

2020

Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco

 Italian Edition

 **SITAB**
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

IMN
ISTITUTO DI RICERCHE
FARMACOLOGICHE
MARIO NEGRI - IRCCS



ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

2020

Linee guida per il
trattamento
della dipendenza
da tabacco





ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

© 2020

European Network for Smoking and Tobacco
Prevention aisbl (ENSP)

Chaussée d'Ixelles 144
B-1050 Brussels, Belgium

Tel.: +32 2 2306515

Fax: +32 2 2307507

E-mail: info@ensp.org

Internet: www.enasp.org

E-learning platform: <http://elearning-ensp.eu/>

ISBN: 978-618-82526-7-7

Introduzione all'edizione italiana

Società Italiana di Tabaccologia - SITAB

Grazie all'enorme produzione scientifica di questi ultimi decenni, la tabaccologia e, in particolare la terapia del tabagismo, non si basa su "generiche raccomandazioni per smettere di fumare", ma utilizza trattamenti clinici validati. Come ribadito sia dall'International Classification of Diseases (ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) dell'American Psychiatric Association, il tabagismo, lungi dall'essere un semplice vizio o abitudine, va annoverato a pieno titolo fra le dipendenze riconosciute, in cui la nicotina, sostanza neuro-psicotropa, scatena alterazioni neurochimiche, modifica la plasticità di alcune zone cerebrali e delle strutture recettoriali, inducendo cambiamenti comportamentali relativi alla memoria, alle emozioni e all'apprendimento, come fanno altre sostanze psicotrope. Ma questo non è tutto: il tabagismo è come se avesse una marcia in più, in quanto, con modificazioni biologiche e molecolari, funziona da gateway drug per altre droghe, cioè predispone all'uso di altre sostanze psicoattive. In sostanza, il tabagismo, come "patologia psichiatrica da nicotina", è capace di generare, come una "bomba a grappoli", altre patologie a vari organi e apparati, seminando morti, lutti e sofferenze.

Come ci ricorda l'OMS, più della metà dell'oltre un miliardo di fumatori del mondo, morirà per una patologia fumo-correlata, se non si interviene con efficaci programmi di prevenzione primaria e secondaria del tabagismo. L'uso del tabacco, in tutte le sue forme, rimane la prima causa di morte evitabile, fra quelle non trasmissibili, con un'ecatombe di più di 6 milioni di morti ogni anno. Una verità ripetuta ad ogni occasione, premessa di ogni ricerca, ma ancora poco considerata nella pianificazione delle politiche sanitarie nel nostro Paese.

Nonostante questi fatti innegabili, l'idea di curare i tabagisti non è molto diffusa, perché si continua a pensare che sia sufficiente la semplice volontà degli individui per interrompere la dipendenza; questa però in realtà è così forte che col "fai-da-te" solo l'1-3% dei casi ottiene una "guarigione spontanea".

La Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) promuove una visione scientifica del problema, una cultura dei trattamenti standardizzati e basati sulle evidenze, investe risorse ed impegno

nella formazione, in attività di sensibilizzazione degli interlocutori istituzionali, nell'aggiornamento degli operatori sanitari. Già in passato la SITAB ha curato la stesura di Linee Guida e modelli di trattamento validati: nel 2010 infatti, ha pubblicato la "Guida al Trattamento del Tabagismo", ispirata a quella del Servizio Sanitario Inglese che ha identificato le competenze necessarie per fornire ai fumatori le tecniche evidence-based per cambiare il loro comportamento (disponibile sul nostro sito alla pagina: http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf).

La smoking cessation, anche se materia complessa che richiede competenze integrate e provenienti da diverse aree formative, deve diventare pratica comune di tutti coloro che lavorano per la salute. In quest'ottica la nostra Società ha inaugurato nel 2019 la Scuola Nazionale di Tabaccologia Medica e ha curato le edizioni italiane delle Linee Guida Europee per il trattamento del tabagismo dello "European Network for Smoking and Tobacco Prevention" (ENSP) di cui la SITAB è partner e con cui da tempo ha avviato una stretta collaborazione. La versione italiana del 2020 è il risultato di un aggiornamento realizzato insieme all'Istituto Mario Negri e si aggiunge a quelle degli altri Paesi dell'Unione Europea (come Belgio, Spagna, Polonia, Francia, Germania, etc.) con l'intento di fornire una base comune, costruita sull'evidenza scientifica, per contrastare l'epidemia del tabacco che caratterizza la nostra epoca. Si tratta di un documento che tiene conto dei sistemi internazionali di classificazione delle evidenze e perciò fornisce, per ogni area tematica esaminata, una guida affidabile e molto aggiornata.

E' necessario far conoscere le Linee Guida e metterle alla portata di tutti perché si vada sempre più verso un approccio pragmatico ed un incremento dell'efficacia delle azioni, come raccomandato dall'articolo 14 della Convenzione Quadro dell'OMS (FCTC). Conoscere le Linee Guida e applicarle è il primo dei passi che possiamo fare, ciascuno nel proprio contesto, per cambiare il futuro delle persone che fumano nel nostro Paese. E' un'azione a basso costo, ma dal valore enorme.

Vincenzo Zagà (presidente SITAB)
Biagio Tinghino (past-president SITAB)
Maria Sofia Cattaruzza (presidente eletto SITAB)

Ministero della Salute -Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Il tabagismo è tuttora nel nostro Paese la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. La prevenzione e la cura del tabagismo, pertanto, sono un obiettivo prioritario da perseguire attraverso misure efficaci (interventi normativi, attività di educazione e promozione della salute, sviluppo di metodologie e farmaci per favorire la cessazione) per ottenere una progressiva diminuzione dei consumi dei prodotti del tabacco, il calo della prevalenza dei fumatori e la conseguente riduzione delle gravissime patologie fumo correlate. Si tratta di un obiettivo che non può essere perseguito dal solo Ministero della Salute, ma dal Governo nel suo complesso, azioni intersettoriali e misure efficaci che seguano le indicazioni della Convenzione Quadro per il Controllo del Tabagismo dell'OMS, affinché la pluralità di interessi correlati ai prodotti del tabacco non prevalgano sul supremo interesse della tutela della salute.

La strategia italiana per la prevenzione e il controllo del tabagismo, delineata già dal Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", basato su un approccio intersettoriale per agire sui principali fattori di rischio di malattie croniche (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" mira a perseguire tre obiettivi fondamentali:

- Proteggere la salute dei non fumatori, attraverso il sostegno, il monitoraggio e l'ampliamento della legislazione di controllo del tabagismo che ha rivoluzionato l'atteggiamento culturale nei confronti del fumo che da regola è diventata un'eccezione;
- Ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori, attraverso programmi di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro e campagne di informazione e comunicazione multimediali;
- Sostenere la cessazione degli attuali fumatori, attraverso la formazione dei professionisti sanitari e non, i programmi di comunità, il sostegno ai Centri Anti Fumo e le aziende libere dal fumo, gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro, l'attuazione delle norme comunitarie sulla regolazione degli ingredienti, il confezionamento e l'etichettatura dei prodotti.

Per perseguire questi obiettivi, il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019 ha impegnato tutte le Regioni italiane attraverso l'attivazione di interventi di promozione della salute con approccio trasversale ai determinanti, per ciclo di vita e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), tuttavia il nostro Paese è ancora lontano dall'aver conseguito tutti i risultati possibili di contrasto al tabagismo. La prevalenza dei fumatori è pressoché stabile da alcuni anni, così la quota di minori che iniziano a fumare, si mantiene alto il rispetto del divieto di fumo, mentre nonostante l'esistenza di farmaci efficaci e di metodologie a supporto della disassuefazione, i tentativi di smettere sono in calo. A ciò si aggiunge la preoccupazione per la diffusione sul mercato di nuovi prodotti con nicotina o tabacco (dalle sigarette elettroniche ai prodotti senza combustione) che necessita di nuovi approcci e nuove misure di contrasto.

A supporto delle strategie, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), adottati con DPCM del 12 gennaio 2017, inoltre, includono nell'area F del livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", programmi per la prevenzione e contrasto del tabagismo, che includono interventi per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) per la prevenzione dell'iniziazione e la promozione della disassuefazione, condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e istituzioni educative e tra servizi sanitari e sociosanitari e "datori di lavoro". Il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco, inclusa tra le dipendenze patologiche, per altro, deve essere garantito agli assistiti, sulla base delle modalità di organizzazione dell'assistenza, di stretta competenza delle Regioni.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, in corso di definizione, mira a rafforzare il raccordo strategico e operativo con i nuovi LEA, per renderli più facilmente esigibili. Il nuovo PNP prevede quindi un rinnovato impegno nel campo della prevenzione delle malattie croniche attraverso programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati, tra l'altro, al contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina. Anche al fine di prevenire l'iniziazione al tabagismo tra i giovani, il nuovo PNP investe fortemente nella scuola secondo l'approccio scolastico globale, raccomandato

dall'OMS che interviene su tutti gli aspetti della vita della scuola superando le barriere tra le discipline.

