello piemontese uno studio ha evidenziato una riduzione dei ricoveri per infarto del miocardio dell'11% fra i soggetti di età inferiore a 60 anni, non spiegabile con il trend storico di ricoveri [Barone-Adesi 2006]. La riduzione dell'uso a seguito dell'introduzione della legge è minore nelle classi con basso livello di istruzione [Istat 2006]. Ciò non di meno le evidenze suggeriscono la necessità di sviluppare interventi di applicazione dei divieti e di un sistema di monitoraggio dell'applicazione dei divieti [Bell 2006].

IV	L'Amministrazione Regionale deve promuovere interventi di applicazione e un sistema di monitoraggio dell'applicazione della legge nazionale sul divieto di fumo nei locali pubblici.	<b>C</b>
4,1		

### **2.1.7 Riduzione dei costi diretti della cessazione per il fumatore**

Il costo diretto del trattamento, per esempio di farmaci, terapie comportamentali o visite mediche, viene considerato una barriera di accesso al trattamento stesso. La riduzione o l'eliminazione dei costi diretti di accesso potrebbero aumentare il numero di fumatori che decidono di intraprendere un tentativo di smettere. Un lavoro recente nell'ambito del progetto *Guide to Community Preventive Services* [Hopkins 2001] ha effettuato una revisione sistematica degli studi di valutazione dell'effetto di interventi per la riduzione del costo dei trattamenti sull'effettiva adozione dei trattamenti stessi, sulla *compliance* e sulla frequenza di cessazioni. Dei 5 studi inclusi, tutti di alta validità, 4 hanno riportato aumenti nell'uso di trattamenti (in 3 studi un aumento del 7%, in uno studio un *Odds Ratio* di 2,26 – IC 95% 1,60-3,19), mentre nello studio rimanente i risultati erano a favore dell'intervento ma non quantificabili. Tutti e quattro gli studi hanno riportato un aumento dei tassi di cessazione (in 3 studi un aumento del 7,8%, in uno studio un *Odds Ratio* di 1,63 – IC 95% 1,14-2,35).

Nell'ambito dei Servizi Sanitari Regionali italiani la riduzione dei costi per gli interventi potrebbe avvenire tramite l'inclusione degli interventi raccomandati da questa Linea Guida nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Inoltre una ulteriore facilitazione all'accesso, già sperimentata in alcuni Centri per il Trattamento del Tabagismo piemontesi, potrebbe derivare dalla distribuzione diretta dei farmaci.

IIb	L'Amministrazione Regionale deve includere fra i LEA regionali gli interventi di cessazione raccomandati nel capitolo "Gli Interventi" di questa Linea Guida.	<b>A</b>
4,3		

IV	Le Aziende Sanitarie devono favorire la distribuzione diretta dei farmaci per la cessazione.	<b>C</b>
4,0		



### 2.1.8 Aumento del prezzo unitario dei prodotti del tabacco

Uno dei principi fondamentali dell'economia è che se il prezzo di un bene di consumo sale, la domanda di quel bene è in genere destinata a contrarsi. I prodotti del tabacco, in quanto beni normali, non sfuggono a questo principio.

Una revisione di letteratura riportata dall'Ufficio Europeo dell'OMS [WHO 2003], evidenzia che ad un aumento del 10% del prezzo delle sigarette corrisponde una riduzione della prevalenza di fumatori, perlopiù donne adulte e giovani, dal 2,5% al 5%. Lo stesso documento suggerisce l'adozione di livelli di tassazione superiori all'80% del costo del prodotto, i cui aumenti potrebbero contribuire al finanziamento di programmi di controllo. Un'ampia rassegna condotta dal *US Department of Health Services* [US Department of Health and Human Services 1990], accompagnata da analisi specifiche su *survey* nazionali degli anni '90 (*Current Population Surveys*), ha evidenziato che l'aumento del prezzo dei prodotti del tabacco determina cessazioni a lungo termine, oltre che riduzione nella quantità di sigarette fumate [US Dept of Health Services 2003]. Le categorie sociali a basso reddito dimostrano di essere le più sensibili agli aumenti di costo, con tassi di cessazione più elevati, confermando il carattere regressivo della tassazione dei prodotti del tabacco [Remler 2004].

Alcune esperienze, tra le molte, confermano questi dati. In Canada fra il 1982 e il 1991 si è verificata una riduzione del 42,4% della prevalenza di fumatori in corrispondenza di un raddoppio del prezzo delle sigarette; la successiva riduzione del costo, decisa per fronteggiare il contrabbando, ha portato nei 3 anni successivi la prevalenza dal 26,7% al 28,4% [US Dept of Health Services 2003]. Nel 1993 lo stato del Massachusetts ha approvato una iniziativa che aumentava il prezzo del pacchetto di sigarette di 0,25 \$, destinandoli al programma di controllo del tabagismo per iniziative di cessazione e prevenzione [Biener 2000]. Dal 1993 al 2000, grazie a questa legge, sono stati investiti annualmente 6,50 \$ pro-capite in queste iniziative. Uno studio prima-dopo con gruppo di controllo ha documentato che il declino annuale della prevalenza di uso di tabacco è stato del 0,43%, confrontato con un incremento dello 0,03% negli Stati di controllo, in presenza di un trend omogeneo nelle popolazioni confrontate nel periodo 1988-1992 [Biener 2000]. Infine, una recente analisi della relazione fra prevalenza e prezzi delle sigarette nei 52 stati della Regione Europea conferma la tendenza evidenziata dall'OMS, dimostrando che per questa regione ad ogni 10% di aumento del prezzo corrisponde una riduzione del 5-7% della prevalenza [Gallus 2006].

Dunque la misura della contrazione dei consumi conseguente all'incremento del prezzo, la cosiddetta elasticità della domanda al prezzo, è la chiave di volta per comprendere l'efficacia di eventuali provvedimenti fiscali per la riduzione del consumo di prodotti derivati dal tabacco [Chaloupka 2000]. La revisione della letteratura di natura economica effettuata da Chaloupka evidenzia una elasticità che varia tra -0,14 e -1,23, che esprime la dimensione della riduzione delle vendite all'aumentare del prezzo. Per quanto riguarda lo specifico dell'Italia, l'elasticità stimata varia tra -0,33 e -0,88 [Jones 1996, Caiumi 1992, Rizzi 2000, Rizzi 2002].

La letteratura distingue tra elasticità di breve periodo, che registra la reazione immediata al prezzo, e quella di lungo periodo, a regime, che suggerisce un parziale adattamento al prezzo. Nei primi studi applicati l'elasticità della domanda appare elevata e varia tra -0,37 e -0,75 [Chaloupka 1991, Becker 1994], sostanzialmente confermata in numerosi lavori successivi [Keeler 1993, Cameron 1997, Baltagi 2002, ecc.]. Per quanto riguarda l'Italia, Tiezzi (2003) evidenzia differenti valori dell'elasticità di breve e lungo periodo, a seconda dell'intervallo di tempo analizzato.

La tassazione dei prodotti del tabacco risulta essere una strategia chiave per contenere/ridurre i consumi. L'OMS nella sua pubblicazione *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic* [WHO 1998], indica la tassazione dei prodotti del tabacco come una strategia chiave e la *Task Force on Community Preventive Services* americana la raccomanda come strategia per aumentare il tasso di cessazione in una popolazione anche senza altri interventi [Hopkins 2001].

In Italia il processo di decentramento iniziato negli anni novanta, e proseguito con la Riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, ha comportato l'assegnazione agli enti locali di maggiore autonomia tributaria, finalizzata ad aumentare l'autonomia impositiva delle Regioni. Le addizionali sui tabacchi lavorati restano però di competenza esclusiva dello Stato centrale. Un incremento dell'addizionale contribuirebbe sensibilmente alla riduzione del consumo di tabacco. La sua destinazione per programmi di prevenzione potrebbe configurare la misura fiscale non come fonte di maggior gettito ma come strumento di *policy*.

IIIb	L'Amministrazione Regionale dovrebbe negoziare con lo Stato l'inserimento dell'addizionale sui tabacchi fra i componenti dell'autonomia tributaria regionale, destinando l'eventuale gettito derivante ai programmi di prevenzione/cessazione del tabagismo.	<b>A</b>
3,7		

### **2.1.9 Divieto di vendita di prodotti del tabacco ai minori di 16 anni**

In Italia è in vigore il Regio Decreto n° 25 del 1934, recepito anche dalla c.d. Legge Sirchia, che vieta la vendita di generi di tabacco ai minori di 16 anni. Una revisione sistematica *Cochrane* [Stead 2005a], che ha incluso 34 studi di cui 14 con gruppo di controllo, ha valutato l'effetto degli interventi per limitare la vendita di prodotti del tabacco ai minori. Gli autori concludono che le leggi da sole non sono sufficienti a prevenire la vendita di tabacco ai minori. Sia l'imposizione sia gli interventi attivi presso i tabaccai (formazione, invio di materiali) sembrano in grado di aumentare la loro *compliance*, ma l'impatto sulla prevalenza di tabagismo fra i minori può essere scarso per effetto di altri determinanti del comportamento.

## **2.2 Primo contatto del fumatore con il Servizio Sanitario**

Il Servizio Sanitario Regionale prevede livelli diversi di interazione con il cittadino; qui di seguito si offre una rassegna dei possibili contatti che il cittadino può avere quando ricorre ad esso per un problema di salute.

Le strutture sanitarie che assicurano la prima interfaccia con il cittadino possono giocare un ruolo importante in un programma complessivo di promozione della cessazione del fumo di tabacco. Queste strutture, quando prevedano contatti sporadici (per esempio gli sportelli di prenotazione/ritiro esami, i consultori, le varie sale d'attesa) possono informare il fumatore e indirizzarlo alle strutture deputate al trattamento del tabagismo. Questo può avvenire attraverso materiale informativo sulla disassuefazione al fumo (cartellonistica, depliant, ecc.) che dovrebbe specificare i benefici della cessazione, l'invito a rivolgersi al proprio Medico di Famiglia (MdF) per ottenere ulteriori chiarimenti in merito, e l'elenco dei Centri per il Trattamento del Tabagismo. Al fine di garantire appropriatezza e omogeneità del messaggio, questi materiali devono essere ispirati alle presenti Linee Guida e uniformi sul territorio regionale.

Il personale di primo contatto con il Servizio Sanitario Regionale (personale degli sportelli, portinerie ecc.) dovrebbe essere in grado di indirizzare correttamente gli utenti che chiedessero informazione sulle strutture per il trattamento del tabagismo. Per questo una adeguata informazione deve essere loro assicurata dall'Azienda da cui dipendono.

IV	Tutti i cittadini che vengano a contatto con il Servizio Sanitario Regionale o con strutture private ad esso convenzionate devono poter ricevere informazioni appropriate sulle opportunità di trattamento e sulle sedi ad esso deputate.	<b>C</b>
4,5		

IV	In tutte le strutture di primo contatto del Servizio Sanitario Regionale devono essere presenti in evidenza materiali per la promozione della cessazione, che includano informazioni sui servizi a ciò preposti.	<b>C</b>
4,3		

I singoli professionisti e le strutture sanitarie il cui personale abbia contatti più regolari con utenti fumatori (per esempio dentisti, farmacisti, medici e infermieri degli ambulatori) dovrebbero informarsi circa l'uso di tabacco da parte del soggetto e, nel caso di fumatori, consigliare di smettere (ASK e ADVISE, vedi capitolo 3 - Gli Interventi) indirizzandoli alle strutture deputate alla cessazione. Le evidenze scientifiche raccolte in revisioni sistematiche mostrano un certa efficacia dell'intervento operato dai farmacisti di comunità appositamente formati, che mostra aumenti nelle cessazioni a lungo termine (9 mesi - 1 anno) superiori del 71% rispetto ai controlli [Sinclair 2004]. Anche i dentisti formati sono in grado di aumentare il tasso di cessazione del 44% (OR 1,44; IC 95% 1,16-1,78 a 12 mesi dall'intervento) [Carr 2006].

1a	I professionisti del Servizio Sanitario Regionale, o di strutture private ad esso convenzionate, che intrattengono contatti regolari con fumatori, dovrebbero informarsi sull'uso di tabacco da parte dei soggetti e suggerire ai fumatori di smettere.	<b>A</b>
4,2		

Il personale medico e infermieristico dovrebbe essere preparato sulle tecniche del *counselling* breve come descritto nel capitolo 3, in modo da fornire valide informazioni sulle possibilità di un aiuto alla cessazione.

1b	Tutti gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Regionale devono ricevere una formazione adeguata al loro ruolo nel percorso di cessazione.	<b>A</b>
4,5		

## 2.3 Il percorso di presa in carico del fumatore

In Piemonte, l'accompagnamento del fumatore lungo il percorso di presa in carico è di competenza degli Operatori della Medicina Generale (OpMG), cioè del Medico di Famiglia, del Pediatra di Libera Scelta, dell'infermiere, variamente organizzati nell'ambulatorio del Medico di Famiglia (associazionismo, medicina di gruppo, Gruppo di Cure Primarie) e dei Centri per il Trattamento del Tabagismo.

Il Servizio Sanitario Regionale deve garantire ai propri cittadini la migliore accessibilità possibile alle cure. Questa attenzione va correlata sia alle caratteristiche geografiche e abitative del territorio sia a quelle culturali e sociali.

Il territorio regionale presenta caratteristiche assai difformi che incidono sulle possibilità di accesso ai servizi che i cittadini hanno. Per queste ragioni, facendo riferimento alla realtà delle Aziende Sanitarie piemontesi, si sono individuati alcuni modelli organizzativi che dovrebbero moderare le disuguaglianze d'accesso e di salute che penalizzano le aree svantaggiate.

Per le Aziende Sanitarie ad alta densità abitativa, con popolazione concentrata in zone urbanizzate e in cui è facile accedere ai servizi, è consigliato un modello di sviluppo che preveda l'intervento integrato e complementare degli Operatori di Medicina Generale e del CTT.

Il MdF oltre ad avere la possibilità di trattare i casi meno impegnativi in autonomia opererà un filtro per gli accessi al CTT. È questo un modello che affida al servizio di medicina generale l'intervento di primo livello e al CTT quello di secondo livello, nell'ottica di un intervento generalista per il primo e specialistico per il secondo. Queste sono le aree in cui meglio si potrà sviluppare il Gruppo di Cure Primarie auspicato dalla proposta di Piano Socio Sanitario Regione 2007-2010 in corso di approvazione: così altre professionalità potranno validamente integrare il ruolo del Medico di Famiglia. Le periferie urbane e le aree deprivate dovranno essere supportate con interventi mirati.

Per le Aziende Sanitarie a bassa densità abitativa, quali quelle dei territori montani Alpini e sub-Alpini, spesso caratterizzate anche da difficoltà alla viabilità e, dunque, all'accesso ai servizi, il percorso di presa

in carico deve essere integrato intorno agli Operatori della Medicina Generale. Tale modello permette di sfruttare la presenza capillare degli studi di medicina generale sul territorio e può intercettare il bisogno di salute dei cittadini in zone che altrimenti potrebbero venire trascurate. Le singole Aziende Sanitarie devono concordare le modalità operative di coordinamento della medicina generale e di quella specialistica, per assicurare sia gli interventi di primo che quelli di secondo livello, utilizzando prevalentemente la sede dell'ambulatorio di medicina generale. In questo modo, in quelle realtà in cui peraltro è più difficile la costituzione di Gruppi di Cure Primarie, potrebbe essere assicurata una maggiore vicinanza del Servizio alle aree potenzialmente deprivate.

Le Aziende Sanitarie che hanno un territorio composito rappresentato da zone urbane e da zone montane potranno utilizzare un modello di sviluppo che preveda sia l'intervento del MdF e del CTT sia, localmente, lo sviluppo di forme "integrate" in cui gli stessi operatori sanitari del CTT potranno effettuare un intervento decentrato sul territorio, secondo strategie adattate per ciascuna Azienda.

IV	L'integrazione organizzativa tra la medicina generale e il centro specialistico deve modellarsi sulle caratteristiche del territorio, così da garantire la maggior probabilità di accesso agli interventi.	C
4,3		

## 2.4 Gli Operatori di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2006-2010, in corso di approvazione, suggerisce che le competenze di medicina generale vengano distribuite ai soggetti del Gruppo di Cure Primarie, pur mantenendo la centralità del Medico di Famiglia e del Pediatra di Libera Scelta per il cittadino con problemi di salute. Il MdF 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 figura strategica nel percorso di disassuefazione al fumo. Le evidenze disponibili indicano un'ottima efficacia dell'intervento condotto dai Medici di Famiglia (OR 1,74; IC 95% 1,48-2,05) [Lancaster 2004] e dagli infermieri (Peto OR 1,47; IC 95% 1,29-1,68) [Rice 2004]. L'impegno dell'Operatore di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta sarà condizionato dall'organizzazione dell'Azienda Sanitaria e dagli specifici progetti del Distretto, nonché da organizzazione e struttura del Gruppo di Cure Primarie di appartenenza.

L'Operatore di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta dovrebbero informarsi circa l'abitudine al fumo dei propri assistiti anche quando questi non presentino patologie fumo-correlate o accedano all'ambulatorio per conto di un parente. Questa informazione va richiesta periodicamente, anche per quei soggetti risultati fumatori o ex fumatori a precedenti indagini, e deve essere registrata sulla cartella clinica, insieme a tutte le informazioni relative al percorso di cessazione attuato (interventi ed esiti).

Una volta identificato il soggetto come attuale fumatore, il MdF o l'infermiere valuteranno la motivazione a smettere utilizzando uno degli strumenti proposti nel capitolo 6.

Se l'assistito accetta di seguire un percorso di cessazione oppure lo richiede egli stesso, l'Operatore di Medicina Generale dovrebbe accompagnarlo o gestendo direttamente le diverse fasi del percorso oppure indirizzandolo ad un Centro per il Trattamento del Tabagismo (Figura 2).

In virtù dell'alta probabilità di venire in contatto con una elevata percentuale di fumatori, il MdF/PLS o l'infermiere dovrebbero effettuare in ogni caso le prime **3A (ASK, ADVISE, ASSESS)** della struttura dell'intervento raccomandata da questa Linea Guida (vedi capitolo 3 - Gli Interventi), ed operare in modo tale che il soggetto motivato prosegua il suo percorso nell'**ASSIST**. Questa quarta fase potrà essere seguita dal MdF stesso o dal CTT.

Sulla base del consenso di esperti regionali, è auspicabile che il MdF/PLS segua direttamente il trattamento almeno nei casi in cui l'assistito sia al suo primo tentativo di smettere. I soggetti che abbiano già dei tentativi non riusciti alle spalle, che siano portatori di comorbidità importanti o che preferiscano essere trattati in prima battuta da un centro specialistico dovrebbero essere inviati al CTT.

Sarà il Medico di Famiglia a decidere tra le due possibilità in base sia alle sue reali possibilità di effettuare il trattamento, sia alla situazione del suo assistito dando priorità all'alternativa che ha una maggior probabilità di attuazione e di successo.

la	Gli Operatori di Medicina Generale devono almeno farsi carico delle prime 3A (ASK, ADVISE, ASSESS) della struttura di intervento raccomandata per tutti gli assistiti.	<b>A</b>
4,8		

la	Il Medico di Famiglia o il Pediatra di Libera Scelta deve farsi carico del percorso di trattamento del tabagismo (ASSIST) presso il proprio ambulatorio o presso un CTT.	<b>A</b>
4,1		

In contesti organizzativi che prevedono la figura infermieristica nello studio medico (vedi sezione 2.4.1), il personale infermieristico, opportunamente formato è in grado di valutare il soggetto in tutte le sue caratteristiche, indirizzando al medico i casi pronti a intraprendere il percorso di cessazione e seguendoli successivamente nel periodo di *follow up*. Gli studi che hanno indagato l'efficacia dell'intervento infermieristico, riportano risultati importanti (Peto OR 1,47; IC 95% 1,29-1,68) [Rice 2004].

la	All'interno del servizio di medicina generale e di pediatria di base l'infermiere può collaborare nello svolgimento della 4° A (ASSIST).	<b>A</b>
3,8		

Per gli assistiti che, invece, rifiutano in prima battuta di prendere in considerazione un trattamento per il tabagismo devono essere effettuati dei colloqui motivazionali. Questi soggetti dovrebbero essere periodicamente valutati dal MdF per comprendere di nuovo la motivazione mediante colloquio telefonico/invito in studio e ripetizione dell'intervento motivazionale.

Per la descrizione e la spiegazione dettagliata del percorso terapeutico si rimanda al capitolo 3 - Gli Interventi.

Alcuni studi osservazionali hanno evidenziato una minore propensione dei medici fumatori a condurre interventi contro il fumo tra i loro assistiti (minore probabilità di richiedere informazioni sull'abitudine al fumo e minore frequenza di *counselling*). Questa tendenza, sembra essere meno pronunciata in altri contesti culturali [Barengo 2005], ma è stata evidenziata da studi condotti in Francia e in Italia [Underner 2004, Underner 2006, Rosso 1992].

Si dovrebbe pensare ad una formazione ad hoc per i medici fumatori, che miri ad aumentare la consapevolezza del proprio disturbo (grado di dipendenza e eventuale motivazione a smettere), affinché nell'esercizio della professione non trapelino contenuti di pensiero di cui rimangono inconsapevoli.

In ogni caso gli operatori che fumano dovrebbero assumere un comportamento idoneo nell'attività di accompagnamento del soggetto alla disassuefazione, in modo da non minare, con il proprio comportamento, le possibilità di successo dell'assistito.

A tale scopo deve essere perseguito con il massimo rigore chiunque venga sorpreso a fumare all'interno delle strutture nelle quali esercita la professione sanitaria, ravvisandosi in questo comportamento una grave violazione deontologica.

Oltre a ciò ogni CTT deve avere delle corsie per così dire preferenziali e facilitate per il personale sanitario del SSN che chieda il trattamento (in termini di tempestività di risposta, di orari di accesso al trattamento, ecc.).

IV	Particolare attenzione deve essere posta al controllo del tabagismo in tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale, incluse quelle in cui svolgono la propria attività gli Operatori di Medicina Generale e di Pediatria di Libera Scelta.	C
4,5		

Alcune categorie di soggetti meritano un'attenzione particolare da parte del Sistema Sanitario Regionale. Dato che l'abitudine al fumo tende ad instaurarsi in età giovane, durante la preadolescenza e l'adolescenza, il Pediatra di Libera Scelta ricopre un ruolo importante, sia nei confronti del ragazzo/a fumatore che della famiglia. Considerando le profonde differenze motivazionali in questa fascia di età, queste Linee Guida prevedono che il Pediatra di Libera Scelta abbia un ruolo analogo al MdF per la fascia giovanile.

Un'altra categoria cui il Medico di Famiglia può dare un valido sostegno proprio in virtù del ruolo fiduciario che egli ricopre agli occhi dei suoi assistiti è costituita dalle donne di basso livello di istruzione o immigrate, in modo particolare quando non svolgano attività lavorativa esterna alla casa o siano portatrici di disagio sociale proprio e dei propri figli.

Particolare attenzione deve essere posta ai fumatori ricoverati che mostrino un interesse alla cessazione: questi sono spesso caratterizzati da un elevato livello motivazionale che può garantire un buon esito del tentativo. La revisione sistematica di Rice del 2004 dimostra che gli interventi brevi di raccomandazione a smettere operati in reparto da infermieri sono in grado di aumentare del 47% il tasso di cessazione (OR 1,47; IC 95% 1,29-1,68 ad almeno 6 mesi dall'intervento).

Un ruolo importante può essere quello svolto dai consultori famigliari che seguono le donne in gravidanza e possono rivolgere la propria attenzione anche a donne di livello socioeconomico basso, fornendo, in tal senso, un servizio analogo a quello del MdF in altri momenti della vita della donna.

Le categorie di utenti del servizio regionale che si ritiene meritino un'attenzione particolare da parte degli Operatori di Medicina Generale e dei Centri per il Trattamento del Tabagismo sono raccolte ed esaminate nelle loro peculiarità nel capitolo 4.

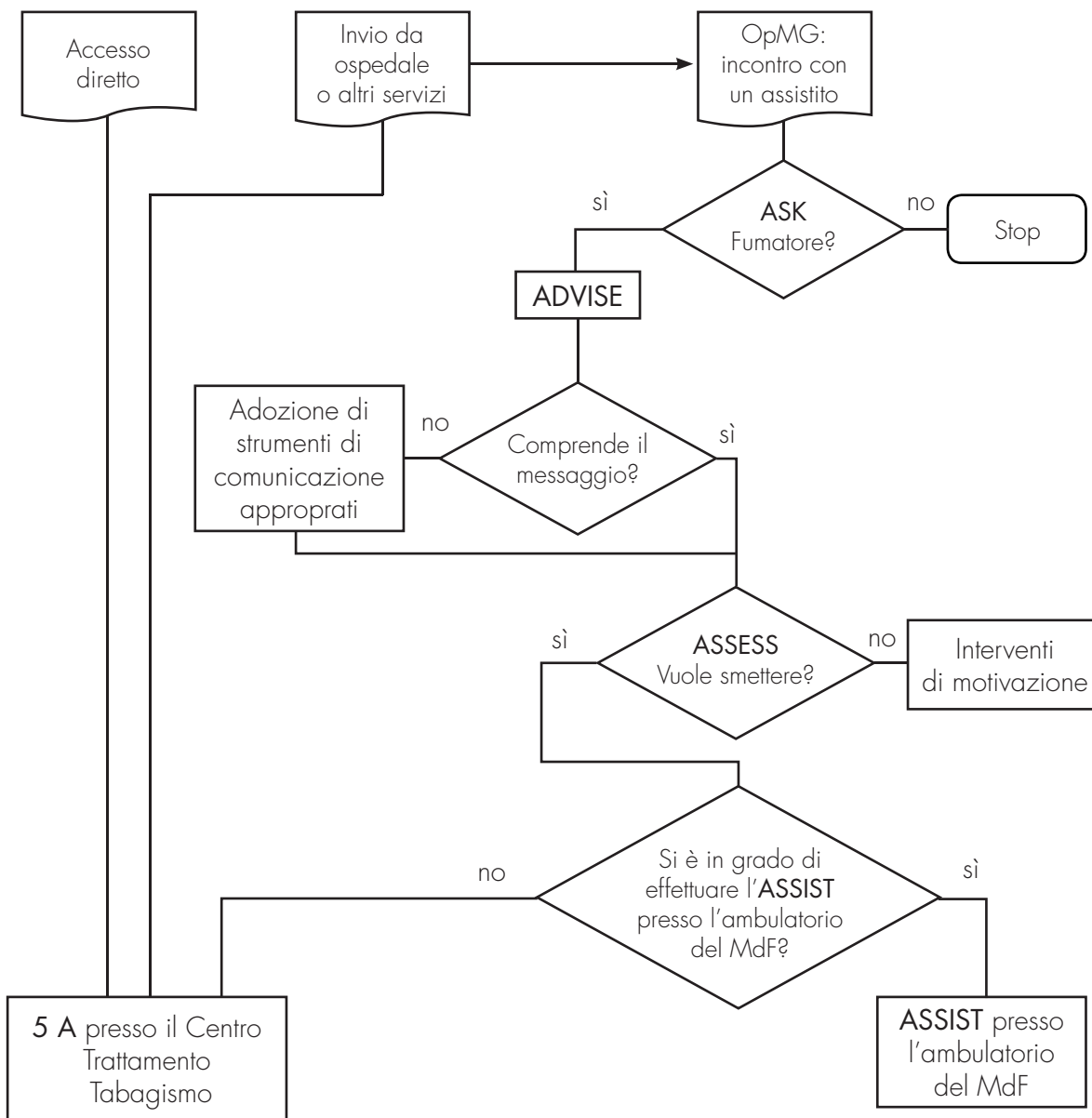
L'invio al CTT di un assistito dovrebbe essere accompagnato da forme di comunicazione standardizzata fra l'Operatore di Medicina Generale e il Centro per il Trattamento del Tabagismo, previo consenso del soggetto stesso (lettera di invio e lettera di presa in carico, condivisione di conoscenze per via informatica, incontri periodici fra CTT e MdF dei distretti afferenti).

### **2.4.1 Organizzazione del servizio all'interno dell'ambulatorio di medicina generale**

L'attività di uno studio di medicina generale è organizzata in modo autonomo, nel rispetto della normativa vigente sancita dall'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) e dall'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.). L'attività è finalizzata a soddisfare le necessità degli assistiti in carico e all'esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e che sia comunque in grado di assicurare il migliore funzionamento dell'assistenza (vedi art. 37 A.C.N.). La Regione Piemonte e le Organizzazioni Sindacali di categoria hanno convenuto che l'utilizzo di personale di studio, debitamente formato, possa favorire una migliore qualità di assistenza e una minore burocratizzazione.

Ad oggi il numero di infermieri operanti negli studi medici della Regione Piemonte è basso, ed è da sottolineare che una incentivazione del loro impiego possa facilitare l'integrazione e la piena presa in carico da parte del MdF del percorso di trattamento e disassuefazione dei soggetti fumatori. Peraltro l'assetto organizzativo del Gruppo di Cure Primarie appare come quello più idoneo a favorire la medicina di iniziativa.

