

DA BACCO A TABACCO: L'ALTRO VERSANTE DELLE DIPENDENZE LEGALI

dott. Mateo Ameglio
Responsabile Ser.T. – C.A.Int. (Centro Antitabagico Integrato)
Zona Alta Valdelsa
AUSL 7 di Siena

DIFFUSIONE DEL FENOMENO E DANNI CORRELATI

Fra tutti i generi voluttuari introdotti nella cultura europea all'inizio dell'età moderna, il tabacco è quello che è stato maggiormente associato con il suo principale omologo europeo, l'alcol. Non a caso sono stati utilizzati a lungo termini quali: "bevuta di nebbia", "bere il fumo o il tabacco", "ebbrezza asciutta o bere asciutto" fino a quando la parola "fumare" si è affermata nell'uso corrente durante il XVII secolo. La sua diffusione ha visto un impulso significativo nella metà dell'800 con le fabbriche di sigarette, allora prodotte a mano, ed in particolare con l'utilizzo delle macchine per confezionare sigarette, comparse qualche decennio dopo. Negli anni '20-'30 del '900, vi è stato un miglioramento della qualità delle sigarette ed una diffusione del fumo di tabacco ad alte dosi, tali da favorire la dipendenza da Nicotina^(1, 2, 3). Il lento declino del consumo di tabacco nei paesi industrializzati coincide con la diffusione dei primi dati sugli effetti negativi del fumo sulla salute, negli anni '50-'60. Questa progressiva diminuzione della prevalenza dei fumatori attivi, vede ancora in Italia delle percentuali tutt'altro che trascurabili (32,4% degli uomini e 17,1% delle donne di età superiore ai 14 anni⁽⁴⁾). Dagli anni '50-'60, l'industria del tabacco, che conosce già e mantiene segreti i dati sulla nocività del tabacco e la dipendenza da nicotina, inizia a spostare i suoi obiettivi sulle donne, gli adolescenti, gli strati socio-economico-culturali più deboli ed i paesi in via di sviluppo⁽³⁾. Strategia che si rivela vincente come dimostrano i dati sul consumo in queste popolazioni e le specifiche osservazioni dei rappresentanti dei 51 paesi della Regione Europea, espresse dall'OMS nella Dichiarazione di Varsavia per "Un'Europa senza tabacco"⁽⁵⁾. Il crescente consumo nei paesi in via di sviluppo trova un'analoga diffusione fra i gruppi socio-economici più deboli dei paesi più ricchi. In Italia è nota la diffusione del consumo secondo un gradiente geografico che aumenta da nord a sud ed uno scolastico che aumenta in modo inversamente proporzionale al livello di scolarizzazione, con la significativa eccezione delle donne, per le quali la cultura sembra un fattore di rischio piuttosto che protettivo⁽⁶⁾. E' altrettanto evidente che nonostante i propositi espressi dall'OMS e quelli dei nostri Piani Sanitari Nazionali e Regionali, non è stata evidenziata nessuna riduzione apprezzabile del fenomeno in una popolazione così significativa come quella dei giovani. E' molto significativo il fatto che circa il 90% dei fumatori inizi a fumare prima dei 18 anni⁽⁷⁾, considerando che chi non ha iniziato prima dei 20 anni ha un rischio molto minore di diventare fumatore nelle età successive^(8, 9). Il rischio di contrarre una patologia fumo-correlata (cardiovascolare, oncologica, pneumologica) è strettamente dipendente dall'età di inizio di tale abitudine^(10, 11). Gli altri due target altrettanto significativi e non meno frustranti per i promotori delle politiche sanitarie e gli operatori del settore, sono rappresentati dalle donne in gravidanza e dal personale sanitario, in particolare i medici.

La notevole rilevanza del tabagismo per la salute pubblica deriva dal suo riconoscimento come fattore di rischio per 25 cause di morte⁽¹²⁾ ed in particolare per 4 delle prime 5 cause di morte in occidente: cardiopatia ischemica, malattie cerebrovascolari, tumore del polmone, broncopneumopatia cronica ostruttiva⁽¹³⁾. La sua individuazione come la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile in tutto il mondo occidentale, viene rinforzata dalla constatazione che la sopravvivenza dei fumatori rispetto ai non fumatori risulta mediamente più breve di 7,5 - 16 anni⁽¹⁴⁾ anche se attualmente, in considerazione del continuo aumento dell'aspettativa di vita fra la popolazione generale, si ritiene plausibile che il numero medio di anni persi dai fumatori nella fascia di età dai 35-69 anni sia di circa 22 anni⁽¹⁵⁾.

I danni fumo-correlati vanno identificati anche fra quelli presentati dalla popolazione di fumatori passivi, circa 15 milioni quelli calcolati in Italia⁽¹⁶⁾, con percentuali stimate, ad esempio, fra i decessi in Italia per tumore del polmone tra i non fumatori ed attribuibili a fumo passivo: del 13% nelle donne e 3% nei maschi, coniugi di fumatori e del 20% nei maschi e 13% nelle femmine, per il fumo passivo negli

ambientanti di lavoro ⁽¹⁷⁾. E' stato anche calcolato che 4 milioni di bambini sono esposti per il 68% al fumo di una persona e per il 28% al fumo di due persone e che il 48,6% di tutti i bambini in età prescolare vive con un fumatore ⁽¹⁶⁾. Mentre le ricadute di questo fumo passivo nei bambini è calcolata in un incremento della percentuale di rischio rispetto ai non esposti del 48% per le Otiti medie, del 21% per l'Asma, del 24% per la Dispnea e del 35% per le Sindromi catarrali ⁽¹⁸⁾.

Le conseguenze socio-sanitarie del tabagismo vanno valutate anche, al di là dei pur agghiacciati tassi di mortalità per cause fumo-correlate, calcolate in Italia nel 1995 in 87.000 morti ⁽¹⁹⁾, ed occorre considerare altri parametri come si evince dal seguente schema che rende evidente il "peso" del tabagismo rapportato a quello di altre simili dipendenze. I dati del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, indicano che in Italia si verificano in un anno circa 84 mila decessi attribuibili al fumo di tabacco.

Peso globale di alcuni importanti fattori esogeni di malattia nei Paesi Industrializzati, riferito al 1990 ⁽²⁰⁾.

<i>Fattore esogeno di morbosità e mortalità</i>	<i>% di decessi sul totale</i>	<i>% di anni di vita persi sul totale (YPLL)</i>	<i>% di anni vissuti da disabile sul totale (DALY)</i>	<i>% di disabilità aggiustata per anni di vita persi sul totale</i>
Uso di Tabacco	14,9	16,9	7,4	11,7
Uso di Alcol	1,2	5,1	15,6	10,3
Uso di Droghe	0,4	1,4	3,3	2,3

In Italia, nel solo 1997, è stato stimato, per le 16 patologie per le quali il fumo rappresenta un significativo fattore di rischio, un costo per l'assistenza ospedaliera, ambulatoriale e farmaceutica pari a circa 1 miliardo e 300.000 € ⁽²¹⁾, mentre un calcolo dei costi sanitari del tabagismo effettuato nel 1999 dal Ministero della Salute, li stimava in 15,5 miliardi di €, corrispondenti all'epoca ad un quarto delle spese sanitarie pubbliche ⁽²²⁾. Le contraddizioni insite nelle politiche governative o sovragovernative, nei confronti di un fenomeno così "costoso" dal punto di vista sanitario, sociale ed economico, sono state già evidenziate dall'OMS decenni fa ⁽²³⁾.

Contenuto delle sigarette e patologie ^(15, 24, 25, 26, 27, 28)

Durante la combustione della sigaretta si sprigionano più di 4.000 sostanze chimiche, che sono raggruppabili in 4 gruppi: le sostanze cancerogene, le sostanze irritanti e tossiche, il Monossido di carbonio e la Nicotina. Quest'ultima verrà trattata più avanti ed è quella che determina la dipendenza dalla sigaretta.

Monossido di carbonio: si forma per combustione incompleta del tabacco. Si lega all'emoglobina riducendo il trasporto dell'ossigeno dai polmoni ai tessuti favorendo: l'ingiallimento della pelle, una ridotta capacità respiratoria, minori performances fisico-atletiche, minori performances sessuali, malattie cardio-vascolari su base ischemica, aumento degli aborti spontanei (del 28%), gravidanze ectopiche, malformazioni congenite, immaturità, basso peso alla nascita.

Sostanze cancerogene: sono in massima parte presenti nel catrame o condensato o corpuscolato che si forma nella porzione a più bassa temperatura di combustione della sigaretta. Esso comprende una grande varietà di sostanze diverse, decine delle quali sono cancerogeni o cocancerogeni riconosciuti: idrocarburi aromatici policiclici (ad es. il Benzopirene); amine aromatiche e nitrosamine non volatili, ritenute agenti etiologici del cancro della vescica; composti radioattivi, tra i quali il Polonio 210; composti del nichel, cadmio, radon e fenoli.

Sostanze irritanti e tossiche: sono presenti per lo più nella fase gassosa del fumo di tabacco (fenoli, cresoli, formaldeide, acroleine, acetaldeide, ossido di azoto, ammoniaca, ecc.); danneggiano il meccanismo della clearance muco-ciliare, provocano aumento della secrezione bronchiale e favoriscono il ristagno degli agenti infettivi e di quelli irritanti e/o cancerogeni, principali momenti causali della bronchite cronica, dell'enfisema polmonare post bronchite, dell'asma bronchiale e del cancro polmonare. Alle sostanze irritanti è attribuito infine un ruolo concausale in alcune patologie digestive: Morbo di Crohn, Ulcera gastrica e duodenale.

Il legame fra il tabacco e le 25 cause di morte per le quali l'OMS lo riconosce come fattore di rischio, può essere di tipo quasi o completamente esclusivo, come ad esempio per il Cancro del polmone (estremamente raro fra i non fumatori) e delle vie aeree superiori, le BPCO e gli Attacchi ischemici cardiaci oppure può essere un legame parziale come per le Lesioni cerebro-vascolari o il Cancro

dell'esofago. Per alcune patologie inoltre, si verifica una sinergia fra **alcol** e tabacco, i quali si potenziano come causa scatenante la patologia, per cui nei casi di: infarto del miocardio, trombosi, tumori delle prime vie aeree e digerenti (labbra, bocca, faringe, laringe, esofago), l'eliminazione di uno solo dei due fattori determinerebbe la diminuzione del rischio ma, quella di entrambi si rivelerebbe molto più incisiva.

La sospensione del fumo determina la riduzione del rischio di contrarre le patologie su menzionate in percentuali variabili e con tempi diversi in base al tipo di patologia ^(24, 29):

- Malattia vascolare periferica: viene arrestata immediatamente la progressione;
- Malattia cerebrovascolare: in meno di 1 anno il rischio diventa pari a quello di un non fumatore;
- Malattia coronaria: riduzione del 50% in meno a 1 anno e rischio pari a quello di un non fumatore a 10-15 anni;
- Cancro del polmone: riduzione del 60% in meno a 5 anni e del 50-90% in meno a 15-20 anni;
- Cancro della laringe: rischio pari a quello di un non fumatore a 10-15 anni;
- Cancro della cavità orale: rischio ridotto dopo 6 anni e rischio pari a quello di un non fumatore 16 anni dopo la sospensione;
- Cancro della vescica: riduzione del rischio pari a quello di un non fumatore dopo 15 anni;
- Malattia respiratoria: lenta riduzione del 50% in meno a 20 anni.