Il Piano inoltre rafforza la diffusione del modello dei luoghi di lavoro che promuovono salute e conferma l'azione per l'identificazione precoce e la presa in carico dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche o affetti da patologia, favorendo l'offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo. Questo approccio integrato tra prevenzione e cura del tabagismo necessita di operatori sanitari formati e competenti per affrontare le sfide vecchie e nuove della dipendenza dal tabacco.

La traduzione in italiano, delle linee guida europee per il trattamento del tabagismo dello "European Network for Smoking and Tobacco Prevention" (ENSP) mette a disposizione degli operatori uno strumento validato scientificamente e utilizzabile nella pratica clinica per offrire ai cittadini interventi efficaci, sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per la cessazione tabagica, sia nell'ambito dell'operato dei Medici di Medicina Generale.

Un sincero ringraziamento va pertanto alla Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), che ha curato la traduzione, auspicando l'adozione di linee guida italiane (secondo la legge Gelli-Bianco) da elaborare con l'Istituto Superiore di Sanità per un miglioramento continuo dell'assistenza ai pazienti, soprattutto a quelli più vulnerabili e che maggiormente necessitano di un sostegno professionale.

Daniela Galeone
Direttore Ufficio VIII
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ministero della Salute

Istituto Superiore di Sanità –Centro Nazionale Dipendenze e Doping

Un decennio dopo l'introduzione della Convenzione quadro sul controllo del tabacco della WHO (Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC: www.who.int/fctc/en/ - Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 91 del 17 aprile 2008) - il trattato internazionale messo a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e sottoscritto da centinaia di paesi - solo il 15% della popolazione mondiale ha un accesso adeguato ai programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco. D'altro canto, l'articolo 14 della stessa Convenzione richiama i paesi firmatari alla realizzazione di interventi di sostegno per ridurre la dipendenza e favorire la cessazione dall'uso di tabacco, compresi consulenza, supporto psicologico, sostituzione della nicotina e programmi di istruzione, anche attraverso la creazione di infrastrutture adeguate all'erogazione di tali servizi.

Il rafforzamento dell'attuazione dell'FCTC è un fattore chiave nel raggiungimento degli obiettivi sanitari legati ai traguardi di Sviluppo Sostenibile entro il 2030. Il consumo di tabacco rimane infatti una delle principali cause di morbosità e mortalità prevenibile al mondo, nonché la prima nella regione europea dove contribuisce ampiamente alla disuguaglianza sanitaria. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riferisce che sono circa 6.000.000 i morti per fumo di tabacco ogni anno, di cui 500.000 sono cittadini dell'Unione Europea.

Nel nostro Paese, nonostante gli sforzi compiuti per contrastare l'epidemia tabagica, si assiste attualmente ad una situazione di sostanziale stagnazione relativamente alla riduzione del numero di fumatori. Prendendo infatti in esame i dati storici relativi alle indagini sull'abitudine al fumo degli italiani condotte dall'Istituto Superiore di Sanità, è possibile osservare come nel 2019 si registrino di fatto le stesse prevalenze di fumatori (22% degli italiani) riscontrate cinque anni prima (2014) e undici anni prima (2008), a conferma del fatto che da oltre dieci anni le politiche e le attività di contrasto al tabagismo abbiano avuto un impatto di efficacia sulla percentuale dei fumatori piuttosto marginale.

L'approccio al tabagismo, pertanto, deve riguardare sia le strategie di prevenzione all'iniziazione al fumo che le strategie di trattamento del tabagista, così come previsto nel Piano Nazionale

della Prevenzione 2014-2018 (macro obiettivo 1: "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili" e macro obiettivo 4: "prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti"), nell'ottica di una visione della dipendenza da tabacco come malattia che necessita della cura da parte di professionisti del settore sanitario secondo i criteri previsti dalla medicina basata sulle evidenze.

In tale contesto, risulta di fondamentale importanza per gli operatori sanitari disporre di linee guida di pratica clinica, ovvero di uno strumento validato che consente un rapido trasferimento delle conoscenze, elaborate dalla ricerca biomedica, nella pratica clinica quotidiana.

In quest'ottica, la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ha tradotto in italiano le linee guida europee per il trattamento del tabagismo che sono state elaborate dallo European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP).

Questo documento può rappresentare, in attesa delle linee guida italiane da realizzare secondo la legge Gelli-Bianco (legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"), un punto di riferimento importante sia per i pazienti, che possono usufruire di terapie efficaci e dei migliori trattamenti disponibili, sia per medici, professionisti e amministratori sanitari, perché hanno l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, razionalizzare l'utilizzo delle risorse e ridurre le principali disuguaglianze sociali e geografiche che si osservano nel Paese, soprattutto per quanto riguarda l'accesso alle cure mediche.

Roberta Pacifici

Direttore del Centro Nazionale Dipendenze e Doping
Istituto Superiore di Sanità

Indice dei contenuti

Introduzione all'edizione italiana	
- Società Italiana di Tabaccologia.....	3
- Ministero della Salute	4
- Istituto Superiore di Sanità	6
Ringraziamenti.....	12
Dichiarazioni sui conflitti di interesse	13
Gruppo di lavoro italiano per la traduzione delle linee guida	13
Livelli di evidenza delle raccomandazioni nelle linee guida	14
Prefazione.....	16

PARTE PRIMA

1.0 Valutazione dell'uso di tabacco e della dipendenza da tabacco	19
1.1. L'uso di tabacco è una malattia	20
1.2. Definizioni, classificazioni, termini e spiegazioni specifiche	21
1.2.1 La dipendenza da tabacco: una patologia di acquisizione industriale	21
1.2.2 Meccanismi di induzione della dipendenza da tabacco.....	21
1.2.3 La nicotina non è solo il veicolo della dipendenza da tabacco.....	21
1.2.4 La dipendenza da nicotina secondo l'OMS.....	22
1.3 Il tabagismo è una malattia cronica recidivante	23
1.3.1 Modelli di ricaduta	23
1.3.2 Il trattamento della dipendenza da tabacco dopo la cessazione dal fumo	24
1.4. L'identificazione dei fumatori è obbligatoria nella pratica medica abituale	24
1.5 Valutazione e diagnosi dell'uso di tabacco e della dipendenza.....	25
1.5.1. Diagnosi clinica dell'uso di tabacco e della dipendenza	25
1.5.2 Analisi dei precedenti tentativi di smettere di fumare.....	26
1.5.3 La motivazione a smettere	26
1.5.4 La storia clinica del paziente	27
1.5.5 Gravidanza, allattamento, contraccezione.....	28
1.5.6 Pazienti con storia di ansia e depressione	28
1.5.6.1 Screening iniziale.....	28
1.5.6.2 Valutazione clinica dell'ansia e della depressione.....	28
1.5.7 Diagnosi di laboratorio della dipendenza da tabacco.....	28
Bibliografia	29
2.0 Raccomandazioni generali per il trattamento della dipendenza e dell'uso di tabacco	31
2.1 Uso di tabacco.....	32

2.2 La malattia da dipendenza da tabacco	32
2.3 La cessazione dal fumo	33
2.3.1 Terapia educativa	33
2.3.2 Supporto comportamentale	33
2.3.3 Farmaci	33
2.3.4 Tabacco cessation	33
2.4 Trattamento della dipendenza da tabacco dopo la cessazione	33
2.5 Prevenzione della ricaduta	34
Bibliografia	34
3.0 Brief Advice per smettere di fumare	35
3.1 Raccomandazioni generali	36
3.2 Piano di intervento per il personale medico coinvolto nell'assistenza ai fumatori	36
3.3 Raccomandazioni per i Medici di Medicina Generale	36
3.4 Raccomandazioni per i pazienti ospedalizzati	37
3.5 Raccomandazioni per le donne in gravidanza	37
3.6 Raccomandazioni per i pazienti in chirurgia elettiva	37
Bibliografia	38
PARTE SECONDA	
4.0 Standard di trattamento	39
4.1. Interventi terapeutici per l'uso e la dipendenza da tabacco	41
4.1.1 L'intervento terapeutico per la dipendenza da tabacco è obbligatorio	41
4.1.2 Approcci standard alla cessazione dal fumo	42
4.1.3 Efficacia dei trattamenti per l'uso e la dipendenza da tabacco (Assist)	46
4.1.4 Follow-up nel sostegno (Arrange)	46
4.1.5 Sistemi sanitari e approcci trattamentali per l'uso e la dipendenza da tabacco	47
4.1.6 Tipi di intervento per la cessazione dal fumo	48
4.1.6.1 Intervento minimo (minimal advice)	48
4.1.6.2 Interventi individuali specialistici per la cessazione dal fumo	49
Bibliografia	50
4.2 Counselling comportamentale	50
4.2.1 Supporto psicologico per la cessazione dal fumo	50
Bibliografia	52
4.2.2 Terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive-behavioural therapy, CBT)	52
Bibliografia	54
4.2.3 Colloquio motivazionale	54
Bibliografia	57
4.2.4 Modelli operativi	57
4.2.4.1 Counseling individuale per la cessazione dal fumo	57