Figura 2 Flowchart del percorso della presa in carico del fumatore



IV	Il Servizio Sanitario Regionale deve garantire ed incentivare tutte quelle forme di organizzazione della medicina generale che possono facilitare le attività per la disassuefazione.	C
4,1		

Nella recente revisione di letteratura di Hopkins [Hopkins 2001], risulta che gli interventi multicomponenti, che includono un sistema di richiami mnemonici, sono efficaci sia nell'aumentare la proporzione di operatori che applica gli interventi raccomandati, sia nell'aumentare il tasso di cessazioni fra i propri assistiti.

Nella cartella clinica di tutti gli assistiti dovrebbe essere annotata ogni informazione riguardante lo stato di fumatore del soggetto, le iniziative proposte dal MdF e gli eventuali interventi intrapresi, con i relativi esiti.

IIa	L'informazione circa lo stato di fumatore di tutti gli assistiti, gli interventi effettuati o prescritti ed i loro esiti devono essere registrati nella cartella clinica individuale, che deve essere dotata di richiami mnemonici.	<b>B</b>
4,3		

Oltre al ruolo dell'Operatore di Medicina Generale, una revisione sistematica ha evidenziato che la presenza di materiali di auto-aiuto è in grado di aumentare il successo dei tentativi di cessazione, compresi quelli non assistiti dai sanitari [Lancaster 2005b].

la	Nell'ambulatorio del Medico di Famiglia dovrebbero essere a disposizione degli assistiti dei materiali di auto-aiuto.	<b>A</b>
4,0		

## **2.5 I Centri per il Trattamento del Tabagismo**

Alcuni soggetti necessitano di percorsi particolari sulla base della presenza di patologie aggravanti, del grado di dipendenza dalla nicotina, delle ripetute ricadute, del livello sociale e culturale, del livello motivazionale e di altre forme di dipendenza contemporaneamente presenti. I Centri per il Trattamento del Tabagismo, sulla base delle caratteristiche dell'utente e dei suoi bisogni, dovrebbero offrire tutta la gamma di trattamenti specialistici di tipo farmacologico e comportamentale, da soli o in associazione (si veda il capitolo 3 - Gli Interventi).

IV	I Centri per il Trattamento del Tabagismo (siano essi pubblici o privati accreditati) dovrebbero offrire tutte le tipologie di valutazione e assistenza per la cessazione al fumo che abbiano basi scientifiche accertate, secondo le necessità dell'utente.	<b>C</b>
4,4		

### **2.5.1 Organizzazione del Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT)**

Il CTT dovrebbe garantire un servizio minimo alla cittadinanza sulla base dei fabbisogni della popolazione servita.

#### *Orario di apertura al pubblico*

L'orario di apertura del CTT deve tener presente le esigenze dell'utenza, coprendo almeno due fasce orarie nell'arco della settimana (es. prima mattina e primo o secondo pomeriggio) per venire incontro alle necessità lavorative, di studio e familiari degli utenti.

I Centri per il Trattamento del Tabagismo devono assicurare la massima fruizione attraverso la definizione di orari di apertura su più fasce orarie e su più giorni (ad esempio 5 giorni settimanali in due fasce orarie giornaliere), compatibili con le esigenze di tutti i potenziali utenti.

IV	I Centri per il Trattamento del Tabagismo devono assicurare la massima accessibilità al servizio attraverso la definizione di orari di apertura su più giorni e su più fasce orarie in modo da rispondere alle esigenze dell'utenza	<b>C</b>
4,3		

#### *Struttura*

Il CTT dovrebbe prevedere spazi e strutture adeguate (sale visita e colloquio per il medico e per lo psicologo, sale d'attesa e quanto previsto dalla normativa vigente). Per quanto riguarda la strumentazione diagno-



stica dovrebbe essere disponibile in sede un misuratore del monossido di carbonio espirato per effettuare una valutazione dell'intervento.

Qualora il CTT sia parte di un dipartimento "Patologia delle Dipendenze" o di un SERT, dovrebbero essere garantiti accessi diversi e locali dedicati al trattamento del tabagismo per evitare che l'accomunanza costituisca per il soggetto un ostacolo all'accesso.

Così come negli ambulatori dei MdF, anche presso i CTT devono essere a disposizione degli utenti dei materiali di auto-aiuto.

### Personale

Ogni CTT dovrebbe essere dotato almeno delle seguenti figure professionali:

- medico
- psicologo
- infermiere

ed eventualmente di un altro operatore dotato di laurea sanitaria o di educatore professionale o di assistente sociale.

Tutto il personale dovrebbe essere oggetto di specifica formazione sull'attività antitabagica. Alcune competenze professionali possono essere garantite da specialisti di altri servizi ospedalieri o ambulatoriali attraverso protocolli di collaborazione.

IV	Tutti i Centri per il Trattamento del Tabagismo dovrebbero essere composti almeno da un medico, uno psicologo, un infermiere ed eventualmente un'altra figura dotata di laurea sanitaria o di educatore professionale o di assistente sociale, adeguatamente formati sul tabagismo.	<b>C</b>
4,6		

### Competenze diverse dei CTT

Il CTT, oltre a fornire l'assistenza diretta ai soggetti che ad esso si rivolgono, deve promuovere o contribuire a:

- campagne informative per la promozione delle attività di cessazione
- collaborazione con le altre strutture sanitarie presenti sul territorio per la conduzione di programmi ad hoc (per esempio luoghi di lavoro senza fumo)
- formazione dei MdF dei distretti di competenza e del personale sanitario dell'Azienda Sanitaria di appartenenza
- ricerca sulla efficacia degli interventi
- programmi di cessazione nelle strutture carcerarie, in collaborazione con i sanitari che operano all'interno delle strutture (si veda il capitolo 4 - Categorie particolari di utenti)
- collaborazione a programmi di prevenzione del tabagismo.

L'impegno dovuto dal personale sanitario a queste attività deve essere riconosciuto all'interno dell'orario di del servizio.

### Stima del fabbisogno di CTT

Nella nostra regione vi sono circa 750.000 fumatori della fascia di età 20-64 anni, di cui 400.000 fumano più di 14 sigarette al giorno [Vigna-Taglianti 2006]. Assumendo che questi fumatori, a causa della maggiore gravità della dipendenza, vengano inviati dal MdF al CTT, e assumendo inoltre che:

- il 60% acceda all'ambulatorio del MdF almeno una volta l'anno

- fra questi il 60% sia motivato a smettere [Segnan 1991] e venga quindi inviato dal MdF al CTT
- il 40% degli inviati si rechi effettivamente al CTT [Segnan 1991]

annualmente verranno inviati al CTT circa 58.000 fumatori.

Continuando nella simulazione, se ogni trattamento richiede in media 3 ore, ogni operatore dedica al trattamento 25 ore la settimana, e ogni CTT è composto da 3 operatori, saranno necessari 55 CTT per il trattamento dei 58.000 fumatori che annualmente si prevede accedano al CTT. Questa cifra rappresenta, sulla popolazione piemontese, 1,3 CTT ogni 100.000 abitanti. Si tratta di una stima grossolana, gravata da numerose approssimazioni, ma che può essere di orientamento per la pianificazione della rete di servizi.

Sulla base di questa stima orientativa si propone la tabella seguente (Tabella 8) che riporta, accanto al numero di CTT attualmente censiti, e al rapporto attuale con la popolazione, anche il fabbisogno teorico e il delta, cioè il numero di CTT da aprire. Accanto a questo, viene riportata una ipotesi di scenario intermedio (0,9 CTT ogni 100.000 abitanti) che potrebbe rappresentare una tappa nella costituzione della rete dei CTT.

**Tabella 8 Ripartizione dei CTT esistenti al 31/12/2006 per ASL e stima del fabbisogno secondo lo scenario intermedio (0,9/100.000 ab) e il fabbisogno teorico (1,3/100.000 ab)**

ASL	CTT attivi (a)*	Popolazione (b)	N° CTT/ 100.000 ab. (a/b)	Scenario 0,9 (c)	delta (c-a)	Fabbisogno teorico (d)	delta (d-a)
1	2	252.897	0,8	2,3	0,3	3,3	1,3
2	1	235.451	0,4	2,1	1,1	3,1	2,1
3	1	216.981	0,5	2,0	1,0	2,8	1,8
4	1	193.280	0,5	1,7	0,7	2,5	1,5
5	5	373.839	1,3	3,4	-1,6	4,9	-0,1
6	0	178.946	0,0	1,6	1,6	2,3	2,3
7	1	194.610	0,5	1,7	0,7	2,5	1,5
8	4	295.775	1,4	2,7	-1,3	3,8	-0,2
9	0	188.583	-	1,7	1,7	2,5	2,5
10	1	132.309	0,8	1,2	0,2	1,7	0,7
11	0	174.936	-	1,6	1,6	2,3	2,3
12	3	178.211	1,7	1,6	-1,4	2,3	-0,7
13	2	333.092	0,6	3,0	1,0	4,3	2,3
14	0	172.374	-	1,6	1,6	2,2	2,2
15	2	156.493	1,3	1,4	-0,6	2,0	0,0
16	2	86.631	2,3	0,8	-1,2	1,1	-0,9
17	1	165.127	0,6	1,5	0,5	2,1	1,1
18	0	163.695	-	1,5	1,5	2,1	2,1
19	2	202.158	1,0	1,8	-0,2	2,6	0,6
20	1	186.963	0,5	1,7	0,7	2,4	1,4
21	1	114.887	0,9	1,0	0,0	1,5	0,5
22	0	142.496	-	1,3	1,3	1,9	1,9
Totale	30	4.339.734	0,7	39,2	9,2	56,2	26,2

\*Sono inclusi: 3 IILT (ASL 1, ASL 12 e ASL 15), 1 Fondazione Maugeri (ASL 13), 1 Fondo Edo Tempia (ASL 12)

La distanza del CTT dalla residenza del fumatore può essere un ostacolo all'accessibilità. Sebbene non vi siano evidenze relative a Centri per il Trattamento del Tabagismo, ve ne sono per l'accesso, ad esempio,

ad ambulatori per la radioterapia in Piemonte [CPO 2005] e per lo screening mammografico [Maxwell 2000, CPO 2005]. Per favorire l'accessibilità alla struttura, dovrà essere scelta una collocazione centrale rispetto alla popolazione di riferimento. Nel caso di aree con una densità abitativa bassa (per esempio aree montuose), l'Azienda Sanitaria dovrà adottare soluzioni organizzative che facilitino l'accesso. Fra queste possono essere considerate il CTT mobile e itinerante, o la predisposizione di una rete di MdF specializzati che fungano, per una parte del loro orario di lavoro, da specialisti nella zona di riferimento.

III	Nelle aree in cui una parte consistente della popolazione risiede lontano da un CTT, l'Azienda Sanitaria dovrebbe adottare soluzioni organizzative che facilitino l'accesso.	<b>B</b>
4,3		

In considerazione del fatto che le fasce di popolazione più colpite dal tabagismo sono quelle di basso livello culturale e sociale, è proponibile un'allocazione delle risorse dedicate all'intervento su questa dipendenza che tenga conto della densità di popolazione, per quanto attiene all'accessibilità al servizio, e degli indici di deprivazione dell'area per quanto attiene la maggiore incidenza e gravità del fenomeno nelle classi più disagiate. Un recente studio inglese [Bauld 2007] dimostra che il livello di successi nel trattamento è percentualmente maggiore nelle aree di elevato livello socioeconomico e che è necessario trattare più soggetti di area deprivata per guarirne uno; il "number needed to treat" è cioè più elevato quanto più elevata è la deprivazione. Questo conferma la necessità di criteri allocativi delle risorse differenziati sul territorio, in termini di numero di centri/abitanti o unità di personale/abitanti.

### Modelli operativi

Un buon livello di integrazione dovrebbe essere stabilito dagli operatori dei CTT con i MdF, per esempio attraverso riunioni periodiche, e canali di relazione privilegiata dovrebbero essere mantenuti con altri specialisti (pneumologo, cardiologo, oncologo, otorinolaringoiatra).

Nell'ambito della presa in carico congiunta del MdF e del CTT, quest'ultimo dovrebbe informare il MdF dell'avvenuto primo contatto con il fumatore, soprattutto quando questo vi acceda direttamente e non mediante invio, aggiornandolo sul percorso terapeutico attuato. Il CTT e il MdF dovrebbero accordarsi al fine di garantire il *follow up* del fumatore al termine del trattamento.

### Cartella clinica e sistema informativo

L'informazione circa l'abitudine al fumo del soggetto, gli approcci attuati per promuovere la cessazione, i trattamenti prescritti e gli esiti, dovrebbero essere registrati nella cartella clinica al fine di una migliore assistenza e della costruzione di un sistema informativo attendibile in Regione.

III	L'informazione circa lo stato di fumatore di tutti i soggetti che accedono al CTT, gli interventi effettuati o prescritti ed i loro esiti a breve termine deve essere registrata nella cartella clinica individuale.	<b>B</b>
4,7		

Il CTT deve avere in uso una cartella clinica "tabaccologica" che contempra gli spazi idonei per la valutazione diagnostica, le scelte di trattamento, il *follow up* e l'avvio di consulenze/integrazioni terapeutiche da parte di altri specialisti per le patologie correlate e concomitanti.

È auspicabile lo sviluppo e l'applicazione di un sistema informativo regionale per la raccolta delle informazioni sull'abitudine al fumo, nonché sui trattamenti per la cessazione e i loro esiti, utilizzabile da tutto il personale coinvolto nel percorso di cessazione (vedi capitolo 5 - Strategie per l'implementazione, l'assicurazione di qualità e la valutazione di queste Linee Guida).

## 3 Gli Interventi

Le principali Linee Guida internazionali raccomandano che gli interventi di cessazione siano organizzati intorno ad una struttura di intervento conosciuta come le **5 A: (ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE)**. In particolare il documento dell'Istituto Superiore di Sanità "Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" (LG3) fornisce una lista di raccomandazioni e consigli di buona pratica a cui si rimanda per dettagli. Questa struttura di trattamento, dotata di numerose prove di efficacia, prevede le seguenti tappe.

- ASK = chiedere al soggetto, ad ogni visita, se fuma
- ADVISE = informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere
- ASSESS = definire le caratteristiche del soggetto
- ASSIST = stabilire e attuare un percorso terapeutico per monitorare e rinforzare la cessazione
- ARRANGE = attuare interventi per prevenire la ricaduta (recentemente messo in dubbio dagli studi più recenti - vedi sezione 3.5).

A seconda della tipologia di operatori e di strutture, le componenti di questo intervento possono essere variamente utilizzate e combinate.

Si riconosce all'ADVISE da solo (1A) una funzione utile e alla portata di enti sanitari che non abbiano necessariamente una relazione interpersonale con l'utente, anche solo mediante cartellonistica, siti internet ecc. Come già discusso nel capitolo 2.2, quando il personale sanitario instaura una relazione sufficientemente significativa con gli assistiti le funzioni di ASK ed ADVISE devono essere entrambe utilizzate (2A), in associazione all'informazione sulle possibilità di trattamento esistenti.

### 3.1 ASK = chiedere al soggetto se fuma

È necessario che venga valutato lo stato di fumatore o non fumatore di tutti i soggetti iscritti al Servizio Sanitario Regionale (indagine di iniziativa), o almeno di quanti si recano presso lo studio del proprio MdF (indagine opportunistica). Questa prima valutazione deve essere fatta per i soggetti di tutte le età, sia maschi che femmine, di qualunque condizione di salute e qualunque stato socio-economico [Fiore 2000].

Sia ai fumatori attuali che agli ex-fumatori, la domanda dovrebbe essere ripetuta ad ogni visita. È necessario che la domanda venga posta in sintonia con una buona relazione medico - paziente: l'insistenza può, infatti, causare irritazione ed impedire sin dall'inizio una scelta o almeno un orientamento verso la cessazione.

la	La condizione di fumatore deve essere indagata in ogni persona che viene in contatto con il Sistema Sanitario Regionale.	<b>A</b>
4,3		

### 3.2 ADVISE = informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere

È necessario che i fumatori vengano correttamente informati sul rischio che il fumo comporta, adattando l'informazione al livello di comprensione dei messaggi del soggetto. Si deve sollecitare una scelta di cessazione dell'abitudine [Fiore 2000].

Ia	Ogni persona che viene in contatto con il Servizio Sanitario Regionale deve ricevere informazioni sui danni che il fumo arreca a sé e agli altri e sulle opportunità terapeutiche esistenti.	<b>A</b>
4,6		

### 3.3 ASSESS = definire le caratteristiche del soggetto

Gli elementi che possono incidere sull'adesione ad un programma di disassuefazione sono fondamentalmente quattro: 1) il livello di motivazione, 2) il grado di dipendenza, 3) il livello socioculturale per la comprensione dei messaggi e la comunicazione del proprio vissuto, 4) le condizioni di salute generale.

#### 3.3.1 Valutazione della motivazione

La motivazione a smettere di fumare è un fattore rilevante nel processo di cambiamento del comportamento, in quanto influisce sul successo del trattamento stesso. Nel processo di valutazione della motivazione per lungo tempo si è fatto riferimento al modello degli stadi di cambiamento [Prochaska 1992], secondo cui il fumatore attraverserebbe fasi differenti nel processo di cambiamento. Inoltre non tutti i fumatori sarebbero nello stadio in cui sono seriamente intenzionati a smettere e ad assumere la decisione di farlo: la ricaduta operativa di questa impostazione è nella pratica condivisa da molti operatori di individuare la fase del ciclo in cui il fumatore sta transitando e in funzione di questa impostare un intervento appropriato. A questo scopo tra gli strumenti di questa Linea Guida si include come esempio il test proposto da Nardini [Nardini 2000] (vedi sezione 6.1 - Test di valutazione della motivazione).

Tuttavia le più recenti indicazioni di letteratura [Larabie 2005, West 2006] offrono una prospettiva diversa secondo cui la scelta di smettere è molto spesso più improvvisa che pianificata, ed in questo caso con maggiori probabilità di successo. Anche lo studio di Sciamanna [Sciamanna 2000] fornisce indicazioni differenti, per cui una singola domanda, correttamente formulata, sarebbe più attendibile nella valutazione della motivazione rispetto al metodo degli stadi del cambiamento. Un'altra evidenza utile nella valutazione della motivazione è che le persone già affette da problemi di salute tendono ad essere più motivate [Duncan 1992].

III	La motivazione a smettere è un elemento cardine del percorso di intervento e deve essere valutata prima di proporre un trattamento.	<b>B</b>
4,7		

#### 3.3.2 Valutazione della gravità della dipendenza

L'operatore dovrebbe valutare la gravità della dipendenza dei soggetti motivati alla cessazione.

Il grado di dipendenza può essere valutato attraverso metodi differenti. La revisione di Piper [Piper 2006] analizza 5 strumenti di misura: *Fagerstrom Tolerance Questionnaire/Fagerstrom Test for Nicotine Dependence*, *DSM-IV dependence criteria*, *Cigarette Dependence Scale*, *Nicotine Dependence Syndrome Scale*, *Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives* [Piper 2004].

La gravità potrà essere misurata tramite il test di *Fagerstrom*, che è lo strumento attualmente più utilizzato e maggiormente consolidato nella pratica clinica. Altri test più recenti necessiterebbero di ulteriori indagini di valutazione.

Il test di *Fagerstrom* è disponibile in due versioni: a 6 e 8 domane che riguardano le abitudini del fumatore (vedere sezione 6.2 - Test di *Fagerstrom*). Alcune fra esse vengono considerate di fondamentale importanza e più suggestive di altre circa lo stato di dipendenza effettivo.

IV	Il grado di dipendenza deve essere valutato con il test di <i>Fagerstrom</i> .	<b>C</b>
4,1		

### 3.3.3 Valutazione del livello socio-culturale

La comprensione dei messaggi può essere resa difficile dalla scarsa conoscenza linguistica, da un diverso approccio socio-culturale (si veda la sezione 4.5 dedicata ai fumatori stranieri), da ridotte capacità cognitive (si veda la sezione 4.5 dedicata ai soggetti con disturbi mentali), o semplicemente da un livello di istruzione ed un contesto sociale (credenze, tradizioni, preconcetti) tale da rendere difficile la comprensione dei danni e della necessità di smettere ad un livello razionale. Lo stato socio-culturale del soggetto e la sua capacità di comprendere fino in fondo il messaggio sono elementi da valutare prima dell'inizio di qualunque trattamento. Inoltre, è stato dimostrato in contesti socio-culturali storicamente multi-etnici che l'etnia può giocare un ruolo importante nel determinare disparità di trattamento e di attenzione [Houston 2005]. Data la forte componente relazionale del trattamento stesso, una scarsa chiarezza e condivisione dei principi può inficiare gravemente i risultati in categorie di soggetti particolarmente esposti all'abitudine del fumo.

È necessario pertanto un investimento di risorse maggiore laddove il livello socio-culturale basso è da un lato causa di maggior frequenza di tabagismo, dall'altro impedimento al suo efficace trattamento.

IV	Le capacità di comprensione e accettazione del soggetto devono essere valutate per poter proporre un idoneo percorso di cessazione del tabagismo.	C
4,3		

### 3.3.4 Valutazione delle condizioni generali di salute

Le condizioni generali di salute dell'assistito devono essere valutate all'inizio di ogni intervento per la cessazione. In alcuni casi potrà essere necessario ricorrere ad indagini diagnostiche mirate. La valutazione diagnostica può comprendere, a seconda delle caratteristiche dell'assistito, e in particolare delle patologie secondarie presenti, peso, altezza, saturimetria, monossido di carbonio espirato ed eventualmente radiografia del torace, emogasanalisi e spirometria. Questi elementi diagnostici dovrebbero far parte dell'intervento specialistico offerto dai CTT e regolarmente riportati in cartella.

La presenza di alcune patologie può modificare l'atteggiamento terapeutico del medico che prende in carico il fumatore. Si veda a tal proposito il capitolo 4 - Categorie particolari di utenti.

Una corretta valutazione di queste caratteristiche permette la definizione di un percorso ottimale per lo specifico caso o il corretto invio ai centri specialistici di competenza (per i criteri di invio si veda il capitolo 2).

IV	Le condizioni generali del soggetto devono essere valutate per diagnosticare eventuali comorbidità ed adattare il trattamento ad esse.	C
4,5		

### 3.3.5 Intervento motivazionale

È pratica condivisa quella di promuovere la motivazione nel fumatore non intenzionato a smettere facendo riferimento al modello delle **5 R (RILEVANZA, RISCHI, RICOMPENSE, RESISTENZE, RIPETIZIONE)** [Colby 1998, Miller 1991, Prochaska 1991]:

- RILEVANZA = incoraggiare il fumatore ad individuare le ragioni per lui rilevanti per smettere di fumare;
- RISCHI = chiedere al fumatore di individuare le conseguenze negative del fumo di sigaretta sia a breve che a lungo termine. L'operatore può incoraggiare il soggetto a discutere attivamente alcune conseguenze negative individuate e considerate particolarmente rilevanti dal fumatore stesso

- RICOMPENSE = chiedere al fumatore di individuare i vantaggi sia a breve che a lungo termine della cessazione del fumo di sigarette. L'operatore può incoraggiare il fumatore a discutere i vantaggi considerati particolarmente rilevanti dal fumatore stesso
- RESISTENZE = aiutare il fumatore a identificare gli ostacoli al cambiamento di comportamento e le possibili strategie per superarli
- RIPETIZIONE = ripetere l'intervento motivazionale ogni qual volta il fumatore non intenzionato a smettere di fumare si presenti alla visita successiva. Ai fumatori che hanno operato tentativi falliti il clinico dovrebbe chiarire che prima di giungere al successo potrebbero essere necessari altri fallimenti.

In particolare, è importante incentrare l'intervento motivazionale sulle azioni "RIPETIZIONE" e "RISCHI", rinforzando il messaggio motivazionale con alcuni argomenti specifici quali i vantaggi e gli svantaggi del fumo di sigarette e le funzioni svolte da tale comportamento. Per motivare al cambiamento occorre che l'operatore stimoli in particolare il fumatore a identificare:

1. comportamenti che svolgano le stesse (o simili) funzioni, ossia che permettano di raggiungere obiettivi analoghi a quelli ottenuti fumando (ad es. riduzione dello stress, aumento della concentrazione, ecc.)
2. vantaggi immediati nel cambiare abitudine e nell'evitare il fumo di sigarette. a questo proposito si propone una lista di motivazioni che può essere utilizzata (vedi sezione 6.3 - Perché smettere di fumare: lista di vantaggi)
3. svantaggi immediati nel continuare a fumare sigarette.

Un aspetto cruciale nel percorso di cessazione del fumo di sigarette è il cadenzamento temporale delle azioni. L'operatore pone inizialmente al fumatore domande sul tempo di realizzazione e sulle tappe dell'abbandono del fumo di sigarette. Occorre supportare il fumatore a individuare obiettivi raggiungibili, specifici e graduati nel tempo, evitando obiettivi troppo elevati e vicini nel tempo. In particolare il fumatore non ancora intenzionato a smettere di fumare va incoraggiato a riflettere sulla collocazione temporale di uno specifico obiettivo, quale l'abbandono del fumo di sigarette, attraverso domande del tipo "Quando pensa di poter smettere?". La risposta del soggetto a tale domanda può fornire indicazioni utili non solo sullo stadio di cambiamento in cui l'assistito si trova, ma anche sull'individuazione del percorso terapeutico più adeguato e delle strategie necessarie a raggiungere gli specifici obiettivi individuati.

IV	A tutti i soggetti non motivati deve essere effettuato un intervento motivazionale.	<b>C</b>
4,2		

### 3.4 ASSIST = stabilire un percorso terapeutico per la cessazione

Il consenso raggiunto dal Gruppo Allargato di Consultazione, alla luce delle prove di efficacia disponibili, indica come prioritaria l'integrazione e la complementarietà degli interventi di tipo psicologico e di quelli farmacologici.

Per i fumatori con basso livello di dipendenza viene suggerita un'azione di *counselling* da parte dell'Operatore di Medicina Generale come primo tentativo per smettere. Quando la dipendenza sia più grave o il primo tentativo di *counselling* non abbia avuto successo, o ancora qualora il soggetto lo richieda, si consiglia la terapia farmacologia a base di nicotina.

III	Agli assistiti con basso livello di dipendenza e al loro primo tentativo di cessazione deve essere offerto un intervento di <i>counselling</i> .	<b>B</b>
4,1		

1a	Per gli assistiti con livello di dipendenza medio-alto o in cui il <i>counselling</i> da solo non abbia sortito successo, deve essere considerata la terapia con i farmaci a base di nicotina.	<b>A</b>
4,1		

Se è necessario un intervento psicologico, oppure un approccio più complesso è incompatibile con i vincoli di tempo e con le risorse dell'ambulatorio di Medicina Generale, allora il trattamento deve essere demandato al Centro di Trattamento del Tabagismo.

Spetta al medico il compito di stabilire quale sia l'approccio migliore per ogni assistito: la personalizzazione delle dosi farmacologiche e delle sessioni di consulenza può garantire buoni risultati [Pohlig 2006]. Viene considerata sufficiente una durata del trattamento pari a 3 mesi, anche se il trattamento con nicotina può essere protratto in presenza di condizioni particolari (vedi oltre).

Durante il trattamento l'operatore deve tener presente che in seguito alla riduzione o alla cessazione del fumo di tabacco avvengono alcuni cambiamenti del metabolismo. Varie sostanze contenute nella sigaretta causano l'induzione di enzimi epatici. Questo porta alla ridotta biodisponibilità di quei farmaci che sono metabolizzati attraverso questa via, con una riduzione dei loro effetti clinici. La nicotina aumenta la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna, provoca vasocostrizione, incrementa l'adesione piastrinica e stimola il sistema nervoso centrale; questi effetti interferiscono con l'azione di alcuni farmaci, in particolare quelli che riducono la pressione sanguigna, ansia/insonnia, coagulazione sanguigna [Zevin 1999]. Smettendo di fumare, dopo circa un mese l'attività enzimatica epatica torna nella norma. L'OpMG deve tenere presente questa possibilità, che può essere contrastata riducendo il dosaggio somministrato. Esempi di farmaci che possono essere coinvolti in questo meccanismo sono la caffeina, la clorpromazina, la clozapina, la flecainide, l'aloiperidolo, l'imipramina, le metilxantine, l'olanzapina, il propanololo, la teofillina, il warfarin. Si deve porre attenzione anche all'insulina, il cui assorbimento sottocutaneo può essere ridotto dalla vasocostrizione tabacco-indotta. Le interazioni e le controindicazioni dei farmaci utilizzabili nella terapia del tabagismo, così come i dosaggi raccomandati, sono riportati nelle schede tecniche allegate alla presente Linea Guida (vedere sezione 6.6). Si consiglia comunque di far riferimento al prontuario farmaceutico.

Durante il trattamento gli operatori si fanno carico di informare e di monitorare gli effetti collaterali (effetti diretti dei farmaci, modificazioni nella dieta e nel comportamento, ecc.).