NICOTINA

Risalgono al 1942 le prime segnalazioni sull'astinenza da nicotina ma è soltanto nella fine anni '70 che ne è stata identificata completamente la sindrome di astinenza. Dell'ipotesi di una dipendenza da nicotina si parla già negli anni '60 ma nel 1964, il Ministero della Sanità degli USA (Surgeon General), ancora non identificava il fumo di tabacco come una tossicodipendenza, come invece afferma nel 1988 nel Rapporto sulla "dipendenza da nicotina", che assimila alla dipendenza da droghe come l'eroina e la cocaina. Evoluzione accompagnata dalla modifica della diagnosi di "Dipendenza da Tabacco" del DSM-III nel 1980 in "Dipendenza da nicotina" del DSM-III-R e DSM-IV nel 1987 e 1994 ^(3, 30, 31, 32).

Questo alcaloide (amina terziaria), presente nelle sigarette in concentrazioni che vanno da pochi decimi di mg sino a circa 3 mg, è quello che vincola quasi tutti i fumatori, tranne forse un 5% circa di essi, che fumano meno di 3-5 sigarette al giorno ^(33, 34).

Ha effetto immediato e provoca una tolleranza che aumenta piuttosto rapidamente. Il suo duplice effetto, inizialmente stimolante/agonista e successivamente inibitorio/antagonista, si esplica a livello dei recettori acetilcolinergici nicotinici, in particolare di quelli neuronali di tipo II che sono maggiormente rappresentati a livello cerebrale. L'azione di neuroadattamento a tali stimoli recettoriali, determina un aumento del numero di recettori nicotinici (up-regulation) e questo sembra favorire la ripresa dei pregressi abituali dosaggi di sigarette in caso di ricaduta dopo aver smesso di fumare ^(34, 35).

Il NAc e la VTA sono caratterizzati da una alta densità dei suddetti recettori nicotinici e la nicotina potrebbe stimolare l'attività dei neuroni dopaminergici nella VTA o stimolare direttamente le terminazioni dopaminergiche nello sNAc. Confermando così l'assunto che la via finale comune che interessa tutte le sostanze in grado di dare abuso o dipendenza consiste nell'incrementare in acuto l'attività delle vie di ricompensa dopaminergiche mesolimbiche e meso-limbo-corticali ⁽³⁴⁾.

L'azione della nicotina a livello del Locus coeruleus aumenta la norepinefrina con azione presinaptica, aumentando la soglia di vigilanza, le reazioni d'allarme, la concentrazione, l'apprendimento e la memoria mentre invece diminuisce le reazioni allo stress. La nicotina stimola inoltre i neuroni di Renshaw del midollo spinale, diminuendo il tono dei muscoli dello scheletro e favorendo così la sensazione di rilassamento ^(1, 36).

Altre azioni a livello del sistema nervoso centrale, oltre alla sensazioni di piacere ed alla facilitazione nello svolgimento di alcuni compiti, sono la riduzione della sensazione di fame e di tensione, azione analgesica mediata anche dalla stimolazione indiretta di recettori m-oppioidi e dall'aumentata liberazione di serotonina e altri neurotrasmettitori. Su altri distretti corporei i principali effetti sono a carico del sistema cardiovascolare con caratteristiche simpaticomimetiche e di interferenza nel metabolismo dei lipidi e nel meccanismo di formazione del trombo piastrinico ^(25, 37, 38).

Alcuni studi ^(39, 40), sembrano evidenziare che in caso di assunzione contemporanea di **alcol** e nicotina, vi sia un incremento nel rilascio di dopamina, rispetto alla loro assunzione separata, fornendo quindi una ulteriore chiave di lettura al riscontro di percentuali così elevate di tabagismo fra chi abusa di alcol.

Pur avendo chiaro il ruolo della nicotina nel tabagismo, non vanno sottovalutate, sia in fase diagnostica che trattamentale, anche altre componenti, variamente influenzate da aspetti macro e microambientali

oppure più strettamente individuali, che contribuiscono a sostenere le motivazioni al fumo ⁽⁴¹⁾. Le più rilevanti sembrano essere: per i maschi l'affermazione della propria virilità, coraggio e potenza mentre per le femmine può essere più legato all'affermazione della propria emancipazione, libertà e disinvoltura. Altre motivazioni sono l'appartenenza al gruppo e l'evitamento della "diversità" e dell'emarginazione da esso. L'occasione di contatto con gli altri attraverso il meccanismo dell'offrire-chiedere-accendere che comporta l'approccio, la complicità e la condivisione della stessa sfera emotiva. La gestione simbolica della propria e altrui aggressività; l'identificazione con l'adulto; la trasgressione; il piacere orale; il piacere sensoriale; l'associazione con immagine di prestigio, disinvoltura, la compensazione di sensi di insicurezza, inadeguatezza, imbarazzo; l'associazione a fatti piacevoli (mangiare, bere, far l'amore, ascoltare musica).

STRATEGIE DI INTERVENTO

La rilevanza del fenomeno tabagismo è dimostrata dai numerosi documenti e raccomandazioni, nazionali ed internazionali, che lo affrontano sia in associazione al problema dell'alcol che autonomamente ⁽²³⁾.

La sua complessità risiede nella natura molteplice dei suoi aspetti bio-psico-sociali, e soltanto strategie di contrasto globali e multisettoriali riescono ad incidere sia sull'offerta che sulla domanda di tabacco, agendo contemporaneamente nei confronti delle sigarette, dell'individuo e dell'ambiente. Tali strategie devono quindi mirare a sviluppare e a coordinare efficacemente, in un'ottica sistemica di rete, tutte le risorse significative della comunità, competenti in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo ⁽⁹⁾. Occorre dedicare una particolare importanza ad alcuni specifici target quali quello delle donne in gravidanza ed allattamento, i giovani sotto i 15 anni che si avviano ad iniziare a fumare, i bambini ed i lavoratori soggetti al fumo passivo.

Gli aspetti socio-culturali, al pari di quelli economico-commerciali del tabagismo, presentano molti punti in comune con le problematiche relative all'**alcol** e con le strategie di contrasto per questo indicate. Una particolarità del fumo è invece determinata dalla sua caratteristica di inquinante ambientale che richiede l'applicazione di norme di vigilanza e controllo sul divieto di fumo negli ambienti pubblici e di lavoro, a tutela della salute collettiva nei confronti del fumo passivo o ETS (Environmental Tobacco Smoke). E' comune invece alle due sostanze, l'opportunità di agire a livello istituzionale attraverso leggi e regolamenti su aspetti quali: la tassazione, i prezzi, la pubblicità, le sponsorizzazioni e l'attività di promozione, la limitazione dell'accesso ai minori.

Gli interventi di prevenzione del fumo e delle malattie ad esso correlate possono essere schematicamente inquadrati in uno o più dei seguenti obiettivi principali: ridurre fino ad eliminare il **fumo passivo**; **prevenire** l'instaurarsi dell'abitudine al fumo, specialmente tra i giovani; incentivare la **cessazione** dell'abitudine al fumo.

E' intuitivo il valore strategico per la salute pubblica rivestito dalla prevenzione, più completa e precoce possibile, dell'inizio dell'uso di tabacco e della sua prosecuzione ⁽⁹⁾. Un ruolo importante è svolto dalle campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte alla comunità con il coinvolgimento dei media, della popolazione in generale e di gruppi specifici significativi quali il personale sanitario, gli insegnanti, gli allenatori sportivi, i leaders di gruppo, ecc. I programmi più accreditati di intervento nella scuola sono basati su diverse componenti, quali l'informazione, la capacità di effettuare scelte consapevoli, lo sviluppo di abilità per resistere alle pressioni sociali e l'attenzione alle condizioni di disagio. La letteratura suggerisce che la prevenzione nei confronti del tabacco, così come riguardo all'**alcol**, può avere una ricaduta anche nei confronti dell'uso di altre sostanze ⁽⁴²⁾.

DISASSUEFAZIONE

L'approccio prevalente alla disassuefazione dal fumo, specie in ambito pubblico, è fortemente caratterizzato da considerazioni di politica sanitaria attente all'efficacia ed all'efficienza degli interventi. Questo li rende probabilmente, fra gli approcci trattamentali alle Dipendenze da Sostanze, i più sensibili alle indicazioni provenienti dalla Medicina Basata sulle Evidenze e quelli maggiormente tesi alla standardizzazione degli interventi, al fine di garantire e privilegiare quelli più accreditati e la possibilità di una loro rivalutazione nel tempo.

Al pari delle altre dipendenze da sostanze, quella da nicotina ha le caratteristiche di una malattia cronica recidivante, che tende pertanto a protrarsi nel tempo con molteplici cicli di ricadute e remissioni, così

come i fumatori raggiungono raramente una duratura astensione dalle sigarette al primo tentativo di smettere.

E' stato calcolato che circa 1/3 dei fumatori fa un tentativo serio di smettere ogni anno, e mentre circa il 90% di questi tentativi viene effettuato senza un aiuto formale e strutturato e presenta un tasso di ricadute a lungo termine di più del 90%, fra chi smette di fumare con un aiuto esterno si verificano circa il 70% di ricadute entro l'anno.

Il tasso annuo di **cessazione spontanea** stabile ammonta a circa il 2%, mentre soltanto il 33% di quelli che smettono di fumare da soli rimangono astinenti per più di 2 giorni. A partire da queste interruzioni prive di interventi esterni sino alla condizione di quei soggetti che necessitano del ricorso a ripetuti interventi intensivi, si può tracciare uno spettro di crescente difficoltà alla cessazione del fumo che viene di conseguenza accompagnato da una progressiva sofisticazione degli interventi. Tale progressione, denominata da alcuni "stepped care approach", prevede sia precoci interventi più superficiali ma diffusi e di minore efficacia sulla disassuefazione e sia interventi intensivi, meno diffusi e più impegnativi e costosi ma anche di maggior efficacia sulla cessazione a lungo termine, per quei soggetti che non riescono a smettere con i primi. Un simile approccio integrato, svolto da una rete di servizi, vede in prima istanza gli **interventi di I° livello**, attuati principalmente dai medici di medicina generale, nonché da altri operatori sanitari, che sono basati sul "consiglio breve" e presentano percentuali di cessazione di circa il 5%. In seconda istanza si trovano gli **interventi di II° livello o specialistici**, che sono meno facilmente disponibili ma presentano percentuali di cessazione ad un anno che si aggirano intorno al 20-30%. Molti dati indicano che il più costoso intervento di cessazione dal fumo è considerevolmente molto più efficace in termini di costi per anno di vita guadagnato rispetto a numerosi e consolidati interventi sanitari.

Sono numerose le fonti dell'evidenza scientifica che sostengono quanto sopra affermato, quali le autorevoli revisioni evidence-based sui metodi per smettere di fumare (Cochrane ⁽⁴³⁾, US Dept. Health and Human Service ⁽⁴⁴⁾) su cui si basano alcune linee guida internazionali (quali quelle per il sistema sanitario inglese: Raw, 1998 ⁽⁴⁵⁾ e Parrott, 1998 ⁽⁴⁶⁾; quelle per il sistema sanitario statunitense: Fiore, 2000 ⁽⁴⁷⁾; quelle dell'American Psychiatric Association, 1996 ⁽⁴⁸⁾; quelle dell'American Thoracic Society, 1996 ⁽⁴⁹⁾) e linee guida nazionali (quali quelle per il nostro Sistema Sanitario Nazionale dell'ISS del 2002 ⁽⁵⁰⁾), rivolte specificamente agli operatori sanitari.