4.2.4.2 Counseling di gruppo per la cessazione dal fumo.....	57
4.2.4.3 Supporto telefonico alla cessazione dal fumo e "Quit Line"	58
Bibliografia	59
4.2.4.4 Materiali di auto-aiuto.....	59
Bibliografia	63
4.2.4.5 Supporti informatici (computer/web).....	63
Bibliografia	64
4.3 Trattamenti farmacologici	64
4.3.1. Trattamenti con NRT	66
4.3.1.1 Indicazioni.....	66
4.3.1.2 Meccanismo d'azione	66
4.3.1.3 Evidenze cliniche sull'efficacia dell'NRT	67
4.3.1.4 NRT in cerotto	68
4.3.1.5 Sostituti orali della nicotina.....	69
4.3.1.6 Istruzioni per la prescrizione.....	70
4.3.1.7 Controindicazioni.....	72
4.3.1.8 Effetti negativi, precauzioni, avvertenze, interazioni farmacologiche	72
4.3.2 Trattamenti con bupropione SR	74
4.3.3 Trattamenti con vareniclina	77
4.3.3.1 Meccanismo d'azione.....	77
4.3.3.2 Evidenza clinica dell'efficacia della vareniclina	78
4.3.3.3 Vareniclina in farmacoterapia combinata	79
4.3.3.4 Vareniclina e counselling.....	82
4.3.3.5 Indicazioni.....	82
4.3.3.6 Uso clinico	82
4.3.3.7 Controindicazioni.....	82
4.3.3.8 Precauzioni imposte dalla terapia con vareniclina	82
4.3.3.9 Tollerabilità e sicurezza.....	83
4.3.4 Trattamenti con clonidina.....	86
4.3.5 Trattamenti con nortriptilina	87
4.3.6 Citisina	88
Bibliografia	89
4.4 Schemi terapeutici individualizzati	92
4.4.1 Terapie farmacologiche in combinazione.....	93
4.4.1.1 General principles of combination pharmacotherapy.....	93
4.4.1.2 Combination of nicotine replacement therapy (NRT).....	93
Bibliografia	96
4.4.2 Raccomandazioni per i trattamenti prolungati	97
Bibliografia	98
4.5 Evidenze disponibili sugli altri interventi di supporto per la cessazione dal fumo	99

Bibliografia	101
4.6 Raccomandazioni per gli approcci di riduzione del fumo	105
4.6.1 Riduzione del fumo con sostituti nicotinici	106
4.6.2 Riduzione del fumo con vareniclina	106
Bibliografia	107
4.7 Raccomandazioni trattamentali per prevenire la ricaduta	107
Bibliografia	108
4.8 Raccomandazioni trattamentali in situazioni speciali e nei gruppi di popolazione a rischio.....	109
4.8.1 Raccomandazioni trattamentali nelle donne in gravidanza	109
Bibliografia	110
4.8.2 Raccomandazioni trattamentali per i giovani sotto i 18 anni	110
Bibliografia	113
4.8.3 Raccomandazioni trattamentali per fumatori con malattie respiratorie, cardiovascolari, psichiatriche, tumorali e altre comorbidity.....	114
Bibliografia	119
4.8.4 Raccomandazioni per l'approccio all'incremento di peso dopo la cessazione dal fumo.....	120
Bibliografia	121
5.0 Ricerca e raccomandazioni per la valutazione della cessazione dal fumo	123
5.1. Criteri per la ricerca clinica nella cessazione dal fumo.....	124
5.2 Costo-efficacia della terapia per la cessazione dal fumo.....	126
Bibliografia	126
5.3 Raccomandazioni sull'implementazione delle linee guida sulla cessazione dal fumo	127
Bibliografia	127
5.4 Risorse raccomandate nella letteratura scientifica sulla cessazione dal fumo	127
 PARTE TERZA	
6.0 Standard europei per l'accreditamento dei servizi per il tabagismo e per la formazione per la Smoking Cessation	129
6.1 Raccomandazioni per i criteri esperienziali standard per la formazione sulla cessazione dal fumo	132
6.2 Raccomandazioni per lo sviluppo di curricula sulla cessazione dal fumo per i medici laureati in Europa	133
6.3 Raccomandazioni per lo sviluppo di curricula sulla cessazione dal fumo per i percorsi post-laurea per i medici laureati in Europa, programma certificato	136
Bibliografia	137
6.4 Raccomandazioni per lo sviluppo di curricula per le altre categorie professionali coinvolte nella cessazione dal fumo in Europa: psicologi, infermieri, decisori nelle politiche sanitarie.....	137
Bibliografia	138
6.5. Standard di formazione sulla cessazione dal fumo per i clinici.....	138
6.6 Standard qualitativi nel trattamento della dipendenza da tabacco	140
Bibliografia	143
6.7 Requisiti per l'accreditamento dei servizi specializzati per il tabagismo	143

6.7.1 Tre livelli di servizi per il tabagismo	143
6.7.2 Accreditamento per le unità specializzate nella cessazione dal fumo	144
Bibliografia	148
QUARTA PARTE.....	151
7.0 La cessazione del tabacco nei gruppi ad alto rischio	151
7.1 Effetti sulla salute del fumo in gravidanza	152
Bibliografia	157
7.2 La cessazione del fumo tra gli adolescenti	158
Bibliografia	162
7.3 La cessazione del fumo nei pazienti diabetici.....	163
Bibliografia	165
7.4 La cessazione del fumo nei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	167
Bibliografia	170
7.5 La cessazione del fumo nei pazienti con malattie cardiovascolari.....	172
Bibliografia	175

Ringraziamenti

The 2020 (4th) edition was coordinated and revised by Dr. Sophia Papadakis and Dr Constantine Vardavas

L'ENSP desidera ringraziare il Board Editoriale per il gentile contributo fornito per la prima e la seconda versione:

Panagiotis K. Behrakis, MD, PhD (McGill), FCCP, Presidente del Comitato Scientifico dell'ENSP, Direttore dell'Institute of Public Health of the American College of Greece e ricercatore al Biomedical Research Foundation of the Academy of Athens, Greece;

Nazmi Bilir, Professor of Public Health, Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, Turkey;

Luke Clancy, BSc, MB, MD, PhD, FRCPI, FRCP (Edin), FCCP, FFOM, specialist in malattie respiratorie e Direttore Generale del TobaccoFree Research Institute Ireland (TFRI);

Bertrand Dautzenberg, Professor of Chest Medicine at Pitié-Salpêtrière hospital, Paris and Chair of Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris, France;

Andrey Konstantinovich Demin, M.D., D.Polit.Sci., Professor of Public Health at I.M. Sechenov 1st Moscow State Medical University and N.I. Pirogov National Medical Surgical Centre, e Presidente del Russian Public Health Association, Moscow, Russia;

Sophia Papadakis, PhD, MHA, Scientist, Division of Prevention and Rehabilitation at the University of Ottawa Heart Institute, Adjunct Professor in the Faculty of Medicine at the University of Ottawa e Visiting Scientist in the Clinic of Social and Family Medicine of the School of Medicine of the University of Crete, Greece.

Antigona Trofor, M.D. Ph.D., Associate Professor of Pulmonology at the University of Medicine and Pharmacy Gr. T. Popa, Iași e Respiratory Physician at the Clinic of Pulmonary Diseases, Iași, Romania.

Constantine Vardavas, MD, RN, MPH, PhD, FCCP, Associate Director of the Institute of Public Health (IPH) of the American College of Greece.

ENSP altresì desidera ringraziare i membri del Consiglio dei Revisori della 1° edizione per i loro gentili contributi:

Maria Sofia Cattaruzza, professore associato di Igiene, Sapienza Università, Roma, Italia; responsabile di UNITAB, Unità di Tabaccologia dell'Università Sapienza, Roma, Italia, Vice-

presidente/presidente eletto della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Florin Dumitru Mihălțan, Professor of Pneumology, M. Nasta National Institute of Pneumology, President of the Romanian Society of Pneumology, Bucharest, Romania;

Manfred Neuberger, O. Univ.-Prof. M.D., Vienna, Austria;

Biagio Tinghino, Past President della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), coordinatore del gruppo per le Linee Guida SITAB, responsabile del Centro per il Trattamento del Tabagismo, ASST di Vimercate, Italia.