### **3.4.1 Terapia sostitutiva con nicotina**

Due metanalisi [Fiore 2000, Silagy 2004] hanno dimostrato che i sostituti della nicotina (spesso chiamati con la sigla inglese NRT, *Nicotine Replacement Therapy*) sono efficaci nel trattamento della dipendenza. La revisione *Cochrane* [Silagy 2004] dimostra un aumento del tasso di cessazioni a 12 mesi del 77% (OR 1,77; IC 95% 1,66-1,88) nel confronto fra sostituti della nicotina e altri trattamenti o placebo dopo 12 mesi dalla cessazione. Vi è scarsa evidenza di efficacia del trattamento sostitutivo per i fumatori che fumino meno di 10-15 sigarette/dì [Silagy 2004]. La via di somministrazione non sembra modificare l'efficacia dei sostituti della nicotina.

Esiste un rischio di sottodosaggio del farmaco che può rendere inefficaci gli sforzi terapeutici e minare la volontà del fumatore [Hurt 1994]. Per questa ragione è importante che il dosaggio proposto corrisponda al numero di sigarette fumate al giorno (vedi sezione 6.6 – Schede tecniche dei farmaci).

Il sottodosaggio può essere anche dovuto a un uso scorretto dei sostituti della nicotina, in particolare delle gomme alla nicotina. Occorre pertanto tenere presente le seguenti raccomandazioni: alcune bevande (caffè, succhi, bevande analcoliche) interferiscono con l'assorbimento buccale della nicotina, per cui nei 15 minuti prima e durante la masticazione della gomma dovrebbe essere evitata l'assunzione di cibo o bevande. La masticazione deve essere lenta e prolungata per almeno 30 minuti. È necessario stabilire con il soggetto un chiaro programma per l'assunzione [The Agency for Health Care Policy and Research 1996].



La nicotina per il trattamento è disponibile in diversi formati per diverse vie di somministrazione. La scelta della via di somministrazione deve essere fatta sulla base delle caratteristiche e delle preferenze del fumatore. Il costo del trattamento standard (8-12 settimane) varia da 19 € a 68 € a seconda del tipo di preparazione utilizzata e del numero di sigarette fumate. La sua somministrazione è agevole e adatta ai fumatori che siano al loro primo tentativo di smettere. Essa può essere considerata la prima scelta possibile per soggetti che fumino più di 15 sigarette al giorno e non presentino patologie associate o altre dipendenze, per i quali è auspicabile un intervento più complesso del solo *counselling*. La terapia deve essere sospesa a scalare per evitare l'insorgere di sintomi astinenziali.

### 3.4.2 Terapia con bupropione

Le evidenze scientifiche confermano che il bupropione è efficace nel trattamento dell'abitudine al fumo da solo, raddoppiando la probabilità di cessare rispetto al placebo (OR 1,94; IC 95% 1,72-2,19), anche in associazione con i sostituti della nicotina [Hughes 2007, Woolacott 2002].

Questo farmaco sembra essere indicato per i fumatori con broncopneumopatia cronico-ostruttiva (differenza da placebo 18,9%; IC 95% 3,6%- 34,2%) [Wagena 2005].

Il farmaco ha un elevato costo, soprattutto se confrontato con un farmaco analogo come la nortriptilina (vedi la relativa scheda tecnica), ed è distribuito in confezioni sovradimensionate per questo tipo di trattamento. La sua prescrizione o, quando possibile, la distribuzione diretta potrebbe garantire una maggiore attenzione ai suoi effetti collaterali e una riduzione dei costi.

Prima della prescrizione del farmaco devono essere escluse alcune situazioni morbose, anche anamnestiche, che ne controindicano l'uso: pregressi traumi cranici commotivi, bulimia, concomitanti terapie farmacologiche che abbassino la soglia di comizialità.

La posologia efficace (in genere 300 mg/die) deve essere raggiunta gradualmente (vedi Tabella 18 nella sezione 6.6): una compressa/die per una settimana, poi una compressa per due volte al giorno. Anche la sospensione del trattamento è consigliabile avvenga gradualmente.

Possono comparire disturbi dello stato psichico tali da richiedere la sospensione del trattamento.

### 3.4.3 Terapia con nortriptilina

Una recente revisione *Cochrane* sulla efficacia degli antidepressivi [Hughes 2007] la cui ricerca bibliografica è stata aggiornata al settembre 2006, include 8 studi controllati randomizzati sulla nortriptilina, pubblicati dal 1998 al 2006. La misura di risultato principale è l'astinenza ad almeno 6 mesi.

Nei 6 studi in cui è confrontata al placebo (per un totale di 975 partecipanti), la nortriptilina risulta efficace, più che raddoppiando la probabilità di cessazione rispetto al placebo (OR 2,34; IC 95% 1,61-3,41). Nei 2 studi in cui è associata a NRT vs NRT da solo (per un totale di 318 partecipanti), non appare aumentare significativamente l'effetto del NRT (OR 1,48; IC 95% 0,87-2,54). Nei tre studi in cui è confrontata con bupropione (per un totale di 417 partecipanti) non risultano differenze statisticamente significative (OR 1,43; IC 95% 0,90-2,27).

Il costo del trattamento con questo farmaco è molto inferiore rispetto a quello delle altre due opzioni terapeutiche disponibili (vedi Tabella 21 di confronto tra i farmaci).

La nortriptilina presenta i comuni effetti collaterali dei farmaci antidepressivi triciclici (secchezza fauci, sedazione, offuscamento vista, stitichezza, nausea, difficoltà alla minzione). Va somministrata con cautela in soggetti con malattie cardiache (controindicata in fumatori con aritmie), della tiroide, con insufficienza epatica, feocromocitoma (vedi la scheda tecnica del farmaco nella Tabella 19, sezione 6.6). Come per il bupropione si deve raccomandare un incremento graduale della posologia, e, parimenti, un decremento graduale prima della sospensione totale.

Il Gruppo Allargato ha deciso di non produrre una raccomandazione specifica sulla nortriptilina, pur in presenza di una efficacia comparabile a quella del bupropione, di effetti collaterali che appaiono minori e di un prezzo nettamente inferiore, in quanto si tratta di un farmaco ancora *off-label*, che non presenta cioè, fra le indicazioni del prontuario farmaceutico, il trattamento del tabagismo. Questo richiede una maggiore attenzione da parte del medico nella corretta informazione dell'assistito, soprattutto riguardo alla possibile insorgenza di effetti indesiderati.

Visti i risultati raggiunti dalla revisione sistematica di Hughes, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dovrebbe prendere in considerazione l'aggiunta della cessazione del tabagismo fra le indicazioni della nortriptilina.

### 3.4.4 Altri farmaci

Vi sono altri farmaci indicati per la cessazione dal tabagismo.

La clonidina è efficace nel promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (OR 1,89; IC 95% 1,30-2,74), ma è gravata da effetti collaterali notevoli (soprattutto sedazione e secchezza delle fauci). Potrebbe essere utilizzata in soggetti che abbiano ripetutamente fallito con i farmaci presentati nelle sezioni precedenti [Gourlay 2004], a condizione di un attento monitoraggio della pressione arteriosa (vedi effetti collaterali scheda tecnica del farmaco, Tabella 20 nella sezione 6.6).

Studi recenti indicano la vareniclina come possibile nuova linea di trattamento [Gonzales 2006, Nides 2006, Jorenby 2006]. Fra gli studi recentemente pubblicati, i risultati sono simili. Il gruppo di Gonzales riporta un tasso di astinenza a 4 settimane del 44% nei fumatori trattati con vareniclina vs 17,7% fra quelli trattati con il placebo (OR 3,85; IC 95% 2,70-5,50) e vs il 29,5% con il bupropione SR (OR 1,93; IC 95% 1,40-2,68). Dalla 9° alla 52° settimana i livelli di astinenza si assestano al 21,9% per la vareniclina vs 8,4% per il placebo (OR 3,09; IC 95% 1,95-4,91) e al 16,1% per il bupropione SR (OR 1,46; IC 95% 0,99-2,17). Non sono state evidenziate differenze di genere nell'efficacia del farmaco: esso è generalmente ben tollerato.

La vareniclina non è però ancora introdotta dal prontuario farmaceutico italiano e per tale ragione questa Linea Guida non esprime raccomandazioni in proposito.

Un altro farmaco attualmente in sperimentazione è il baclofen [Cousins 2001], che agisce in modo specifico sulla riduzione del *craving*. Non sono ancora stati pubblicati studi randomizzati sull'efficacia di questo trattamento per il tabagismo.

Qualora fossero disponibili nuove evidenze in grado di modificare le raccomandazioni di questa Linea Guida, verrà avviato il processo di aggiornamento.

Non hanno efficacia significativa (per alcuni di essi le prove di efficacia sono insufficienti) l'acetato d'argento [Lancaster 1997], la mecamilamina [Lancaster 1998], il naltrexone [David 2006], la nicobrevina [Stead 2006b] e la lobelina [Stead 1997], gli ansiolitici [Hughes 2000], gli antidepressivi diversi da bupropione e nortriptilina [Hughes 2007].

### 3.4.5 Intervento di *counselling*

Una lista degli obiettivi del *counselling*, con esempi delle attività, è fornita nella Tabella 11, sezione 6.4.

#### 3.4.5.1 *Counselling individuale*

In generale, per intervento di *counselling* si intende un'azione di orientamento e/o sostegno all'individuo o a un gruppo, finalizzato allo sviluppo e al potenziamento delle risorse personali e delle potenzialità dell'individuo o del gruppo, attraverso la modificazione della prospettiva sui problemi e la promozione della responsabilità individuale [Gremigni 2005, Tinghino 2005]. L'intervento di *counselling* è offerto da un operatore socio-sanitario con specifica formazione sul *counselling*. L'operatore offre sostegno al fumatore,

predisponendo un ambiente che incoraggi e sostenga il fumatore nel suo tentativo di smettere e mostrando attenzione, partecipazione, interesse ed empatia. L'operatore può anche fornire materiale informativo ed educativo, in forma cartacea o sotto forma di audiovisivo, i cui contenuti possono essere discussi e rielaborati dal/i fumatore/i sia da solo/i che insieme all'operatore.

La più recente revisione *Cochrane* [Lancaster 2005a] definisce *counselling* individuale un intervento intensivo condotto da un operatore con formazione specifica, di durata superiore ai 10 minuti, faccia a faccia con il fumatore, al di là di qualsiasi specifico approccio teorico, e indirizzato specificatamente alla cessazione dell'abitudine al fumo. L'efficacia dell'intervento di *counselling* individuale nella cessazione dell'abitudine al fumo è confermata sia dalla revisione *Cochrane* [Lancaster 2005a] (OR 1,56; IC 95% 1,32-1,84) sia dalla metanalisi di Fiore [2000] (OR 1,7; IC 95% 1,4-2,0).

Nel caso del trattamento del tabagismo, l'intervento di *counselling* individuale comprende:

- l'anamnesi del fumo di sigarette
- la valutazione della motivazione a smettere di fumare
- l'identificazione delle situazioni interne ed esterne che stimolano il fumo di sigarette
- l'apprendimento di abilità e strategie per fronteggiare e gestire efficacemente tali situazioni
- il potenziamento di risorse personali quali l'autostima, l'auto-efficacia, la percezione di controllo
- l'attivazione di una rete di sostegno sociale.

L'anamnesi del fumo di sigarette riguarda la ricostruzione storica della "carriera" del fumatore, ossia il racconto degli stadi iniziali in cui il fumatore ha cominciato a fumare, le motivazioni che hanno sostenuto questo suo comportamento e gli eventuali passati tentativi di smettere di fumare. La valutazione della motivazione a smettere di fumare è un momento importante per definire le ragioni che hanno indotto il fumatore ad intraprendere il percorso di cessazione e la sua motivazione al trattamento. L'identificazione delle situazioni interne ed esterne che stimolano il fumo di sigarette permette di fornire al fumatore esempi e consigli pratici su come gestire le difficoltà che emergono durante il percorso di cessazione e di conseguenza di potenziare alcune caratteristiche personali utili al raggiungimento dell'obiettivo quali l'autostima, la percezione di auto-efficacia e di controllo sui propri comportamenti. L'attivazione di una rete di sostegno sociale consiste nell'aiutare il soggetto fumatore a creare nel suo ambiente familiare, sociale e lavorativo una rete di persone che lo sostenga al di fuori del *setting* di intervento nel suo tentativo di smettere di fumare.

L'intervento di *counselling* individuale può prevedere alcune sessioni supplementari, periodicamente ripetute dopo la conclusione del trattamento e finalizzate alla prevenzione delle ricadute.

### 3.4.5.2 *Counselling telefonico*

Un'alternativa al *counselling* individuale è rappresentata dal *counselling* telefonico. Il *counselling* telefonico rappresenta un'alternativa meno costosa e più accessibile rispetto a quello individuale faccia a faccia. Il *counselling* telefonico può 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. In alcuni casi il *counselling* telefonico può sostituire del tutto quello individuale faccia a faccia. 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 al fumatore. Nel secondo caso, il fumatore o un suo familiare o conoscente contattano un numero verde o un servizio deputato al trattamento del tabagismo al fine di ricevere informazioni e consigli [Stead 2006a].

### 3.4.5.3 *Interventi di gruppo*

Per interventi di gruppo si intendono quelli in cui i fumatori si incontrano in gruppo, in modo e con cadenza strutturata, con o senza un facilitatore (ad esempio, psicologo, medico, infermiere, educatore, ecc.), per

condividere gli stessi problemi e le stesse esperienze con altri fumatori e per apprendere nuove abilità. A favore di questa metodica giocano il coinvolgimento individuale degli iscritti, la reciproca solidarietà, il confronto con gli altri partecipanti su difficoltà e vantaggi dello smettere di fumare, e la possibilità di riflettere sull'esperienza altrui e essere risorsa per gli altri. Anche in questo metodo si ritiene utile (non obbligatorio) coinvolgere la rete familiare o amicale del fumatore.

Gli interventi di gruppo, spesso d'orientamento cognitivo comportamentale, possono incrementare i tassi di cessazione (OR 2.04; IC 95% 1,60-2,60) [Stead 2005b].

Di grande interesse sono anche i gruppi di mutuo auto aiuto: si tratta di gruppi di piccole dimensioni, costituiti da soggetti con la stessa difficoltà e lo stesso obiettivo di affrontarla e superarla. I facilitatori (quando presenti) sono volontari ex fumatori che hanno concluso con successo un percorso di cessazione seguendo lo stesso programma. Il clima di accettazione e sostegno ha lo scopo di rafforzare nel fumatore l'impegno, preso con se stesso e con gli altri, di raggiungere l'astinenza completa dalla nicotina.

Nella scelta tra intervento individuale o di gruppo, concorrono una serie di elementi da tenere in considerazione: il livello di dipendenza e di motivazione del fumatore, nonché i tentativi passati ed eventualmente falliti.

### 3.4.6 Materiale per l'auto-aiuto

Al fumatore può anche essere offerto materiale di auto-aiuto da solo o in integrazione all'intervento di *counselling*. Molti fumatori tentano di smettere di fumare da soli, e per questi soggetti il materiale informativo (cartaceo e non) può essere d'aiuto ed aumentare il numero di quelli che hanno successo nel tentativo (anche se il beneficio è molto limitato). Si definiscono quindi interventi di *self help* quei programmi che offrono sostegno ai fumatori che provano a smettere da soli senza rivolgersi ad un operatore. Include materiale scritto e programmi audio, video o su computer [Lancaster 2005b].

### 3.4.7 Intervento psicologico

L'intervento psicologico è una componente rilevante nel percorso di cessazione del fumatore in quanto si configura come il *setting* più appropriato per elaborare un percorso terapeutico condiviso ed adeguato. Tale intervento deve essere preferibilmente condotto da uno psicologo con adeguata formazione nel settore della psicologia clinica e della psicologia delle tossicodipendenze all'interno di una struttura deputata al trattamento del tabagismo (es. CTT). L'intervento psicologico è finalizzato principalmente alla valutazione degli aspetti psicologici e psicosociali che possono influire sulla decisione del fumatore di smettere di fumare. È importante che una parte della valutazione psicologica del soggetto sia dedicata all'analisi del periodo di vita in cui il fumatore si trova e della sua disponibilità al cambiamento di comportamento.

Lo psicologo ha il compito di indagare, attraverso il colloquio clinico, i seguenti aspetti:

- le caratteristiche del fumatore
- le caratteristiche del contesto familiare, lavorativo e sociale in cui è inserito il fumatore
- l'eventuale presenza di un disagio psicologico di interesse clinico associato all'abitudine al fumo di sigarette.

Lo psicologo deve favorire l'emergere della soggettività del fumatore, ossia i suoi bisogni, le sue specifiche vulnerabilità e le sue risorse interne.

I colloqui con il fumatore devono affrontare e tentare di risolvere l'eventuale conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento del comportamento. È quindi compito dello psicologo esplorare i sentimenti ambivalenti del fumatore rispetto al fumo di sigarette ed aiutare il fumatore a distinguere le sue motivazioni e le sue intenzioni dal suo comportamento reale. La percezione e la consapevolezza di una contraddizione interna fra il comportamento reale e quello desiderato può essere per il fumatore una forte spinta al cambiamento di comportamento. Ampliare le incongruenze interne al fumatore non significa biasimare, rimproverare,

provocare, criticare il fumatore stesso, ma al contrario attivare il cambiamento di comportamento.

L'intervento psicologico può prevedere l'identificazione e il potenziamento delle risorse interne ed esterne disponibili e utili al fumatore per la cessazione del fumo di sigarette. Attraverso strumenti e tecniche di tipo cognitivo-comportamentale è possibile far apprendere al fumatore specifiche strategie di controllo del proprio comportamento in risposta agli stimoli interni ed esterni che inducono a fumare, aiutare il fumatore ad identificare e gestire pensieri negativi e a sostituirli con schemi di pensiero più adeguati e potenziare le risorse interne del fumatore.

L'accettazione del fumatore e delle sue caratteristiche, evitando sia giudizi e critiche sia un accordo e un'approvazione totale, e la comprensione del suo stato emotivo contribuiscono a creare un clima relazionale di fiducia reciproca che facilita il processo di cambiamento di comportamento.

Una lista degli obiettivi dell'intervento psicologico, con esempi delle attività, è fornita nella Tabella 12, sezione 6.5.

### 3.4.8 Terapie alternative o non convenzionali

#### 3.4.8.1 Agopuntura

Alcuni CTT piemontesi utilizzano l'agopuntura auricolare, metodica che consiste nell'apposizione di aghi in cinque punti dei padiglioni auricolari, già sperimentata per il trattamento del *craving* da sostanze d'abuso. Nonostante i centri interessati riferiscano risultati interessanti, questi sono in genere ottenuti grazie ad interventi integrati, in cui l'agopuntura fa parte di un programma di trattamento articolato che comprende, oltre all'agopuntura, trattamenti di efficacia documentata come terapia di gruppo o sostegno psicologico, per cui non risulta possibile documentare un possibile effetto specifico aggiuntivo dell'agopuntura. Le conclusioni di una recente meta-analisi degli studi pubblicati indicano che le prove disponibili in letteratura presentano lacune e carenze tali da non consentire scelte a favore o contro l'utilizzo dell'agopuntura per il trattamento dell'abitudine al fumo [White 2006]; gli autori evidenziano la necessità di sviluppare la ricerca in particolare per l'auricoloterapia e l'agopressione. Tali trattamenti dovrebbero essere proposti nell'ambito di studi clinici disegnati con l'obiettivo di ottenere dati di efficacia e stime di costo attualmente non disponibili in letteratura.

#### 3.4.8.2 Ipnositerapia

Weilbacher e Venturini (1987) in una serie di casi di 133 fumatori hanno riportato una proporzione del 24% di astinenti completi a 3 anni dall'intervento. In aggiunta a questa quota di successi, il 24% dei fumatori aveva mantenuto l'astinenza per periodi più limitati dopo una seduta e questa proporzione saliva al 35% tra i fumatori che avevano effettuato due sedute, portando il dato complessivo comprendente i successi temporanei più i permanenti al 44% dei soggetti trattati con una seduta e al 56% con la terapia completa di due sedute. Non si è rilevato un rapporto significativo fra la profondità dell'ipnosi e il successo terapeutico, mentre i migliori risultati sono stati ottenuti nei forti fumatori (40-70 sigarette al giorno) presumibilmente perché più motivati.

Nella casistica di Nagar [Nagar 2002] su 691 soggetti trattati con ipnosi, il 40,7% aveva smesso di fumare dopo l'intervento e ad un anno la proporzione di ex-fumatori risultava del 23% degli uomini e del 19,9% delle donne.

Una revisione recente [Green 2006] conferma la maggiore risposta all'ipnosi da parte degli uomini, che hanno una probabilità di successo superiore del 37% rispetto alle donne.

Una revisione sistematica, di studi randomizzati e controllati e non, ha mostrato una maggiore efficacia della ipnositerapia rispetto ad altre tecniche [Abbot 1998]. Studi più recenti ma di piccole dimensioni [Elkins 2006] non consentono di identificare un vantaggio certo nei fumatori trattati con ipnositerapia.

La revisione *Cochrane* del 2006 sottolinea come i risultati degli studi condotti sull'efficacia dell'ipnositerapia siano contraddittori e non vi siano prove di una sua maggiore efficacia rispetto all'assenza di trattamento o alle semplici informazione e raccomandazione di smettere (ADVICE).

### 3.4.9 Tecniche di rilassamento

L'utilizzo di tecniche di rilassamento ha l'obiettivo di fornire al fumatore strumenti per la gestione dell'ansia e delle situazioni di stress che possono favorire il mantenimento dell'abitudine e sono spesso identificate tra le principali cause dei tentativi di smettere. Queste tecniche vengono generalmente applicate nell'ambito di interventi cognitivo-comportamentali e hanno una doppia valenza: eventualmente registrate su cassetta [Wynd 2005] oppure rievocate mentalmente a casa, rappresentano di per sé una tecnica quotidiana di controllo dell'ansia. La tecnica è vantaggiosamente usata anche a livello di gruppo. Non vi sono prove di una efficacia di queste tecniche utilizzate da sole. Una delle tecniche più conosciute è il Training Autogeno, ma non vi sono evidenze di una sua maggiore efficacia rispetto ad altre tecniche.

IV	L'utilizzo di terapie alternative deve rientrare in ambiti di ricerca mediante la definizione di rigorosi protocolli di studio da parte di operatori opportunamente formati.	C
3,8		

### 3.5 ARRANGE = attuare interventi per prevenire la ricaduta

Il *follow up* per la cessazione del tabagismo è quel periodo che segue il termine del periodo di trattamento, che, come si è visto nel paragrafo ASSIST, dovrebbe durare almeno tre mesi. Può avere obiettivi di rinforzo della motivazione a mantenere l'astinenza, e quindi di prevenzione della ricaduta, o obiettivi di valutazione di esito a medio-lungo termine.

Gli interventi di prevenzione della ricaduta perseguono esplicitamente la riduzione dei tassi di ricaduta successivi al successo del trattamento di cessazione. Generalmente mirano a formare e a costruire abilità per evitare le situazioni stressanti, per l'elevato rischio di ricaduta ad esse associato, così come le boccate di "assaggio" di sigarette, che sono una frequente causa di ricaduta [Kenford 1994]. Possono inoltre fornire informazioni su come gestire le situazioni di ricomparsa del *craving*.

Possono essere interventi di tipo cognitivo-comportamentale, generalmente con la trasmissione di abilità di riconoscimento e gestione di situazioni stressanti, così come interventi farmacologici di trattamento del *craving* o semplicemente il prolungamento del trattamento farmacologico di cessazione [Hajek 2005].

Possono poi essere erogati nell'ambito di incontri singoli o di gruppo, per telefono, oppure tramite la fornitura di materiali. Inoltre i contatti telefonici e gli incontri possono essere sia reattivi, cioè determinati da una scelta dell'ex-fumatore che ha smesso, sia proattivi, per i quali l'ex-fumatore viene attivamente invitato ad una visita di *follow up* o contattato telefonicamente.

Non è dimostrata una chiara efficacia di interventi successivi al termine del trattamento da parte degli operatori sanitari che hanno seguito le fasi precedenti [Hajek 2005, Lancaster 2006].

L'unico intervento che risulta più utile rispetto al controllo, rappresentato dalla consegna di materiali, è il prolungamento del trattamento con sostitutivi della nicotina [Hajek 2005].

1a	Nessun intervento per la prevenzione delle ricadute dovrebbe essere previsto dopo il termine del trattamento una volta raggiunta l'astinenza.	A
2,4		

1a	Nel caso di fumatori con un grado di dipendenza elevato deve essere preso in considerazione il prolungamento del trattamento sostitutivo con nicotina al fine di prevenire la ricaduta.	<b>A</b>
4,0		

Anche dopo il termine del programma di cessazione, ogni richiesta di sostegno, telefonica o di persona, deve comunque tradursi nella presa in carico del soggetto e, in caso di *craving* (desiderio compulsivo che comporta perdita di controllo nella ricerca e uso della sostanza che ha prodotto dipendenza, anche in presenza della coscienza delle conseguenze sociali e sulla salute), deve essere presa in considerazione l'opportunità di instaurare un trattamento anti-*craving* [Kleber 2006].

1b	Se una volta trascorsi tre mesi dalla cessazione il fumatore lamenta ancora <i>craving</i> , deve essere instaurata una terapia con bupropione.	<b>A</b>
3,7		

In ogni occasione di contatto con l'assistito il MdF si informa sulla situazione, fornisce rinforzi positivi in merito ai risultati ottenuti, verifica la *compliance* del soggetto ai trattamenti prescritti (comportamentale/farmacologico), indaga circa l'esistenza di situazioni che hanno messo il soggetto a rischio di ricaduta, analizza le situazioni difficili insieme al suo assistito.

In questi contatti vanno opportunamente valutati gli effetti collaterali dovuti alla sospensione del fumo (*craving*, irritabilità, difficoltà a concentrarsi, insonnia, aumento di peso, stipsi), che dovrebbero essere oggetto di interventi specifici. A questo proposito si veda la Linea Guida dell'Istituto Superiore di Sanità [Zuccaro 2002].

Un contatto con il soggetto che ha concluso con successo un trattamento andrebbe programmato entro la prima settimana dal raggiungimento dell'astinenza per congratularsi con l'assistito e ribadire che in caso di necessità è possibile rivolgersi nuovamente al Medico di Famiglia o al Centro per il Trattamento del Tabagismo.

Sedute per la costruzione di abilità per la prevenzione della ricaduta possono essere previste limitatamente ad alcune popolazioni speciali nelle quali il passaggio temporale da una fase di "rischio aggiuntivo" ad una fase di rischio standard sia particolarmente repentino: donne già fumatrici immediatamente dopo il parto e/o dopo la fine dell'allattamento e soggetti cardiopatici acuti nel passaggio ad una fase di post acuzie.

L'eventuale recidiva non deve essere vissuta come un fallimento né da parte del medico né da parte del fumatore e deve essere trattata come una normale riacutizzazione (terapia comportamentale/farmacologica).

L'atteggiamento dell'operatore deve essere volto a fornire sostegno e incoraggiamento, evitare di colpevolizzare il soggetto, affiancare il soggetto nel valutare il motivo della recidiva (stress; aumento di peso; ansia; depressione; riduzione della motivazione; fattori sociali; ecc.), spronare il soggetto mettendo l'accento sui successi ottenuti e spiegando che ogni esperienza fornisce maggiori conoscenze e quindi è di aiuto nell'avvicinarsi al successo.

Alla base di tutto vi è la necessità di non perdere il rapporto con il soggetto e di non perdere di vista l'obiettivo finale. Si cercherà di convincere il soggetto a ripetere il tentativo mediante terapia comportamentale, altrimenti si proporrà l'impiego farmacologico.

Sembra importante nei casi di mancato raggiungimento dell'astinenza malgrado la terapia con sostituti della nicotina, in primis non interrompere la terapia con nicotinici (cerotti), perché a volte la cessazione subentra improvvisamente dopo un trattamento prolungato; e secondariamente prendere in considerazione una posologia più alta (studi fatti su terapie prolungate con 35 mg/die di nicotina transdermica).

IV	Se durante una terapia di durata standard con sostituti della nicotina non viene raggiunta l'astinenza, si dovrebbe continuare la terapia, prendendo in considerazione eventualmente di aumentare il dosaggio del farmaco.	<b>C</b>
3,6		

Inoltre l'assunzione dei farmaci associati (bupropione, nortriptilina) non deve essere sospesa troppo precocemente dopo il raggiungimento dell'astinenza.

Allo scopo di valutare l'esito del programma di cessazione attuato, deve essere previsto un contatto telefonico a sei e dodici mesi dopo il termine del trattamento da parte dell'operatore che ha seguito il soggetto. In quel contatto dovrà essere chiesto se, dopo la data di cessazione, il soggetto ha ancora fumato, anche solo occasionalmente. L'informazione deve essere annotata sulla cartella clinica insieme eventualmente al numero di sigarette fumate e alla frequenza dell'uso. L'assistito deve essere informato di questa procedura al momento dell'inizio del programma terapeutico. Un accordo fra il CTT e il Medico di Famiglia può prevedere la cooperazione in questa fase.