INTERVENTI DI I° LIVELLO **O INTERVENTI BREVI**

Gli interventi brevi coinvolgono in prima istanza i Medici di Medicina Generale (MMG), i dentisti, i farmacisti e gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali. Fra tutti questi, il ruolo del MMG appare fondamentale dal momento che si stima che esso possa raggiungere almeno dieci milioni di fumatori ogni anno in Italia. Ogni medico, in media, ha in carico dai 200 ai 400 fumatori e di questi in un anno ne vede circa i due terzi. Il numero dei contatti del MMG con i propri pazienti (circa 13.000/anno) è estremamente elevato e l'occasione di parlare con essi di fumo, si può presentare ogni 2-3 visite ^(47, 51).

Un semplice colloquio di 2-3 minuti, che sarà tanto più efficace quanto più sarà strutturato e frutto di una formazione specifica, comporta una sospensione del fumo in circa il 5% dei casi anche se è stata dimostrata la difficoltà a mantenere l'impegno di questo tipo di intervento al di là di brevi periodi di studi sperimentali. Questa percentuale apparentemente bassa corrisponde invece a cifre elevate se si considera il cospicuo numero di contatti dei MMG e la ricaduta sulla salute dei cittadini è in questo caso molto più ampia di quella determinata dagli interventi specialistici, che tuttavia possono vantare percentuali di cessazione ad un anno del 20-30%.

L'intervento breve, riconducibile essenzialmente al "Minimal Advice" o "Consiglio Breve", tende fondamentalmente ad incentivare la motivazione nei tentativi di smettere di fumare, ed influenza primariamente i fumatori lievi e meno dipendenti, piuttosto che quelli con una maggior dipendenza che necessitano spesso di maggior sostegno specialistico, così come i fumatori che hanno accumulato precedenti fallimenti ripetuti e problematiche più complesse in aggiunta al tabagismo. Esso va comunque effettuato durante l'attività routinaria dei medici, nei confronti di tutti i pazienti fumatori, indipendentemente dal loro grado di motivazione a smettere di fumare ma, deve essere personalizzato secondo le caratteristiche del paziente, in particolare tenendo conto dell'età, del sesso, di eventuali

sintomi o malattie fumo-correlate che costituiscono per il medico buone opportunità per parlare del fumo e dei danni che da esso derivano.

Per una durata media del colloquio di 3-6 minuti l'efficacia, evidenziata dai dati Cochrane, è di OR=1,69; 95% CI: 1,45-1,98 negli studi di metanalisi inglesi. Negli studi di metanalisi americani l'OR=1,3; 95% CI: 1,1-1,6. La durata del colloquio può estendersi sino a 20-30 minuti con un aumento significativo della percentuale di astinenti ^(47, 45, 52).

Le 5 fasi principali che lo caratterizzano (le 5 "A") sono le seguenti: chiedere (**Ask**) a tutti i pazienti se utilizzano tabacco; consigliare (**Advice**) a tutti i fumatori di smettere, con modalità opportune anche da un punto di vista relazionale; valutare (**Assess**) la volontà di fare un tentativo di smettere, almeno nei successivi 30 giorni e cercare di capire in che fase del percorso di cambiamento il paziente si trova; assistere (**Assist**) coloro che vogliono smettere, fornendo loro la propria consulenza, il supporto psicologico, raccomandando eventualmente un trattamento farmacologico efficace, fornendo del materiale supplementare; e programmare (**Arrange**) dei contatti o dei colloqui, sia di persona che per telefono, entro la prima settimana del percorso di cessazione e almeno nel primo mese dalla cessazione. Qualora il medico non possa o non ritenga di assistere il paziente nel suo tentativo di cessazione, utilizzando gli strumenti raccomandati che sono il counseling e la farmacoterapia, può effettuare un invio ai Centri di II° livello. A fronte dell'importanza rivestita in questo settore dai MMG, va rilevata la scarsa integrazione delle azioni volte alla dissuasione dal fumo nella loro attività routinaria. Questo è probabilmente da collegare a diversi fattori quali: la scarsa consapevolezza di questo ruolo, la mancanza di tempo, la frustrazione dovuta alla bassa percentuale di successi e la carenza di formazione. Non è da sottovalutare neanche il ruolo di "modeling" svolto dal personale sanitario che contrasta con la percentuale di circa il 25% di medici fumatori, analoga a quella nella popolazione generale e significativamente diversa da quella presente in altri Paesi, come il Regno Unito con il 10% di medici fumatori, e gli Stati Uniti, dove fuma solo il 2% dei medici ^(47, 45).

Le procedure formalizzate di intervento a breve termine, sono accreditate anche in ambito **alcolologico**, attraverso ricerche che hanno dimostrato che la loro applicazione su pazienti con problemi alcol correlati di intensità lieve o moderata sortiscono risultati non dissimili da interventi più prolungati ed associati a ricoveri in Ospedali o Comunità terapeutiche ^(53, 54, 55).

INTERVENTI SPECIALISTICI DI II° LIVELLO

VALUTAZIONE INIZIALE DEL FUMATORE

La fase preliminare di qualsiasi tipo di intervento è costituita dalla valutazione del fumatore dai punti di vista: organico, motivazionale e tabaccologico (Test di Fagerstrom, misurazione del CO espirato, consumo di tabacco, ecc). Meno essenziale appare la valutazione di eventuali compromissioni psichiatriche, anche se è giustificata dalla elevata frequenza di fumatori fra i pazienti psichiatrici adulti rispetto alla popolazione generale, con particolare riguardo alla Depressione, così come dalle elevate percentuali (25-40%) di positività anamnestiche per i disturbi depressivi maggiori fra i fumatori che richiedono un trattamento ^(56, 57, 58).

La correlazione fra il fumo di tabacco ed i problemi alcol/droga correlati, particolarmente significativa fra la popolazione giovanile, suggerisce un'attenta valutazione anche di questi aspetti. Il 35% dei fumatori pesanti ha presentato in passato problemi **alcol** correlati mentre per il 15 -20% questi sono un problema attuale e fra gli abusatori di alcol/droghe in trattamento la percentuale dei fumatori è dell'80% ^(59, 60, 61).

TRATTAMENTO COMBINATO

La letteratura internazionale sostiene ampiamente l'opportunità di fornire ai tabagismi trattamenti che combinano la componente farmacologia (TSN e Bupropione) al counseling individuale o di gruppo. Non vengono evidenziate sostanziali preferenze verso l'approccio individuale o grupppale mentre sembra invece importante l'offerta di più tipologie di trattamenti potenzialmente efficaci in modo da poter individuare quello più confacente alle loro caratteristiche, esigenze, preferenze o aspettative. Risulta appurata inoltre, l'importanza di fornire interventi intensivi, rispetto a quelli più brevi, in genere meno efficaci, e così anche l'esigenza di garantire una certa continuità nel tempo del trattamento ed un follow-up accurato, che può consentire di recuperare molti dei soggetti che ricadono ^(43, 45, 47, 48).

L'utilizzo di altri trattamenti che hanno evidenziato alcuni elementi di interesse, quali l'Ipnosi o l'Agopuntura, non è stato tuttavia ancora suffragato da sufficienti evidenze scientifiche ma, è verosimile che il loro inserimento in trattamenti combinati, che prevedano anche le metodiche più collaudate, e non in alternativa ad esse, possa incrementare il tasso di successi. Giova anche ricordare che autorevoli studiosi sottolineano che la mancanza di studi e/o della loro relativa pubblicazione, non deve essere confusa con la prova di mancanza di efficacia ⁽⁶²⁾.

L'attenzione verso un graduale allineamento dell'offerta dei trattamenti agli standard accettati dalla comunità scientifica, lascia tuttavia spazio ad una varietà di approcci che caratterizza i diversi tipi di "providers" di trattamenti esistenti, quali le associazioni private come ad esempio la Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, gli specialisti delle patologie fumo-correlate (pneumologi, cardiologi, oncologi, ecc.) oppure gli specialisti delle dipendenze che sono giunti in un secondo momento, ricordando un percorso già avvenuto nel trattamento dei problemi alcol-correlati. D'altronde è certo che le modalità ed i contenuti dei trattamenti menzionati, ricalcano gli aspetti fondamentali che caratterizzano l'intervento clinico nelle "addiction", anche quelle non correlate alle sostanze quale il "gambling".

TERAPIA FARMACOLOGICA ^(37, 38, 50, 63,64, 65, 66, 67)

Terapia Sostitutiva Nicotinic (TSN)

Attualmente le principali società scientifiche internazionali incoraggiano l'uso della Terapia Sostitutiva con Nicotina (TSN), in tutte le modalità di somministrazione, come farmaci di scelta per operare una graduale disassuefazione nicotinic. Si consiglia una durata del trattamento a dosi decrescenti, di circa 3 mesi, che aiuterà a controllare i transitori sintomi astinenziali ed il più durevole craving verso la nicotina. Questo trattamento andrebbe proposto a tutti, tranne che in presenza di controindicazioni, quali i fumatori di meno di 10 sigarette al giorno, donne in gravidanza o allattamento al seno, adolescenti.

La terapia con nicotina risulta efficace, se correttamente prescritta e assunta, in ogni sua forma farmaceutica, con una OR di 1,72; 95% CI: 1,60-1,84. Occorre segnalare che, tutti i trial che hanno dimostrato l'efficacia della TSN, l'associavano almeno all'offerta di raccomandazioni brevi e che la letteratura internazionale mette in evidenza la maggior efficacia della terapia che abbina l'approccio farmacologico al Counseling individuale o di gruppo.

E' un prodotto da banco che può essere consigliato verbalmente e interamente gestito dal paziente, anche se l'esperienza insegna che prescrivere il farmaco e il dosaggio consigliato sul ricettario medico dà una valenza maggiore alla terapia. Il ruolo della prescrizione medica sembra giustificato anche da altri fattori quali ad esempio la presenza di patologie potenzialmente limitanti l'uso della TSN, quali ad esempio: l'ulcera peptica, l'infarto miocardico recente, le gravi aritmie cardiache, accidenti cerebrovascolari recenti, l'ipertensione arteriosa sistemica, le malattie vascolari periferiche, il diabete mellito, l'ipertiroidismo ed il feocromocitoma. La consulenza medica può essere utile anche in caso di comparsa di effetti indesiderati quali: nausea, vertigini, cefalea e sintomi simil influenzali e raffreddore, palpitazioni, dispepsia e altri disturbi gastrointestinali, cambiamenti della pressione arteriosa, singhiozzo, mialgie, insonnia, sogni vividi, ansia e irritabilità, sonnolenza e concentrazione alterata. Alcuni di questi sintomi, in particolare gli ultimi, caratterizzano anche l'astinenza da nicotina e richiedono pertanto una valutazione clinica che può comportare scelte trattamentali diametralmente opposte.

Occorre inoltre porre attenzione a non superare i 60 mg di Nicotina al giorno, per il rischio di grave intossicazione, sino alla morte per paralisi dei muscoli respiratori. Segni di intossicazione meno grave sono: bruciore della bocca e della gola, sudorazione, aumento della salivazione, dolore addominale, vomito e diarrea, astenia, vertigine e cefalea, ansia e aggressività, insonnia, confusione mentale, disturbi di vista, udito e del linguaggio, convulsioni, dispnea, vasocostrizione arteriolare e turbe del ritmo, alterazioni della sfera sessuale. Il rischio di sovradosaggio appare tuttavia piuttosto improbabile considerando che i fumatori tendono in genere a sottodosare i Sostituti nicotinici.