Paulo D. Vitória, Psychologist, PhD, Professor of Preventive Medicine at Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior. Member of the Coordination Team at Portuguese Quitline. Member of the Steering Board at Portuguese Society of Tabacology (SPT), Portugal;

Vincenzo Zagà, caporedattore di Tabaccologia, Presidente della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), Bologna, Italia;

Witold A. Zatoński, Professor, M.D, PhD. Director Division of Epidemiology and Cancer Prevention, Director WHO Collaborating Centre, Warsaw, Poland.

Sharanpreet Kaur, visiting researcher presso il Laboratorio di Epidemiologia degli stili di vita - Dipartimento di Ambiente e Salute, Istituto Mario Negri IRCCS, Milano, Italia.

ENSP è grata a **Cornel Radu-Loghin**, segretario generale dell'ENSP, per avere promosso e gestito il progetto.

La seconda edizione è stata coordinata e gestita dalla Dr.ssa Papadakis e dal Dr. Vardavas.

Dichiarazioni sui conflitti di interesse

I membri del Board Editoriale delle linee guida ENSP rilasciano le seguenti dichiarazioni sui conflitti di interesse:

Panagiotis K. Behrakis dichiara di non avere conflitti di interesse con nessuna azienda farmaceutica;

Luke Clancy dichiara che il suo istituto ha usufruito di un research grant da parte di Pfizer nel 2010; egli ha ricevuto fees di consulenza dalla Pfizer e Pierre Fabre negli anni 2010, 2011, 2012; ha ricevuto remunerazioni per docenze dalla Pfizer e dalla Novartis nel 2010, 2011, 2012;

Bertrand Dautzenberg ha collaborato negli ultimi tre anni, ma ha rifiutato ogni remunerazione personale dalla Pfizer e dalla GlaxoSmithKline;

Antigona Trofor ha ricevuto fondi regolari per consulenza dalla Novartis Pharma Services Romania SRL, CROM Research Org.

SRL, INC Research and Glaxo SmithKline durante il 2011-2012 ed ha ricevuto retribuzioni per relazioni occasionali presentate alla Commissione Europea, e per AstraZeneca, Servier Pharma SRL, Glaxo SmithKline e Pierre-Fabre durante il 2011-2012.

Sophia Papadakis dichiara che il suo istituto ha ricevuto contributi educazionali da Pfizer, ma ha rifiutato ogni retribuzione personale dalle aziende farmaceutiche o altre agenzie.

Costantine Vardavas dichiara che il suo istituto ha beneficiato di contributi educazionali da parte di Pfizer, ma ha rifiutato ogni retribuzione personale da aziende farmaceutiche o altre agenzie.

Le linee guida sono state formulate in modo indipendente da ogni azienda farmaceutica.

Gruppo di lavoro italiano per la traduzione delle linee guida

Biagio Tinghino, Past President della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), coordinatore del gruppo per le Linee Guida SITAB, responsabile del Centro per il Trattamento del Tabagismo, ASST di Vimercate, Italia.

Massimo Baraldo, professore associato di Farmacologia, Università di Udine, Italia. Membro del consiglio direttivo della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Maria Sofia Cattaruzza, professore associato di Igiene, Sapienza Università, Roma, Italia, responsabile di UNITAB, Unità di Tabaccologia dell'Università Sapienza, Roma. Vice-presidente/presidente eletto della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Giuseppe Gorini, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), regione Toscana, Italia. Membro del consiglio direttivo della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Daniel Hamran, medico del consultorio della zona Valdera, ASL 5 di Pisa, Italia.

Giacomo Mangiaracina, presidente Agenzia Nazionale per la Prevenzione, Italia. Membro del consiglio direttivo della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Elena Munarini, psicologa psicoterapeuta, consulente presso il

Centro Antifumo, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Italia.

Giovanni Pistone, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, Referente C.T.T., A.S.L. NO Novara, Italia.

Gherardo Siscaro, pneumologo, ICS Maugeri–Sciacca, Agrigento, Italia.

Alessandro Vegliach, psicologo psicoterapeuta, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, Trieste, Italia. Membro del consiglio direttivo della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Vincenzo Zagà, caporedattore di Tabaccologia. Presidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), Bologna, Italia.

Francesca Zucchetta, psicologa psicoterapeuta, Istituti Clinici Zucchi, Monza, Milano, Italia.

Dipartimento di Ambiente e Salute Istituto Mario Negri IRCCS, Milano, Italia, nelle persone di: **Silvano Gallus**, Capo del Laboratorio di Epidemiologia degli stili di vita **Alessandra Lugo**, senior researcher, Laboratorio di Epidemiologia degli stili di vita **Elisa Borroni**, research fellow, Laboratorio di Epidemiologia degli stili di vita.

Livelli di evidenza delle raccomandazioni nelle linee guida

I livelli di evidenza delle raccomandazioni pubblicate dall'European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) sono state elaborate seguendo la metodologia di seguito illustrata.

Sviluppo di raccomandazioni

Per ogni principale area di conoscenza scientifica sono state sviluppate delle raccomandazioni basate sull'evidenza scientifica. Le raccomandazioni riguardano: la pratica clinica e la ricerca.

Classificazione dell'evidenza scientifica

Ad ogni raccomandazione è stato assegnato un livello di valutazione basato sull'evidenza scientifica riscontrata in proposito.

La valutazione ha preso in considerazione il tipo, la qualità e la quantità delle evidenze disponibili a sostegno della raccomandazione della linea guida.

Il livello di valutazione appare tra parentesi alla fine di ciascuna raccomandazione.

I sistemi di valutazione utilizzati sono stati:

1) l'evidence grading scale ABC sviluppata dall'Agenzia governativa degli Stati Uniti per la politica e la ricerca in materia di assistenza sanitaria (AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research) (tabella 1);

2) il Grading of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) (tabella 2). Il GRADE, approvato dall'OMS e da altre organizzazioni internazionali di assistenza sanitaria, utilizza 4 categorie di classificazione delle evidenze: alta (A), moderata (B), bassa (C), molto bassa (D), (vedere la tabella per le definizioni).

Procedura

Nella preparazione delle raccomandazioni delle linee guida, sono state intraprese le seguenti azioni:

- Formulazione di raccomandazioni
- Forza del punteggio di evidenza
- Revisione del comitato scientifico
- Revisione esterna delle linee guida

Riferimenti bibliografici e sitografia

US Government Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html>

https://www.essentialevidenceplus.com/product/ebm_loe.cfm?show=grade

Tabella 1: Livelli di evidenza e descrizione - ABC		
Livello di evidenza	Fonte delle evidenze	Definizione
A	Studi controllati e randomizzati (CRT). Grandi database.	Grande numero di studi che implicano un numero importante di partecipanti.
B	Studi controllati e randomizzati. Database limitati.	Studi che includono un numero limitato di pazienti, analisi post-hoc o analisi di sottogruppi di CRT, o metanalisi di CRT. I trials randomizzati sono piccoli, o su vari gruppi di popolazione, con risultati inconsistenti.
C	Studi non randomizzati. Studi osservazionali. Consensus di esperti.	Prove da studi non controllati e non randomizzati o studi osservazionali.

Tabella 2: Livelli di Evidenza e descrizione - GRADE		
Codice	Qualità di Evidenza	Definizione
A	Alta	E' molto improbabile che ulteriori ricerche possano cambiare la stima degli effetti misurati. Molti studi di alta qualità con risultati coerenti. In casi speciali: uno studio multicentrico, di alta qualità, alta numerosità.
B	Moderata	E' possibile che ulteriori ricerche possano avere un impatto importante sulla nostra fiducia nella valutazione degli effetti e possano cambiare le nostre stime. Uno studio di alta qualità. Diversi studi con alcune limitazioni.
C	Bassa	E' molto probabile che ulteriori ricerche possano avere un impatto importante sulla nostra fiducia nella valutazione degli effetti e possano cambiare le nostre stime. Uno o più studi con severe limitazioni.
D	Molto bassa	Qualsiasi stima dell'effetto è molto incerta. Opinione di un esperto. Nessuna prova di ricerca diretta. Uno o più studi con limitazioni molto severe.