IV	Un <i>follow up</i> attivo deve essere previsto 6 e 12 mesi dopo il termine della terapia, a scopo di valutazione dell'esito.	<b>C</b>
4,3		

Come strategia secondaria, mirata alla riduzione dei rischi nei fumatori che hanno intrapreso numerosi tentativi senza successo, può essere presa in considerazione l'*harm reduction* (riduzione del danno) [Shields 2002]. Questa mira a sostituire del tutto o in parte il consumo di sigarette con prodotti teoricamente meno dannosi: farmaci sostitutivi, *smokeless cigarettes*, *snus* (bustine di tabacco da tenere in bocca) [Stead 2005c]. Nonostante alcuni studi suggeriscano che il trattamento sostitutivo nicotinicoprotratto riduca il consumo contemporaneo di sigarette [Hatsukami 2004] e che prodotti in commercio in alcuni paesi quali lo *snus* siano in grado di ridurre sostanzialmente la mortalità [Rodu 2004], la presenza di rischi associati a tali prodotti e l'assenza di evidenze conclusive che tengano conto degli aspetti economici e dei rischi complessivi [Roth 2005, Fagerstrom 2000] non supportano l'adozione di raccomandazioni specifiche in queste Linee Guida.



## 4 Categorie particolari di utenti

### 4.1 Donne gravide e famiglie libere dal fumo

La quota di donne fumatrici in età fertile rimane piuttosto consistente (oltre il 20% nel 2003 sia in Italia che in Piemonte secondo i dati Istat), nonostante siano ampiamente dimostrate sia le conseguenze del fumo in gravidanza sullo sviluppo del feto sia quelle del fumo passivo per la crescita del bambino. A questo proposito il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)) sottolinea l'importanza di favorire la sospensione del fumo in gravidanza tramite interventi di informazione, educazione, organizzazione di sistemi di assistenza per le donne che fumano in gravidanza e le donne in età fertile nell'ambito delle strutture operanti nel settore.

Già nel periodo preconcezionale il fumo di tabacco incide negativamente sulla fecondità di uomini e donne e le donne fumatrici che assumono contraccettivi orali presentano un rischio 20 volte maggiore di sviluppare una malattia tromboembolica. In corso di gravidanza il fumo è invece associato in maniera statisticamente significativa a complicanze per la donna (gravidanza extrauterina, aborto spontaneo, inserzione bassa della placenta, rottura precoce delle membrane) e a numerosi effetti dannosi per il bambino (basso peso alla nascita, parto prematuro, mortalità perinatale, disturbi cognitivi). Alcuni studi hanno inoltre dimostrato che l'esposizione dei neonati al fumo passivo aumenta il rischio di SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*) ed è correlata con un'alta percentuale di bronchiti acute e di bronco polmoniti, di esacerbazioni di asma bronchiale e di otiti acute dell'orecchio medio [Sbroglì 2002].

L'indagine Multiscopo Istat sulle "Condizioni di salute e Ricorso ai Servizi Sanitari 1999 – 2000" [Istat 2002] ha rilevato che tra le donne fumatrici in età fertile circa il 62% smette spontaneamente di fumare una volta iniziata la gravidanza, il 30% riduce il consumo, mentre un 8% circa continua a fumare. Questo dato è confermato anche per il Piemonte da un'indagine condotta su un campione di donne afferente al principale Ospedale Ostetrico-Ginecologico della regione [Charrier 2006].

I dati di letteratura riportano come la gravidanza sia un periodo di particolare sensibilità e ricettività per i consigli sulla salute, sia per i frequenti disturbi neurovegetativi che comportano spesso una brusca riduzione o cessazione del consumo di sigarette, sia per l'instaurarsi di nuove abitudini che favoriscono il consolidamento dell'abitudine al non fumo. Per questi motivi gli interventi preventivi offerti in questo momento risultano particolarmente efficaci [Lumley 2005]: il *counselling* anti-tabagico avrebbe infatti, durante la gravidanza, un'efficacia 2-4 volte superiore rispetto allo stesso intervento somministrato alla popolazione generale [Castellanos 2000] e l'implementazione di interventi per la cessazione dell'abitudine al fumo è dunque raccomandata in tutti i contesti di assistenza materno-infantile.

Una meta analisi di comparazione dell'efficacia di interventi di cessazione minimi (*minimal advice* accompagnato dalla distribuzione di materiale di auto aiuto ed invio ad un programma di cessazione) ed interventi di tipo più strutturato (*counselling* più intensivo accompagnato dalla distribuzione di materiale informativo, invio ad un programma di cessazione e *follow up*) effettuati in donne gravide ha messo in evidenza un aumento del tasso di cessazione di circa 3 volte di questi ultimi (OR 2,8; IC 95% 2,2-3,7) [Fiore 2000].

Quando indispensabile, è bene prescrivere a queste donne nicotina *short acting* ed effettuare la somministrazione dopo l'allattamento in madri che allattano, in modo da esporre il feto o il lattante alla minor dose possibile di nicotina.

Il bupropione è invece controindicato.

Ia	A tutte le fumatrici che hanno intrapreso o intendono intraprendere una gravidanza va offerto un esteso e completo intervento di tipo psicologico-comportamentale che deve andare al di là del semplice consiglio di smettere di fumare.	<b>A</b>
4,8		

IV	Il trattamento delle donne in gravidanza dovrebbe prevedere soprattutto interventi motivazionali e psicologici, riducendo gli interventi farmacologici.	<b>C</b>
4,8		

Per quanto riguarda le ricadute, circa il 25% delle donne che ha smesso di fumare spontaneamente all'inizio della gravidanza ricomincia prima del parto, mentre sei mesi dopo il parto almeno 8 donne su 10 ricominciano a fumare [Castellanos 2000, Fang 2004, Hajek 2005, Price 2006].

IV	A causa dell'alto numero di ricadute dopo il parto, particolare impegno deve essere profuso da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti per mantenere la condizione di astinenza della donna in questo periodo.	<b>C</b>
4,7		

Va tenuto inoltre in considerazione che alcuni studi suggeriscono che il tabagismo della gestante predisporre il cervello del nascituro ad acquisire, giunto all'età adolescenziale, la dipendenza da nicotina [Buka 2003]. Il comportamento dei genitori durante l'infanzia potrebbe poi attualizzare la predisposizione neurobiologica, che potrebbe rimanere invece silente qualora il bambino crescesse in un ambiente completamente libero dal fumo. Entrambi i genitori dovrebbero quindi essere coinvolti in programmi di cessazione del tabagismo, così come gli eventuali altri conviventi, allo scopo di creare un ambiente in cui il bambino possa crescere senza essere esposto al fumo passivo e senza vivere l'abitudine al fumo di tabacco come normale.

L'Agenda di Salute che in Piemonte viene consegnata alla nascita dei bambini serve a raccogliere tutti i dati relativi alla loro salute e a renderli disponibili, oltre che ai genitori, ai diversi operatori dei servizi per l'infanzia. Attraverso la registrazione dell'abitudine al fumo dei genitori, la valutazione del rischio di tabagismo potrebbe essere inserito nella normale routine dei "Bilanci di Salute", momenti di incontro tra pediatra e genitori finalizzati ad un confronto periodico sulla salute del bambino. L'agenda offre inoltre un calendario degli appuntamenti di prevenzione importanti per la vita del bambino (esami, vaccinazioni...) e una serie di messaggi di educazione alla salute, fra i quali potrebbero essere inseriti alcune raccomandazioni rivolte ai genitori fumatori.

La prevenzione del tabagismo dovrebbe essere introdotta nei Bilanci di Salute attraverso le seguenti azioni:

- individuare i genitori fumatori
- fornire informazioni circa i danni del fumo passivo
- effettuare interventi di *counselling*
- monitorare il percorso del genitore fumatore (*follow up, reminder*).

IV	Programmi di cessazione dovrebbero essere proposti a nuclei familiari comprendenti nati e bambini.	<b>C</b>
4,8		

## 4.2 Adolescenti

La grande maggioranza dei fumatori si avvicina al tabacco durante l'adolescenza [Currie 2004]. Alcuni studi suggeriscono che gli interventi di prevenzione scolastici siano efficaci nel ridurre i tassi di iniziazione ma non nel far cessare i giovani con una abitudine già consolidata [Johnson 1986, Faggiano in stampa].

D'altra parte gli interventi specificatamente concepiti per la cessazione in età adolescenziale non hanno accumulato, in una revisione sistematica che ha incluso 15 studi randomizzati, prove sufficienti di efficacia [Grimshaw 2006]. Nonostante gli interventi multicomponenti siano apparsi come quelli più promettenti, la debolezza metodologica dei metodi per la valutazione dell'astinenza adottati da quasi tutti gli studi fanno sospettare un ruolo importante del *bias* di informazione.

Queste evidenze rendono cruciale il ruolo delle figure di riferimento: quando il tabagismo è condiviso come stile di vita normale, non biasimato dagli insegnanti, dai genitori e dal personale sanitario, sovente fumatori loro stessi, le azioni di prevenzione rischiano di non avere efficacia. Tutte le figure di riferimento dovrebbero essere coscienti del loro ruolo di modello e assumere comportamenti protettivi nei confronti della salute dei giovani.

Il fumo dei genitori condiziona fortemente il comportamento giovanile: solo il 15% dei figli di non fumatori consuma tabacco, contro il 35,4% dei figli di genitori entrambi fumatori [Istat 2002]; gli interventi sui genitori hanno quindi un effetto positivo anche sui figli adolescenti, anche nei confronti dell'abuso di altre sostanze, in particolare alcol e cannabis [Courtois 2007].

Nell'ambito del Servizio Sanitario, il tabagismo dovrebbe essere oggetto di un intervento diagnostico sistematico da parte dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Famiglia. Tale momento di *screening* dovrebbe avvenire con un approccio che tenga conto delle caratteristiche psicologiche di questa età; un approccio troppo energico, ad esempio, potrebbe esporre al rischio di provocare la cosiddetta "reattanza psicologica", e di rendere nullo, o peggio controproducente, l'intervento del medico.

La scuola potrebbe svolgere un ruolo essenziale, sia formativo che normativo. È auspicabile che il divieto di fumare nelle scuole venga applicato in modo rigoroso. Altre iniziative potrebbero essere sperimentate, quali la domanda all'atto dell'iscrizione ad una scuola superiore riguardo al fumo, la riserva di crediti di attività extrascolastiche per l'abbandono (verificabile) della dipendenza da fumo, l'offerta di interventi di cessazione organizzati dal Servizio Sanitario. In generale però gli interventi di cessazione in età adolescenziale, considerando la complessità dei fattori in gioco [Grimshaw 2006], dovrebbero essere limitati a rigorosi studi di valutazione dotati di un protocollo di ricerca elaborato in modo multidisciplinare.

IV	La scuola dovrebbe promuovere la cessazione del tabagismo, tramite un ruolo educativo e normativo.	<b>C</b>
4,6		

## 4.3 Stranieri afferenti ai Centri ISI

Per gli stranieri un ruolo importante per ridurre l'abitudine al fumo può essere svolto da mediatori culturali, soprattutto quando i soggetti non siano provvisti di permesso di soggiorno e afferiscano ai servizi che la Regione prevede per il trattamento di patologie non urgenti, la prevenzione e l'educazione sanitaria (Centri ISI - Informazione Sanitaria Immigrati).

I centri ISI dovrebbero prevedere attività sistematica di informazione, supporto e intervento, in collaborazione con il CTT di zona.

IV	I centri ISI dovrebbero promuovere interventi di cessazione del tabagismo per i propri utenti, in collaborazione con i CTT.	<b>C</b>
4,4		

L'attribuzione dei costi del trattamento farmacologico per gli immigrati che si rivolgono al centro ISI segue le stesse regole dei cittadini residenti mediante attribuzione del codice STP (Stranieri Temporaneamente Presente).

### **4.4 Soggetti ricoverati e/o portatori di altre patologie**

I soggetti che necessitano di un ricovero o comunque portatori di altre patologie richiedono un'attenzione particolare da parte dell'operatore sanitario ospedaliero o del territorio che lo ha in carico, soprattutto quando si tratti di portatori di patologie cardiovascolari o respiratorie. È dimostrata l'innocuità del trattamento con sostituti della nicotina in soggetti con angina stabile, purché sia certa la sospensione dal fumo [WGSTNPC 1994]; particolare attenzione deve essere posta ai soggetti affetti da patologie neurologiche o sottoposti a trattamenti che possano interferire con il bupropione (si vedano anche gli effetti collaterali dei singoli farmaci).

Un ostacolo particolare ai trattamenti del tabagismo è rappresentato dalla depressione, talora già presente sottosoglia prima dell'inizio del trattamento, talora imprevista, che insorge a trattamento avviato; ciò accade più frequentemente nelle donne e rappresenta un ostacolo serio al raggiungimento dell'astinenza.

Tipico da questo punto di vista, e confermato dai più recenti studi clinici, è il caso dei soggetti affetti da patologie pneumologiche, nei quali il tabagismo si associa con frequenza superiore alla popolazione generale a patologie depressive. La depressione secondaria a patologia respiratoria appare uno dei maggiori ostacoli al successo del trattamento del tabagismo [Tonnesen 2007].

Il ricovero in ospedale può costituire una occasione di approccio al soggetto fumatore. Il fumatore ospedalizzato può, tra l'altro, essere più incline ad aderire ad un programma di cessazione per due ragioni. La prima nasce dalla sensazione di vulnerabilità che il soggetto può provare dovendo affrontare una patologia, che magari ha nel fumo una concausa o un aggravante. La seconda origina dal fatto che gli ospedali sono per legge luoghi in cui è vietato fumare e il soggetto ricoverato si trova quindi a dover fronteggiare una situazione di astinenza forzata.

I vantaggi derivanti dalla cessazione potrebbero costituire un ulteriore stimolo motivazionale. I fumatori infatti presentano maggiori rischi all'anestesia e di complicazioni operatorie [Department of Health 1998, Jones 1985] che possono ridursi se si attua un trattamento di cessazione prima di un ricovero pianificato. Traggono benefici dalla cessazione del fumo di tabacco anche la radioterapia [Browman 1993] e le patologie fumo-correlate. Nei cardiopatici che continuano a fumare si ha una maggior probabilità che si verifichi un secondo infarto miocardico [Lightwood 1997, MRFITRG 1982]. Parimenti si riscontrano più frequentemente nuovi tumori maligni in soggetti che continuano a fumare dopo essere stati trattati con successo per un cancro del polmone, della testa o del collo [Fujisawa 1999, Gritz 1991, Kawahara 1998, Richardson 1993]. Il fumo inoltre influisce negativamente sulla guarigione di ferite e di fratture [Chang 1996, Grossi 1995, Jones 1985].

In caso di ricovero pianificato, sarebbe opportuno che l'OpMG proponesse all'assistito di iniziare il percorso di cessazione già prima del ricovero.

In ogni caso, a tutti i soggetti ricoverati deve essere chiesto se fumano e per i fumatori dovrebbe essere attuato l'intervento delle 5A. A questo scopo ogni ospedale deve garantire l'adeguata formazione del personale sanitario, nonché la disponibilità dei presidi e delle figure professionali necessarie per l'attuazione dei programmi di cessazione raccomandati dalla presente Linea Guida. A tali fini gli ospedali potrebbero avvalersi della collaborazione dei Centri per il Trattamento del Tabagismo presenti sul territorio, con i quali potrebbero anche attivare delle convenzioni specifiche e delle corsie ad hoc per la presa in carico dei fumatori prima e/o dopo il ricovero.

la	Tutti i fumatori che vengono ricoverati in ospedale o in <i>day-hospital</i> devono poter accedere al percorso per la disassuefazione dal tabagismo in ospedale.	<b>A</b>
4,2		

Tutte le tappe del percorso di cessazione attuate durante il ricovero, nonché gli esami effettuati ad hoc (spirometria di base, saturimetria, eventuale emogasanalisi e radiografia del torace) devono essere registrati nella cartella clinica. Tali informazioni devono inoltre essere riportate sulla lettera di dimissione. Il percorso di cessazione deve infatti proseguire una volta terminato il ricovero [Rigotti 2002]. La continuazione della terapia o il *follow up* possono avvenire presso l'OpMG o presso un CTT.

L'attività di promozione della cessazione da parte del personale sanitario dell'ospedale non dovrebbe limitarsi al solo paziente, ma potrebbe estendersi ai parenti, in particolare se fumatori e conviventi.

#### 4.5 Fumatori con disagio psichico

I Centri per la Salute Mentale devono prevedere un'attività di *counselling* ai propri assistiti fumatori. A tal fine il personale sanitario di ogni centro dovrebbe ricevere accurata formazione e sostegno dal CTT di zona.

Ogni volta che l'intervento sia accettato dal soggetto sarebbe opportuno considerare un invio al CTT di riferimento del fumatore, con tempestiva segnalazione del caso e delle sue caratteristiche. Un livello di collaborazione molto buono fra gli attori dell'intervento è indispensabile in questi casi.

In questi soggetti il bupropione e la nortriptilina possono essere sconsigliabili o necessitare di speciale sorveglianza medica a seconda della patologia mentale di base e/o della concomitante psicofarmacoterapia in corso.

#### 4.6 Fumatori con dipendenza da altre sostanze

Poiché almeno il 20% di coloro che si rivolgono ai servizi di cessazione del fumo di tabacco ha una storia di abuso o dipendenza da alcol [Brandon 1994, Breslau 1994, Breslau 1995, Glassman 1988, Hall 1993], nel caso di un fumatore, oltre a incoraggiare il soggetto a interrompere l'abitudine al fumo, dovrebbe essere indagato l'uso di altre sostanze e, se indicato, dovrebbe essere effettuato l'invio ai servizi specialistici per le dipendenze da sostanze e da alcol.

Fra i soggetti che abusano di alcol e sostanze, l'abitudine al fumo di tabacco si presenta con una frequenza ben al di sopra di quella media della popolazione (più del 70%) [Budney 1993, Clemmey 1997, DiFranza 1990]. Per esempio, nella coorte piemontese dello Studio VEdeTTE, la percentuale di fumatori tra i tossicodipendenti da eroina è del 95,4%. Tuttavia la cessazione del fumo di tabacco non è solitamente una parte importante degli interventi clinici con questi utenti poiché l'attenzione è centrata sull'uso di alcol o delle altre sostanze e questi soggetti chiedono raramente di essere messi in trattamento per la dipendenza da tabacco.

Circa la metà dei fumatori con dipendenza da altre sostanze non è interessata ad interrompere la sua abitudine al tabacco [Hughes 1995] e così difficilmente trarrebbe beneficio dai trattamenti per aumentare la motivazione e la disponibilità al cambiamento. Per l'altra metà, interessata all'interruzione dell'abitudine, è poco chiaro se sia meglio per loro smettere di fumare tabacco contemporaneamente, subito dopo o dopo un lungo periodo rispetto al momento in cui interrompono l'uso di droga o di alcol [Hughes 1995]. Una ragione a favore dello smettere di fumare tabacco nello stesso momento in cui si interrompe l'uso di droga o di alcol è che ogni sostanza agisce come stimolo per l'uso dell'altra sostanza; quindi, arrestando l'uso di entrambe le sostanze, tali stimoli sono eliminati. La ragione principale a favore dello smettere di fumare tabacco a distanza di tempo dall'interruzione dall'uso di droga o di alcol è che spesso interrompere

quest'ultimo è una preoccupazione più urgente e che interrompere due dipendenze nello stesso momento è troppo difficile. Data l'assenza di dati empirici, le preferenze dei soggetti su quando smettere di fumare tabacco rispetto al trattamento di abuso di droga o di alcol dovrebbero essere rispettate. Comunque, essendo improbabile che i fumatori che hanno problemi in atto con droga o alcol smettano di fumare definitivamente senza superare i problemi con droga o alcol [Hughes 1995], nella maggior parte dei casi, i problemi di abuso di droga o di alcol dovrebbero essere trattati prima o contemporaneamente al trattamento di dipendenza dalla nicotina.

Una preoccupazione comune è che la cessazione del fumo di tabacco possa causare la ricaduta nell'uso di droga o di alcol. La maggior parte dei dati disponibili non sostengono questo [Hughes 1995].

Secondo alcune evidenze, continuare a fumare tabacco influisce negativamente sul trattamento per la dipendenza da cannabis.

Il tasso di successo in termini di cessazione del fumo di tabacco per le persone con dipendenza da oppiacei è inferiore a quello nella popolazione generale.

Ci sono evidenze che le persone con dipendenza da alcol abbiano tassi di successo simili alla popolazione generale in termini di cessazione del fumo di tabacco e che l'astensione dal fumo di tabacco non aumenti la probabilità di ricaduta nell'abuso di alcol [Sullivan 2002]. In due studi, l'80%-85% degli alcolisti in remissione né hanno segnalato un aumento del *craving* per l'alcol, né sono ricaduti nell'uso di alcol quando hanno smesso di fumare tabacco [Glassman 1993, Hughes 1995]. Anzi, studi di correlazione suggeriscono che la cessazione del fumo di tabacco può fare diminuire la probabilità della ricaduta nell'uso di alcol [Hughes 1995]. Tuttavia, in questo gruppo è suggerito un controllo frequente per contribuire ad impedire che il restante 15%-20% ricada nel bere durante il periodo di astensione dal fumo di tabacco. Anche se l'ipotesi non è stata empiricamente testata, i fumatori che hanno una storia di aumento del *craving* per l'alcol durante l'astensione dal fumo di tabacco potrebbero rientrare in terapia per l'alcolismo o intensificarla o potrebbe essergli prescritto un periodo di trattamento con disulfiram.

### 4.7 Detenuti

La prevalenza del fumo nelle carceri e in altri istituti residenziali è molto alta. Al momento non sono disponibili evidenze derivanti da trial controllati relativamente all'efficacia di programmi di supporto comportamentale in questi contesti, ma è in corso di valutazione un intervento pilota. Appare ragionevole valutare la domanda di questo tipo di trattamenti in tali istituzioni e, in assenza di altre priorità, approntare servizi che soddisfino tale domanda. Il supporto alla cessazione dovrebbe essere svolto con regolarità anche nei centri di detenzione penitenziaria dai medici interni alla struttura. Il sistema carcerario dovrebbe assicurare la disponibilità di sostituti della nicotina per i detenuti che desiderino smettere di fumare.

Un supporto diretto potrebbe essere loro fornito dai CTT più vicini.

Nell'ambito dell'organizzazione carceraria è auspicabile la creazione di aree libere dal fumo per i detenuti non fumatori.

## 5 Strategie per l'implementazione, l'assicurazione di qualità e la valutazione di queste Linee Guida

L'adozione delle raccomandazioni riportate da una Linea Guida di pratica medica non è automatica, ma richiede la definizione di una strategia coerente che comprenda la produzione di materiali adatti ai diversi destinatari (operatori del primo contatto, Medici di Famiglia, Centri per il Trattamento del Tabagismo, fumatori), una definizione dei soggetti coinvolti nelle diverse fasi, un progetto di valutazione e risorse sufficienti [Feder 1999]. In simili condizioni, un recente studio randomizzato ha dimostrato che i fumatori che accedevano ai servizi di intervento avevano il 16,4% di probabilità di non fumare a 2 mesi e il 15,4% a 6 mesi, contro il 5,8% e il 9,8% rispettivamente per il controlli [Katz 2004].

### 5.1 Presentazione dei documenti

Per essere utilizzate meglio, le Linee Guida devono essere presentate in diversi modi, che ne esaltino da un lato l'aspetto formativo-esplicativo, dall'altro la semplicità di utilizzo, anche prevedendo la varietà dei possibili utenti [PNLG 2004]. Dovranno quindi essere previste delle presentazioni di questa Linea Guida almeno nei seguenti formati:

- opuscolo, di formato ridotto, di non più di 60 pagine, per l'uso nella pratica
- un depliant con funzione di promemoria, con la presentazione delle principali raccomandazioni cliniche sotto forma di flow-chart
- un prodotto sintetico su carta per il fumatore che accede al servizio
- un sito internet per l'accesso elettronico.

### 5.2 Ruoli della Regione

L'Amministrazione Regionale ha due ruoli distinti: quello di incentivare l'adozione delle Linee Guida a livello di Azienda Sanitaria, e quello di mettere in pratica gli interventi a livello di popolazione.

Per incentivare l'adozione delle Linee Guida a livello di Azienda Sanitaria, è possibile prevedere l'utilizzo dei seguenti interventi:

- costituzione di un Gruppo Regionale di Coordinamento della implementazione, con funzioni di supporto e monitoraggio dei cambiamenti
- assegnazione al Gruppo Regionale di Coordinamento del mandato di elaborare un progetto per la completa implementazione delle Linee Guida nell'arco di alcuni anni
- assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori Generali
- definizione della formazione alla cessazione del tabagismo come obiettivo di formazione regionale per gli operatori delle strutture sanitarie di primo contatto, gli Operatori di Medicina Generale, gli operatori dei CTT, il personale ospedaliero
- assegnazione di specifici finanziamenti.

Per quanto riguarda gli interventi a livello di popolazione, la cui analisi completa è riportata nel capitolo 2.1 di questa Linea Guida, gli interventi di comunicazione hanno la priorità maggiore. Le esperienze internazionali hanno dimostrato che gli interventi clinici rivolti al singolo fumatore possono essere efficacemente supportati da alcuni interventi di comunicazione a livello di popolazione con l'obiettivo di:

- motivare il fumatore a smettere di fumare
- informarlo dei percorsi disponibili a tale fine nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

La comunicazione dovrebbe avvenire attraverso:

- 1 l'organizzazione di una campagna di mass media, che potrebbe contribuire a diffondere messaggi diversi:
  - normativi, con l'obiettivo di diffondere la percezione che la norma nella nostra società è non fumare, e per i fumatori è cessare, focalizzandosi sul mondo giovanile
  - di salute, relativi ai vantaggi per la salute, immediati e a lungo termine, che la cessazione produce nel fumatore
  - di informazione, relativi alle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario ed ai percorsi per accedervi
2. la produzione di materiali informativi, finalizzati:
  - alla promozione della cessazione, i cui contenuti potrebbero ricalcare quelli della campagna medica
  - all'informazione sulle risorse per la cessazione disponibili nel Servizio Sanitario e sui percorsi raccomandati per accedervi
  - all'auto-aiuto, per offrire cioè un supporto ai fumatori che decidessero di smettere senza l'aiuto professionale.

I materiali informativi e la campagna di mass media dovrebbero avere una immagine coordinata tale da favorire una omogeneità di immagine degli interventi a livello di tutta la regione e dei differenti servizi coinvolti. Questa immagine potrebbe essere anche applicata ai servizi impegnati nel trattamento della cessazione (i CTT) ed eventualmente negli ambulatori dei Medici di Famiglia più impegnati nel promuovere la cessazione dei propri assistiti, per il disegno di indicazioni, insegne ecc.

### 5.3 Assicurazione di qualità

L'accreditamento è riconosciuto come strumento efficace di assicurazione di qualità [Collopy 2000]. La Regione Piemonte si è dotata, con la DGR 616/2000, degli strumenti per l'accreditamento delle strutture sanitarie. Recentemente, con la DGR 10/04/2006 n° 60-2595 la Regione ha ridefinito le attività di accreditamento con l'obiettivo di includere dei percorsi assistenziali di riferimento e un set di indicatori per monitorare applicazione e risultati di tali percorsi. L'accreditamento si sta quindi indirizzando dai requisiti strutturali, come in origine interpretati, ai processi, al fine di promuovere anche il miglioramento di questi ultimi.

Nonostante fino ad ora l'accreditamento si sia limitato ai servizi di diagnosi e cura, questo nuovo strumento, che accoglie la complessità del processo, potrebbe essere utilmente applicato ai programmi di cessazione del tabagismo a livello di Azienda Sanitaria. Potrebbero essere definiti requisiti di struttura relativi ai Centri per il Trattamento del Tabagismo così come potrebbe essere costruito un percorso assistenziale di riferimento che includa il livello del primo contatto, quello del Medico di Famiglia e quello del CTT.

Un prerequisito di tale scelta è l'adozione di un sistema informativo individuale in grado di seguire il soggetto almeno dal primo contatto con il CTT (vedi capitolo 5.6 - Valutazione di processo).

### 5.4 Strategia standard di implementazione nelle Aziende Sanitarie

L'applicazione delle raccomandazioni riportate nella Linea Guida richiede una riorganizzazione dei servizi direttamente coinvolti e la messa in opera di procedure specifiche. Alcuni strumenti sono risultati più efficaci di altri e sono raccomandati dal Piano Nazionale Linee Guida [PNLG 2004].



A tal fine le Aziende Sanitarie dovrebbero:

1. costituire un Gruppo Locale di Coordinamento (GLC), composto da: Direzione Sanitaria, Direzione di Prevenzione, Dipartimento di Prevenzione, CTT, RePES, MdF, Distretto
2. identificare uno o più facilitatori a cui assegnare il coordinamento del processo di implementazione. In una esperienza di implementazione risultata efficace i facilitatori erano un medico ed una infermiera [Katz 2004] e si occupavano della formazione oltre che del coordinamento dell'intervento.

Le Aziende Sanitarie partecipanti saranno tenute a stendere un progetto locale di implementazione entro 2 mesi dalla costituzione del GLC, sulla cui base potranno essere assegnati finanziamenti specifici.