Neanche il tabù del contemporaneo utilizzo di Sostituti nicotinici e fumo di sigaretta sembra persistere, dato che le Linee guida per la disassuefazione dal fumo dell'ISS del 2002 ⁽⁵⁰⁾, suggeriscono anche un approccio assimilabile alla "riduzione del danno", proponendo per chi non riesce a rimanere completamente astinente dal fumo mentre assumono la TSN, la sostituzione di una o più sigarette con le forme "al bisogno" (comprese, gomme, inalatori), continuando a fumare quelle a cui al momento non riesce a rinunciare. Tale avvertenza va tenuta presente anche per tutti coloro che hanno fallito il tentativo,

soprattutto se l'alternativa è quella di "perdere" il contatto con il soggetto. Non sembrano ancora diffondersi proposte relative a terapie "di mantenimento" con Sostituti della Nicotina, anche se sono osservabili trattamenti piuttosto prolungati nel tempo in seguito all'instaurazione di una dipendenza dal farmaco sostitutivo.

Nessuna delle preparazioni alla Nicotina disponibili sembra essere più efficace delle altre anche se i dosaggi di 4 mg rispetto a 2 mg delle gomme da masticare sembrano essere più efficaci, mentre portare il cerotto per 24 ore invece di 16 o per una durata maggiore di otto settimane non sembra fare differenza. La scelta di quale preparazione utilizzare, non essendovi tra loro differenza di efficacia, è quindi subordinata alla valutazione delle caratteristiche individuali del paziente a cui deve essere somministrata. Anche lo schema terapeutico varia a seconda dei fumatori trattati ma, può essere indicato uno standard nelle prime 8 settimane a dosaggio sostitutivo pieno, seguite da 4 settimane con riduzione scalare della dose iniziale e controlli periodici ad intervalli progressivamente più ampi.

Una guida al dosaggio di TSN è data dal numero di sigarette fumate al giorno (1 sigaretta = 1 mg di nicotina) mentre un'idea altrettanto approssimativa del tipo di formulazione da consigliare è data dal tipo di fumo (regolare-irregolare, quest'ultimo in occasioni particolari come riunioni di lavoro, occasioni sociali, ecc.) che contraddistingue il soggetto fumatore: infatti in letteratura coloro che assumono il fumo per il rinforzo positivo vengono definiti "peak seekers" ("cercatori del picco") mentre quelli che fumano per evitare i sintomi da astinenza vengono definiti "steady state maintainers" ("cercatori del tasso costante"). Un'altra generica indicazione, relativa al dosaggio, suggerisce l'utilizzo della gomma di 2 mg per i soggetti con bassa dipendenza da nicotina (punteggio test di Fagerstrom uguale o inferiore a 6) e la gomma da 4 mg per i soggetti con alta dipendenza da nicotina (punteggio test di Fagerstrom uguale o superiore a 7).

Indicazioni sull'utilizzo della TSN ("Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo", ISS 2002)⁽⁵⁰⁾

Dipendenza (Fagerstrom)	Bassa (da 0 a 4)		Media (da 5 a 6)		Alta (> 7)	
	peak seekers o steady-state maintainers	maintainers	peak seekers	Maintainers	peak-seekers	maintainers
<10 sig./die	Inalatore o gomma (2mg) o compresse "al bisogno"	Cerotto a basso dosaggio (5-10 mg)	Inalatore o gomma o compressa	Cerotto	Gomma da 2 mg o compressa da 2 mg (1 compressa/ora)	Cerotto eventualmente associato a gomme/compresse/inalatore
10-20 sig./die	Inalatore o gomma	Cerotto (10-15 mg)	Inalatore o gomma o compressa	Cerotto	Gomma da 4 mg o compressa da 2 mg (1-2 compresse/ora)	Cerotto eventualmente associato a gomme/compresse/inalatore
>20 sig./die	Inalatore o gomma o compressa	Cerotto ad alto dosaggio (20-30 mg)	Inalatore o gomma o compressa	Cerotto	Gomma da 4 mg o 2 compresse/ora da 2 mg	Cerotto ad alto dosaggio (oppure 2 cerotti a medio dos.) associato a gomma o compresse

Bupropione

Il farmaco è un antidepressivo atipico che è stato utilizzato per molti anni come tale ed agisce attraverso l'inibizione selettiva del re-uptake neuronale delle catecolamine dopamina e noradrenalina, determinando un'attenuazione del desiderio impellente di fumare e della sintomatologia propria della sindrome da astinenza nicotinic.

Le prove di efficacia del Bupropione rispetto alla Terapia Sostitutiva Nicotinic derivano ancora da un numero limitato di trials che hanno tuttavia dimostrato efficacia nell'aumentare la probabilità di smettere di fumare rispetto al placebo, su soggetti fumatori non depressi e con differente grado di dipendenza dalla nicotina. I dati ottenuti mostrano una OR=2,73; 95% IC: 1,90-3,94 nelle metanalisi effettuate dalla Cochrane Library, mentre numeri un po' più bassi sono riportati nelle linee guida americane (OR=2,1; 95% IC: 1,5-3,0). In tutti gli studi di valutazione dell'efficacia, la somministrazione del farmaco era associata ad interventi di counselling individuali piuttosto intenso, che quindi sembrano essere necessari per l'efficacia del farmaco stesso. La somministrazione contemporanea di TSN e bupropione è possibile e migliora i risultati terapeutici.

DETTAGLI SUI FARMACI

Tipo di formulazione

Cerotti Transdermici: 5, 10, 15 e 7, 14, 21 mg/pezzo per rispettivi 10, 20, 30 cm²

I vari tipi di dosaggio permettono di garantire una posologia il più possibile aderente alle necessità del fumatore e di dare la possibilità di effettuare una terapia di riduzione della dose di nicotina somministrata nel tempo. L'assunzione di nicotina per via transdermica di nicotina non determina effetti di accumulo anche se effettuata per lunghi periodi di tempo.

Gomme da Masticare (Chewing gum) da 2 e 4 mg

Compresse Sublinguali (sl) 2 mg

Inalatori (Inhaler): bocchino + cartucce/unità da 10 mg

Bupropione: cp 150 mg a rilascio prolungato

Modalità d'uso

Cerotti: applicare un cerotto nuovo ogni mattina su un'area di cute diversa, priva di peli o lesioni, ad es. a livello della parte alta del braccio, del dorso, del fianco o della coscia. Non esistono zone della cute in cui l'assorbimento transcutaneo di nicotina è maggiore. Esistono due sistemi per il rilascio transdermico della nicotina: quelli che la rilasciano in 24 ore e quelli che la rilasciano in 16 ore, determinando quindi la necessità di rimuovere il cerotto rispettivamente ogni mattino oppure prima di coricarsi.

Gomme: masticare lentamente per circa 10-15 atti masticatori fino ad assaporare il gusto; posizionare la gomma tra guancia e gengiva, per facilitare l'assorbimento che avviene quasi totalmente a livello della mucosa orale; ripetere la procedura di masticazione intermittente per circa 30 minuti, al fine di ottenere, per es. da una gomma da 2 mg l'assorbimento di 0,86 mg di nicotina. Occorre evitare di mangiar e bere durante e subito prima di masticare una gomma alla nicotina, dato che questo potrebbe alterare il ph della saliva, riducendo l'assorbimento di nicotina.

Compresse sl: cpr da sciogliere sotto la lingua, evitando l'ingestione della saliva sia per evitare la parziale inattivazione della nicotina che l'irritazione della mucosa gastrica.

Inalatori: l'inalatore, introdotto negli anni '90, ha apportato un significativo elemento di novità nella TSN in quanto consente, come le altre preparazioni "al bisogno", un'assunzione di nicotina flessibile, in grado di soddisfare le esigenze di ciascun fumatore e, soprattutto, consente l'imitazione comportamentale dell'atto del fumare e di ottenere inoltre dei picchi plasmatici come avviene durante il fumo di sigarette. Inserire la capsula all'interno dell'inalatore e perforarla richiudendolo. Inalare come per fumare una sigaretta: 4 inalazioni dall'inalatore equivalgono a circa 1 inalazione da sigaretta. Ogni cartuccia contiene 10 mg di nicotina, ma se l'inalazione è eseguita in maniera corretta, solamente 3 mg vengono liberati, l'equivalente di tre sigarette. Personalizzare numero, frequenza e durata delle inalazioni.

Bupropione: il trattamento deve essere iniziato mentre il paziente fuma fissando una data di cessazione entro le prime due settimane, preferibilmente nella seconda.

Vantaggi

Cerotti: sono stati realizzati nella metà degli anni ottanta e presentano un'elevata facilità d'impiego ed accettabilità. E' la via migliore di somministrazione per la biodisponibilità ottimale e garantisce automaticamente la cessione della dose necessaria durante l'intera giornata. Facile da associare ad altre terapie.

Gomme: introdotte nel 1978, sono ben accette da parte del paziente e facilmente adattabili alle necessità individuali attraverso l'autodosaggio e l'eventuale utilizzo insieme al cerotto per una copertura immediata ed estemporanea. Utili per contrastare la bulimia ed in particolare per scaricare attraverso la masticazione, la tensione nervosa presente durante la disassuefazione dalla nicotina. Rapido rilascio di nicotina, così come per le altre preparazioni extra-cerotto.

Compresse sl: può essere usata senza dare nell'occhio; facilmente adattabile alle necessità del singolo; scarsi effetti collaterali. Utilizzabile in alternativa alla posta.

Inalatori: autosaggio, facilmente adattabile secondo le necessità; contrasta la bulimia frequente nel periodo di disassuefazione. Rinforzo gestualità e sensazioni abituali, importanti per chi è molto legato al rito manuale di sigaretta.

Bupropione: si tratta di una compressa da deglutire; non contiene nicotina (alcuni pazienti rifiutano la nicotina per principio).

Limiti e svantaggi

Cerotti: dosaggio fisso. Non forniscono un picco di nicotina. Non simulano sensazioni orali né gestualità familiari al fumatore. Possibili disturbi del sonno con le formulazioni 24 ore. Difficoltà di reperimento in farmacia per scadenza del principio attivo.

Gomme: potenziale sottodosaggio se usate come unica fonte di nicotina. Rapido assorbimento ma anche rapida eliminazione. Di uso non semplicissimo e non adatto ai portatori di protesi. Difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale.

Comprese sl: si deve imparare ad usare correttamente; se inghiottita è sprecata. Gusto spiacevole.

Inalatori: non discreto, possibili difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale. Poco adatto ai forti fumatori. Potenziale sottodosaggio. Rischio inerente al mantenimento del legame con la sigaretta attraverso la gestualità.

Bupropione: è un farmaco etico, con alcune controindicazioni ed è disponibile solo su presentazione di prescrizione medica.

Controindicazioni specifiche

Cerotti: malattie cutanee.

Gomme: protesi dentarie.

Bupropione: ipersensibilità al bupropione, patologie convulsive in corso o pregresse, anamnesi di disturbi bipolari, diagnosi attuale o pregressa di bulimia o anoressia nervosa, uso concomitante o recente (ultimi 14 giorni) di IMAO e cirrosi epatica grave.

Può essere necessario ridurre il dosaggio (il farmaco si è dimostrato attivo anche a dosaggio dimezzato) nei soggetti anziani, epatopatici e neuropatici oppure di fronte ad effetti collaterali quali ad es. l'insonnia.

Effetti collaterali più frequenti

Cerotti: prurito e irritazione nella sede di applicazione (inumidire prima la cute), incubi notturni (rimuoverlo 3 ore prima di coricarsi).