Prefazione

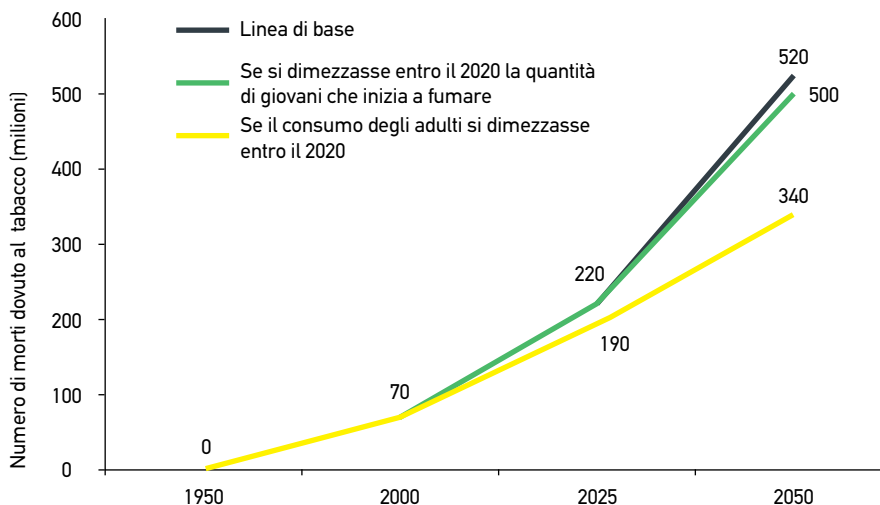
L'ENSP prevede un futuro senza tabacco, in cui nessun europeo deve soffrire di malattie legate al tabacco o di mortalità precoce. Tutti i nostri sforzi sono costantemente concentrati nell'offrire ai bambini e ai giovani la libertà di crescere autonomamente e in buona salute, senza essere costretti ad una vita di dipendenza. Il consumo del tabacco non solo costituisce una grande dipendenza, ma è anche una trappola mortale da cui vogliamo aiutare i fumatori a fuggire. Il nostro obiettivo è quindi quello di stabilire una più ampia coerenza tra le attività di prevenzione del fumo e di promuovere una politica globale di controllo del tabacco a livello europeo e nazionale.

Secondo l'indagine Eurobarometro pubblicata nel 2017, quasi un quarto (26%) degli europei di età superiore ai 15 anni fuma, così come il 33% delle persone di età compresa tra i 25 e i 39 anni. Il tabacco uccide metà dei suoi consumatori regolari, cioè

700.000 europei ogni anno¹. In questo contesto esiste un crescente consenso sul fatto che la dipendenza dal tabacco è una malattia che deve essere curata da professionisti del settore sanitario. Tutti gli operatori sanitari devono capire che consumare tabacco è una condizione medica, una dipendenza codificata nell'ICD-10, e non un'abitudine, un vizio, un piacere o uno stile di vita.

Gli interventi di cessazione hanno un impatto sul numero di decessi nel medio-lungo periodo e quindi devono essere incoraggiati. Come è stato spiegato nella relazione della Banca Mondiale *Ridurre l'epidemia: i governi e l'economia del controllo del tabacco*, se l'iniziazione al fumo sarà ridotta del 50% entro il 2020, il numero di morti dovuto al tabacco diminuirà da 520 a circa 500 milioni nel 2050. Dall'altra parte, se la metà degli attuali fumatori smettesse entro il 2020, il numero di morti dovuti al tabacco diminuirebbe da 520 a 340 milioni nel 2050 (figura 1).

Figura 1: A meno che i fumatori attuali non smettano, i morti dovuti al tabacco aumenteranno drammaticamente nei prossimi 50 anni. Morti cumulative stimate 1950-2000 con diverse strategie di intervento. (Fonte: Banca Mondiale)



L'articolo 14 della convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (OMS FCTC) afferma che:

"Ogni parte sviluppa e diffonde linee guida appropriate, complete e integrate, basate su prove scientifiche e sulle migliori pratiche, tenendo conto delle circostanze e delle priorità nazionali e prendendo misure efficaci per promuovere la cessazione del consumo di tabacco e un trattamento adeguato per la dipendenza da tabacco".

Linee guida per l'implementazione dell'articolo 14ⁱⁱ:

- i. *Incoraggiare le parti a rafforzare o creare un'infrastruttura sostenibile che motivi i tentativi di smettere, garantisca un ampio accesso ai supporti per i consumatori di tabacco che vogliono smettere e fornisca risorse sostenibili per garantire che tale supporto sia disponibile;*
- ii. *Individuare le chiavi, le misure efficaci necessarie per promuovere la cessazione del tabacco, inserire il trattamento del tabagismo nei programmi nazionali di controllo del tabacco e nei sistemi sanitari;*
- iii. *Sollecitare le parti a condividere esperienze e collaborare per facilitare lo sviluppo o il rafforzamento del sostegno alla cessazione del tabacco e al trattamento della dipendenza da tabacco.*

Secondo queste linee guida, lo sforzo dovrebbe essere incentrato sullo sviluppo delle infrastrutture per sostenere la cessazione del tabacco e il trattamento della dipendenza da tabacco tra i membri aderenti all'FCTC. Infatti, l'FCTC raccomanda che "le parti mettano in pratica le azioni di seguito elencate al fine di rafforzare o creare le infrastrutture necessarie per promuovere la cessazione efficace dell'uso del tabacco e per fornire un adeguato trattamento della dipendenza da tabacco, tenendo conto delle circostanze e delle priorità nazionali".

Questi passaggi operativi possono essere sintetizzati come segue:

1. Condurre un'analisi nazionale delle situazioni
2. Creare o rafforzare il coordinamento nazionale
3. Sviluppare e diffondere linee guida complete
4. Affrontare il consumo di tabacco da parte di operatori sanitari

e di altri soggetti coinvolti nella cessazione de tabacco

5. Sviluppare la formazione
6. Utilizzare sistemi e risorse esistenti per garantire il massimo accesso possibile ai servizi
7. Rendere obbligatoria la registrazione del consumo di tabacco nelle note mediche
8. Incoraggiare il lavoro collaborativo
9. Stabilire una fonte sostenibile di finanziamento per l'aiuto alla cessazione

Nell'ambito delle attuali Linee guida dell' ENSP per il trattamento della dipendenza da tabacco, ci proponiamo di affrontare principalmente il punto 3: "Sviluppare e diffondere linee guida complete", tenendo conto delle situazioni nazionali dei vari Paesi (punto 1), e implementando, per quanto possibile, i punti 5 e 7, cioè la "Formazione" e "l'obbligatorietà della registrazione del consumo di tabacco nelle note mediche".

Secondo le linee guida di attuazione "Le Parti dovrebbero sviluppare e diffondere linee guida per il trattamento della dipendenza dal tabacco basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e sulle migliori buone pratiche, tenendo conto delle circostanze e delle priorità nazionali. Queste linee guida dovrebbero includere due componenti principali: (1) una strategia nazionale per la cessazione, promuoverla e fornire un trattamento per la dipendenza da tabacco, mirato principalmente a coloro che sono responsabili di finanziare e implementare le politiche e i programmi; e (2) delle linee guida nazionali per il trattamento mirate principalmente a coloro che dovranno sviluppare, gestire e fornire il supporto alla cessazione agli utilizzatori di tabacco "

Una strategia di cessazione nazionale e le linee guida nazionali in materia di trattamento della dipendenza da tabacco dovrebbero avere le seguenti caratteristiche:

- *dovrebbero essere basate su evidenze;*
- *il loro sviluppo dovrebbe essere protetto da tutti i conflitti di interesse effettivi e potenziali;*
- *dovrebbero essere sviluppate in collaborazione con gli attori chiave, inclusi ma non limitati agli scienziati di area sanitaria, alle organizzazioni professionali della sanità, agli operatori sanitari,*

agli educatori, ai giovani e alle organizzazioni non governative con competenze pertinenti su questo settore;

- dovrebbero essere commissionate o dirette dal governo, ma in una partnership attiva e in consultazione con altre parti interessate; se altre organizzazioni avessero iniziato il processo di sviluppo delle linee guida, dovrebbero farlo in collaborazione attiva con il governo;*
- dovrebbero includere un piano di divulgazione e di attuazione, dovrebbero sottolineare l'importanza di tutti i fornitori di servizi (all'interno o all'esterno del settore sanitario), nel dare l'esempio, cioè nel non consumare tabacco, e dovrebbero essere periodicamente riesaminate e aggiornate alla luce degli sviluppi delle evidenze scientifiche e, conformemente agli obblighi stabiliti dall'articolo 5.1 del FCTC dell'OMS.*

I nostri sforzi e il nostro lavoro sono orientati a sostenere il FCTC dell'OMS, che consideriamo lo strumento per raggiungere gli obiettivi dell'ENSP. È per questo motivo, conformemente all'articolo 14 del FCTC, che sono state sviluppate queste linee guida europee per il trattamento della dipendenza da tabacco e che sono gratuitamente fornite agli operatori sanitari e al pubblico. Siamo sicuri che queste linee guida consentiranno ai professionisti sanitari di acquisire le competenze necessarie per affrontare questa dipendenza fatale e fornire loro una vasta gamma di strumenti vitali al fine di aiutare a migliorare le strategie per smettere di fumare.

Le presenti Linee Guida costituiscono il risultato di un lavoro intenso e costante del Comitato Editoriale sia della prima che della seconda edizione, a cui l'ENSP è estremamente grato.