Occorre prevedere di:

1. costituire/riorganizzare la rete dei Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) secondo le raccomandazioni di questa Linea Guida
2. formare il personale dei CTT attraverso:
  - un corso di perfezionamento sul Tabagismo (10-40 h con esenzione dall'ECM per 1 anno)
  - un corso di Master in medicina delle dipendenze (1° o 2° livello, annuale o biennale), da riservare in via prioritaria ai direttori

Obiettivi di questa formazione sono:

- il percorso e gli strumenti raccomandati dalle Linee Guida
- la presa in carico dei casi complessi
- le modalità di collaborazione in rete con i MdF della propria Azienda
- il proprio ruolo nel sistema di valutazione di processo

I Medici di Famiglia identificati come referenti per il livello specialistico nella aree a bassa densità abitativa (vedi capitolo 5.5 - Altre strategie di implementazione da sottoporre a sperimentazione) dovrebbero approfondire le proprie conoscenze e competenze accedendo al Corso di Perfezionamento sul Tabagismo

3. formare gli operatori del primo contatto (farmacisti, dentisti, personale dei consultori territoriali, personale del CUP) attraverso, alternativamente:
  - un corso breve di 1-2 h
  - un corso *e-learning*
  - l'invio di materiali

Obiettivi di questa formazione sono:

- la conoscenza delle strutture deputate alla cessazione del tabagismo nella propria Azienda
- la capacità di rispondere a richieste di informazioni relativamente ai percorsi di cessazione

4. formare i Medici di Famiglia al proprio ruolo attraverso:
  - un corso breve di 2-4 h (tenuto eventualmente dagli operatori del CTT di riferimento). In una esperienza di implementazione risultata efficace il corso aveva durata di un'ora [Katz 2004, Katz 2002]
  - Corso di Perfezionamento progettato per i CTT, per i Medici di Famiglia che volessero approfondire le conoscenze e le competenze

Al fine di costruire una solida rete di collaborazione con i CTT, le occasioni di formazione dovrebbero essere per quanto possibile comuni, o comunque coinvolgere sempre operatori dei CTT. Si raccomanda di strutturare questa collaborazione attraverso incontri periodici programmati degli operatori del CTT con le equipe territoriali di zona. Questi incontri potrebbero rappresentare una opportunità di formazione continua e di revisione periodica e collegiale dell'attività, delle criticità ed eventualmente anche occasione di discussione di casi.

Obiettivi di questa formazione sono:

- la conoscenza dell'offerta di servizi specialistici per la cessazione nella propria Azienda
  - il percorso indicato dalle Linee Guida
  - l'uso degli strumenti raccomandati dalle Linee Guida (il *counselling*, i trattamenti farmacologici, le scale di valutazione ecc)
  - il proprio ruolo nel sistema di valutazione di processo
5. organizzare la distribuzione dei materiali informativi e di auto-aiuto. Presso i servizi di primo contatto, soprattutto farmacie e CUP, devono essere a disposizione degli utenti dei materiali informativi. Nello studio del MdF e nei locali del CTT devono essere presenti sia materiali informativi sia materiali di auto-aiuto
  6. organizzare occasioni periodiche di incontro fra MdF e CTT nell'ambito delle riunioni di Equipe Territoriale.

### 5.5 Altre strategie di implementazione da sottoporre a sperimentazione

A parte le strategie delineate nel paragrafo precedente, esistono alcune soluzioni specifiche che potrebbero migliorare l'implementazione delle Linee Guida a livello regionale. Si tratta di soluzioni che riguardano, ad esempio:

1. il supporto al MdF relativamente agli interventi di cessazione, al *follow up* dei soggetti e alle pratiche necessarie per il monitoraggio del programma. Le soluzioni possibili sono:
  - supporti per la gestione dell'ambulatorio come *reminders*, cartacei o inclusi in applicativi di gestione informatizzata della cartelle [Lancaster 2000]
  - un supporto da parte di personale infermieristico appositamente formato che potrebbe ruotare tra diversi medici per permettere l'organizzazione di sedute ambulatoriali specificamente dedicate al contatto e al trattamento dei fumatori
  - un supporto economico per estendere l'orario di attività dell'infermiere (e per la sua formazione) nel caso di ambulatori di medicina di gruppo
  - incentivazione economica sul modello del rimborso a prestazione
2. il livello specialistico in aree a bassa densità abitativa; i dati disponibili relativamente all'uso di servizi specialistici in funzione della distanza indicano, per lo *screening* dei tumori, che già per distanze superiori ai 15 minuti d'auto si evidenzia una riduzione della probabilità di accedere ad una prestazione raccomandata. È ragionevole assumere che questo tipo di barriera possa esistere anche per i fumatori inviati al CTT. Nella aree a bassa densità abitativa il Centro per il Trattamento del Tabagismo sarà presumibilmente distante dalla maggior parte della popolazione. Occorre valutare la fattibilità e i costi di soluzioni quali:
  - l'utilizzo di ambulatori mobili
  - l'individuazione di MdF che assumano, dopo adeguata formazione, il ruolo di specialista per la popolazione del circondario
3. diverse modalità di gestione degli invii al centro specialistico:
  - invio al CTT da parte di tutti i MdF di tutti i fumatori al di sopra di un certo livello di consumo
  - invio al CTT di tutti i fumatori al di sopra di un certo livello di consumo solo da parte dei medici che non hanno ambulatorio di gruppo
  - trattamento di tutti i fumatori nell'ambulatorio del MdF (con i supporti indicati sopra) e invio al CTT solo in seconda battuta dei casi difficili.

Le soluzioni sopra delineate potrebbero esser sperimentate nel corso di una fase pilota da attivare inizialmente in un numero limitato di aree con l'obiettivo, tra gli altri, di:

- identificare i punti critici della implementazione
- mettere alla prova le procedure
- valutare i costi reali.

La sperimentazione di queste soluzioni non deve compromettere la disseminazione delle Linee Guida a livello di tutte le Aziende regionali, che avrebbero comunque l'indicazione ad avviare gli interventi di comunicazione e di riorganizzazione della rete dei servizi e di formazione previsti dalla strategia standard di implementazione delineata sopra. Il Gruppo regionale di coordinamento (vedi sopra) potrebbe a questo scopo cadenzare l'implementazione a livello regionale, cominciando con alcune Aziende disponibili ad entrare nella sperimentazione, per poi proseguire con le altre che eseguirebbero la strategia standard.

La sperimentazione durerebbe 12 mesi, alla fine dei quali le strategie più efficaci potrebbero essere proposte alle altre Aziende.

Prerequisito per la sperimentazione è la definizione di:

- un sistema informativo specifico per la registrazione degli utenti dei CTT, (già operativo prima dell'inizio della implementazione sperimentale)
- una serie di *survey* ad hoc per la verifica dello stato di baseline relativamente ai processi richiesti dalla Linea Guida a livello del medico di base e del primo contatto.

La sperimentazione verrà valutata attraverso un disegno di osservazione prima-dopo, i cui dettagli e indicatori vengono descritti in un protocollo a parte.

## 5.6 Valutazione di processo

La valutazione di processo ha l'obiettivo di monitorare la messa in opera delle raccomandazioni da parte dei destinatari diretti, sia professionali che istituzionali. Attraverso di essa vengono valutate sia la predisposizione delle strutture che dei processi. A tal fine dovrà essere costruita una lista di indicatori, a partire dalle raccomandazioni contenute nella Linea Guida, in grado di misurare i due aspetti sopra citati. Un esempio di lista di indicatori è quella elaborata dai *Centers for Disease Control and Prevention* per la valutazione dei programmi di promozione della cessazione nella popolazione adulta e giovane, di cui in Tabella 9 è riportata una sintesi [Starr 2005]. Una volta definiti gli indicatori della valutazione, questi dovranno essere misurati in un periodo precedente l'inizio dell'implementazione delle Linee Guida, e successivamente in continuo.

Qualunque valutazione di processo richiede la definizione di un sistema informativo in grado di catturare le informazioni necessarie. Questo sarà costituito da uno strumento di raccolta delle informazioni relative agli interventi di popolazione, sia a livello di Regione che di Azienda Sanitaria, e a quelli individuali. Per questi ultimi sarà necessario che il programma di cessazione regionale si doti di un sistema informativo in grado di raccogliere le informazioni di accesso, di trattamento e di *follow up*, a livello individuale, a partire dai Centri per il Trattamento del Tabagismo e, in un secondo tempo, dai Medici di Famiglia. Il flusso informativo dovrebbe entrare al più presto nel debito informativo delle Aziende sanitarie nei confronti della Regione.

Attualmente è in corso di sperimentazione un sistema informativo per le dipendenze patologiche, elaborato nell'ambito di un programma regionale, denominato SPIDI (Sistema per l'Informatizzazione delle Dipendenze). Questo sistema raccoglie informazioni a livello individuale, è *web-centered*, è gestito dal CSI Piemonte, e utilizza la Rete unitaria della Pubblica Amministrazione (RUPAR). Questo potrebbe essere un vincolo in quanto alcuni CTT e i Medici di Famiglia sono, al momento, esclusi dall'accesso alla RUPAR. Avrebbe però il vantaggio di essere gratuito e già sperimentato.

Un progetto di fattibilità in tal senso è urgente.

**Tabella 9 Indicatori per la valutazione dei programmi di promozione della cessazione nella popolazione adulta e giovane**

<b>Outcomes di breve termine</b>
<b>Costituzione o incremento dell'uso dei servizi di cessazione</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di chiamate alle <i>quit line</i></li> <li>2. Numero di chiamate alle <i>quit line</i> da parte di fumatori che hanno sentito parlare delle <i>quit line</i> nelle campagne di mass-media</li> <li>3. Numero di chiamate alle <i>quit line</i> da parte di fumatori che hanno sentito parlare delle <i>quit line</i> da fonti diverse dalle campagne di mass-media</li> <li>4. Proporzioni di fumatori che hanno usato programmi di cessazione di gruppo</li> <li>5. Proporzioni di sistemi sanitari che hanno una <i>quit line</i> o che hanno un contratto con <i>quit line</i> nazionali</li> <li>6. Proporzioni di luoghi di lavoro con un programma proprio di cessazione o con un contratto con una <i>quit line</i></li> </ol>
<b>Aumento della consapevolezza, delle conoscenze, delle intenzioni di smettere e del supporto per politiche che supportano la cessazione</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Livello di consapevolezza dei messaggi delle campagne di mass-media sui rischi del fumo e sui benefici della cessazione</li> <li>2. Livello di ricettività dei messaggi delle campagne di mass-media sui rischi del fumo e sui benefici della cessazione</li> <li>3. Proporzioni di fumatori che hanno intenzione di smettere</li> <li>4. Proporzioni di fumatori che hanno intenzione di smettere usando metodi di cessazione efficaci</li> <li>5. Livello di promozione dell'aumento delle accise sulle tasse dei prodotti da fumo</li> <li>6. Proporzioni di fumatori che sono coscienti dei servizi di cessazione disponibili</li> <li>7. Proporzioni di fumatori che sono coscienti della propria copertura assicurativa per il trattamento di cessazione</li> <li>8. Livello di promozione dell'aumento della copertura assicurativa per il trattamento di cessazione</li> <li>9. Proporzioni di datori di lavoro che sono coscienti dei vantaggi del fornire una copertura per i trattamenti di cessazione</li> </ol>
<b>Aumento del numero di fornitori di cure (<i>health care providers</i>) e di aziende sanitarie (<i>health care systems</i>) che seguono le Linee Guida di sanità pubblica (<i>Public Health Service (PHS) guidelines</i>)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporzioni di fornitori di cure e di aziende sanitarie che hanno implementato completamente le Linee Guida di sanità pubblica</li> <li>2. Proporzioni di adulti ai quali che sono stati interrogati da un professionista sanitario a proposito del loro fumo</li> <li>3. Proporzioni di fumatori ai quali è stato raccomandato di smettere di fumare da parte di un professionista sanitario</li> <li>4. Proporzioni di fumatori che sono stati valutati a proposito della loro volontà di fare un tentativo di smettere da parte di un professionista sanitario</li> <li>5. Proporzioni di fumatori che sono stati assistiti nel loro tentativo di smettere da parte di un professionista sanitario</li> <li>6. Proporzioni di fumatori per i quali è stato disposto un <i>follow up</i> in relazione al loro tentativo di smettere</li> <li>7. Proporzioni di donne in gravidanza che dichiarano che un professionista sanitario ha loro raccomandato di smettere di fumare durante una visita prenatale</li> <li>8. Proporzioni di aziende sanitarie che hanno un sistema di sollecito del medico funzionante</li> </ol>
<b>Aumento della copertura assicurativa per i servizi di cessazione</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporzioni di assicuratori che rimborsano i servizi di cessazione</li> </ol>
<b>Outcomes intermedi</b>
<b>Aumento del numero di tentativi di cessazione e di tentativi che utilizzano metodi di comprovata efficacia</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporzioni di fumatori adulti che hanno fatto un tentativo di smettere</li> <li>2. Proporzioni di giovani fumatori che hanno fatto un tentativo di smettere</li> <li>3. Proporzioni di fumatori adulti e giovani che hanno fatto un tentativo di smettere usando metodi di comprovata efficacia</li> </ol>
<b>Aumento del prezzo dei prodotti del tabacco</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ammontare della accisa sui prodotti del tabacco</li> </ol>
<b>Outcomes a lungo termine</b>
<b>Aumento della cessazione nella popolazione adulta e giovane</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporzioni di fumatori che presentano una astinenza dall'uso del tabacco resistente</li> <li>2. Proporzioni di tentativi recenti riusciti</li> </ol>
<b>Riduzione nella prevalenza di uso di tabacco e nei consumi</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevalenza di fumatori</li> <li>2. Prevalenza di uso di tabacco durante la gravidanza</li> <li>3. Prevalenza di uso di tabacco nel post-parto</li> <li>4. Consumo pro-capite di prodotti del tabacco</li> </ol>

## 5.7 Valutazione di Impatto per la Salute

Trattandosi di un investimento di risorse cospicuo, per un problema di salute prioritario, l'implementazione delle Linee Guida a livello regionale dovrebbe essere sottoposto ad una valutazione di impatto per la salute con un disegno di studio formalizzato. Le variabili di *outcome* da valutare saranno quelle relative alla prevalenza di tabagismo e ai tentativi riusciti di cessare, indicati con *outcome* a lungo termine nella tabella in appendice. Come strumento di raccolta dell'informazione è necessario valutare la fattibilità dell'utilizzo di due fonti di dati correnti, di cui di seguito verranno elencati i vantaggi e gli svantaggi:

Multiscopo ISTAT:

- Vantaggi: Fonte di dati correnti, di qualità elevata e costante, dall'anno 2005 con una definizione a livello di Azienda Sanitaria
- Svantaggi: raccolta dati a livello familiare, per cui non può escludersi una distorsione delle informazioni relative ai giovani e alle donne.

Studio PASSI:

- Vantaggi: fonte di dati originata dalle Aziende Sanitarie, indagine telefonica individuale, potrà essere adattabile ad esigenze locali di indagine
- Svantaggi: indagine nuova, di cui non sono conosciuti i livelli reali di qualità, attualmente senza dati per la popolazione sotto il 18 anni.

Inoltre sarà valutato l'impatto del programma sugli effetti a breve termine sulla salute, come l'infarto del miocardio, le riacutizzazioni di patologie polmonari, attraverso l'archivio dei ricoveri ospedalieri (archivio SDO).

## 5.8 Valutazione Economica

L'implementazione delle linee a livello regionale implica un cospicuo investimento di risorse per un obiettivo di salute prioritario e richiede un adeguato programma di valutazione economica. Questa potrebbe articolarsi come:

- analisi costi-benefici: si tratta di determinare una misura monetaria dei vantaggi conseguenti l'implementazione delle Linee Guida. Ciò non è sempre semplice. Infatti, se da un parte l'evidenza empirica dimostra come i benefici in termini di riduzione dei costi dell'assistenza sanitaria più che compensano i costi dell'implementazione delle Linee Guida, non mancano i critici che sottolineano come la riduzione del consumo di tabacco implichi un aggravio dei costi sanitari [Hodgson 1992, Barendregt 1997]. Da qui l'opportunità di realizzare uno specifico studio per stimare l'effetto sui conti della sanità regionale dell'implementazione delle Linee Guida. A tale scopo tre differenti tipologie aggregate di costo e di *outcome* (benefici) possono essere identificate [Parrot 1998].

Per quanto riguarda i costi:

- (i) costi per unità di intervento fornita
- (ii) altri costi per il sistema sanitario regionale collegati ai programmi di cessazione
- (iii) costi legati ai familiari e ai soggetti che decidono di cessare di fumare.

Per quanto riguarda i benefici:

- (i) effetti sulla salute dei fumatori
- (ii) risparmi per il sistema sanitario regionale
- (iii) risparmi in altri settori economici (reddito perso) generato dai fumatori e familiari.

Come strumento di raccolta dell'informazione sugli *outcome* possono essere utilizzati la Multiscopo Istat e lo studio Passi, già quelli citati nella sezione 5.7 - Valutazione di Impatto per la Salute

- analisi costi-efficacia: i costi vengono confrontati con l'efficacia delle Linee Guida nel perseguire la cessazione del tabagismo. In altri termini, si tratta di fornire una guida per capire a quale prezzo approssimativo un'unità addizionale di risultato (cessazione) può essere raggiunto. Il contesto tipico di applicazione è quello in cui la decisione di intervenire su un dato problema è già stata presa e lo studio valutativo serve per identificare il modo *più efficiente* per raggiungere tale obiettivo.

Seguendo l'impostazione di queste Linee Guida, i due ambiti di applicazione potrebbero essere:

- (i) gli interventi di popolazione
- (ii) le azioni rivolte a medici di base e CTT.

## 6 Strumenti

### 6.1 Test di valutazione della motivazione

Test di valutazione della motivazione	Punteggio
<i>Quanto è importante per lei smettere completamente di fumare?</i>	
disperatamente importante	4
molto importante	3
abbastanza importante	2
non molto importante	1
<i>Quanto è determinato a smettere di fumare?</i>	
estremamente determinato	4
molto determinato	3
abbastanza determinato	2
non del tutto determinato	1
<i>Perché desidera smettere di fumare?</i>	
perché la mia salute ne sta già soffrendo	5
perché sono preoccupato della mia salute futura	4
perché fumare costa troppo	3
perché spinto da altri	2
per la salute della mia famiglia	1
<i>Quanto alte ritiene siano le probabilità di riuscire a smettere di fumare?</i>	
estremamente alte	6
molto alte	5
abbastanza alte	4
non molto alte	3
basse	2
molto basse	1
<b>Punteggio totale</b>	

Interpretazione del test: punteggio da 4 a 6: motivazione bassa (il soggetto non ha ancora considerato seriamente la possibilità di smettere di fumare); da 7 a 10: motivazione media (il soggetto è consapevole sia dei benefici dello smettere di fumare che dei rischi del fumo di sigarette); da 11 a 14: alta (il soggetto percepisce alcuni momenti nei quali è più deciso a smettere); da 15 a 19: molto alta (il soggetto è pronto a smettere di fumare).

## 6.2 Test di Fagerstrom

### Test di Fagerstrom (versione con 8 quesiti)

Domanda	Risposta	Punti
Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta ?	entro 5 minuti	3
	dopo 6 - 30 minuti	2
	dopo 31 - 60 minuti	1
	dopo 60 minuti	0
Trova difficile astenersi dal fumare nei luoghi dove è vietato ?	SI	1
	NO	0
A quale sigaretta farebbe più fatica a rinunciare ?	la prima del mattino	1
	qualsiasi	0
Quante sigarette fuma al giorno ?	10 o meno	0
	da 11 a 20	1
	da 21 a 30	2
	31 o più	3
Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che durante il resto della giornata ?	SI	1
	NO	0
Fuma quando è costretto a letto da qualche malattia intercorrente ?	SI	1
	NO	0
Qual'è il contenuto di nicotina delle sigarette che fuma ?	meno di 0,8 mg	0
	da 0,8 a 1,5 mg	1
	più di 1,5 mg	2
Aspira il fumo ?	mai	0
	a volte	1
	sempre	2

Interpretazione del test: punteggio da 0 a 2 grado di dipendenza molto basso; da 3 a 4 basso; da 5 a 6 medio; da 7 a 8 alto; oltre 8 molto alto.

Fonte: [www.medicidigruppo.it/tuoweb/Fagerstr.htm](http://www.medicidigruppo.it/tuoweb/Fagerstr.htm)



**Test di Fagerstrom (versione con 6 quesiti)**

Domanda	Risposta	Punti
Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta ?	entro 5 minuti	3
	dopo 6 - 30 minuti	2
	dopo 31 - 60 minuti	1
	dopo 60 minuti	0
Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito ?	SI	1
	NO	0
A quale sigaretta le costa di più rinunciare ?	la prima del mattino	1
	tutte le altre	0
Quante sigarette fuma al giorno ?	10 o meno	0
	da 11 a 20	1
	da 21 a 30	2
	31 o più	3
Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno ?	SI	1
	NO	0
Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno ?	SI	1
	NO	0

Interpretazione del test: punteggio da 0 a 2 indica lieve dipendenza, 3 o 4 media dipendenza, 5 o 6 forte dipendenza, da 7 a 10 dipendenza molto forte.

### 6.3 Perché smettere di fumare: lista di vantaggi

A qualsiasi età smettere di fumare conviene. Prima si smette, meglio è. Chi smette di fumare prima dei 35 anni ha una aspettativa di vita simile a quella di chi non ha mai fumato. Cessare a 40 anni evita la quasi totalità del rischio di cancro, oltre che di malattie vascolari e respiratorie. Smettere di fumare a 50 anni evita i due terzi del rischio cumulativo di tumore del polmone.

I vantaggi derivanti da smettere di fumare sono sia immediati sia tardivi (Tabella 10).

**Tabella 10 Tempistica benefici post-cessazione**

Dopo	
8 ore	l'ossigeno contenuto nel sangue torna a livelli normali
12 ore	quasi tutta la nicotina è stata metabolizzata
24 ore	i livelli ematici del monossido di carbonio sono fortemente ridotti
2 – 5 giorni	i sensi del gusto e dell'olfatto migliorano
3 giorni	con il rilassamento del tubo bronchiale è più facile respirare, aumenta la capacità polmonare in quanto si sta eliminando la nicotina dal corpo
1 settimana	ci si accorge di avere più fiato, più forza, più energia, più voglia di fare
3 settimane	ci si sente più attivi: il lavoro o le attività che si svolgono risultano più facili
4 settimane	l'attività sessuale migliora: la circolazione sanguigna si potenzia, aumentando la possibilità di avere una normale erezione
6 settimane	il rischio di infezioni delle ferite post-operatorie è fortemente ridotto
3 mesi	lo stato delle ciglia polmonari inizia a migliorare; la funzionalità polmonare migliora; la tosse cronica inizia a ridursi
3-6 mesi	1/3 della popolazione che è aumentata di peso ritorna al peso normale
3-9 mesi	la respirazione migliora e la funzione polmonare aumenta del 20 - 30%
1 anno	l'eccesso di rischio di infarto dovuto al fumo di tabacco risulta ridotto del 50%
5 anni	il rischio di eventi coronarici maggiori è tornato ai livelli dei non fumatori
5-15 anni	Il rischio di ictus cerebrale torna al valore del rischio di chi non ha mai fumato
10 anni	il rischio di sviluppare un cancro al polmone si è ridotto al 30 – 50% rispetto a quello di coloro che continuano a fumare, e continua a diminuire
10 – 15 anni	il rischio di morte per tutte le cause è nuovamente simile a quello di chi non ha mai fumato
15 anni	il rischio di coronaropatia è nuovamente simile a quello di chi non ha mai fumato

Smettere di fumare riduce anche l'incidenza di diabete, ipertensione, enfisema, bronchite, ulcera peptica, tumori fumo-correlati; innalza l'età della menopausa.

La cessazione inoltre presenta vantaggi economici, sia per il risparmio dei soldi spesi per le sigarette, sia per il minor numero di assenze dal lavoro per malattia.

Anche il lato estetico trae benefici dalla cessazione: la pelle risulta meno rugosa e l'invecchiamento cutaneo non è più accelerato.

## 6.4 Intervento di counselling

**Tabella 11 Obiettivi del counselling**

Obiettivi	Esempi
Raccogliere informazioni generali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dati socio-anagrafici (ad esempio, età, genere, stato civile, livello di scolarità, ecc.)</li> <li>- Dati anamnestici su patologie mediche e assunzione di farmaci (ad esempio, patologie respiratorie, cardiovascolari, ecc.)</li> <li>- Dati su abitudini e stile di vita (ad esempio, alimentazione, attività fisica, ecc.)</li> </ul>
Raccogliere informazioni relative all'abitudine tabagica	<p>Porre al soggetto domande relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- età e contesto di inizio del fumo di sigarette</li> <li>- modalità e occasioni in cui fuma</li> <li>- tentativi precedenti di cessazione</li> <li>- precedenti periodi di astinenza dal fumo di sigarette</li> <li>- fattori che hanno ostacolato la cessazione o favorito le ricadute in passato</li> <li>- motivi per i quali si fuma (es. ridurre tensione, piacere, rilassamento, ecc.)</li> <li>- motivi attuali per i quali si vuole smettere di fumare</li> <li>- presenza di fumatori ed ex-fumatori nel contesto in cui vive</li> </ul>
Definire l'immagine che il soggetto ha di sé come fumatore	<p>Invitare il soggetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- auto-osservare il proprio comportamento</li> <li>- pensare come e perché è diventato un fumatore</li> </ul>
Valutazione della motivazione a smettere di fumare	<p>Porre al soggetto domande relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- motivazione a smettere di fumare</li> <li>- disponibilità al cambiamento</li> </ul>
Identificare i vantaggi fisici a breve e a lungo termine che derivano dallo smettere di fumare	<p>Invitare il soggetto a identificare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vantaggi a breve termine: <ul style="list-style-type: none"> <li>- normalizzazione della pressione arteriosa</li> <li>- miglioramento della funzionalità respiratoria</li> <li>- miglioramento del gusto e dell'olfatto</li> <li>- miglioramento della tosse</li> <li>- miglioramento della vascolarizzazione cutanea (ad esempio, la pelle ritorna più luminosa)</li> </ul> </li> <li>- vantaggi a lungo termine: <ul style="list-style-type: none"> <li>- riduzione del rischio coronario</li> <li>- riduzione del rischio di ictus</li> <li>- riduzione del rischio di tumore polmonare</li> </ul> </li> </ul>
Identificare i vantaggi psicologici che derivano dallo smettere di fumare	<p>Invitare il soggetto a identificare i vantaggi psicologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- percezione di auto-efficacia personale</li> <li>- consapevolezza di poter svolgere un ruolo attivo nella salvaguardia della propria salute</li> <li>- accettazione sociale da parte di soggetti non fumatori</li> <li>- sensazione di libertà</li> </ul>

*Continua*

**Continua Tabella 11**

Obiettivi	Esempi
Identificare il risparmio economico derivato dallo smettere di fumare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invitare il soggetto a calcolare la spesa mensile e annua per le sigarette</li> <li>- Invitare il soggetto a fare un elenco delle cose che si può comprare o fare con i soldi risparmiati non fumando più</li> </ul>
Identificare le situazioni ad alto rischio (situazioni esterne, stati interni e attività che aumentano il rischio di fumare)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress</li> <li>- Avere intorno soggetti fumatori</li> <li>- Bere alcol e caffè</li> <li>- Irritabilità, nervosismo, rabbia, depressione, noia</li> <li>- Conflitti interpersonali familiari o in ambito lavorativo</li> </ul>
Cambiare lo stile di vita	<p>Invitare il soggetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fare esercizio fisico</li> <li>- ridurre lo stress</li> <li>- praticare attività piacevoli</li> <li>- seguire uno stile alimentare sano</li> </ul>
Promuovere la ricerca di sostegno sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aiutare il soggetto a chiedere sostegno a famigliari, amici, colleghi di lavoro</li> <li>- Aiutare il soggetto a creare una casa libera dal fumo</li> <li>- Aiutare il soggetto a identificare chi lo può aiutare nel suo tentativo di smettere di fumare e coinvolgerlo</li> <li>- Informare il soggetto delle risorse esterne di sostegno (es. telefono verde contro il fumo)</li> <li>- Invitare il soggetto a condividere la propria esperienza con altri fumatori e/o ex-fumatori</li> </ul>
Sostenere il soggetto nel suo tentativo di smettere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instaurare una relazione con il soggetto attraverso contatti ripetuti, anche telefonici</li> <li>- Incoraggiare il soggetto</li> <li>- Fornire indicazioni e consigli al soggetto</li> <li>- Rispondere ai quesiti del soggetto</li> <li>- Stimolare il soggetto a parlare delle paure e preoccupazioni sullo smettere e delle difficoltà incontrate</li> </ul>
Apprendere abilità e strategie di gestione e controllo dello stimolo a fumare e del comportamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornire al soggetto materiale informativo ed educativo e discuterlo</li> <li>- Insegnare al soggetto tecniche cognitive-comportamentali di autogestione e autocontrollo delle situazioni a rischio (ad esempio, auto-monitoraggio del consumo di sigarette e identificazione di ciò che ha aiutato e ciò che ostacolato il tentativo di smettere attraverso schede di auto-osservazione, diari, guide, ecc.)</li> </ul>
Potenziare le risorse interne (ad esempio, autostima, autoefficacia, ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instillare nel soggetto la convinzione che egli è in grado di smettere di fumare</li> <li>- Far notare al soggetto che altri sono riusciti a smettere di fumare</li> <li>- Valorizzare i successi conseguiti dal soggetto</li> <li>- Identificare auto-ricompense</li> </ul>