Gomme: sono generalmente di scarsa importanza, ma possono limitare l'accettazione del prodotto. Oltre a quelli sistemici, comuni anche agli altri mezzi di somministrazione di nicotina, possono verificarsi effetti collaterali locali quali: cattivo sapore, irritazione della mucosa buccale e faringo-laringea, glossite, affaticamento e dolenza dell'apparato masticatorio, singhiozzo, nausea.

Comprese sl: gli effetti collaterali locali sono: cattivo sapore, irritazione della mucosa buccale e faringo-laringea, glossite.

Inalatori: gli effetti collaterali locali sono: irritazione dell'orofaringe, tosse, congestione nasale, stomatite, sinusite, secchezza delle fauci, afte ulcerose.

Bupropione: gli effetti collaterali principali sono rappresentati da secchezza delle fauci e insonnia, ma effetti collaterali gravi non sono stati documentati nei trial.

Rilascio di nicotina

Cerotti: varia in base alle diverse formulazioni, ad esempio vengono rilasciati 5, 10, 15 mg di nicotina nell'arco delle 16 ore, determinando un'equivalenza di circa 1 mg/ora nel caso del cerotto da 15 mg.

Gomme: 0.8-1.0 mg (gomme 2 mg) e 1.2-1.4 mg (gomme 4 mg).

Inalatori: vengono rilasciati 15 µg per ogni singola inalazione (ridotto a temperatura <15°C). Ogni cartuccia contiene 10 mg di nicotina, ma se ne liberano complessivamente 1.5 – 2.0 mg e se l'inalazione è eseguita in maniera corretta, possono venire liberati sino a 3 mg, l'equivalente di tre sigarette.

Dosaggio giornaliero

Cerotti: iniziare con almeno 15 mg 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 (rimuovere alla sera in presenza di insonnia). Scalare in seguito il dosaggio.

Gomme: 1 gomma per ogni sigaretta fumata prima della sospensione, di 4 mg per i forti fumatori e di 2 mg per quelli "leggeri". Utilizzare in media 1 gomma all'ora per almeno 8-10 ore ed in aggiunta

consumare le gomme “ad libitum”. E’ consigliabile raggiungere un totale quotidiano di 8-15 pezzi/die, nel caso questa sia l’unica modalità di sostituzione della nicotina.

Comprese sl: 16-24 compresse al giorno per i forti fumatori; da 8 a 12 per i fumatori più leggeri; dosaggio massimo di 30 compresse/die.

Inalatori: il paziente fa una o più inalazioni tutte le volte che lo desidera per giungere a utilizzare dalle 4 alle 16 cartucce al dì, nel caso questa sia l’unica modalità di sostituzione della nicotina.

Bupropione: 1 cp. da 150 mg al dì per i primi 7-10 giorni, poi due al giorno distanziate di almeno otto ore per 7-9 settimane. Il bupropione può essere prescritto indifferentemente e con lo stesso dosaggio a tutti i pazienti, indipendentemente dal tipo di fumatore cui appartengono. L'emivita del Bupropione è di circa 21 ore, è per l'84% legato alle proteine plasmatiche, è estesamente metabolizzato a livello epatico dal sistema enzimatico del citocromo P450IIB6 (CYP2B6) ed è eliminato per l'87% nelle urine.

Durata del trattamento

Cerotti: 4-8 settimane dosaggio pieno, 2 settimane dosaggio intermedio, 2 settimane dosaggio minimo.

Gomme: per un minimo di 4 settimane ma, si consiglia di raggiungere le 12 settimane, riducendo gradualmente fino alla sospensione, da effettuare al massimo entro 1 anno.

Comprese sl: almeno 12 settimane, poi ridurre gradualmente.

Inalatori: fino a 8 settimane, poi ridurre la dose alla metà per 4 settimane per un utilizzo massimo 6-12 mesi da ridurre gradualmente fino alla sospensione.

Bupropione: Dalle 7 alle 9 settimane.

Costo medio euro/settimana

Cerotti Transdermici, Gomme da masticare, Compresse Sublinguali, Inalatori: da 11,36 a 21,17 €.

Bupropione: 23,24 €.

Altri farmaci

In caso di necessità possono essere attivate anche altre terapie specifiche (antiastinenziali, ansiolitiche, ipnoinducenti, antidepressive, ecc.). Fra gli antidepressivi, quelli che si sono dimostrati efficaci sono la Nortriptilina e la Fluoxetina. Nessuno degli ansiolitici considerati si è dimostrato efficace.

La Clonidina sembra avere una certa efficacia, ma la sua applicabilità clinica è limitata dagli importanti effetti collaterali (ipotensione posturale e alta incidenza di sonnolenza). La Mecamilamina, un antagonista della nicotina è stato studiato come coadiuvante della terapia sostitutiva con nicotina e sembrerebbe aumentare l'effetto di quest'ultima se dato prima e dopo la cessazione.

COUNSELING

(24, 25, 45, 47, 48, 50, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80)

Il counseling è una specifica modalità di comunicazione interpersonale, che ha le caratteristiche sia della relazione di aiuto che di un intervento pragmatico sul processo decisionale e di problem solving, teso ad aiutare le persone ad utilizzare le proprie risorse di coping e a favorire un adattamento o una modificazione della situazione disturbante. Nell’ambito del tabagismo, l’approccio prevalente è di tipo cognitivo-comportamentale e può essere effettuato con modalità di gruppo o individuali e può variare in intensità e complessità dal breve consiglio ad una sessione formale di durata molto maggiore.

La letteratura indica che il counseling individuale per la cessazione del fumo è effettuato da uno specialista di metodi per smettere di fumare (psicologo, psichiatra, medico, educatore, ecc), ed è caratterizzato da uno o più incontri individuali della durata di almeno 10 minuti con contatti telefonici successivi. I dati di efficacia inglesi, della Cochrne Library, indicano una OR=1,55; 95% CI: 1,27-1,90, mentre quelli americani mostrano una OR=1,7; 95% CI: 1,4-2.

Rispetto al counseling del Medico di Medicina Generale, l’intervento psicologico individuale di tipo comportamentale è di durata mediamente maggiore, viene effettuato da un professionista della cessazione a cui il fumatore si rivolge specificamente per smettere di fumare, e viene erogato in un contesto al di fuori dell’attività medica routinaria, con maggior consumo di risorse.

Verranno descritti in seguito le componenti essenziali dei programmi di counseling (sia individuale che di gruppo).

a) **Creazione di un'atmosfera emotiva propria della relazione di aiuto e capace di facilitare il cambiamento, caratterizzata da: empatia, apertura, attenzione e fiducia, fornendo in tal modo quello che in letteratura viene chiamato il "sostegno sociale intra-trattamentale" e che mira a comunicare al paziente interesse, partecipazione, sostegno ed accudimento; ad incoraggiarlo nel suo tentativo di cessazione invitandolo a parlarne specie delle sue motivazioni e preoccupazioni.**

b) **Sostegno della motivazione, mobilizzando le risorse individuali, incentivando il senso di autoefficacia nelle proprie fasi di cambiamento.** Il processo di cambiamento, viene interpretato attraverso il "modello transteorico degli stadi del cambiamento" elaborato da Prochaska e Di Clemente nel 1984 ⁽⁷⁶⁾ e viene gestito mediante il "colloquio motivazionale". Questo approccio è estremamente diffuso nell'intervento sull'alcol o le altre sostanze d'abuso. Il cambiamento dalla condizione di fumatore a quella di non fumatore, ricalca inoltre gli aspetti drammatici del lutto e le sue relative fasi di elaborazione, che vanno tenute presenti nella gestione di questo percorso.

c) **Individuazione di una data limite per la cessazione del fumo, la quale può venire raggiunta dopo uno scalaggio graduale delle sigarette o una sospensione immediata.**

d) **Utilizzo di materiali scritti di auto-aiuto. In questa fase è utile fornire al soggetto un supporto scritto di consigli (depliant, opuscolo) che però è efficace solo se i contenuti sono affini a quelli già spiegati dal medico.**

e) **Somministrazione di informazioni sulla dipendenza ed astinenza da nicotina e sulle strategie per affrontarle.** E' importante insegnare a riconoscere i sintomi da astinenza nicotinic, i quali sono in qualche misura inevitabili e si presentano con differente frequenza e gravità a seconda del grado di dipendenza. Essi possono essere adeguatamente contrastati con la terapia farmacologica ma anche i consigli comportamentali giocano un ruolo essenziale per ridurli o annullarli.

SEGNI E SINTOMI DI ASTINENZA DA NICOTINA ⁽³⁷⁾

(* Criteri diagnostici per astinenza da Nicotina nel DSM-IV)

Modificazione dell'umore

- Ansia *
- Irritabilità/Frustazione/Rabbia *
- Umore disforico o depresso *
- Ostilità, impazienza

Sintomi fisiologici

- Irrequietezza *
- Difficoltà di concentrazione *
- Sensazione di fame *
- Forte desiderio di fumare (CRAVING)
- Sonnolenza, riduzione dell'attenzione, affaticamento, stordimento
- Indolenzimento e dolore fisico, sensazione di formicolio agli arti, cefalea, mal di stomaco, costrizione toracica

Segni fisiologici

- Aumento di peso corporeo *
- Riduzione della frequenza cardiaca *
- Insonnia *
- Aumento della circolazione periferica, modificazioni delle funzioni neurotrasmettitorie, riduzione dell'adrenalina, noradrenalina e cortisolo urinario, modificazioni elettroencefalografiche, modificazioni delle funzioni endocrine, calo delle prestazioni, sudorazione, ulcere orali, aumento della tosse, costipazione.

Questi sintomi, di intensità variabile e di breve durata, sono massimi nei primissimi giorni di astinenza e poi vanno attenuandosi nel tempo. Le maggiori difficoltà si evidenziano entro le 24 ore dall'ultima sigaretta ed il punto più critico si verifica nei primi 4 giorni. I sintomi dell'astinenza tendono ad attenuarsi

dalla prima settimana al primo mese, anche se le sensazioni di malessere possono durare anche per alcuni mesi.

1. Alcuni dei sintomi richiedono una particolare attenzione verso l'acquisizione di **nuove abitudini alimentari** quali la **stipsi**, che può essere efficacemente contrastata con una dieta più ricca in fibre e liquidi, ed in particolare l'**aumento di peso corporeo**. Quest'ultimo costituisce una preoccupazione molto frequente per chi decide di smettere di fumare, specie nelle donne e talvolta è il più importante dei motivi per cui si ritorna a fumare.

Generalmente le persone che fumano pesano circa 2-3 kg in meno dei non fumatori e quando smettono di fumare acquistano alcuni kg (3-4 kg nell'arco di alcuni mesi) rientrando nella media, ma il 10 % giunge a guadagnare, durante il primo anno, anche 15 kg ed in particolare sono le donne ed i forti fumatori che tendono a ingrassare di più. Tuttavia alcuni studi hanno mostrato che questo incremento di peso iniziale tende a raggiungere il massimo dopo sei mesi da quando si è smesso di fumare e che molte persone riescono a ritornare nel loro peso normale entro un anno.

L'aumento di peso sembra essere causato sia dal più efficiente assorbimento dei nutrienti che dall'aumentata assunzione di cibi liquidi e solidi, correlata verosimilmente con il miglioramento delle capacità gustative e con un meccanismo di gratificazione orale sostitutiva. Probabilmente influisce anche il rallentamento del metabolismo che si verifica quando

La nicotina, al pari della caffeina, è in grado di aumentare leggermente il metabolismo, il quale viene rallentato con la sua eliminazione ma è l'aumentata assunzione di calorie, il fattore preponderante per l'aumento ponderale.