Francisco Lozano
President, ENSP

Panagiotis Behrakis
Chair, ENSP Scientific Committee

i) European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>

ii) WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf

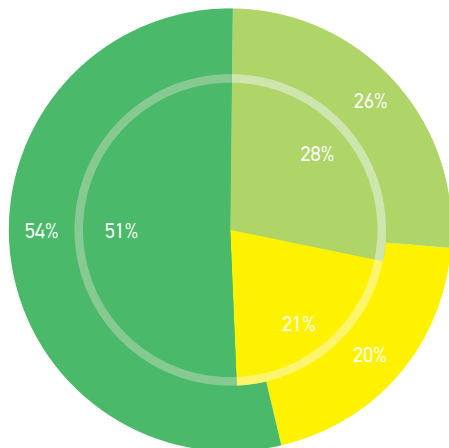
PARTE UNO | Capitolo 1

Valutazione del consumo di tabacco
e della dipendenza da tabacco



1.0 Valutazione del consumo di tabacco e della dipendenza da tabacco

QC1. Quesito numero 1 dell'indagine Eurobarometro 2015 (n.d.t.) A proposito di fumo di sigarette, sigari, sigaretti o di pipa, quale definizione si applica al tuo caso? In questa domanda e nelle domande seguenti di questa sezione, il fumo di sigaretta non include l'uso di sigarette elettroniche.



- Fumo abitualmente
- Non ho mai fumato
- Ho fumato in passato, ma ora ho smesso
- Non lo so

Grafico a torta interno: EB77.1 Feb.-Mar. 2012,
Grafico a torta esterno: EB82.4 Nov.-Dic. 2014

"Nel 2014, più di un quarto degli intervistati nell'Unione Europea (UE) fumava sigaretti, sigari, sigarette o pipa (26%), con un calo di due punti percentuali rispetto al 2012"
Eurobarometer 2015

1.1 Il consumo di tabacco è una malattia

Il consumo del tabacco è una delle cause principali di morte prematura e di disabilità in Europa.^{1,2} Ogni anno più di 700.000 cittadini europei muoiono per malattie tabacco-correlate.² E' infatti noto che la speranza di vita di un fumatore è 10 anni più breve di quella di un non fumatore e che la metà degli utilizzatori di tabacco perderanno circa 20 anni di vita in buone condizioni di salute prima

di morire per una malattia tabacco-correlata.³

La dipendenza da tabacco è considerata una malattia che porta nella maggior parte dei casi al consumo di tabacco tra gli adulti. La dipendenza da tabacco è associata a utilizzo quotidiano e a lungo termine di prodotti del tabacco (sigarette, pipa, sigari, narghilè, tabacco da masticare, etc). La maggior parte dei fumatori non riesce a smettere da sola. Il fumare cronico in terminologia medica è definito come dipendenza da tabacco o dipendenza da nicotina. I medici ed il personale sanitario devono quindi prendere in considerazione che la dipendenza da tabacco è una condizione medica e non un'abitudine, un vizio o una scelta di stile di vita.

Il più importante fattore etiologico della malattia da dipendenza da tabacco è la nicotina. La nicotina è una sostanza che determina una forte dipendenza; è contenuta nel tabacco e determina dipendenza in coloro che usano cronicamente prodotti del tabacco. Anche se a seconda dell'intensità, della durata di utilizzo e del tipo di prodotto del tabacco, non tutti gli utilizzatori di tabacco seguono lo stesso modello di rischio, la risposta del personale sanitario all'uso del tabacco deve essere univoca: trattare tempestivamente la dipendenza da tabacco dei fumatori.

Poiché la dipendenza da tabacco è una vera e propria malattia, deve essere adeguatamente diagnosticata e curata allo stesso modo delle altre malattie croniche. Un professionista della salute ha il dovere di intervenire e di avviare un percorso di disassuefazione al tabacco. Un avvio tempestivo del trattamento per la dipendenza da tabacco è una buona pratica per medici e personale sanitario, dato che il consumo di tabacco è mosso

Figura 1.1: Intervento sui consumatori di tabacco nella pratica clinica



soprattutto dalla dipendenza da questa sostanza: solo in casi eccezionali fumare tabacco è dovuto ad una libera scelta del fumatore relativa allo stile di vita.

Non è buona pratica non trattare o non organizzarsi per il trattamento dei pazienti tabagisti. Come minimo i clinici dovrebbero erogare un intervento di counseling breve a tutti i pazienti che usano tabacco (Figura 1.1). Una volta che l'uso e la dipendenza da tabacco sono correttamente inquadrati come una malattia, ne consegue che i fumatori dipendenti da tabacco necessitano dell'assistenza medica di un professionista della salute per smettere di fumare, attraverso percorsi di trattamento per la dipendenza da tabacco. Come nel caso di altre malattie croniche, l'intervento medico consiste nel diagnosticare il consumo cronico di tabacco e la dipendenza da questo e nel fornire, un regolare trattamento per l'interruzione del consumo e per la dipendenza. In conclusione, i soggetti che fumano, non solo introducono nicotina nel loro corpo e mantengono o aumentano la loro dipendenza dalla sostanza, ma si espongono anche a numerose gravi malattie, causate dalle tossine contenute nel tabacco, molte delle quali fatali. Quindi, prima la dipendenza verso il tabacco viene trattata, più precocemente il paziente smetterà di fumare o di usare tabacco per via orale più alti saranno i benefici per la salute.³

1.2 > Definizioni, classificazioni, termini e chiarimenti specifici

1.2.1 La dipendenza da tabacco: una malattia "industriale" acquisita

La dipendenza da tabacco è causata dalla nicotina, una sostanza che dà dipendenza. Il fumatore che soffre di dipendenza da tabacco non può smettere di consumare la sostanza nonostante gli evidenti danni per la propria salute. È noto che la nicotina inalata è una sostanza capace di indurre una dipendenza tanto forte quanto quella instaurata da eroina e cocaina.⁴ I consumatori di tabacco che iniziano a fumare da adolescenti sono di solito più dipendenti alla sostanza rispetto a coloro che hanno iniziato da adulti.⁵

La nicotina, una sostanza con proprietà psico-attive, causa il craving per sigarette, sigare, pipa, rendendo i fumatori incapaci di smettere agevolmente e causando loro sintomi fisici e psicologici

quando si astengono dal fumare. Mentre la nicotina contenuta nel tabacco causa dipendenza, gli effetti tossici sono dovuti soprattutto ad altre sostanze contenute nel fumo di tabacco.

1.2.2 Meccanismo di induzione della dipendenza da tabacco

La nicotina inalata raggiunge la circolazione arteriosa cerebrale passando per i polmoni in appena sette secondi.⁶

La nicotina si lega a recettori specifici per l'acetilcolina (soprattutto recettori nicotinici e dell'acetilcolina alfa4beta2) presenti nell'area del nucleus accumbens dei lobi frontali, che stimolano il rilascio di neurotrasmettitori, come la dopamina e la noradrenalina, rilascio che viene percepito come una sensazione di piacere dal consumatore di tabacco.^{7,8} Il piacere percepito dal fumatore è infatti il sollievo dai sintomi d'astinenza precoci cessati a causa dell'aumento dei livelli di nicotina e della stimolazione dei recettori nicotinici.

La caratteristica principale della dipendenza da nicotina è il desiderio di provare gli effetti farmacologici della nicotina e di evitare i possibili sintomi di astinenza e condizioni associate, sia positive (la nicotina produce una stimolazione psico-attiva) sia negative (la mancanza di nicotina determina disagio).⁷

Ogni sigaretta determina rapidamente una diminuzione del bisogno urgente di fumare (craving) ma desensibilizza i recettori nicotinici e determina un conseguente aumento del loro numero, aumentando così il bisogno per la sigaretta successiva.⁸ Questa stimolazione causata dall'uso del tabacco innesca il consumo cronico.^{7,9} Durante la fase di inizio della dipendenza dal tabacco, il fumatore deve aumentare la quantità di nicotina somministrata al fine di ricreare le stesse intense sensazioni. Dopo il primo periodo di adattamento, il fumatore ha bisogno della dose individuale di nicotina al fine di rigenerare le stesse intense sensazioni precedentemente esperite. Questo adattamento morfologico che si verifica nel sistema nervoso centrale corrisponde allo sviluppo di una dipendenza fisica.^{7,9}

1.2.3 La nicotina non è l'unico modulatore positivo della dipendenza dal tabacco

La dipendenza dalla nicotina ha due componenti: dipendenza fisica e dipendenza psicologica.¹⁰ Oltre alla dipendenza fisica, l'uso ripetuto di prodotti del tabacco può diventare un'abitudine. I

contatti sociali e le situazioni associate ad una determinata routine quotidiana possono rafforzare il consumo di tabacco. Nel tempo, questo comportamento diventa radicato nella vita quotidiana. Come tale, è raccomandabile che il trattamento del consumo di tabacco sia sostenuto sia dal trattamento farmacologico per alleviare i sintomi fisici, sia da una terapia comportamentale finalizzata a modificare la routine e i fattori associati alle modalità di consumo caratteristiche di ogni fumatore.