## 6.5 Intervento psicologico

**Tabella 12 Obiettivi dell'intervento psicologico**

Obiettivi	Esempi
Raccolta iniziale di informazioni generali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dati socio-anagrafici (ad esempio, età, genere, stato civile, livello di scolarità, ecc.)</li> <li>- Dati anamnestici su patologie mediche e assunzione di farmaci (ad esempio, patologie respiratorie, cardiovascolari, ecc.)</li> <li>- Dati su abitudini e stile di vita (ad esempio, alimentazione, attività fisica, ecc.)</li> </ul>
Raccolta di informazioni relative all'abitudine tabagica	<p>Porre al soggetto domande relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- età e contesto di inizio del fumo di sigarette</li> <li>- modalità e occasioni in cui fuma</li> <li>- tentativi precedenti di cessazione</li> <li>- precedenti periodi di astinenza dal fumo di sigarette</li> <li>- fattori che hanno ostacolato la cessazione o favorito le ricadute in passato</li> <li>- motivi per i quali si fuma (es. ridurre tensione, piacere, rilassamento, ecc.)</li> <li>- motivi attuali per i quali si vuole smettere di fumare</li> <li>- presenza di fumatori ed ex-fumatori nel contesto in cui vive</li> </ul>
Definizione dell'immagine che il soggetto ha di sé come fumatore	<p>Invitare il soggetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- auto-osservare il proprio comportamento</li> <li>- pensare come e perché è diventato un fumatore</li> </ul>
Valutazione della motivazione a smettere di fumare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivazione e disponibilità al cambiamento (ad esempio in base alla fase del ciclo di vita in cui il soggetto si trova, ecc.)</li> <li>- Presenza di sentimenti ambivalenti (ad esempio, paure e preoccupazioni legate alla cessazione)</li> <li>- Atteggiamento difensivo</li> </ul>
Valutazione psicologica e sociale del soggetto	<p>Indagare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza di un disagio psicologico di interesse clinico (ad esempio, depressione)</li> <li>- caratteristiche del contesto familiare, lavorativo e sociale del soggetto (ad esempio, relazioni disfunzionali con l'ambiente sociale, lavorativo o familiare, risorse esterne mobilitabili ai fini del cambiamento in base alla fase del ciclo di vita in cui il soggetto si trova, ecc.)</li> <li>- Individuare le caratteristiche di personalità del soggetto (ad esempio, risorse interne mobilitabili ai fini del cambiamento in base alla fase del ciclo di vita in cui il soggetto si trova, ecc.)</li> <li>- Verificare l'opportunità di un percorso terapeutico specifico</li> </ul>
Definizione del percorso di terapia più adatto al soggetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scelta del trattamento più adatto per il soggetto:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- intervento individuale</li> <li>- intervento di gruppo</li> </ul> </li> <li>- Invio del soggetto presso un servizio di Psicologia o di Salute Mentale</li> </ul>

## 6.6 Schede tecniche dei farmaci

**Tabella 13 NRT – Gomme da masticare**

Prodotti nicotinici (NRT) - *Gomme da masticare*

Principio attivo	Nicotina (resinato)
Indicazioni	Adiuvante per smettere di fumare in soggetti nicotino-dipendenti
Controindicazioni	Malattia cardiovascolare grave (comprese aritmie gravi e l'immediato periodo post infarto miocardico); accidente cerebrovascolare recente (compresi attacchi ischemici transitori). Età: tra i 12 e 17 anni, uso solo sotto stretto controllo medico.
Precauzioni	Gravidanza: usare solo se il tentativo di smettere di fumare senza nicotina fallisce; evitare i prodotti alla nicotina con sapore di liquirizia. Allattamento: escreta nel latte; usare solo se fallisce il tentativo di smettere di fumare con altri metodi. Ipertiroidismo; diabete mellito; feocromocitoma, insufficienza renale grave (possibile alterazione della clearance della nicotina o dei suoi metaboliti o insufficienza epatica); storia di gastrite e ulcera peptica. NON si dovrebbe fumare e usare contemporaneamente prodotti nicotinici.
Effetti indesiderati	<i>Localmente</i> : ulcerazioni aftose (talora con gonfiore della lingua); irritazione della gola. <i>In generale</i> : nausea, vertigini, cefalea, sintomi simil influenzali, palpitazioni, dispepsia e altri disturbi gastrointestinali, singhiozzo, insonnia, mialgie; altri effetti indesiderati segnalati comprendono dolore toracico, variazioni della pressione arteriosa, ansia e irritabilità, sonnolenza e difficoltà di concentrazione, dismenorrea, rash cutaneo.
Interazioni	Bevande acide (caffè, succhi e <i>soft-drinks</i> ) interferiscono con l'assorbimento orale di nicotina, quindi si consiglia di NON assumere tali bevande 15 minuti prima e durante la masticazione della gomma.
Posologia	Soggetti che fumano fino a 20 sigarette al giorno, all'inizio 1 gomma da 2 mg da masticare per circa 30 minuti quando si sente il bisogno della sigaretta; soggetti che fumano più di 20 sigarette al giorno o che hanno bisogno più di 15 gomme da 2 mg al giorno, impiegare gomme da 4 mg; massimo 15 gomme da 4 mg al giorno; sospendere gradualmente dopo 3 mesi. Modalità di somministrazione. Masticare una gomma ogni qualvolta si senta il bisogno di fumare. È importante masticare molto lentamente per ottenere la liberazione della nicotina per almeno 30 minuti. Una masticazione troppo veloce determina l'assorbimento della nicotina in tempi troppo brevi; per evitare l'inconveniente si consiglia di interrompere di tanto in tanto la masticazione.
Prodotti	<i>Nicorette</i> (Pfizer Health-S) 2 mg da 15/30/105 gomme da masticare medicate gusto menta fresca; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 6,50/12,50/29,50 4 mg da 15/30/105 gomme da masticare medicate gusto menta fresca; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 8,00/14,00/32,00 <i>Nicorette</i> (Pharmacia AB - S) 2 mg da 30/105 gomme da masticare medicate; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 12,50/29,50 <i>Nicorette Mint</i> (Pharmacia AB - S) 2 mg 105 gomme menta da masticare medicate; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 12,50 4 mg 105 gomme menta da masticare medicate; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 29,50

**Tabella 14 NRT - Inhalatori**

## Prodotti nicotinici (NRT) - Inhalatori

Principio attivo	Nicotina (FU)
Indicazioni	Adiuvante per smettere di fumare in soggetti nicotino-dipendenti
Controindicazioni	Malattia cardiovascolare grave (comprese aritmie gravi e l'immediato periodo post infarto miocardico); accidente cerebrovascolare recente (compresi attacchi ischemici transitori). Età: tra i 12 e 17 anni, uso solo sotto stretto controllo medico. Nota ipersensibilità alla nicotina o al mentolo.
Precauzioni	Gravidanza: usare solo se il tentativo di smettere di fumare senza nicotina fallisce; evitare i prodotti alla nicotina con sapore di liquirizia. Allattamento: escreta nel latte; usare solo se fallisce il tentativo di smettere di fumare con altri metodi. Ipertiroidismo; diabete mellito; feocromocitoma; insufficienza renale grave (possibile alterazione della <i>clearance</i> della nicotina o dei suoi metaboliti o insufficienza epatica); storia di gastrite e ulcera peptica; NON si dovrebbe fumare e usare contemporaneamente prodotti nicotinici.
Effetti indesiderati	<i>Localmente</i> : ulcerazioni aftose (talora con gonfiore della lingua); irritazione della gola 40%; tosse 32%, rinite 23%, faringite, stomatite, sinusite, secchezza delle fauci. <i>In generale</i> : nausea, vertigini, cefalea, sintomi simil influenzali, palpitazioni, dispepsia e altri disturbi gastrointestinali, singhiozzo, insonnia, mialgie; altri effetti indesiderati segnalati comprendono dolore toracico, variazioni della pressione arteriosa, ansia e irritabilità, sonnolenza e difficoltà di concentrazione, dismenorrea, rash cutaneo.
Interazioni	La sospensione del fumo, con o senza sostituti della nicotina, può alterare la farmacocinetica di alcuni farmaci somministrati in concomitanza. Bevande acide (caffè, succhi e <i>soft-drinks</i> ) interferiscono con l'assorbimento orale di nicotina, quindi si consiglia di NON assumere tali bevande 15 minuti prima e durante la masticazione della gomma. Il prodotto è sensibile a variazioni di temperatura.
Posologia	Il dosaggio raccomandato è compreso fra 6 e 12 cartucce al giorno. La dose massima viene raggiunta dopo 20 minuti dall'uso (continuando ad aspirare). Comunque, secondo una tecnica individuale, il tempo di aspirazione può essere prolungato. La dose è individuale, in funzione della necessità che il soggetto ha di ridurre i sintomi da astinenza associati alla sospensione del fumo. La durata consigliata del trattamento è di 3 mesi. Dopo tale periodo si dovrà gradualmente ridurre la dose giornaliera nel corso delle successive 6-8 settimane.
Prodotti	<i>Nicorette Inhaler</i> (Pharmacia AB - S) 10 mg soluzione per inalazione 42 unità con bocchino; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 29,00

**Tabella 15 NRT - Cerotti transdermici**

Prodotti nicotinici (NRT) - Cerotti transdermici

Principio attivo	Nicotina (FU)
Indicazioni	Aiuvante per smettere di fumare in soggetti nicotino-dipendenti
Controindicazioni	Malattia cardiovascolare grave (comprese aritmie gravi e l'immediato periodo post infarto miocardico); accidente cerebrovascolare recente (compresi attacchi ischemici transitori). Età: sotto i 18 anni, uso sconsigliato. Non fumatori e fumatori occasionali, uso sconsigliato.
Precauzioni	L'esercizio fisico può aumentare l'assorbimento e gli effetti indesiderati; alterazioni cutanee (i cerotti non dovrebbero essere applicati in presenza di ferite cutanee).
Effetti indesiderati	<i>Localmente:</i> reazioni cutanee 50% (sospendere se gravi), segnalate anche vasculiti. <i>In generale:</i> nausea, vertigini, cefalea, sintomi simil influenzali, palpitazioni, dispepsia e altri disturbi gastrointestinali, singhiozzo, insonnia, mialgie; altri effetti indesiderati segnalati comprendono dolore toracico, variazioni della pressione arteriosa, ansia e irritabilità, sonnolenza e difficoltà di concentrazione, dismenorrea, rash cutaneo.
Interazioni	La sospensione del fumo, con o senza sostituti della nicotina, può alterare la risposta a concomitanti terapie farmacologiche negli ex fumatori. Si ritiene che il fumo aumenti il metabolismo e quindi abbassi i livelli ematici di farmaci come: fenacetina, caffeina, teofillina, imipramina e pentazocina. Smettere di fumare può quindi provocare un aumento dei livelli plasmatici di questi farmaci o diminuire l'assorbimento della glutetimide ed il metabolismo di primo passaggio del propofolene. Sono stati riportati altri effetti del fumo quali una ridotta azione diuretica della furosemide e diminuita gittata cardiaca che possono essere collegati agli effetti ormonali della nicotina. Smettere di fumare può invertire queste azioni. Sia il fumo sia la nicotina possono aumentare le catecolamine e il cortisolo in circolo. La terapia con agonisti o bloccanti adrenergici deve essere modificata. Pertanto, in caso di concomitanti terapie è necessario consultare il medico.
Posologia	Applicarli su cute secca, glabra, a livello dell'anca, del torace o della spalla, rimuovendoli dopo circa 24 ore; applicare il cerotto successivo su un'area differente (evitare l'applicazione sulla medesima area per alcuni giorni). Per la modalità di assunzione si rimanda alla scheda tecnica dei singoli prodotti.
Prodotti	<i>Nicorette</i> (PfizerHealth-S) 7 cerotti transdermici da 10 cm[5:2] (5 mg/16 h); Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 24,00 7 cerotti transdermici da 20 cm[5:2] (10 mg/16 h); Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 24,00 7/14 cerotti transdermici da 30 cm[5:2] (15 mg/16 h); Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 24,00/40,00 Modalità di assunzione: la terapia si inizia con Nicorette 15mg/16 ore Cerotti Transdermici un cerotto al giorno, che dovrebbe essere applicato al mattino e rimosso alla sera prima di coricarsi. La durata del trattamento è individuale; si potrà gradualmente ridurre l'uso del prodotto sostituendo le applicazioni giornaliere con Nicorette 10mg/16 ore Cerotti Transdermici e concludere il trattamento con Nicorette 5mg/16 ore Cerotti Transdermici. Applicare il cerotto sulla zona cutanea scelta evitando di toccare la parte adesiva e premere con il palmo della mano per 10 - 20 secondi. <i>Nicotinell TTS</i> (Novartis Consumer Health) 10 cm[5:2] 7 mg/24 ore 7 cerotti transdermici; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 21,20 20 cm[5:2] 14 mg/24 ore 7 cerotti transdermici; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 22,40 30 cm[5:2] 21 mg/24 ore 7 cerotti transdermici; Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 23,40

Continua



**Continua Tabella 15**Prodotti nicotinici (NRT) - *Cerotti transdermici*

Prodotti	<p>Modalità di assunzione: NICOTINELL TTS da 30 cm è generalmente impiegato per i fumatori che consumino più di 20 sigarette al giorno. NICOTINELL TTS da 20 cm è generalmente sufficiente per i soggetti che fumano fino a 20 sigarette al giorno. NICOTINELL TTS da 10 cm assicura una ridotta sostituzione di nicotina prima della fine della terapia. Il trattamento dovrebbe essere iniziato con NICOTINELL TTS 30 cm o 20 cm a seconda del numero di sigarette fumate ogni giorno. La durata del trattamento è individuale; si potrà gradualmente ridurre l'uso del prodotto sostituendo le applicazioni giornaliere con NICOTINELL TTS 20 cm e concludere il trattamento con NICOTINELL TTS 10 cm.</p> <p><i>Niquitin CQ</i> (GlaxoSmithKline CH)  7 cerotti transdermici 7 mg/24 h  7 cerotti transdermici 14 mg/24 h  7 cerotti transdermici 21 mg/24 h</p> <p>Modalità di assunzione: La terapia normalmente inizia con l'applicazione di un cerotto da 21 mg al giorno e in seguito viene ridotta secondo il seguente schema di trattamento: dosaggio: prima fase: 21 mg per le prime 6 settimane; seconda fase: 14 mg per le 2 settimane seguenti; terza fase: 7 mg per le ultime 2 settimane. Si raccomanda ai fumatori moderati (che fumano meno di 10 sigarette al giorno) di iniziare la terapia dalla seconda fase (14mg) per 6 settimane e diminuire la dose utilizzando il cerotto da 7 mg per le 2 settimane finali. I soggetti che utilizzano NiQuitin CQ 21mg e soffrono di eccessivi effetti collaterali, che non si risolvono entro pochi giorni, devono cambiare cerotto ed utilizzare quello da 14 mg. Tale dosaggio deve essere mantenuto per le rimanenti 6 settimane prima di passare all'uso di NiQuitin CQ 7mg per 2 settimane. Per ottimizzare i risultati, il trattamento deve completarsi in 10 settimane (8 settimane per i fumatori moderati o per quei soggetti che hanno ridotto il dosaggio come sopra indicato) e non estendersi oltre. Comunque, i soggetti che continuano o riprendono a fumare possono effettuare ulteriori cicli di trattamento.</p>
----------	--

**Tabella 16 NRT – Compresse sublinguali**Prodotti nicotinici (NRT) – *Compresse sub linguali*

Principio attivo	Nicotina betadex (betaciclodestrina)
Indicazioni	Adiuvante per smettere di fumare in soggetti nicotino-dipendenti
Controindicazioni	Malattia cardiovascolare grave (compresse aritmie gravi e l'immediato periodo post infarto miocardico); accidente cerebrovascolare recente (compresi attacchi ischemici transitori). Età inferiore a 18 anni, uso sconsigliato. Non fumatori e fumatori occasionali, uso sconsigliato.
Precauzioni	Gravidanza: usare solo se il tentativo di smettere di fumare senza nicotina fallisce; evitare i prodotti alla nicotina con sapore di liquirizia. Allattamento: escreta nel latte; usare solo se fallisce il tentativo di smettere di fumare con altri metodi. Ipertiroidismo; diabete mellito; feocromocitoma, insufficienza renale grave (possibile alterazione della clearance della nicotina o dei suoi metaboliti o insufficienza epatica); storia di gastrite e ulcera peptica. NON si dovrebbe fumare e usare contemporaneamente prodotti nicotinici.
Effetti indesiderati	<i>Localmente</i> : ulcerazioni aftose (talora con gonfiore della lingua), irritazione della gola, gusto spiacevole. <i>In generale</i> : nausea, vertigini, cefalea, sintomi simil influenzali, palpitazioni, dispepsia e altri disturbi gastrointestinali, singhiozzo, insonnia, mialgie; altri effetti indesiderati segnalati comprendono dolore toracico, variazioni della pressione arteriosa, ansia e irritabilità, sonnolenza e difficoltà di concentrazione, dismenorrea, rash cutaneo.
Interazioni	Prima di iniziare il trattamento comunicare al proprio medico o farmacista se si stanno assumendo dei farmaci.
Posologia	In soggetti che fumano fino a 20 sigarette al giorno, 2 mg/ora; per soggetti che non riescono a smettere di fumare o che presentano sintomi da astinenza significativi, considerare un incremento della dose fino a 4 mg/ora; soggetti che fumano più di 20 sigarette al giorno, 4 mg/ora; massimo 80 mg al giorno; il trattamento va continuato per almeno 3 mesi e sospeso gradualmente; non superare i 6 mesi di trattamento; Porre una compressa sotto la lingua, e lasciare sciogliere. Questa impiega circa 30 minuti. La compressa sublinguale non deve essere masticata né inghiottita. Inizialmente è consigliabile impiegare 1 compressa ogni 1 o 2 ore (non devono essere impiegate più di 30 compresse sublinguali al giorno).
Prodotti	<i>Nicorette Microtab</i> (Pharmacia AB - S) 2 mg 105 compresse sublinguali in blister Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 32,20

**Tabella 17 NRT - Pastiglie**

## Prodotti nicotinici (NRT) – Pastiglie

Principio attivo	Nicotina / Nicotina bitartrato diidrato
Indicazioni	Aiuvante per smettere di fumare in soggetti nicotino-dipendenti
Controindicazioni	Malattia cardiovascolare grave (comprese aritmie gravi e l'immediato periodo post infarto miocardico); accidente cerebrovascolare recente (compresi attacchi ischemici transitori). Età inferiore a 18 anni, uso sconsigliato. Non fumatori e fumatori occasionali, uso sconsigliato.
Precauzioni	Gravidanza: usare solo se il tentativo di smettere di fumare senza nicotina fallisce; evitare i prodotti alla nicotina con sapore di liquirizia. Allattamento: escreta nel latte; usare solo se fallisce il tentativo di smettere di fumare con altri metodi. Ipertiroidismo; diabete mellito; feocromocitoma, insufficienza renale grave (possibile alterazione della <i>clearance</i> della nicotina o dei suoi metaboliti o insufficienza epatica); storia di gastrite e ulcera peptica. NON si dovrebbe fumare e usare contemporaneamente prodotti nicotinici.
Effetti indesiderati	<i>Localmente</i> : ulcerazioni aftose (talora con gonfiore della lingua), irritazione della gola, gusto spiacevole. <i>In generale</i> : nausea, vertigini, cefalea, sintomi simil influenzali, palpitazioni, dispepsia e altri disturbi gastrointestinali, singhiozzo, insonnia, mialgie; altri effetti indesiderati segnalati comprendono dolore toracico, variazioni della pressione arteriosa, ansia e irritabilità, sonnolenza e difficoltà di concentrazione, dismenorrea, <i>rash</i> cutaneo.
Interazioni	Prima di iniziare il trattamento comunicare al proprio medico o farmacista se si stanno assumendo dei farmaci. L'uso contemporaneo di bevande acide quali caffè o soda, può diminuire l'assorbimento di nicotina nel cavo orale. Le bevande acide devono essere evitate 15 minuti prima di succhiare la pastiglia.
Posologia	Dipendenza da bassa a moderata: Meno di 20 sigarette/giorno; sono preferibili le forme a basso dosaggio (pastiglie 1 mg). Dipendenza da moderata a forte: Da 20 a 30 sigarette/giorno; sono accettabili sia le forme a basso dosaggio (pastiglie 1 mg) sia quelle ad alto dosaggio (pastiglie 2 mg), a seconda delle caratteristiche del soggetto e delle sue preferenze. Dipendenza da forte a molto forte: Oltre 30 sigarette/giorno; Sono preferibili le forme ad alto dosaggio (pastiglie 2mg). Qualora si notasse una reazione avversa avendo iniziato con le forme ad alto dosaggio, si devono sostituire con la forma a dosaggio più basso. Il dosaggio iniziale deve essere personalizzato sulla base della dipendenza da nicotina dei soggetti. Succhiare una pastiglia quando si sente l'impulso di fumare. Inizialmente, utilizzare una pastiglia ogni 1-2 ore. La posologia abituale è di 8-12 pastiglie al giorno. La dose massima giornaliera è di 15 pastiglie. La durata del trattamento è individuale. Normalmente, il trattamento deve continuare per almeno 3 mesi. Dopo 3 mesi, si deve gradualmente ridurre il numero di pastiglie o in alternativa si deve passare a pastiglie di nicotina da 1 mg e quindi ridurre gradualmente il numero di pastiglie al giorno. Quando il dosaggio è stato ridotto a 1-2 pastiglie al giorno, il trattamento deve essere interrotto. L'impiego di medicinali contenenti nicotina oltre i 6 mesi, generalmente non è raccomandato. Alcuni ex fumatori possono necessitare di un trattamento più lungo con la pastiglia per evitare di riprendere a fumare. Ai soggetti che hanno utilizzato una terapia sostitutiva orale della nicotina per oltre 9 mesi si consiglia di chiedere supporto e informazioni aggiuntive da professionisti della salute. Il consiglio può aiutare i fumatori a smettere.

Continua

**Continua Tabella 17**

Prodotti nicotinici (NRT) – *Pastiglie*

Prodotti	<i>Nicorette Mint</i> (Pharmacia AB - S)
	1 mg 36 pastiglie Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 9,90
	2 mg 36 pastiglie Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 11,90
	1 mg 96 pastiglie Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 21,50
	<i>Niquitin CQ</i> (GlaxoSmithKline CH)
	2 mg 72 pastiglie Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 24.50
	4 mg 72 pastiglie Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 24.50
	<i>Nicotinell Mint</i> (Novartis Consumer Health SPA)
	1 mg 96 pastiglie Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 21.50
2 mg 36 pastiglie Classe SSN (C); Ricetta (OTC); Prezzo € 11.90	

**Tabella 18 Bupropione****Bupropione**

Principio attivo	Bupropione Cloridrato
Indicazioni	Aiuvante per smettere di fumare in associazione con supporti motivazionali in soggetti nicotino-dipendenti
Controindicazioni	Gravidanza: si consiglia di evitarne l'uso. Allattamento: si consiglia di evitarne l'uso (escreto nel latte). Storia di epilessia, disturbi dell'alimentazione o disturbo bipolare. Età inferiore a 18 anni: impiego non raccomandato (sicurezza ed efficacia non valutate in tali soggetti).
Precauzioni	Anziani: massimo 150 mg al giorno. Insufficienza epatica (evitare in caso di grave cirrosi epatica): raccomandati 150 mg die. Insufficienza renale: consigliati 150 mg die. Predisposizione alle crisi epilettiche: considerare 150 mg al giorno per tutto il trattamento in soggetti con fattori di rischio per crisi epilettiche. Controllare la pressione arteriosa durante il trattamento (ogni settimana se si usano anche prodotti nicotinici). Può interferire con l'assunzione di alcol (assunzione contemporanea di bupropione ed alcol sconsigliata). Può interferire con lo svolgimento di attività complesse (per esempio la guida).
Effetti indesiderati	Insomnia 35-40% (ridotta se si evita la dose serale). Secchezza delle fauci 10%. Disturbi gastrointestinali, tremore, difficoltà di concentrazione, cefalea, vertigini, depressione, agitazione, ansia, rash cutaneo, prurito, sudorazione, reazioni da ipersensibilità (può simulare una malattia da siero), febbre, disturbi del gusto; meno spesso dolore toracico, astenia, tachicardia, ipertensione, vampate, anoressia, tinnito, disturbi visivi; raramente ipotensione posturale, vasodilatazione, allucinazioni, depersonalizzazione, convulsioni, sogni anomali, disturbi della memoria, parestesie, incoordinazione, ritenzione urinaria, pollachiuria, sindrome di Stevens-Johnson, ittero, epatite, alterazioni della glicemia, esacerbazione della psoriasi.
Interazioni	Farmaci che abbassano la soglia convulsiva: somministrare con estrema cautela. Antidepressivi: si raccomanda di evitare il farmaco con o per 2 settimane dopo la somministrazione di IMAO e di evitare l'associazione con moclobemide. Antiepilettici: carbamazepina e fenitoina riducono la concentrazione plasmatica di bupropione; valproato inibisce il metabolismo di bupropione. Antivirali: ritonavir aumenta la concentrazione plasmatica di bupropione (rischio di tossicità; evitare l'uso concomitante). Dopaminergici: aumento del rischio di effetti collaterali con amantadina e levodopa.
Posologia	Iniziare 1-2 settimane prima della data stabilita di inizio dell'astensione dal fumo con 150 mg al giorno per 6 giorni, poi 150 mg 2 volte al giorno (massima dose singola 150 mg; massima dose giornaliera 300 mg, far trascorrere almeno 8 ore tra le dosi); periodo di trattamento massimo, 7-9 settimane; sospendere se non si è raggiunta l'astinenza in 7 settimane; considerare 150 mg al giorno per tutto il trattamento in soggetti con fattori di rischio per crisi epilettiche; anziani, massimo 150 mg al giorno; bambini e adolescenti: sotto i 18 anni, uso sconsigliato.

Continua

**Continua Tabella 18**

## Bupropione

Prodotti	<p>Zyban (GlaxoSmithKline)          (Il prodotto non contiene glutine)          150 mg 50 compresse a rilascio prolungato; Classe SSN (C); Ricetta (RR); Prezzo € 105,00          150 mg 100 compresse a rilascio prolungato; Classe SSN (C); Ricetta (RR); Prezzo € 180,00</p>
Nota	<p>Il <i>Committee on Safety of Medicines</i> ha pubblicato un avviso riguardo alla controindicazione del bupropione nei soggetti con storia di crisi epilettiche o disturbi alimentari, con tumori del sistema nervoso centrale o in crisi acuta da sospensione di alcol o benzodiazepine. Il bupropione non dovrebbe essere prescritto a persone che hanno altri fattori di rischio per crisi epilettiche a meno che i benefici dello smettere di fumare non superino chiaramente i possibili rischi. I fattori che aumentano il rischio di crisi epilettiche comprendono la somministrazione di farmaci che abbassano la soglia di eccitazione (per esempio antidepressivi, antimalarici, antipsicotici, chinoloni, antistaminici sedativi, corticosteroidi sistemici, teofillina, tramadolo), l'abuso di alcol, l'anamnesi positiva per trauma cranico, il diabete e l'uso di anoressizzanti.</p>

**Tabella 19 Nortriptilina**

## Nortriptilina

Principio attivo	Nortriptilina cloridrato (FU)
Indicazioni	Depressione; enuresi notturna del bambino. Uso "off-label" come adiuvante per smettere di fumare (eventuale associazione a cerotti transdermici in soggetti nicotino-dipendenti - di efficacia non provata).
Controindicazioni	Infarto miocardico recente, aritmie (in particolare arresto cardiaco); trattamento non indicato nel corso di fasi maniacali; grave malattia epatica. Depressione nel bambino.
Precauzioni	Malattia cardiaca (in particolare con aritmie, controindicazioni); anamnesi positiva per epilessia; gravidanza e allattamento; anziani; insufficienza epatica (evitare se grave); malattie della tiroide; feocromocitoma; anamnesi positiva per mania; psicosi (possono aggravare i sintomi psicotici); glaucoma ad angolo chiuso; anamnesi positiva per ritenzione urinaria; terapia elettroconvulsiva concomitante; se possibile, evitare la sospensione brusca; anestesia (incremento del rischio di aritmie e ipotensione, porfira per ulteriori avvertenze nel trattamento dell'enuresi notturna). Può persistere sonnolenza il giorno dopo l'assunzione, compromettendo lo svolgimento di attività complesse (per esempio la guida). Risultano potenziati gli effetti dell'alcol.
Effetti indesiderati	Secchezza delle fauci, sedazione, offuscamento della vista (disturbo dell'accomodazione, aumento della pressione endoculare), stitichezza, nausea, difficoltà alla minzione; effetti collaterali cardiovascolari (come alterazioni elettrocardiografiche, aritmie, ipotensione posturale, tachicardia, sincope, in particolare con dosi alte); sudorazione, tremore, rash cutaneo e reazioni da ipersensibilità (incluse orticaria e fotosensibilità), disturbi del comportamento (in particolare nei bambini), ipomania o mania, confusione (in particolare negli anziani), interferenza con le funzioni sessuali, alterazioni della glicemia; aumento dell'appetito e aumento di peso (occasionalmente perdita di peso); effetti collaterali endocrinologici come aumento di volume dei testicoli, ginecomastia, galattorrea; anche convulsioni (avvertenze), disturbi motori e discinesie, febbre, agranulocitosi, leucopenia, eosinofilia, porpora, trombocitopenia; iponatriemia (che può essere dovuta a secrezione inappropriata di ormone antidiuretico, alterazioni dei test di funzionalità epatica (ittero).
Interazioni	Alcol: aumento dell'effetto sedativo. Analgesci: aumento del rischio di tossicità sul sistema nervoso centrale con tramadolo; possibile aumento degli effetti collaterali quando gli antidepressivi triciclici sono somministrati con nefopam; possibile aumento della sedazione quando gli antidepressivi triciclici sono somministrati con gli analgesici oppioidi. Anestetici generali: aumento del rischio di aritmie e ipotensione. Ansiolitici e ipnotici: aumento dell'effetto sedativo. Antiarritmici: aumento del rischio di aritmie ventricolari quando gli antidepressivi triciclici sono somministrati con amiodarone (evitare l'uso concomitante); aumento del rischio di aritmie ventricolari quando gli antidepressivi triciclici sono somministrati con disopiramide, flecainide, procainamide o chinidina; aumento del rischio di aritmie quando gli antidepressivi triciclici sono somministrati con propafenone. Antibatterici: aumento del rischio di aritmie ventricolari quando gli antidepressivi triciclici sono somministrati con moxifloxacin; rifampicina riduce la concentrazione plasmatica degli antidepressivi triciclici.