I fumatori possono essere avvisati che guadagni di peso di quest'ordine di grandezza presentano rischi trascurabili per la salute comparati con il rischio di continuare a fumare ma, in ogni caso, per molti fumatori il guadagno di peso non è accettabile dal punto di vista estetico.

La possibilità di aumentare di peso nel momento in cui si smette di fumare dovrebbe essere riconosciuta e non bisogna negare o minimizzare questo rischio con i pazienti che tentano di smettere di fumare.

Sebbene la TSN (in particolare le gomme) presentino una certa efficacia anche se soltanto nel rallentare il guadagno di peso, questo può aiutare i fumatori sino al momento in cui non acquistino sufficiente fiducia e stabilità nel loro tentativo di cessazione per affrontare il problema del peso separatamente. Sarebbe infatti eccessivamente rischioso applicare misure dietetiche troppo rigide per controllare il peso mentre si sta facendo un tentativo di cessazione per il fumo.

Segue a scopo esemplificativo un elenco di consigli pratici che possono venire forniti ai fumatori:

- Tenere un diario della propria dieta per alcuni giorni prima di smettere di fumare e proseguire dopo avere smesso di fumare, per confrontarle ed individuare eventualmente quando si consuma più cibo ed i tipi di alimenti che si consumano;
- Mangiare con tranquillità, lentamente ed il senso di sazietà può insorgere dopo circa 15 minuti; ridurre un po' la quantità di quello che si mangia alzandosi da tavola prima di sentirsi sazio e fare 3-5 pasti leggeri invece di due abbondanti;
- Bere molta acqua, almeno due litri, durante la giornata e specialmente all'inizio dei pasti;
- Da evitare le bibite gassate alla cola e soprattutto quelle zuccherate che contengono caffeina, una sostanza sinergica con la nicotina, in grado di scatenare lo stimolo al fumo;
- Ridurre il consumo di vino e di bevande alcoliche, specie la sera, dato la frequente associazione con il fumo;
- Ridurre il consumo di zucchero e dolci. Evitare caramelle e cioccolatini e preferire ai fritti, cibi alla griglia o bolliti;
- Aumentare il consumo di frutta e verdura. Questi alimenti contengono poche calorie ma molte vitamine e sali minerali, favoriscono l'evacuazione delle feci e aiutano a restare in forma;
- Mettere qualcosa in bocca al posto della sigaretta, masticare gomme o caramelle senza zucchero;
- Se si sente il bisogno di mangiare qualcosa tra i pasti, prendere un frutto o un vegetale, oppure un pacchetto di crackers o 2-3 grissini. Evitare comunque di consumare merende confezionate, dolci, panini imbottiti, tramezzini e altri alimenti ricchi di calorie;
- Lavarsi i denti subito dopo avere mangiato;
- Andare dal dentista per una pulizia dei denti dopo aver smesso di fumare;

- Effettuare diete rigide, se necessario, soltanto dopo stabilizzazione del tentativo di cessazione del fumo;
- E' fondamentale aumentare la pratica regolare dell'attività sportiva e motoria (salire le scale a piedi, andare in bicicletta, scendere dal mezzo di trasporto urbano una fermata prima, parcheggiare la macchina un po' più lontano del solito in modo da camminare almeno 30 minuti al giorno a passo svelto), sia per contrastare l'aumento di peso che per aumentare il senso di benessere psicofisico.

2. Difficoltà a concentrarsi

E' un sintomo frequente nei primi tempi per il quale è consigliabile interrompere momentaneamente l'attività svolta, rilassandosi e se gli è possibile fare una piccola passeggiata, ecc. Soprattutto è importante che il paziente capisca che deve abituarsi a questa nuova situazione, che è solo momentanea.

3. Insonnia

Consigliare al paziente di evitare di bere il caffè dopo cena e di ridurre il consumo di bevande ricche di caffeina come tè, coca cola; un bicchiere di latte caldo prima di coricarsi può essere rilassante. Anche un incremento della attività fisica, quali le passeggiate a piedi o la palestra, aiutano ad arrivare più rilassati e stanchi la sera e quindi prendere sonno più facilmente. Se necessario possono essere utilizzati farmaci anche se è preferibile ricorrere quando possibile ad approcci più blandi quali i preparati fitoterapici.

4. Ansia, impazienza, disforia, frustrazione, ostilità, irritabilità, rabbia

La presenza di questi sintomi viene molto notata anche dall'ambiente circostante, il quale rischia talvolta di favorire un ritorno al fumo pur di eliminare l'aumentata reattività, che è tuttavia transitoria.

E' utile cercare di cambiare la situazione: una passeggiata, una chiacchierata con un amico, un bagno rilassante oppure la ginnastica, sono espedienti che possono essere consigliati per ridurre la tensione. E' molto utile l'apprendimento di **Tecniche respiratorie e di rilassamento** che trovano pertanto un giustificato spazio nell'ambito dei trattamenti antitabagici.

5. Craving

Il sintomo cardine della dipendenza da sostanze psicotrope è il "craving" o desiderio/necessità impellente di fumare, che sembra talvolta irresistibile ma dura tuttavia circa 5 minuti per poi calare d'intensità. Un concetto fondamentale da chiarire, che viene spesso messo in discussione dai fumatori, al pari degli **alcolisti**, è la pericolosa tentazione nei confronti del famigerato "consumo moderato", che si rivela quasi sempre come l'inizio di un rapido percorso a ritroso sulla via della dipendenza. Quella "sola" sigaretta potrà anche essere disgustosa dopo la perdita della tolleranza e far venire quindi le vertigini e anche la nausea, ma dopo alcune boccate tutto può ritornare come ai vecchi tempi. E' in particolare nei momenti di forte craving che possono vacillare le certezze relative al fatto che "basta un tiro per riprendere" e che la parola d'ordine è "evitare la prima sigaretta".

Nei momenti di forte craving, è particolarmente indicata l'utilizzando di alcune preparazioni che rilasciano velocemente la Nicotina (gomme da masticare, cp sublinguali o inhaler) ma vi sono anche altri utili espedienti da attuare quali ad esempio:

- Bere lentamente un bicchiere d'acqua a piccoli sorsi, tenendo l'acqua in bocca per un attimo prima di deglutire, aiuta a "spegnere" il desiderio;
- Distrarsi nel modo che più piace o fare qualcosa d'altro interrompendo immediatamente quello che si sta facendo, come ad esempio facendo del moto (una passeggiata di 5-10 minuti o delle flessioni) oppure stare in piedi se si era seduti o viceversa;
- Rilassarsi con un esercizio respiratorio e magari rileggere l'elenco delle ragioni che lo hanno spinto a smettere;
- Mettere in bocca qualcosa di diverso dalla sigaretta: caramelle o gomme da masticare senza zucchero, mentine, bastoncini di cannella, radici di liquirizia, carote o sedano da rosicchiare;

E' importante prevenire le situazioni a rischio e prepararsi a superarle predisponendo degli specifici accorgimenti per i vari tipi di situazioni, cercando di cambiare le azioni abituali. Per chi ad esempio ha l'abitudine di fumare durante la conversazione al telefono, se di solito sta seduto, proverà a stare in piedi o a impugnare la cornetta con la mano con cui di solito fumava; si procurerà dei piccoli oggetti da tenere a portata di mano per impegnare le mani (per es. una matita per scarabocchiare qualcosa). Un altro classico esempio di situazione a rischio da dover "riorganizzare" è quella dopo il pasto, per la quale si consiglia di mangiare in luoghi e con modalità diverse dal solito e finito il pasto evitare di bere il caffè; muoversi subito in modo da distrarsi e lavarsi i denti immediatamente per ridurre il desiderio di fumare.

Più in generale, nei trattamenti antitabagici, viene sempre dedicata molta importanza ad alcune specifiche tecniche tese a gestire lo stimolo a fumare sia dopo la sua comparsa che a livello preventivo.

f) Tecniche cognitivo-comportamentali, tese all'auto-osservazione ed all'addestramento all'acquisizione di nuove abilità pratiche relative alla gestione ed al controllo dello stimolo (skills training/problem solving"). Queste consistono fondamentalmente nell'identificare gli stimoli e le situazioni a rischio di ricaduta, ristrutturare l'ambiente per limitarli al massimo, imparare ad evitarli e/o fronteggiarli, individuare comportamenti (azioni sostitutive) e pensieri alternativi a quelli "maladattivi", sviluppo di attività alternative a quelle precedentemente correlate al fumo, individuazione di gratificazioni sostitutive.

Ogni persona avrà "situazioni difficili" diverse che cercherà di rifuggire o di modificare ed a tale scopo vengono suggerite alcune soluzioni comportamentali, atte ad affrontare i problemi derivanti dall'astinenza. Alcuni di questi consigli possono essere riassunti nell'acrostico "**RIDE**" (Ritardare, Involarsi, Distrarsi, Evitare) che può fornire un ausilio a livello mnemonico.

Evitare

Non mettersi inutilmente a rischio e comprendere che nei primi tempi la scelta più saggia di fronte a certe situazioni "pericolose" può essere la fuga. Evitare pertanto la gente che fuma, passando il maggior tempo possibile in compagnia di non fumatori e in ambienti dove non è consentito fumare.

Evitare anche quelle situazioni che vengono abitualmente associate al fumo (ad esempio il gioco delle carte) e modificare le proprie abitudini intraprendendo spesso attività incompatibili con il fumo, aumentando ad esempio l'attività motoria e sportiva ed anticipando l'ora di andare al letto.

In aggiunta all'evitamento delle persone e situazioni a rischio, è fondamentale procedere ad una bonifica del proprio ambiente da tutto ciò che può ricordare il fumo (accessori, posacenere, ecc.).

Ritardare

Ritardare il fumo nei momenti di craving, dato che il desiderio può successivamente estinguersi. E' la miglior tattica per ridurre la sensazione di paura o ansia.

Involarsi

Involarsi e scappare finché il bisogno di fumare non sia cessato, quando il soggetto si accorge che la motivazione sta venendo meno. Ad esempio quando si trova con un gruppo di fumatori ad una festa, può scappare per un po' in un'altra stanza.

Distrarsi

Distrarsi dal desiderio impellente di fumare, bevendo un bicchiere d'acqua o facendo una breve passeggiata.

E' un utile espediente anche quello di procurarsi delle **gratificazioni**, ad esempio con un'attività extralavorativa che possa impegnare e che, soprattutto, possa dare piacere come andare al cinema o coltivare un hobby. E' altrettanto positiva la giusta valorizzazione del senso di autoefficacia ed orgoglio legati al successo nell'astensione dal fumo, sottolineati magari dal concedersi dei regali con il denaro risparmiato.

Un rischio sempre in agguato è quello di ricorrere agli immancabili **alibi** per concedersi una sigaretta, oppure quello di indugiare nei **rimpianti** per le sigarette. In questi casi si consiglia di richiamare alla mente le **ragioni che hanno spinto il soggetto a smettere** ed ai **benefici ottenuti** (per esempio: alito più fresco, abiti più profumati, miglioramento della respirazione, della resistenza fisica, del gusto e dell'olfatto, risparmio di denaro, aumentata autostima, esempio per i figli, ecc.) magari esponendo questo elenco ben in vista.