1.2.4 La dipendenza dalla nicotina secondo l'OMS

Una persona è considerata come dipendente dalla nicotina quando ha una storia di consumo cronico con le seguenti caratteristiche: abusa della sostanza, continua ad auto-somministrarsi la sostanza nonostante gli effetti negativi percepiti, registra un'alta tolleranza verso la sostanza e manifesta sintomi di astinenza quando cerca di smettere.⁶

Secondo i criteri adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella *Classificazione Internazionale delle Malattie*, la dipendenza dal tabacco è inclusa in: *Disturbi mentali e comportamentali dovuti all'uso del tabacco* e ha il codice di malattia F17 (tabella 1.1).¹¹

Le sindromi da dipendenza si riferiscono a un insieme di fenomeni fisici, psicologici, comportamentali e cognitivi, a causa dei quali l'uso di una sostanza (in questo caso il tabacco) diventa una priorità per la persona interessata, sfavorendo altri comportamenti che in passato avevano un valore più elevato per quella persona.

Sindrome da astinenza da nicotina

Mentre la somministrazione della nicotina nel corpo, principalmente per inalazione, porta alla dipendenza da nicotina, al contrario, quando la nicotina non è più somministrata ad una persona dipendente da nicotina, si verifica la sindrome da astinenza da nicotina.

I sintomi di astinenza da nicotina sono causati dall'arresto improvviso dell'approvvigionamento di questa sostanza. L'astinenza da nicotina può manifestarsi nelle prime quattro - dodici ore dopo la sospensione del fumo. I sintomi includono:¹²

- bisogno di fumare acuto / incontrollabile (craving);
- irritabilità / aggressività / rabbia;
- ansia;

Tabella 1.1: Classificazione della dipendenza da tabacco nella classificazione delle patologie ICD10, OMS (aggiornamento all'1 ottobre 2015). Sito di riferimento <http://www.icd10data.com>

Dipendenza da nicotina F17	
Esclude (altri codici specifici)	
<ul style="list-style-type: none"> • Storia di dipendenza dal tabacco (Z87.891) • Consumo di tabacco NOS (Z72.0) • Consumo di tabacco (fumo) durante la gravidanza, il parto e il puerperio (O99.33-) • Effetto tossico della nicotina (T65.2-) 	
F17	Dipendenza da nicotina
F17.2	Dipendenza da nicotina
F17.20	Dipendenza da nicotina, non specificata
F17.200	... senza complicazioni
F17.201	... in remissione
F17.203	...dipendenza da nicotina non specificata, con astinenza
F17.208	... con altri disturbi indotti dalla nicotina
F17.209	... con disturbi non specificati indotti dalla nicotina
F17.21	Dipendenza da nicotina, sigarette
F17.210	... senza complicazioni
F17.211	... in remissione
F17.213	... con sintomi di astinenza
F17.218	... con altri disturbi indotti dalla nicotina
F17.219	... con disturbi non specificati indotti dalla nicotina
F17.22	Dipendenza da nicotina, tabacco da masticare
F17.220	... senza complicazioni
F17.221	... in remissione
F17.223	... con sintomi di astinenza
F17.228	... con altri disturbi indotti dalla nicotina
F17.229	... con disturbi non specificati indotti dalla nicotina
F17.29	Dipendenza da nicotina, altro prodotto del tabacco
F17.290	... senza complicazioni
F17.291	... in remissione
F17.293	... con sintomi di astinenza
F17.298	... con altri disturbi indotti dalla nicotina
F17.299	... con disturbi non specificati indotti dalla nicotina

- irrequietezza;
- stanchezza;
- aumento dell'appetito;
- difficoltà di concentrazione;
- depressione;
- mal di testa;
- risveglio notturno;
- leggero stordimento / vertigini.

Questi sintomi variano a seconda dell'individuo: alcuni fumatori sentono l'astinenza più intensamente di altri. Tutte queste manifestazioni sono temporanee e raggiungono l'intensità massima nelle prime 24-72 ore, diminuendo in 3-4 settimane.¹² In circa il 40% dei pazienti i sintomi possono durare più di 3-4 settimane.¹²

I sintomi di astinenza da nicotina rappresentano la somma di tutti i cambiamenti indotti dalla brusca cessazione del consumo di nicotina. Una cessazione improvvisa del consumo di tabacco è particolarmente difficile nelle prime due-sei settimane e deve essere accompagnata da assistenza medica qualificata e supporto psicologico. Quindi la migliore strategia raccomandata da tutte le linee guida per la cessazione dal fumo per la cura della dipendenza da nicotina è quella di combinare il trattamento farmacologico con la terapia psico-comportamentale.¹³

Lo status di fumatore

Si raccomanda che tutti i medici valutino opportunamente il consumo corrente e passato di tabacco con i propri pazienti.

Per la classificazione dello stato di fumatore vengono utilizzate le seguenti definizioni:

- **Non fumatore** è una persona che non ha fumato più di 100 sigarette nella vita (o 100 g di tabacco, nel caso di pipa, sigari o altri prodotti del tabacco).
- **Il fumatore quotidiano** è una persona che ha fumato su base giornaliera per almeno tre mesi.
- **Il fumatore occasionale** è una persona che ha fumato, ma non ogni giorno.
- **L'ex fumatore** è una persona che ha smesso di fumare per almeno sei mesi.

Alcune domande standard ritenute utili per valutare lo stato di

fumo sono le seguenti:

1. Hai mai fumato sigarette o utilizzato altri prodotti del tabacco (ad esempio pipa, sigari, ecc.)?

Per fumatori attivi:

2. Quante sigarette (o altri prodotti del tabacco, ad esempio pipa, sigari, ecc.) fumi abitualmente al giorno?
3. Da quanti anni fumi?
4. Quante sigarette hai fumato nella tua vita? Più o meno di 100?
5. Fumi ogni giorno / in determinati giorni / in situazioni specifiche? Quali situazioni?

Per gli ex-fumatori:

6. Da quanti anni / mesi hai smesso di fumare?

1.3 Il fumo è una malattia cronica recidivante

1.3.1 Modelli di ricaduta

La dipendenza da tabacco/nicotina è una condizione cronica recidivante che viene per lo più acquisita durante l'adolescenza.⁵

La dipendenza da tabacco ha molte delle caratteristiche di una malattia cronica, tanto che la maggior parte dei fumatori persistono nel consumo di tabacco per anni o decenni.

La "ricaduta" è considerata come un ritorno al normale consumo di tabacco da parte di un utilizzatore che ha smesso. La ricaduta si riferisce in genere ad un periodo di più giorni di consumo continuativo di sigarette dopo un periodo di astinenza. "Fallimenti" o "recidive" si riferiscono a consumo di tabacco quotidiano per almeno tre giorni dopo un periodo di almeno 24 ore senza fumare. Una "scivolata" ("lapse" o "slip") indica l'uso del tabacco dopo un precedente periodo di astinenza che però non provoca il ritorno ad un'abitudine regolare al fumo. Questo può essere il caso di ex-fumatori recenti e non che fumano meno di una sigaretta al giorno per non più di tre giorni in una settimana o che fumano un qualsiasi numero di sigarette un giorno della settimana, la settimana prima di una visita programmata. Una scivolata può essere un evento isolato seguito da un ritorno all'astinenza, o può essere un forte predittore di ricaduta.

Tra gli ex-fumatori la ricaduta è comune e si verifica più frequentemente nei primi giorni di un tentativo per smettere quando i sintomi di astinenza sono più intensi. Oltre il 75% delle

persone che smettono di fumare entro la prima settimana, rendendo questo un periodo di tempo critico da superare.¹² In Figura 1.2 sono riprodotte le probabilità di ricaduta entro il primo anno di cessazione.