Continua

**Continua Tabella 19**

Nortriptilina

<p>Interazioni</p>	<p>Antidepressivi: aumento del rischio di ipertensione ed eccitazione del sistema nervoso centrale quando gli antidepressivi triciclici sono somministrati con IMAO, una terapia con triciclici non dovrebbe essere iniziata fino a 2 settimane dopo avere interrotto la somministrazione di IMAO (3 settimane se si inizia con clomipramina o imipramina), anche la terapia con IMAO non dovrebbe essere iniziata fino a 1-2 settimane dopo avere interrotto la somministrazione dei triciclici (3 settimane in caso di clomipramina e imipramina); dopo avere interrotto la terapia con i triciclici non iniziare la somministrazione di moclobemide per almeno 1 settimana; gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina aumentano la concentrazione di alcuni triciclici; l'iperico riduce la concentrazione plasmatica di amitriptilina.</p> <p>Antiepilettici: antagonismo dell'effetto anticonvulsivante degli antiepilettici (riduzione della soglia convulsiva); carbamazepina aumenta il metabolismo dei triciclici (riduzione della concentrazione plasmatica e dell'effetto); fenitoina riduce la concentrazione plasmatica dei triciclici; i triciclici antagonizzano l'effetto anticonvulsivante del primidone (riduzione della soglia convulsiva), inoltre possibile aumento del metabolismo dei triciclici (riduzione della concentrazione plasmatica).</p> <p>Antimalarici: il produttore di artemetere + lumefantrina raccomanda di evitare l'uso concomitante.</p> <p>Antimicotici: terbinafina può aumentare la concentrazione plasmatica di imipramina e nortriptilina.</p> <p>Antimuscarinici: aumento degli effetti collaterali di tipo antimuscarinico.</p> <p>Antipsicotici: aumento della concentrazione plasmatica degli antidepressivi triciclici, possibile aumento del rischio di aritmie ventricolari; aumento del rischio di aritmie ventricolari quando i triciclici sono somministrati con pimozide o tioridazina (evitare l'uso concomitante); possibile aumento degli effetti collaterali antimuscarinici quando i triciclici sono somministrati con clozapina o fenotiazine.</p> <p>Antistaminici: aumento del rischio di aritmie ventricolari quando i triciclici sono somministrati con terfenadina (evitare l'uso concomitante); aumento degli effetti antimuscarinici e sedativi quando i triciclici sono somministrati con gli antistaminici.</p> <p>Antivirali: possibile aumento della concentrazione plasmatica con ritonavir.</p> <p>Barbiturici: antagonismo dell'effetto anticonvulsivante dei barbiturici (riduzione della soglia convulsiva); inoltre possibile aumento del metabolismo dei triciclici.</p> <p>Betabloccanti: aumento del rischio di aritmie ventricolari quando i triciclici sono somministrati con sotalolo.</p> <p>Bloccanti del neurone adrenergico: antagonismo dell'effetto ipotensivo dei bloccanti del neurone adrenergico</p> <p>Calcioantagonisti: diltiazem e verapamil aumentano la concentrazione plasmatica di imipramina e di altri triciclici</p> <p>Clonidina: antagonismo dell'effetto ipotensivo; aumento del rischio di ipertensione con l'interruzione della clonidina.</p> <p>Disulfiram: disulfiram inibisce il metabolismo dei triciclici (riportato un aumento della concentrazione plasmatica) l'uso concomitante di amitriptilina aumenta la reazione del disulfiram con alcol.</p> <p>Diuretici: aumento del rischio di ipotensione ortostatica quando i triciclici sono somministrati con diuretici.</p> <p>Dopaminergici: il produttore di entacapone raccomanda cautela con i triciclici; riportata tossicità sul sistema nervoso centrale con selegilina.</p>
--------------------	--

*Continua*



## Continua Tabella 19

## Nortriptilina

Interazioni	<p>Estrogeni: i contraccettivi orali antagonizzano l'effetto antidepressivo (ma gli effetti collaterali possono essere aumentati a causa dell'aumento della concentrazione plasmatica dei triciclici).</p> <p>Farmaci anti ulcera peptica: cimetidina aumenta la concentrazione plasmatica dei triciclici; cimetidina inibisce il metabolismo di amitriptilina, doxepina, imipramina, e nortriptilina.</p> <p>Miorilassanti: aumento dell'effetto miorilassante di baclofene.</p> <p>Nicorandil: possibile aumento dell'effetto ipotensivo.</p> <p>Nitrati: riduzione dell'effetto dei nitrati per via sublinguale (a causa della secchezza delle fauci).</p> <p>Ormoni tiroidei: possibile aumento dell'effetto dei triciclici; possibile aumento dell'effetto di amitriptilina e imipramina.</p> <p>Sibutramina: aumento del rischio di tossicità sul sistema nervoso centrale quando i triciclici sono somministrati con sibutramina (il produttore di sibutramina raccomanda di evitare l'uso concomitante).</p> <p>Simpaticomimetici: aumento del rischio di ipertensione e aritmie quando i triciclici sono somministrati con adrenalina, ma gli anestetici locali con adrenalina sembrano essere sicuri; metilfenidato può inibire il metabolismo dei triciclici; aumento del rischio di ipertensione e aritmie quando i triciclici sono somministrati con noradrenalina.</p> <p>Stimolanti alfa 2 adrenergici: il produttore di apraclonidina e brimonidina raccomanda di evitare l'uso con i triciclici.</p>
Posologia	<p><i>Cessazione del tabagismo</i>: si inizia con una dose di 25 mg al giorno, che viene incrementata nei 10-28 giorni successivi sino a raggiungere la dose terapeutica di 75-100 mg/die, in corrispondenza della quale il soggetto deve cessare del tutto di fumare. Il dosaggio terapeutico viene mantenuto per 12 settimane, trascorse le quali si può iniziare a scalare, così da sospendere completamente la terapia con la nortriptilina nelle 2-3 settimane successive.</p> <p><i>Depressione</i>: si inizia con una dose bassa, aumentata in base alle esigenze fino a 75-100 mg al giorno in più somministrazioni o in dose singola (dose massima 150 mg al giorno); adolescenti e anziani, 30-50 mg al giorno in più somministrazioni; bambini: uso sconsigliato per la depressione.</p>
Prodotti	<p><i>Noritren</i> (Lundbeck Italia)</p> <p>10 mg 30 confetti; Classe SSN (A); Ricetta (RR); Prezzo € 1,86</p> <p>25 mg 30 confetti; Classe SSN (A); Ricetta (RR); Prezzo € 2,89</p>

**Tabella 20 Clonidina**

## Clonidina

Principio attivo	Clonidina cloridrato (FU); Clonidina (DC.IT).
Indicazioni	Antiipertensivi ad azione centrale. Utilizzo "off-label" come adiuvante per smettere di fumare
Controindicazioni	Porfirie acute – da NON usare
Precauzioni	Deve essere sospesa gradualmente per evitare crisi ipertensive; sindrome di Raynaud o altre patologie occlusive dei vasi periferici; storia di depressione. Gravidanza e allattamento: utilizzare solo se il rischio dell'utilizzo è inferiore a rischi conseguenti ad incapacità di cessazione e correlati a sindrome da astinenza e qualora i farmaci di prima linea non abbiano avuto successo. La sonnolenza può interferire con lo svolgimento di attività complesse (per esempio la guida). Risultano potenziati gli effetti dell'alcol.
Effetti indesiderati	Secchezza delle fauci 40%, sonnolenza 33%, vertigini 16%, sedazione 10%, stipsi 10%, depressione, ritenzione di liquidi, bradicardia, sindrome di Raynaud, mal di testa, euforia, mancanza di riposo notturno, rash, nausea, stitichezza, raramente impotenza.
Interazioni	ACE inibitori: aumento dell'effetto ipotensivo; è possibile che un trattamento precedente con clonidina ritardi la comparsa dell'effetto antipertensivo di captopril. Alcol: aumento dell'effetto ipotensivo. Aldesleuchina: aumento dell'effetto ipotensivo. Alfabloccanti: aumento dell'effetto ipotensivo. Alprostadi: aumento dell'effetto ipotensivo. Analgesici: effetto ipotensivo antagonizzato dai FANS. Anestetici generali: aumento dell'effetto ipotensivo. Ansiolitici e ipnotici: aumento dell'effetto ipotensivo. Antagonisti del recettore dell'angiotensina II: aumento dell'effetto ipotensivo. Antidepressivi: i triciclici antagonizzano l'effetto ipotensivo e aumentano anche il rischio di ipertensione di rimbalzo alla sospensione di clonidina; aumento dell'effetto ipotensivo con IMAO. Antipertensivi vasodilatatori: aumento dell'effetto ipotensivo quando la clonidina è somministrata con idralazina, minoxidil e nitroprussiato. Antipsicotici: aumento dell'effetto ipotensivo con fenotiazine. Betabloccanti: aumento del rischio di ipertensione di rimbalzo alla sospensione (interrompere i betabloccanti diversi giorni prima, sospendendo gradualmente la clonidina). Bloccanti del neurone adrenergico: aumento dell'effetto ipotensivo. Calcioantagonisti: aumento dell'effetto ipotensivo. Corticosteroidi: effetto ipotensivo antagonizzato dai corticosteroidi. Diazossido: aumento dell'effetto ipotensivo. Diuretici: aumento dell'effetto ipotensivo. Dopaminergici: aumento dell'effetto ipotensivo con levodopa. Estrogeni: antagonismo dell'effetto ipotensivo. Farmaci anti ulcera peptica: antagonismo dell'effetto ipotensivo della clonidina con carbenoxolone. Metildopa: aumento dell'effetto ipotensivo.

Continua

**Continua Tabella 20 Clonidina**

## Clonidina

Interazioni	<p>Miorilassanti: aumento dell'effetto ipotensivo con baclofene o tizanidina.  Moxisilite (timoxamina): aumento dell'effetto ipotensivo.  Moxonidina: aumento dell'effetto ipotensivo.  Nitriti: aumento dell'effetto ipotensivo.  Simpaticomimetici: possibile rischio di ipertensione quando la clonidina è somministrata con adrenalina o noradrenalina; sono riportati effetti indesiderati gravi con l'uso di clonidina insieme a metilfenidato (causalità non stabilita).</p>
Posologia	<p><i>Per via orale</i>, 50-100 µg 3 volte al giorno, da aumentare ogni secondo o terzo giorno; dose massima abituale 1,2 mg al giorno.  <i>Cerotti transdermici</i>, all'inizio di ogni settimana, il soggetto dovrebbe posizionare un nuovo cerotto in una zona priva di peli tra il collo e la vita.</p>
Prodotti	<p><i>Catapresan</i> (Boehringer Ingelheim)  (clonidina cloridrato (FU))  150 mcg 30 compresse; Classe SSN (C); Ricetta (RR); Prezzo € 6,50  150 mcg/ml soluz. iniettabile 5 fiale 1 ml; Classe SSN (A); Ricetta (RR); Prezzo € 4,99  300 mcg 30 compresse; Classe SSN (A); Ricetta (RR); Prezzo € 5,60</p> <p><i>Catapresan TTS</i> (Boehringer Ingelheim)  (clonidina (DC.IT))  «TTS 1» 2,5 mg 2 sistemi transdermici + 2 copricerotti; Classe SSN (A); Ricetta (RR); Prezzo € 8,92  «TTS 2» 5 mg 2 sistemi transdermici + 2 copricerotti; Classe SSN (A); Ricetta (RR); Prezzo € 8,92</p>

**Tabella 21 Scheda per il confronto fra farmaci**

Principio Attivo	Nicotina					Bupropione	Nortriptilina	Vareniclina
	Comprese Sublinguali	Gomme	Inalatori	Cerotti	Comprese			
Forma Farmaceutica								
Disponibilità	Solo su prescrizione	Da banco	Solo su prescrizione	Solo su prescrizione e da banco	Solo su prescrizione	Solo su prescrizione	Solo su prescrizione	Non disponibile in Italia
Costo medio Euro/Settimana	34 € - 68 €	19-23 €	43 €	24 €	25 €	2,69 € (con la confezione da 25 mg)		Non ancora disponibile in Italia In USA 1 mese di trattamento costa circa 100-150 \$ (simile al bupropione)
Durata minima del trattamento	Almeno 12 settimane, poi ridurre gradualmente	Almeno 12 settimane, poi continuare "al bisogno"	Fino a 8 settimane, poi ridurre la dose alla metà per due settimane	Preferibilmente 8 settimane: almeno 4	Dalle 7 alle 9 settimane	12 settimane	12 settimane	
Costo per trattamento standard	500-800 €	300-400 €	350-400 €	200 €	200 €	33 €	300 €	
Dosi	16-24 compresse al giorno per i forti fumatori; da 8 a 12 per i fumatori più leggeri; dosaggio massimo: 30 compresse/die	1 gomma per 1 sigaretta. 4 mg per i forti fumatori, 2 mg per quelli "leggeri"; 10-15 gomme al giorno	Il soggetto fa una o più "firate" tutte le volte che lo desidera. Dalle 6 alle 12 "cartucce"/di	15 mg almeno per i forti fumatori; 10 mg per i fumatori leggeri; riservare il cerotto da 24 ore a chi soffre di notte o al mattino di sintomi da astinenza	1 cp. da 150 mg al dì per i primi 6 giorni, poi due al giorno distanziate di almeno otto ore per 7-9 settimane	75-100 mg/die	1 mg x 2 Protocollo posologico: 0.5 mg x 1 x 3 gg 0.5 x 2 x 3-7 gg 1 mg x 2 a partire dall'8° giorno x un totale di 12 settimane (iniziare 1-2 settimane prima dello stop)	

Continua

**Continua Tabella 21**

Principio Attivo	Nicotina				Bupropione	Nortriptilina	Vareniclina
	Compresse Sublinguali	Gomme	Inalatori	Cerotti			
Forma Farmaceutica	Compresse Sublinguali	Gomme	Inalatori	Cerotti	Compresse	Compresse	Compresse
Vantaggi	Può essere usata senza dare nell'occhio; facilmente adattabile alle necessità del singolo; scarsi effetti collaterali	Facilmente adattabile alle necessità individuali; contrasta la bulimia; può essere usato insieme con un cerotto per una copertura "immediata"	Simula gestualità e sensazioni abituali; facilmente adattabile secondo le necessità; contrasta la bulimia frequente nel periodo di disassuefazione	Di uso semplicissimo; viene ceduta automaticamente alla dose necessaria	Si tratta di una compressa da deglutire; non contiene nicotina (alcuni soggetti rifiutano la nicotina per principio)		
Limiti	Si deve imparare ad usare correttamente; se inghiottita è sprecata	Difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale; non adatto ai portatori di protesi; di uso non semplicissimo	Difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale; Poco adatto ai forti fumatori	Non fornisce un picco di nicotina; non simula sensazioni orali né gestualità familiari al fumatore	È un farmaco etico, con alcune controindicazioni (vedi testo)		
Controindicazioni	Malattie cardiovascolari gravi, accidenti cerebrovascolari recenti, ipertiroidismo	Malattie cardiovascolari gravi, accidenti cerebrovascolari recenti, fumatori occasionali, ipertiroidismo	Malattie cardiovascolari gravi, accidenti cerebrovascolari recenti, ipertiroidismo	Malattie cardiovascolari gravi, accidenti cerebrovascolari recenti, ipertiroidismo, diabete	Storie convulsive Disordini alimentari	Infarto miocardico recente, aritmie, fasi maniacali, gravi malattie epatiche	
Effetti indesiderati	Ulcerazioni aftose, irritazione alla gola, gusto spiacevole	Brucciole alla bocca Dispepsia	Irritazione locale bocca e gola, tosse, rinite	Reazione cutanea locale Insonnia	Insonnia, secchezza delle fauci, nausea, crisi convulsive nello 0,1% dei casi (prevalentemente soggetti predisposti)	Secchezza fauci, sedazione, offuscamento vista, stitichezza, nausea, difficoltà alla minzione	

## 7 Appendice

### 7.1 I servizi di 2° livello per la cessazione dal fumo in Piemonte

(Centri attivi al 28/02/2007)

#### Torino e provincia

**Ambulatorio per il Tabagismo** - U.O. Pneumologia - Ospedale Mauriziano – ASL 1  
Largo Turati 62, Torino - Tel. 011 5082444

**Centro Antifumo** – U.O. Pneumologia - Ospedale Martini – ASL 2  
Via Tofane 71, Torino – Tel. 011 70952591

**Centro Antifumo** – U.O.A Patologie da Dipendenza – ASL 3  
Piazza Montale 10, Torino - Tel. 011 4073982

**Centro Antifumo** – S.C. Otorinolaringoiatria - Ospedale S. Giovanni Bosco - ASL 4  
Piazza Donatore di Sangue 3, Torino - Tel. 011 2402381

**Centro Antifumo** - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori  
Via Accademia Albertina 37, Torino – Tel. 011 836626

**Ambulatorio per Tabagisti** - Dipartimento Dipendenze – ASL 5  
Piazza Togliatti 1/bis, Rivoli (TO) - Tel. 011 9551907

**Centro Antifumo** - Dipartimento Dipendenze – ASL 5 Distretto Collegno  
Via Martiri XXX Aprile 30, Collegno (TO) - Tel. 011 4017438

**Centro Antifumo** – Dipartimento Dipendenze Sangone – ASL 5  
Via Giovanni XXIII 9, Orbassano (TO) - Tel. 011 9003611

**Ambulatorio tabacco** – Dipartimento Dipendenze - ASL 5 Distretto Susa  
Via Monte Pirchiriano 5, Avigliana (TO) – Tel. 011 9325325

**Ambulatorio per il tabagismo** – Ser.T. – Distretto Giaveno  
Via Selvaggio 16, Giaveno (TO) – Tel. 011 9360510

**Servizio Trattamento Tabagismo** - Dipartimento Dipendenze – ASL 7  
Via Torino 161, San Mauro Torinese (TO) - Tel. 011 8212484

**Centro per il Tabagismo** - Dipartimento Dipendenze – ASL 8  
Via S. Giorgio 24, Chieri (TO) - Tel. 011 94294632

**Centro per il Tabagismo** – Dipartimento Dipendenze - ASL 8  
Via Petrarca 22, Moncalieri (TO) - Tel. 011 641560

**Centro Antifumo** – Dipartimento Dipendenze - ASL 8  
Via S.Francesco d'Assisi 35, Nichelino (TO) - Tel. 011 6806801- 6806851

**Ambulatorio Fumatori** – Dipartimento Dipendenze – ASL 8  
Via Padre Baravalle 5, Carmagnola (TO) - Tel. 011 9719521

**Centro Antifumo** – S.C. Dipendenze Patologiche – ASL 10  
Via Sant'Aniceto 7, Villar Perosa (TO) - Tel. 0121 233815

## Alessandria e provincia

**Centro Antifumo** - U.O. Pneumologia - ASO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo  
Via Venezia 16, Alessandria - Tel. 0131 206842

**Centro Antifumo** – S.O.C. Pneumologia – Ospedale Santo Spirito - ASL 21  
Viale Giolitti 2, Casale Monferrato (AL) - Tel. 0142 434246

## Asti

**Ambulatorio per la Disassuefazione dal Fumo** - Presidio Ospedaliero Cardinal Massaia - ASL 19  
S.O.C. Pneumologia  
Corso Dante 22, Asti - Tel. 0141 485250

**Gruppi di disassuefazione** – S.O.S. Educazione e Promozione Salute – ASL 19  
Via Conte Verde 125, Asti – Tel. 0141 484053, 0141 484000 (URP)

## Biella e provincia

**Centro Antifumo** - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori  
Via Belletti Bona 20, Biella - Tel. 015 8352111

**Ambulatorio Tabagismo** - Ser.T. – ASL 12  
Via Pier Maffei 59, Cossato (BI) - Tel. 015 9899853

**Corsi per smettere di fumare** – Fondo Edo Tempia  
Via Malta 3, Biella - Tel. 015 351830

## Cuneo e provincia

**Gruppo Disassuefazione Fumo** - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori  
Via Meucci 34, Cuneo - Tel. 0171 697057

**Ambulatorio Fumo** - Ser.T. ASL 15/ASO S. Croce  
Via Pasubio 7, Dronero (CN) - Tel. 0171 908123

**Ambulatorio Tabagismo** - Ospedali Riuniti Mondovì-Ceva – ASL 16  
Loc. S. Bernardino, Ceva (CN) - Tel. 0174 7231

**Centro Antifumo** - Ser.T. – ASL 16  
Via Fossano 2, Mondovì (CN) – Tel. 0174 550857

**Ambulatorio per la Disassuefazione dal Fumo di Tabacco** - Presidio ospedaliero - ASL 17, sede di Saluzzo  
Ambulatorio di Pneumologia  
Via Spielberg 58, Saluzzo (CN) - Tel. 0172 719483

## Novara e provincia

**Ambulatorio di Disassuefazione Tabagica** - Dipartimento di Patologia delle Dipendenze – ASL 13  
Viale Roma 7, Novara - Tel. 0321 374373

**Centro Antifumo** – IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri  
Ambulatorio di Pneumologia  
Via per Revislate 13, Veruno (NO) – Tel. 0322 884922

## 7.2 Elenco sintetico delle raccomandazioni suddiviso per destinatari

Questa appendice riporta le raccomandazioni presenti nella Linea Guida ordinate secondo i destinatari delle stesse. Le raccomandazioni valide per più destinatari, sono state ripetute.

Queste raccomandazioni devono essere lette congiuntamente al testo.

Sezione		Forza della raccomandazione
<b>Amministrazione Regionale</b>		
2.1	L'Amministrazione Regionale deve dotarsi di un programma complessivo di interventi di popolazione per la cessazione del tabagismo	A
2.1	Gli interventi di popolazione per la cessazione del tabagismo devono integrare gli interventi clinici	A
2.1	I programmi di prevenzione dell'iniziazione e della transizione verso la dipendenza dovrebbero essere progettati in parallelo con quelli per la cessazione	C
2.1	I programmi di cessazione devono essere esplicitamente progettati per raggiungere prioritariamente i gruppi sociali svantaggiati	C
2.1	La valutazione di impatto dei programmi di cessazione deve tenere in conto le variabili sociali	C
2.1	Gli interventi di popolazione devono prevedere anche obiettivi di de-normalizzazione del fumo di tabacco	B
2.1.1	Una campagna di mass media, mirata a motivare alla cessazione attraverso la de-normalizzazione del fumo di tabacco e ad informare sui percorsi di cessazione, deve supportare ogni programma regionale di cessazione	A
2.1.2	L'Amministrazione Regionale dovrebbe stipulare accordi con una o più <i>quit line</i> nazionali al fine di integrarle nel programma regionale di cessazione	A
2.1.3	Tutti gli operatori coinvolti nella gestione di programmi di cessazione del tabagismo devono ricevere una formazione specifica	A
2.1.5	L'Amministrazione Regionale dovrebbe dotarsi di una strategia complessiva per la realizzazione di luoghi di lavoro liberi dal fumo	C
2.1.6	L'Amministrazione Regionale deve promuovere interventi di applicazione e un sistema di monitoraggio dell'applicazione della legge nazionale sul divieto di fumo nei locali pubblici	C
2.1.7	L'Amministrazione Regionale deve includere fra i LEA regionali gli interventi di cessazione raccomandati nel capitolo "Gli Interventi" di questa Linea Guida	A
2.1.8	L'Amministrazione Regionale dovrebbe negoziare con lo Stato l'inserimento dell'addizionale sui tabacchi fra i componenti dell'autonomia tributaria regionale, destinando l'eventuale gettito derivante ai programmi di prevenzione/cessazione del tabagismo	A
<b>Facoltà di Medicina e Chirurgia</b>		
2.1.3	Corsi di laurea in Medicina e quelli per le professioni sanitarie dovrebbero prevedere dei Crediti Formativi Universitari dedicati alla prevenzione e al trattamento del tabagismo	C



Sezione		Forza della raccomandazione
<b>Aziende Sanitarie</b>		
2.1.5	I programmi per luoghi di lavoro senza fumo devono offrire interventi di cessazione di provata efficacia	A
2.1.5	La strategia di implementazione per luoghi di lavoro senza fumo dovrebbe coinvolgere, tra i promotori, il datore di lavoro	B
2.1.7	Le Aziende Sanitarie devono favorire la distribuzione diretta dei farmaci per la cessazione	C
2.2	Tutti i cittadini che vengano a contatto con il Servizio Sanitario Regionale o con strutture private ad esso convenzionate devono poter ricevere informazioni appropriate sulle opportunità di trattamento e sulle sedi ad esso deputate	C
2.2	In tutte le strutture di primo contatto del Servizio Sanitario Regionale devono essere presenti in evidenza materiali per la promozione della cessazione, che includano informazioni sui servizi a ciò preposti	C
2.2	I professionisti del Servizio Sanitario Regionale, o di strutture private ad esso convenzionate, che intrattengono contatti regolari con fumatori, dovrebbero informarsi sull'uso di tabacco da parte dei soggetti e suggerire ai fumatori di smettere	A
2.2	Tutti gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Regionale devono ricevere una formazione adeguata al loro ruolo nel percorso di cessazione	A
2.3	L'integrazione organizzativa tra la medicina generale e il centro specialistico deve modellarsi sulle caratteristiche del territorio, così da garantire la maggior probabilità di accesso agli interventi	C
2.4	Particolare attenzione deve essere posta al controllo del tabagismo in tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale, incluse quelle in cui svolgono la propria attività gli Operatori di Medicina Generale e di Pediatria di Libera Scelta	C
2.4.1	Il Servizio Sanitario Regionale deve garantire ed incentivare tutte quelle forme di organizzazione della medicina generale che possono facilitare le attività per la disassuefazione	C
2.4.1	Nell'ambulatorio del Medico di Famiglia dovrebbero essere a disposizione degli assistiti dei materiali di auto-aiuto	A
2.5.1	Nelle aree in cui una parte consistente della popolazione risiede lontano da un CTT, l'Azienda Sanitaria dovrebbe adottare soluzioni organizzative che facilitino l'accesso	B
3.1	La condizione di fumatore deve essere indagata in ogni persona che viene in contatto con il Sistema Sanitario Regionale	A
3.2	Ogni persona che viene in contatto con il Servizio Sanitario Regionale deve ricevere informazioni sui danni che il fumo arreca a sé e agli altri e sulle opportunità terapeutiche esistenti	A
4.1	Programmi di cessazione dovrebbero essere proposti a nuclei familiari comprendenti nati e bambini	C
4.3	I centri ISI dovrebbero promuovere interventi di cessazione del tabagismo per i propri utenti, in collaborazione con i CTT	C
4.4	Tutti i fumatori che vengono ricoverati in ospedale o in <i>day-hospital</i> devono poter accedere al percorso per la disassuefazione dal tabagismo in ospedale	A