Un'ulteriore raccomandazione, tipica dei programmi **alcologici**, consiste nel focalizzare lo sforzo di non fumare nell'arco delle **24 ore**, rinnovandolo continuamente piuttosto che esprimere propositi a lunga scadenza che rischiano di apparire eccessivamente gravosi.

g) Coinvolgimento dell'ambiente familiare, sociale e lavorativo, attraverso l'attivazione delle risorse relazionali che possono sostenere il fumatore nel suo tentativo, in quello che viene denominato "sostegno sociale extra-trattamentale" (incoraggiare il coinvolgimento di parenti, amici e colleghi, al fine di facilitare il tentativo del fumatore, aiutarlo a predisporre una casa libera dal fumo, ecc.).

L'importanza di coinvolgere, ove possibile, amici, parenti e colleghi, è rappresentata dal loro duplice ruolo di possibile fonte di sostegno oppure di concreta fonte di pericolo.

h) Fornire brevi trattamenti di prevenzione delle ricadute tesi a rafforzare la decisione di mantenere l'astensione dalle sigarette, rivedere insieme i benefici derivanti dalla cessazione ed aiutare il soggetto a risolvere eventuali problemi insorti dopo la cessazione; gestire le ricadute quando esse si verificano.

In accordo con la definizione di "Disturbo cronico recidivante", l'aspetto fondamentale e più difficile del trattamento delle dipendenze da sostanze è legato alla prevenzione delle ricadute ed alla loro gestione quando esse si verificano. E' calcolato che 2/3 delle persone che ricade durante un intervento per smettere di fumare lo fa durante la 1a settimana (in particolare nei primi 3 gg) e per questo è importante rivedere il paziente in questi giorni. Queste considerazioni richiamano in primo piano l'esigenza di continuità nel tempo del trattamento e quindi dell'importanza delle procedure di follow-up nelle settimane successive alla fine del trattamento, che si sono rivelate spesso efficaci anche attraverso veloci interventi telefonici. La valutazione standard dell'intervento viene di solito effettuata a distanza di 6 e 12 mesi alla fine dell'intervento.

GRUPPI

Gli interventi psicologici di gruppo, in accordo con le indicazioni della letteratura internazionale, sono prevalentemente improntati ad un approccio pragmatico cognitivo-comportamentale, che viene talvolta seguito da una fase maggiormente caratterizzata da aspetti assimilabili all'auto-aiuto.

La durata ed il numero di partecipanti possono essere molto variabili. Tutti i contenuti dei programmi di counseling individuale sono applicabili al counseling di gruppo nel quale si aggiungono alcune caratteristiche specifiche, quali: l'ambiente di incoraggiamento e condivisione degli sforzi, l'appoggio solidale e reciproco dei membri, la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori, la presenza di ex-fumatori come rinforzo positivo.

I dati a disposizione sull'efficacia di questi interventi si riferiscono a specifiche metodiche che presentano spesso differenze rispetto a quelle diffuse nella nostra realtà. Esse consistono in corsi rivolti a 20-25 partecipanti, ad impronta cognitivo-comportamentale, della durata di 5-10 incontri, condotti da un "esperto". L'efficacia è di una OR=2,10; 95% IC: 1,64-2,70 per i dati inglesi e di una OR=1,3; 95% IC: 1,1-1,6 per i dati americani (Stead, 2000).

Vengono descritte in seguito alcune diverse modalità di intervento di gruppo, che possono essere grossolanamente divise in base all'intensità ed alla durata dell'intervento.

Diversi sono gli **approcci intensivi** concentrati in 5 giorni che possono essere seguiti, nelle sue varianti più moderne, da alcuni incontri successivi e da un supporto farmacologico ^(67, 82, 83, 84).

Il primo trattamento di gruppo per fumatori, divenuto peraltro fra i più diffusi al mondo, è stato il "**Piano dei 5 Giorni**" (**P5G - "Five-Day Plan"**), nato nel 1950 da movimenti salutisti nordamericani (Mac Farland e Folkemberg) che promuovevano l'astinenza da fumo e **alcol** con motivazioni di carattere etico-religioso, ed importata in Italia dal 1973 dal "Movimento Vita e Salute".

Il programma full-immersion, si sviluppa in 5 sedute serali consecutive di un'ora e mezza ciascuna con proiezioni, dimostrazioni, lezioni, scarso dialogo, e buffet conclusivo vegetariano. Esso è caratterizzato dalla conduzione direttiva e drammatizzante, attraverso sollecitazione emozionali forti, e da un approccio "spiritualista" simile a quello degli Alcolisti Anonimi.

L'arricchimento di questo programma con un approccio integrato dall'utilizzo di farmaci, dal sostegno individuale, da incontri preliminari e da un allargamento del programma al contesto familiare, sociale e lavorativo, ha portato nel 1985 alla codificazione dei "**Gruppi di Fumatori in Trattamento**" (**GFT**), che si ispirano ai Gruppi di **alcolisti** in trattamento di V. Hudolin. Questi gruppi di 15-25 persone proseguono, dopo la fase intensiva, con 1 seduta settimanale per 4 settimane.

Anche i Corsi di Disassuefazione dal Fumo attuati da più dieci anni nel Veneto "**In cinque giorni puoi smettere di fumare**" si ispirano ai "Club per **alcolisti** in trattamento" così come ai "Corsi per tabagisti della Lega Vita e Salute", e prevedono nei 5 incontri consecutivi, una presentazione e confronto iniziale, una lezione di educazione alla salute, la conferma della decisione di astenersi, il conteggio dei partecipanti, esercizi respiratori, consigli dietetici e relativo buffet. Le finalità, perseguite sempre con stile direttivo, consistono nel creare un clima di collaborazione tra i partecipanti, far riflettere sul significato

della dipendenza da tabacco, discutere la gestione dell'astinenza e fornire conoscenze sugli effetti del fumo. Il programma prosegue con il sostegno di un gruppo di auto aiuto che si riunisce settimanalmente per due o tre mesi, a seconda delle esigenze dei partecipanti ed applica una metodica molto simile a quella dei Club di **Alcolisti** in Trattamento (presenza di conduttore/facilitatore, Presidente e Tesoriere, registro delle presenze, contributo settimanale, dichiarazione all'inizio di ogni seduta del mantenimento o meno dell'astinenza, contatti fra i partecipanti anche all'esterno del gruppo). Sono anche previsti uno o due incontri di richiamo a distanza di qualche mese

Sostanzialmente lo stesso approccio presentano i gruppi A.M.A. "**Insieme...per non fumare più**" di Trieste, nei quali non si attua una selezione dei fumatori né si limita la grandezza del gruppo e viene auspicata la presenza di familiari o amici dei fumatori. Dopo i 5 incontri consecutivi, si effettuano ancora 4 o 5 incontri settimanali di autoaiuto e successivamente a cadenza mensile per altri 2-3 incontri.

Il modello dei "**Gruppi integrati**" è stato adottato da molti Centri Antifumo della Lombardia. Esso prevede una marcata integrazione dell'intervento sanitario con quello psicologico, che vede insieme il medico e lo psicologo sia nel colloquio di valutazione iniziale che durante gli incontri di gruppo. Sono previsti in totale 10 incontri. Il primo incontro è dedicato alla conoscenza reciproca, al contratto terapeutico e alla presentazione del corso. Seguono 5 incontri consecutivi e successivamente, nell'arco di tre settimane, vengono distribuiti altri 4 incontri mentre è in fase di studio la possibilità di alcuni incontri di sostegno, distribuiti nell'arco di 4-6 mesi. Oltre alla TSN viene abitualmente utilizzata, durante i primi 5 incontri, l'agopuntura auricolare (metodica Acudetox) ed in seguito la fitoterapia.

Gli approcci **meno intensivi**, che attuano una disassuefazione più lenta, si sviluppano nell'arco di un paio di mesi e sono da identificare principalmente in quello avviato dal 1986 dalla "Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori" e dalle modifiche apportate al medesimo sin dal 1989 in Emilia Romagna ^(25, 41).

L'approccio dei **Gruppi di Disassuefazione dal Fumo (GDF)** della Lega Tumori prevede 9 incontri di un'ora e mezza circa, con 15-18 partecipanti; i primi 7 incontri più ravvicinati (2 alla settimana) e i rimanenti 2 più distanziati, almeno di una settimana. I partecipanti che lo desiderano hanno la possibilità di frequentare un gruppo di sostegno a cadenza mensile, della durata di 1,30/2 ore, nell'arco di tutto l'anno.

I "**Corsi per smettere di fumare ad approccio cognitivo comportamentale (con struttura di gruppo "aperto") e terapia sostitutiva nicotinic**" vengono utilizzati in molti Centri Antifumo dell'Emilia Romagna ed anche in altre regioni quali la Toscana. La sua metodologia di base discende direttamente dall'approccio della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, con alcune modifiche significative apportate al modello originario, quali l'inserimento della Terapia Sostitutiva con Nicotina e la struttura del gruppo "aperta" che prevede l'inserimento di nuovi partecipanti che formano nuovi gruppi che si sovrappongono parzialmente a quelli precedenti.

Sono previsti 12 incontri di circa 2 ore, distribuiti in 8 settimane più 4 successive verifiche di gruppo distribuite nel corso di 1 anno. Nelle prime 4 settimane, gli incontri sono bisettimanali mentre nel secondo mese diventano settimanali.

Il programma, che si basa su tecniche cognitivo-comportamentali supportate dall'utilizzo di apposite schede, prevede 3 fasi oltre a quella di verifica: nella fase di Preparazione si lavora sulla crescita della motivazione; sulla consapevolezza circa le modalità del fumare e la diminuzione progressiva della dipendenza fisica da nicotina attraverso lo scalaggio graduale del numero delle sigarette. La fase della Sospensione ha luogo durante le 24 ore precedenti il 5° incontro. La fase di Mantenimento ha come obiettivo la prevenzione delle ricadute ed il consolidamento a lungo termine della condizione di non fumatore. Dopo la fine del percorso viene anche promosso il volontariato fra gli ex-fumatori.

Un approccio diverso dai precedenti, in corso a Firenze sin dal 1998, vede affiancare a trattamenti farmacologici e/o di counseling individuale, la proposta di frequentare "**Incontri motivazionali di gruppo**", mutuati da un'esperienza pluriennale maturata in campo **alcologico**. Si tratta di 8 incontri, della durata di circa due ore, a cadenza settimanale nei quali il fumatore, che può essere accompagnato da familiari, si può inserire in qualsiasi momento nel ciclo degli incontri e ove può trovare anche partecipanti di vecchia data che tornano saltuariamente per incoraggiare gli altri e allo stesso tempo per rafforzare la propria astensione dal fumo.

Schema generale dei gruppi

Gruppo	nati	n partecipanti	n° incontri	durata inc.	frequenza	durata totale	Inc. sostegno	Quit day	farmaci
P5G	1950 1973		5	1,5 h	giornalieri	5 gg + 4 mesi	8-12 settimanali	1° incontro	no
GFT	1985	15-25 persone	5		giornalieri	5 gg + 1 mese	4 settimanali	1° incontro ?	si
Veneto			5		giornalieri	5 gg + 4 mesi	8-12 settimanali	1° incontro ?	
AMA Trieste		Senza limite	5		5 giornalieri	5 gg + 4 mesi	5 settimanali 3 mensili	1° incontro ?	
Lombardia		12-14 persone	9		6 giornalieri 3 settimanali	1 mese + 4 mesi	per 4 – 6 mesi	fra 4° e 5° incontro	dal 3° incontro
Lega Tumori	1986		9		7 bisettimanali 2 settimanali	1,5 mesi		fra 4° e 5° incontro	no
Emilia Romagna	1989	12-15	12	2 h	8 settimanali 4 bisettimanali	2 mesi		fra 4° e 5° incontro	dal 5° incontro
Motivazionali	1998		8	2 h	settimanali	2 mesi			si

BIBLIOGRAFIA

- Mangiaracina G. Curare il fumo: Manuale per i conduttori dei programmi antifumo. EDUP Roma 2003.
- Schivelbusch W. Storia dei generi voluttuari: Spezie, caffè, cioccolato, tabacco, alcol e altre droghe. Bruno Mondadori Milano 1999.
- Sestini P. Aspetti storici e socioeconomici del tabacco e dei danni da fumo. In: Alfano A, Ameglio M, Rossi Prodi P (a cura di) Tabagismo: Clinica e Prevenzione esperienze pratiche. Regione Toscana 2002.
- ISTAT. Rapporto annuale La situazione del Paese nel 2000. Giugno 2001.
- World Health Organization. Warsaw Declaration for a Tobacco Free Europe. Warsaw 19 February 2002.
- Nardini S, et al. Patologia dell'Apparato Respiratorio. In: Nardini S, Donner C.F. L'epidemia di fumo in Italia. 2000.
- SEDES. L'abitudine fumatoria in Italia e in Umbria. Edizioni Sedes Perugia 2000.
- CDC. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health 1994a.
- CDC Centers for Disease Control and Prevention. Best practice for comprehensive tobacco control programs - August 1999. Atlanta, Georgia: US Dept. Health Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health, August 1999.
- Peto R, Darby S, Deo H et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ; 321: 323 - 329. 2000.
- Simonato L, Agudo A, Ahrens W, et al. Lung cancer and cigarette smoking in Europe: an update of risk estimates and an assessment of inter-country heterogeneity. Int J Cancer; 91 (6): 876 - 877. 2001.
- World Health Organization. Smoking, drinking and drug taking in European Region. Copenhagen 1997.
- Murray CJL, Lopez AD, eds. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm. 1996.
- Peto R. Smoking and Death: The past 40 years and the next 40. BMJ; 309: 937 - 939. www.bmj.com. 1994.
- Conte SC, et al. Patologie fumo correlate. In: Nardini S, Donner CF. L'epidemia di fumo in Italia. EDI-AIPO Scientifica 2000.
- ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine Multiscopo annuale su Aspetti della vita quotidiana Anno 1998, Informazioni; n. 34. 1999.
- Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. Epid Prev; 26:18 - 29. 2002.
- Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking: 3 Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. Thorax; 52: 1081 - 1094. 1997.
- WHO. Tobacco Free Initiative: Smoking prevalence, smoking related disease impact. www.who.int/tobacco, 1995.
- World Health Organization. Peso globale di alcuni importanti fattori esogeni di malattia nei paesi sviluppati, 1990. Investing in health: Research and development, 1996.
- Sgambato A, Cicchetti A, Papa A, Macinati MS, Sposi A, Cittadini A. Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia. Osservatorio sul Tabacco; 4 (11). 2001.
- Galeone D. Soldi in fumo Ufficio VI - dipendenze da farmaci, sostanze d'abuso e alcool. Dipartimento della prevenzione Ministero della Sanità Comunicazione in occasione dello Smetti e Vinci 2000.
- Alfano A, Giannoni AM, Alfano A. La prevenzione del tabagismo: gli indirizzi dell'OMS e la programmazione sanitaria della Regione Toscana. In: Alfano A, Ameglio M, Rossi Prodi P (a cura di) Tabagismo: Clinica e Prevenzione. Esperienze pratiche. Regione Toscana 2002.

24. ISS. Istituto Superiore di sanità: "Smettere di fumare...". 2004.
25. Laezza M. Guida al Counseling Antifumo. Regione Emilia-Romagna, AUSL Ferrara, Dipartimento Dipendenze Patologiche 1999.
26. WHO. Combating the Tabacco Epidemic. The World Health Report 1999.
27. Bazzlerla G, et al. Possibili effetti benefici del fumo e patologia non sicuramente correlata al fumo. In: Nardini S, Donner CF. L'epidemiologia di fumo in Italia 2000.
28. Madeyski. www.farmasalute.it/speciali/tabagismo/fumo_alcool_tumore.htm.
29. Laezza M. Guida al Counseling Antifumo. Regione Emilia-Romagna, AUSL Ferrara, Dipartimento Dipendenze Patologiche 1999a.
30. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III, Fourth Edition 1980.
31. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R, Fourth Edition 1987.
32. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV, Fourth Edition 1994.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services 1994b.
34. Gambarana G. Dipendenza da nicotina aspetti neurobiologici. In: Alfano A, Ameglio M, Rossi Prodi P (a cura di) Tabagismo. Clinica e Prevenzione esperienze pratiche 2002.
35. Fagerstrom K, Groman E. Dipendenza da nicotina: sviluppo, meccanismi e differenze individuali. Nardini S, Donner CF. L'epidemia di fumo in Italia. EDI-AIPO Scientifica 2000.
36. Gesina L, Longenecker PH D. Illustrazioni di Nelson W. Hee. Le Droghe, Jackson Libri 2000.
37. Pistelli F. Dipendenza farmacologia da fumo di tabacco, Corso Formatori di Medici di Medicina generale e Personale Sanitario finalizzato ad insegnare ai pazienti a smettere di fumare. CEDES Toscana 1999.
38. Desideri M. Terapia di sostituzione con nicotina, Corso Formatori di Medici di Medicina generale e Personale Sanitario finalizzato ad insegnare ai pazienti a smettere di fumare. CEDES Toscana 1999.
39. Blomqvist O, Hernandez Avila C.A., Van Kirk J., Rose J. E., Kranzler H. R. Mecamylamine modifies the pharmacokinetics and reinforcing effects of alcohol. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2002.
40. Tizabi Y, et al. Alcohol Preference: Association with reduced striatal nicotinic receptors. Alcohol & Alcoholism vol, 36, No 4, pp. 318-322, 2001.
41. Terrone R. Corso formatori Medici di Medicina generale e Personale Sanitario finalizzato ad insegnare ai Pazienti a smettere di fumare. CEDES Toscana 1999.
42. Brown R et al. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 35(12): 1602 - 1610. 1996.
43. Cochrane Database of Sitematic Reviews. www.cochrane.org. 1999.
44. US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use among Young People: a Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
45. Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professional A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax, 53: (suppl. 5, part 1): S1 - S19. 1998.
46. Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. Thorax; 53 (suppl.5,pt.2): S1 - S37. 1998.
47. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence (2000), Clinical Practice Guideline. Rockville MD U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, June 2000.
48. American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for Tratment of patients With Nicotine. Dependence - Am J of Psychiatry; Suppl. Vol 153, Number 10. 1996.
49. American Thoracic society guidelines. Cigarette smoking and health, am J Respir Crit Care Med;153:861-865. 1996.
50. ISS. Istituto Superiore di sanità. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. www.ossfad.iss.it 2002.
51. Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli G, Codifava A, Corti F, Fossati R, Guerra C, La Vecchia C, Lazzaro C, Sabato E, Zuccaro P. L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. Rassegna Patologia Apparato Respiratorio, 17: 55 - 70. 2002.
52. Silagy C. Physician advice for smoking cessation, Cochrane Review. In: The Cochrane Library, Issue 1, Oxford Update Software. 2000.
53. Heather N. Treatment approaches to alcohol problems WHO. Regional Publications, European series, 65, 1995.
54. Miller W.R., Hester R.K. Inpatient alcoholism treatment: who benefits. American Psychologist, 41, pp.794-805. 1986.
55. Wallace P. et al. Randomized controlled trial of intervention in patients with excessive alcohol consumption. British Medical Journal, 297:663-668, 1988.
56. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. Am J of Psychiatry; 150: 546 - 553. 1993.
57. Hall SM, et al. Nicotine, negative affect, and depression. J Consult Clin Psychol; 61: 761 - 767. 1993.
58. Hughes et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. Am J Psychiatry; 143: 993 - 997. 1986.
59. Hughes JR. Smoking and alcoholism, in Behavioral Approaches to Addiction. Edited by hatsukami. DK cox J New York Cahners; pp 1-3. 1994.

60. 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; pp171-181. 1995.
61. Henningfield JE, et al. Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. *Br J Addict*; 85: 279 - 292. 1990.
62. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Smoking Cessation, Clinical Practice Guideline No 18*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication; No 96 - 0692. April 1996.
63. Corti F. Il medico di medicina generale: la cessazione del fumo. In: Nardini S, Donner CF. *L'epidemia di fumo in Italia*. EDI-AIPO Scientifica 2000.
64. Ministero della Salute. Guida all'uso dei farmaci. Sulla base del British National Formulary 2003.
65. Rocca G, et al. Prescrivere il nuovo prontuario terapeutico. Ed Minerva Medica S.p.A. 1997.
66. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies. In *smoking cessation, Lancet*, 343: 139-142. 1994.
67. Tinghino B. *Il Trattamento del Tabagismo*. Regione Lombardia 2003.
68. Ameglio M. Dipendenza da nicotina i Ser.T. nei percorsi operativi territoriali. In: Alfano A, Ameglio M, Rossi Prodi P (a cura di), *Tabagismo: Clinica e Prevenzione. Esperienze pratiche*. Regione Toscana 2002.
69. Bert G, Quadrino S. *Il medico e il counseling*. Il Pensiero Scientifico ed, Roma 1993.
70. CDC Center for Disease Control and Prevention. Physician and other health care professional counseling of smokers to quit - United States 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 42(44): 854 - 7. 1993.
71. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation, *Cochrane Review*, in "The Cochrane Library". Issue 1, Oxford Update Software. 2000.
72. Marlatt GA, Gordon JR, eds. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, Guilford Press 1985.
73. Miller R, Bor R. *AIDS a guide to clinical counselling*. Science Press London 1991.
74. Nardini S, Donner CF. *L'epidemia di fumo in Italia*. EDI-AIPO Scientifica 2000.
75. Pezzotta P, Gatti M, Bellotti GG. Il counselling. In: *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*, Rapporti Istituto Superiore di Sanità; Roma 1995.
76. Prohaska, Di Clemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N. *Treating addictive behaviours Processes of change* New York Plenum Press; pp 3 - 27. 1986.
77. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J of Consulting Psychology*; 21, 95 - 103. 1957.
78. Rogers CR. A theory of therapy personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S Koch (Ed.) *Psychology: A study of a science*. Vol III. Formulations of the person in the social context. New York McGraw Hill 1959.
79. Spiller V, et al. Il modello transteorico, una modalità eclettica di terapia. *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*; XXI (2). 1998.
80. Sutherland G. Evidence for counseling effectiveness for smoking cessation. *J Clin Psychiatry Monograph*; 18: 22-34. 2003.
81. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Review*. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, Oxford Update Software. 2000.
82. Cuccia G. I corsi di disassuefazione dal fumo nella Azienda UISS 15 del Veneto. In cinque giorni puoi smettere di fumare. In: Alfano A, Ameglio M, Prodi PR, *Tabagismo: Clinica e Prevenzione Esperienze Pratiche* 2002.
83. Bertoldi S, Vanzetta M. I gruppi di auto e mutuo aiuto e l'esperienza dell'Associazione A.M.A. di Trento. Associazione A.M.A., Trento 2002.
84. Mangiaracina G. *La Stampa Italiana racconta: Il Piano dei 5 giorni - rassegna stampa*. Lega Vita e Salute; Lungotevere Michelangelo 7, 00192 Roma, 1997.