Sezione		Forza della raccomandazione
<b>Operatori di Medicina Generale (Medici di Famiglia, Pediatri di Libera Scelta, infermieri)</b>		
2.4	Gli Operatori di Medicina Generale devono almeno farsi carico delle prime 3A (ASK, ADVISE, ASSESS) della struttura di intervento raccomandata per tutti gli assistiti	A
2.4	Il Medico di Famiglia o il Pediatra di Libera Scelta deve farsi carico del percorso di trattamento del tabagismo (ASSIST) presso il proprio ambulatorio o presso un CTT	A
2.4	All'interno del servizio di medicina generale e di pediatria di base l'infermiere può collaborare nello svolgimento della 4° A (ASSIST)	A
2.4.1	L'informazione circa lo stato di fumatore di tutti gli assistiti, gli interventi effettuati o prescritti ed i loro esiti devono essere registrati nella cartella clinica individuale, che deve essere dotata di richiami mnemonici	B
2.4.1	Nell'ambulatorio del Medico di Famiglia dovrebbero essere a disposizione degli assistiti dei materiali di auto-aiuto	A
3.3.1	La motivazione a smettere è un elemento cardine del percorso di intervento e deve essere valutata prima di proporre un trattamento	B
3.3.2	Il grado di dipendenza deve essere valutato con il test di Fagerstrom	C
3.3.3	Le capacità di comprensione e accettazione del soggetto devono essere valutate per poter proporre un idoneo percorso di cessazione del tabagismo	C
3.3.4	Le condizioni generali del soggetto devono essere valutate per diagnosticare eventuali comorbidità ed adattare il trattamento ad esse	C
3.3.5	A tutti i soggetti non motivati deve essere effettuato un intervento motivazionale	C
3.4	Agli assistiti con basso livello di dipendenza e al loro primo tentativo di cessazione deve essere offerto un intervento di <i>counselling</i>	B
3.4	Per gli assistiti con livello di dipendenza medio-alto o in cui il <i>counselling</i> da solo non abbia sortito successo, deve essere considerata la terapia con i farmaci a base di nicotina	A
3.4.9	L'utilizzo di terapie alternative deve rientrare in ambiti di ricerca mediante la definizione di rigorosi protocolli di studio da parte di operatori opportunamente formati	C
3.5	Nessun intervento per la prevenzione delle ricadute dovrebbe essere previsto dopo il termine del trattamento una volta raggiunta l'astinenza	A
3.5	Nel caso di fumatori con un grado di dipendenza elevato deve essere preso in considerazione il prolungamento del trattamento sostitutivo con nicotina al fine di prevenire la ricaduta	A
3.5	Se una volta trascorsi tre mesi dalla cessazione il fumatore lamenta ancora <i>craving</i> , deve essere instaurata una terapia con bupropione	A
3.5	Se durante la terapia di durata standard con sostituti della nicotina non viene raggiunta l'astinenza, si dovrebbe continuare la terapia, prendendo in considerazione eventualmente di aumentare il dosaggio del farmaco	C
3.5	Un <i>follow up</i> attivo deve essere previsto 6 e 12 mesi dopo il termine della terapia, a scopo di valutazione dell'esito	C
4.1	A tutte le fumatrici che hanno intrapreso o intendono intraprendere una gravidanza va offerto un esteso e completo intervento di tipo psicologico-comportamentale che deve andare al di là del semplice consiglio di smettere di fumare	A
4.1	Il trattamento delle donne in gravidanza dovrebbe prevedere soprattutto interventi motivazionali e psicologici, riducendo gli interventi farmacologici	C

Sezione		Forza della raccomandazione
4.1	A causa dell'alto numero di ricadute dopo il parto, particolare impegno deve essere profuso da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti per mantenere la condizione di astinenza della donna in questo periodo	C
4.1	Programmi di cessazione dovrebbero essere proposti a nuclei familiari comprendenti nascituri e bambini	C
<b>Centri per il Trattamento del Tabagismo</b>		
2.5	I Centri per il Trattamento del Tabagismo (siano essi pubblici o privati accreditati) dovrebbero offrire tutte le tipologie di valutazione e assistenza per la cessazione al fumo che abbiano basi scientifiche accertate, secondo le necessità dell'utente	C
2.5.1	I Centri per il Trattamento del Tabagismo devono assicurare la massima accessibilità al servizio attraverso la definizione di orari di apertura su più giorni e su più fasce orarie in modo da rispondere alle esigenze dell'utenza	C
2.5.1	Tutti i Centri per il Trattamento del Tabagismo dovrebbero essere composti almeno da un medico, uno psicologo, un infermiere ed eventualmente un'altra figura dotata di laurea sanitaria o di educatore professionale o di assistente sociale, adeguatamente formati sul tabagismo	C
2.5.1	L'informazione circa lo stato di fumatore di tutti i soggetti che accedono al CTT, gli interventi effettuati o prescritti ed i loro esiti a breve termine deve essere registrata nella cartella clinica individuale	B
3.1	La condizione di fumatore deve essere indagata in ogni persona che viene in contatto con il Sistema Sanitario Regionale	A
3.2	Ogni persona che viene in contatto con il Servizio Sanitario Regionale deve ricevere informazioni sui danni che il fumo arreca a sé e agli altri e sulle opportunità terapeutiche esistenti	A
3.3.1	La motivazione a smettere è un elemento cardine del percorso di intervento e deve essere valutata prima di proporre un trattamento	B
3.3.2	Il grado di dipendenza deve essere valutato con il test di <i>Fagerstrom</i>	C
3.3.3	Le capacità di comprensione e accettazione del soggetto devono essere valutate per poter proporre un idoneo percorso di cessazione del tabagismo	C
3.3.4	Le condizioni generali del soggetto devono essere valutate per diagnosticare eventuali comorbidità ed adattare il trattamento ad esse	C
3.3.5	A tutti i soggetti non motivati deve essere effettuato un intervento motivazionale	C
3.4	Agli assistiti con basso livello di dipendenza e al loro primo tentativo di cessazione deve essere offerto un intervento di <i>counselling</i>	B
3.4	Per gli assistiti con livello di dipendenza medio-alto o in cui il <i>counselling</i> da solo non abbia sortito successo, deve essere considerata la terapia con i farmaci a base di nicotina	A
3.4	L'utilizzo di terapie alternative deve rientrare in ambiti di ricerca mediante la definizione di rigorosi protocolli di studio da parte di operatori opportunamente formati	C
3.5	Nessun intervento per la prevenzione delle ricadute dovrebbe essere previsto dopo il termine del trattamento una volta raggiunta l'astinenza	A
3.5	Nel caso di fumatori con un grado di dipendenza elevato deve essere preso in considerazione il prolungamento del trattamento sostitutivo con nicotina al fine di prevenire la ricaduta	A

Sezione		Forza della raccomandazione
3.5	Se una volta trascorsi tre mesi dalla cessazione il fumatore lamenta ancora <i>craving</i> , deve essere instaurata una terapia con bupropione	A
3.5	Se durante la terapia di durata standard con sostituti della nicotina non viene raggiunta l'astinenza, si dovrebbe continuare la terapia, prendendo in considerazione eventualmente di aumentare il dosaggio del farmaco	C
3.5	Un <i>follow up</i> attivo deve essere previsto 6 e 12 mesi dopo il termine della terapia, a scopo di valutazione dell'esito	C
4.1	A tutte le fumatrici che hanno intrapreso o intendono intraprendere una gravidanza va offerto un esteso e completo intervento di tipo psicologico-comportamentale che deve andare al di là del semplice consiglio di smettere di fumare	A
4.1	Il trattamento delle donne in gravidanza dovrebbe prevedere soprattutto interventi motivazionali e psicologici, riducendo gli interventi farmacologici	C
4.1	A causa dell'alto numero di ricadute dopo il parto, particolare impegno deve essere profuso da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti per mantenere la condizione di astinenza della donna in questo periodo	C
<b>Ginecologi e ostetrici</b>		
4.1	A tutte le fumatrici che hanno intrapreso o intendono intraprendere una gravidanza va offerto un esteso e completo intervento di tipo psicologico-comportamentale che deve andare al di là del semplice consiglio di smettere di fumare	A
4.1	Il trattamento delle donne in gravidanza dovrebbe prevedere soprattutto interventi motivazionali e psicologici, riducendo gli interventi farmacologici	C
4.1	A causa dell'alto numero di ricadute dopo il parto, particolare impegno deve essere profuso da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti per mantenere la condizione di astinenza della donna in questo periodo	C
4.1	Programmi di cessazione dovrebbero essere proposti a nuclei familiari comprendenti nascituri e bambini	C
<b>Uffici scolastici</b>		
4.2	La scuola dovrebbe promuovere la cessazione del tabagismo, tramite un ruolo educativo e normativo	C

## Bibliografia

- Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2.
- Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, Liberati A, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schunemann H, Edejer TT, Vist GE, Williams JW Jr; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Serv Res* 2004;4(1):38.
- Bala M, Strzeszynski L, Hey K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2.
- Baltagi BH, Griffin JM. The Econometrics of Rational Addiction: the case of cigarettes. *Journal of Business and Economic Statistics* 2002;19(4):449-454.
- Bandura A. *Social Learning Theory*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
- Barengo NC, Sandstrom HP, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Attitudes and behaviours in smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. *Sozial- und Praventivmedizin* 2005;50(6):355-60.
- Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *European Heart Journal* 2006;27:2468-2472.
- Bauld L, Judge K, Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Eurothine, Rotterdam* 2007. Draft.
- Becker GS, Grossman M, Murphy KM. Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption, *The American Economic Review* 1994;81(2):237-241.
- Bell K, Richardson L, McCullough L, Greaves L. Workplace interventions to promote smoking cessation – Evidence review. *British Columbia centre of excellence for women's health. NICE review* 2006.
- Bery J, Haw S, Inglis J, Moore M, O'Donnell M, Pringle B. NHS Scotland and ASH Scotland. *Smoking Cessation Guidelines for Scotland: 2004 update*. Edinburgh: NHS Health Scotland, 2004.
- Biener L, Reimer RL, Wakefield M, Szczypka G, Rigotti NA, Connolly G. Impact of Smoking Cessation Aids and Mass Media Among Recent Quitters. *Am J Prev Med* 2006;30(3):217-224.
- Biener L, Harris JE, Hamilton W. Impact of the Massachusetts tobacco control programme: population based trend analysis. *BMJ*. 2000;321(7257):351-4.
- Bignamini E, Burrioni P e il Gruppo piemontese per l'elaborazione di Linee Guida di trattamento della dipendenze patologiche. Per una ridefinizione del concetto di tossicodipendenza. *Dal Fare al Dire* 2001;1:III-VIII.
- Borland R, Balmford J. Understanding how mass media campaigns impact on smokers. *Tob. Control* 2003;12;45-52.
- Brandon TH. Negative affect as motivation to smoke. *Curr Psychol Res Rev* 1994;3(33):33-7.
- Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction* 1994;89(6):743-54.
- Breslau N. Psychiatric co-morbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 1995;25:95-101.

- Browman GP, Wong G, Hodson I, Sathya J, Russell R, McAlpine L, Skingley P, Levine MN. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med* 1993;328:159-63.
- Budney AJ, Higgins ST, Hughes JR, Bickel WK. Nicotine and caffeine use in cocaine-dependent individuals. *J Subst Abuse* 1993;5(2):117-30.
- Buka SL, Shenassa ED, Niaura R. Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30-year prospective study. [HYPERLINK "javascript:AL\\_get\(this, 'jour', 'Am J Psychiatry.'\);" Am J Psychiatry.](#) 2003;160(11):1978-84.
- Caiumi A. Consumi alimentari, prezzi relativi e distribuzione, 1960-1990, *Rivista di Economia Agraria* 1992;XLVII:407-420.
- Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Smoking bans for reducing smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2.
- Cameron S. Are Greek Smokers Rational Addictis? *Applied Economics Letters* 1997;4(7):401-402.
- Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1.
- Castellanos ME, Nebot M, Payá A, Rovira M, Muñoz MI, Sanromá M, et al. El abandono del tabaquismo durante la gestación y la recaída. *Progr Obstet Ginecol* 2000;43:473-80.
- Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control programs. *Am J Prev Med* 2001;20(2S) 71.
- Chaloupka FJ. Rational Addiction and cigarette smoking, *Journal of Political Economy* 1991; 99: 722-742.
- Chaloupka FJ, Warner JE. The Economics of Smoking, in Culyer A.J. e Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, 2000 vol.1B, North-Holland.
- Chang LD, Buncke G, Slezak S, Buncke HJ. Cigarette smoking, plastic surgery, and microsurgery. *J Reconstr Microsurg* 1996;12(7):467-74.
- Charrier L, Coppo A, Piccinelli C, Di Stefano F, Molinar R, D'Elia P, Giordano L, Senore C, Segnan N. Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo. Commissione Regionale Anti-Tabacco, *Quaderno n° 1 – Regione Piemonte*, 2006. [www.cpo.it](http://www.cpo.it).
- Charrier L, Serafini P, Stroppiana G, Zotti CM. Smoking habits and smoking cessation in pregnancy: a study in Piedmont region. *Ann Ig.* 2006;18(5):407-15.
- Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR, Orleans CT, Schoenbach VJ, Biener L, Abrams D. Debunking myths about self-quitting: evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *Am Psychol* 1989;44:1355-1365.
- Clemmey P, Brooner R, Chutuape MA, Kidorf M, Stitzer M. Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance treatment population. *Drug Alcohol Depend* 1997;44(2-3):123-32.
- Colby SM, Monti PM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Weissman K, Spirito A, Woolard RH, Lewander WJ. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(3):574-8.
- Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *International Journal of Quality in Health Care* 2000;12:211-16.
- Courtois R, Caudrelier N, Legay E, Lalande G, Halimi A, Jonas C. Influence of parental tobacco dependence and parenting styles on adolescents' tobacco use. *Presse Med.* Marzo 2007.

- Cousins MS, Stamat HM, de Wit H. Effects of a single dose of baclofen on self-reported subjective effects and tobacco smoking. *Nicotine Tob Res.* 2001;3:123-9.
- CPO. Radioterapia in Piemonte: strutture, attività e fabbisogno. Anni 2001-2003. Quaderno 11. Torino 2005.
- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekow Rasmussen V. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 4; WHO. Copenhagen 2004.
- David S, Lancaster T, Stead LF, Evins AE. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4.
- Department of Health. *Smoking Kills: A White Paper on Tobacco*. London: The Stationery Office; 1998.
- DiFranza JR, Guerrera MP. Alcoholism and smoking. *J Stud Alcohol* 1990;51(2):130-5.
- Docherty G, Fraser E, Hardin J. Health promotion in the Scottish workplace: A case for moving the goalposts. *Health Education Research* 1999;14:565-573.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-28.
- Duncan CL, Cummings SR, Hudes ES, Zahnd E, Coates TJ. Quitting smoking: reasons for quitting and predictors of cessation among medical patients. *J Gen Intern Med* 1992;7(4):398-404.
- Elkins G, Marcus J, Bates J, Rajab MH, Cook T. Intensive hypnotherapy for smoking cessation: a prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2006;54(3):303-15.
- Emmons KM, Thompson B, McLerran D, Sorensen G, Linnan L, Basen-Enquist K, Biener L. The relationship between organizational characteristics and the adoption of workplace smoking policies. *Health Education and Behavior* 2000;27:483-501.
- European Network of Quitlines. *Guide to Best Practice*. European Network of Quitlines. 2004. ([www.ensp.org](http://www.ensp.org)).
- Fagerström KO, Hughes JR, Rasmussen T, Callas PW. Tobacco harm reduction strategies: The case for randomised trial investigating effect of a novel nicotine delivery device (Eclipse) and a nicotine oral inhaler on smoking behaviour, nicotine and carbon monoxide exposure, and motivation to quit. *Tobacco Control* 2000;9:327-333.
- Faggiano F, Versino E, Lemma P. Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes and Control* 2001;12:665-671.
- Faggiano F, Gelormino E. Gli studi per la valutazione di impatto per la salute. Faggiano F, Donato F, Barbone F (curatori). *Applicazioni di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2006; pp: 231-76.
- Faggiano F, Galanti MR, Bohrn K, Burkhart G, Cuomo L, Vigna-Taglianti F, Fabiani L, Panella M, Perez T, Siliquini R, Van der Kreeft P, Vassara M, Wiborg G and the EU-Dap Study Group. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap Cluster Randomised Controlled Trial. Sottomesso.
- Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, Hartsock SA, Hartmann KE, Helton M, Lohr JA. Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:264-75.
- Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:728-730.
- 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.

- Fujisawa T, Lizasa T, et al. Smoking before surgery predicts poor long-term survival in patients with stage I non-small-cell lung carcinomas. *J Clin Oncol* 1999;17(7):2086-91.
- Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new smoking regulations in Italy. *Annals of Oncology* 2006;17:346-347.
- Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
- Glassman AH, Stetner F, Walsh BT, Raizman PS, Fleiss JL, Cooper TB, Covey LS. Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 1988;259(19):2863-6.
- Glassman AH: Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:546-553.
- Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Watsky EJ, Gong J, Williams KE, Reeves KR, Varenicline Phase 3 Study Group Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):47-55.
- Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.
- Green JP, Lynn SJ, Montgomery GH. A meta-analysis of gender, smoking cessation, and hypnosis: A brief communication. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis* 2006;54(2):224-233.
- Gremigni Paola. Psicologia del fumo. Carocci Editore, Roma, 2005; pp: 138 – 141/146.
- Grimshaw GM, Stanton GM. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4.
- Gritz E. Smoking and smoking cessation in cancer patients. *British Journal of Addict* 1991;86:549-54.
- Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, Ho AW, Koch G, Dunford R, Zambon JJ, Hausmann E. Assessment of risk for periodontal diseases. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol* 1995;66:23-9.
- Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
- Hall SM, Munoz RF, Reus VI, Sees KL. Nicotine, negative affect, and depression. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(5):761-7.
- Hatsukami DK, Lemmonds C, Zhang Y, Murphy SE, Le C Carmella SG, Hecht SS. Evaluation of Carcinogen Exposure in People Who Used "Reduced Exposure" Tobacco Products. *Journal of the National Cancer Institute* 2004;96:844-52.
- Hey K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.
- Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Am J Prev Med* 2001;20(2S):16-66.
- Houston TK, Scarinci IC, Person SD, Greene PG. Patient smoking cessation advice by health care providers: the role of ethnicity, socioeconomic status, and health. *Am J Public Health* 2005 Jun;95(6):1056-61.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4.
- Hughes JR. Clinical implications of the association between smoking and alcoholism, in *Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Policy: NIAAA Research Monograph 30*. Edited by Fertig J, Fuller R. Washington, DC, US Government Printing Office, 1995, pp 171-181.



- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1.
- Hurt RD, Dale LC, Fredrickson PA, Caldwell CC, Lee GA, Offord KP, Lauger GG, Marusic Z, Neese LW, Lundberg TG. Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. One-year outcome and percentage of nicotine replacement. *JAMA* 1994;271(8):595-600.
- Istat. Le condizioni di salute della popolazione - anni 1999 – 2000. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"; 2002.
- Istat. Statistiche in breve. 10 gennaio 2006.
- Jarvis M, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- Johnson CA, Hansen WB, Collins LM, Graham JW. High-school smoking prevention: results of a three-year longitudinal study. *J Behav Med* 1986;9:439-52.
- Jones RM. Smoking before surgery: the case for stopping. *BMJ* 1985;290:1763-4.
- Jones AJ, Giannoni-Mazzi M. Tabacco Consumption and Taxation in Italy. An Application of the QAIDS in Italy. *Applied Economics* 1996;28:595-603.
- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR, Varenicline Phase 3 Study Group. 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(1):56-63.
- Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB; AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(8):594-603.
- Katz D, Muehlenbruch D, Brown R, Fiore M, Baker T. Effectiveness of a nurse-based strategy for implementing the AHRQ Smoking Cessation Guideline in primary care. *Prev Med* 2002;35:293-302.
- Kawahara M, Ushijima S, Kamimori T, Kodama N, Ogawara M, Matsui K, Masuda N, Takada M, Sobue T, Furuse K. Second primary tumours in more than 2-year disease-free survivors of small-cell lung cancer in Japan: the role of smoking cessation. *Br J Cancer* 1998;78(3):409-12.
- Keeler T, Hu T, Barnett P, Manning W. Taxation, Regulation, and Addiction: a Demand Function for Cigarettes based on Time-Series Evidence, *Journal of Health Economics* 1993;12:1-18.
- Kemm J. The limitations of Evidence Based Public Health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2006;12(3):319-24.
- Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994;271(8):589-94.
- Kleber HD, Weiss RD, Anton RF Jr, George TP, Greenfield SF, Kosten TR, O'Brien CP, Rounsaville BJ, Strain EC, Ziedonis DM, Hennessy G, Connery HS. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. APA 2006.
- Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997, Issue 3.
- Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2.
- Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3.

- Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2 (a).
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3 (b).
- Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of relapse after quitting smoking: a systematic review of trials. *Arch Intern Med.* 2006;166(8):828-35.
- Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control.* 2005 Dec;14(6):425-8.
- Leshner AI. Addiction is a brain disease and it matters. *Science* 1997;278: 45-47.
- Lightwood JM, Glantz SA. Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997;96(4):1089-96.
- Logan RA, Longo DR. Rethinking anti-smoking media campaigns: two generations of research and issues for the next. *Journal of Health Care Finance* 1999;25(4):77-90.
- Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005, Issue 4.
- Main C, Mather L, Ogilvie D, et al. The inverse evidence law in tobacco control: findings from a systematic review of reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59(Suppl 1):A24.
- Maxwell AJ. Relocation of a static breast screening unit: a study of factors affecting attendance. *J Med Screen* 2000;7:114-5.
- Miller W, Rolnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford, 1991.
- Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Il rapporto sull'impatto della legge 16 gennaio 2003, n. 3 art. 51 "tutela della salute dei non fumatori". Roma 2006. <http://www.ccm.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/255/conferenzaFumo.pdf>
- Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (MRFITRG). Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982;248(12):1465-77.
- Nardini S, Bertolotti R, Carrozzini L, Sabato E. Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2000;15:201-231.
- Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, Reeves KR. 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(15):1561-8.
- Ogilvie D, Petticrew M. Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study. *Tob. Control* 2004;13(2):129-131.
- Ogilvie D, Hamilton V, Egan M, Petticrew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Finding the evidence: how far should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005;59:804-808. (a)

- Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Petticrew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: 2. Best available evidence: how low should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005;59:886-892. (b)
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).
- Piper ME, Piasecki TM, Federman EB, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC, Baker TB. A multiple motives approach to tobacco dependence: the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(2):139-54.
- Piper ME, McCarthy DE, Baker TB. Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine Tob Res*. 2006;8(3):339-51.
- Piano Nazionale Linee Guida (PNLG). Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. ISS e ASSR, Roma; 2004.
- Pohlign C. Smoking cessation counseling: a practice management perspective. *Chest* 2006;130(4):1231-3.
- Price JH, Jordan TR, Dake JA. Perceptions and use of smoking cessation in nurse-midwife's practice. *J midwifery Womens Health* 2006;51:208-15.
- Prochaska J, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991;12(4):727-35.
- Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
- Remler DK. Poor smokers, poor quitters and cigarette tax regressivity, *Am J Public Health*. 2004;94(2):225-9.
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1.
- Richardson G, Tucker M, Venzon D. Smoking cessation after successful treatment of small-cell lung cancer is associated with fewer smoking-related second primary cancers. *Ann Intern Med* 1993;119(5):383-90.
- Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(7):538-45.
- Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4.
- Rizzi PL. Invecchiamento della popolazione e consumi privati. *La Questione Agraria* 2000;4:1961-2020.
- Rizzi PL, Balli F. La domanda di consumo di beni non durevoli e servizi in Italia negli anni '90: analisi di breve periodo con un sistema Almost Ideal a due stadi. Università degli Studi di Siena, Quaderni del Dipartimento di Economia Politica. 2002, n.352-2000.
- Rodu B, Cole P. The burden of mortality from smoking: comparing Sweden with other countries in the European Union. *European Journal of Epidemiology* 2004;19:129-131.
- Rosso S, Battista RN, Segnan N, Williams JL, Suissa S, Ponti A. Determinants of preventive practices of general practitioners in Torino, Italy. *American Journal of Preventive Medicine* 1992;8(6):339-44.
- Roth HD, Roth AB, Liu X. Health Risks of Smoking Compared to Swedish Snus. *Inhalation Toxicology* 2005;17:741-748.
- Russo R, Scafato E. Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari. Roma: OssFAD, ISS; 2002.
- Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328;977-980.

- Sbrogiò L e Rossato Villanova MT. "Mamme libere dal fumo – Guida al counselling ostetrico". 2002.
- Schar EH, Gutierrez KK. Smoking cessation media campaigns from around the world: recommendations from lessons learned. Copenhagen: World Health Organization, 2001.
- Sciamanna CN, Hoch JS, Duke GC, Fogle MN, Ford DE. Comparison of five measures of motivation to quit smoking among a sample of hospitalized smokers. *Journal of General Internal Medicine* 2000;15(1):16-23.
- Scottish Intercollegiate Guideliden Network (SIGN). A guideline developers' handbook. SIGN publication number 50. 2001.
- Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2.
- Segnan N, Ponti A, Battista RN, Senore C, Rosso S, Shapiro SH, Aimar D. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes and Control* 1991;2:239-246.
- Sgambato A, Cicchetti A, Papa A, Macinati MS, Sposi A, Cittadini A. Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia. Roma: Centro di Ricerche Oncologiche "Giovanni XXIII", Istituto di Patologia Generale, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore; 2001.
- Shields PG. Tobacco smoking, harm reduction, and biomarkers. *Journal of the National Cancer Institute* 2002;94:1435-44.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.
- Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1.
- Simonato L, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou S, Boffetta P, Brennan P, Darby SC, Forastiere F, Fortes C, Gaborieau V, Gerken M, Gonzales CA, Jockel KH, Kreuzer M, Merletti F, Nyberg F, Pershagen G, Pohlabein H, Rosch F, Whitley E, Wichmann HE, Zambon P. Lung cancer and cigarette smoking in Europe: an update of risk estimates and an assessment of inter-country heterogeneity. *Int J Cancer*. 2001;91:876-87.
- Sorensen G, Glasgow RE, Topor M, Corbett K. Worksite characteristics and changes in worksite tobacco-control initiatives: Results from the COMMIT study. *Journal of Environmental Medicine* 1997;39:520-526.
- Starr G, Rogers T, Schooley M, Porter S, Wiesen E, Jamison N. Key Outcome Indicators for Evaluating Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2005.
- Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997, Issue 3.
- Stead SF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1 (a).
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2005, Issue 2 (b).
- Stead LF, Hey K, Lancaster T. Intervention to reduce harm from continued tobacco use (protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2 (c).
- Stead LF, R Perera, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3 (a).

- Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2 (b).
- Sullivan MA, Covey LS. Current perspectives on smoking cessation among substance abusers. *Current Psychiatry Reports* 2002;4:388-96.
- The Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996;275:1270.
- The Cochrane Collaboration. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. May 2005. (<http://www.cochrane.org/resources/handbook/index.htm>).
- Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
- Tiezzi S. *Addiction and Smoking Behaviour in Italy*, Università degli Studi di Siena, Quaderni del Dipartimento di Economia Politica n.412-2003. 2003
- Tinghino Biagio, Zagà Vincenzo. Curare il tabagismo. *Medici e sanitari in prima linea*. *Tabaccologia* 2s/2005.
- Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom KO, Gratziou C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, Viegi G, Lazzaro C, Campell IA, Dagli E, West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007;29:390-417.
- Treadwell JR, Tregear SJ, Reston JT, Turkelson CM. A system for rating the stability and strength of medical evidence. *BMC Med Res Methodol* 2006 Oct 19;6:52.
- Underner M, Laforgue AV, Chabaud F, Meurice JC. Influence of doctors' smoking habits on minimal advice for smoking cessation. A survey of 369 general practitioners in the department of Vienne, France. *Presse Medicale* 2004;33(14 Pt 1):927-9.
- Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, Meurice JC. Influence of smoking among family physicians on their practice of giving minimal smoking cessation advice *Rev Mal Respir*. 2006;23(5 Pt 1):426-9.
- US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. USDHHS: 1990. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
- US Department of Health and Human Services. Clinical Practice Guideline No.1: acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research; 1993. AHCPR Publication No. 92-0023.
- Vigna-Taglianti F, Migliardi A, Faggiano F. Fatti e cifre sul fumo di tabacco. Piemonte – 2006. Prevalenza di fumatori e effetti sulla salute. Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno n° 2. Regione Piemonte, 2006. [www.oed.piemonte.it](http://www.oed.piemonte.it).
- Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJH, Wouters EFM, van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Internal Medicine* 2005;165(19):2286-92.
- Waranch HR, Wohlgemuth WK, Hantula DA et al. The effects of a hospital smoking ban on employee smoking behaviour and participation in different types of smoking cessation programmes. *Tobacco Control* 1993;2:120-126.
- Wellings K, Macdowall W. Evaluating mass media approaches to health promotion: a review of methods. *Health Education* 2000;100(1):23-32.
- West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999.

- West R, Sohal T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006 25;332(7539):458-60.
- White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1.
- Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, Raftery JP, Aveyard PN, Hyde CJ, Barton PM. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*. 2002;6(16):1-245.
- World Health Organization. *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Geneva: WHO 1998.
- World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: WHO, 2003.
- Wynd CA. Guided health imagery for smoking cessation and long-term abstinence. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(3):245-50.
- Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clinical Pharmacokinetics* 1999;36:425-38.
- Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM, Davoli M, Enea D, Fogliani V, Galeone D, Malvezzi E, Minozzi S, Nardini S, Pacifici R, Vanuzzo D. *Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2002.