Una volta che i pazienti sono liberi da fumo da due o tre mesi il loro rischio di ricaduta è molto più basso, ma in nessun caso completamente azzerato. Anche tra i consumatori di tabacco che sono riusciti a smettere per periodi più o meno lunghi, il rischio di ricaduta rimane elevato. I pazienti che rimangono liberi da fumo per almeno 12 mesi hanno una probabilità di ricaduta del 35% nel corso della vita (vedi Figura 1.3).¹⁴

Figura 1.2: Modello di ricaduta nei fumatori che hanno smesso autonomamente (senza alcun supporto)¹²

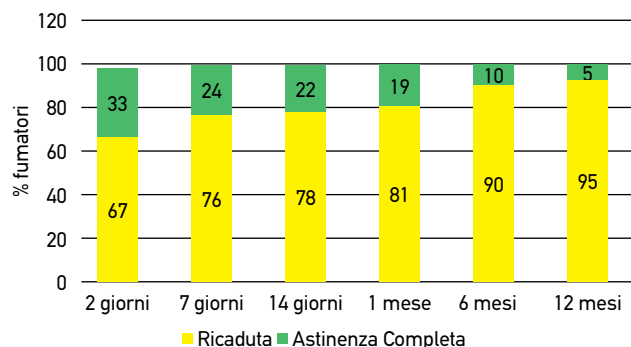
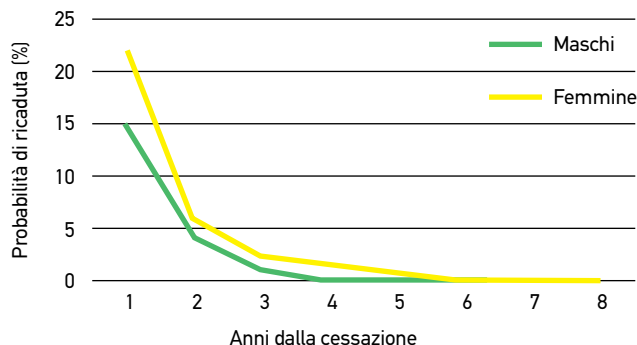


Figura 1.3: Probabilità di ricaduta per anno¹⁴



1.3.2 Trattamento della dipendenza dal tabacco dopo la cessazione

La dipendenza dal tabacco potrebbe richiedere interventi terapeutici persistenti e ripetuti, nonché un follow-up a lungo termine fino alla guarigione.¹⁵

La comprensione della sua natura cronica implica una osservazione a lungo termine, e non semplicemente gli interventi che vengono somministrati durante le fasi acute.

Dopo la ricaduta potrebbero essere richiesti diversi trattamenti farmacologici, a volte alternando un farmaco all'altro, oltre a educare i pazienti e offrire loro supporto psico-comportamentale per evitare ulteriori ricadute. Nessun trattamento efficace è stato ancora identificato per prevenire la ricaduta nella dipendenza da tabacco nel fumatore astinente.

Semplicemente essere un ex-fumatore non è garanzia certa del termine della dipendenza dal tabacco.

Nonostante molti clinici siano in grado di trattare pazienti con malattie croniche come il diabete, l'ipertensione arteriosa, la BPCO, ecc., si sentono meno a loro agio quando devono trattare la dipendenza dal tabacco, perché ignorano il fatto che tale dipendenza è una malattia cronica. La considerazione del consumo di tabacco alla stregua di malattia cronica facilita e accelera il processo curativo, e aumenta il tasso di successo della farmacoterapia volta alla cessazione della dipendenza da nicotina, e riduce le ricadute nel consumo di tabacco.

Consigliamo a tutto il personale sanitario che assiste pazienti identificabili come fumatori considerare il consumo e la dipendenza da tabacco come un disturbo cronico recidivante e di definirlo in termini medici come "dipendenza da tabacco".

1.4 > L'identificazione di routine dei fumatori nella pratica medica attuale è necessaria

Per ottenere più elevati tassi di cessazione del consumo di tabacco, tutti i fumatori devono essere identificati sistematicamente durante ogni visita medica, indipendentemente dal fatto che il paziente sia in cura per una malattia correlata al tabacco. A tal fine le migliori opportunità sono rappresentate dalle visite mediche occasionali o

annuali, dato che la maggior parte dei cittadini visitano il medico curante almeno una volta all'anno, o incontrano regolarmente/ occasionalmente un dentista, un altro medico specialista o un professionista sanitario per motivi di salute o per altri motivi. Tutti i medici, indipendentemente dalla loro specialità, dovrebbero utilizzare queste occasioni per identificare i fumatori e organizzare la terapia per cessare il consumo.

La valutazione clinica del consumo del tabacco è un atto medico necessario e deve essere legittimata come intervento di routine.

Lo status di fumatore e il consumo di tabacco, come raccomandato da queste linee guida per la cessazione del consumo del tabacco, devono essere registrati nei documenti sanitari dei pazienti: come ad esempio i documenti di ammissione o di dimissione dell'ospedale, gli invii ad altre strutture, i referti delle analisi di laboratorio ecc. Questa raccomandazione si basa su una meta-analisi di nove studi randomizzati relativi all'impatto della screening del consumo del tabacco sui tassi di cessazione.¹³ Inoltre, in un'indagine pubblicata nel 2009, McCullough e colleghi hanno mostrato che il numero di pazienti che si prenotavano per ricevere counseling per smettere era più elevato quando i medici chiedevano loro sistematicamente informazioni sul consumo di tabacco del tabacco e preparavano conseguentemente un piano di cessazione.¹⁶

1.5 Valutazione/diagnosi del consumo e della dipendenza da tabacco

La valutazione dei fumatori è un processo composto da: valutazione clinica e biologica dell'esposizione al fumo di tabacco, valutazione della dipendenza dal tabacco, valutazione del profilo psico-comportamentale e conseguenze per la salute del consumo di tabacco.

1.5.1 Diagnosi clinica del consumo e della dipendenza da tabacco

La diagnosi clinica si basa su:

Status del fumatore

Status del fumatore (non fumatore, fumatore occasionale, fumatore quotidiano, ex-fumatore).

Tipo di prodotto del tabacco consumato

Il tipo di prodotto del tabacco consumato ci fornisce una idea circa il livello della dipendenza, in quanto la dipendenza dalla nicotina è più grave nei consumatori di sigarette, rispetto a quelli che utilizzano sigari, pipe, pipe a vapore, sigarette elettroniche o tabacco orale.

Il consumo di tabacco

Il consumo di tabacco può essere definito come:

- numero di sigarette fumate al giorno;
- numero di pacchetti di sigarette/anni (numero di pacchetti anno o Pack Year o PY). Il numero di pacchetti/anno è calcolato moltiplicando il numero di sigarette fumate giornaliere per il numero di anni di fumo (ad esempio se qualcuno fuma 15 sigarette al giorno per 15 anni, considerando che al denominatore metto il numero di sigarette per pacchetto (20), questo equivale a $15 \times 15 / 20 = 11,2$ PY).

Valutazione della dipendenza da tabacco

La dipendenza dal tabacco potrebbe essere diagnosticata secondo la definizione dell'OMS. La dipendenza dal tabacco è definita dalla presenza di almeno 3 dei 7 criteri di definizione, se presenti negli ultimi 12 mesi¹⁷:

- forte desiderio di fumare,
- difficoltà nel controllo della quantità di sigarette consumate,
- sintomi da astinenza quando si riduce o si abbandona il consumo di tabacco,
- consumo continuato nonostante evidenti effetti dannosi,
- priorità del fumo su altre attività,
- elevata tolleranza,
- sintomi fisici da astinenza dal tabacco.

Nella routine quotidiana, la dipendenza da nicotina / sigaretta è principalmente valutata usando il test della dipendenza dalla nicotina di Fagerström, FTND (Tabella 1.2) che fornisce non solo una risposta sì / no, ma anche un punteggio finale che classifica il livello della dipendenza da nicotina dei consumatori di tabacco come a bassa, media o elevata¹⁸. Più alto è il punteggio, maggiore è la dipendenza da nicotina di un individuo. Il livello di dipendenza dalla nicotina può essere utilizzato per guidare la progettazione dei piani di trattamento per i pazienti.

Tabella 1.2: Test di Fagerström per la dipendenza dalla nicotina (FTND)

1. Dopo quanto tempo dalla sveglia al mattino fumate la prima sigaretta?
Prima di 5 minuti (3)
6-30 minuti (2)
31-60 minuti (1)
Dopo più di 60 minuti(0)
2. Ti sembra difficile astenerti dal fumo nei luoghi dove è vietato (ad esempio in chiesa, al cinema, in treno, al ristorante ecc.)?
Sì(1)
No(0)
3. A quale sigaretta sarebbe più difficile per te rinunciare?
La prima sigaretta al mattino (1)
Tutte le altre (0)
4. Quante sigarette fumi al giorno?
10 o meno (0)
11-20 (1)
21-30 (2)
31 o più (3)
5. Fumi più frequentemente nelle prime ore dopo la sveglia al mattino che nel resto della giornata?
Sì (1)
No (0)
6. Fumi se sei così malato da rimanere immobilizzato a letto la maggior parte della giornata?
Sì (1)
No (0)

Il paziente può compilare direttamente il questionario. La gamma dei punteggi è da 0 a 10. Ciò consente una valutazione precisa della dipendenza dalla nicotina, sulla base della quale verrà elaborata una terapia:

Punteggio 0-3: nessuna o bassa dipendenza da tabacco

Punteggio 4-6: dipendenza da tabacco media

Punteggio 7-10: alta dipendenza da tabacco

Le domande chiave sono la 1 e la 4: il numero di sigarette fumate quotidianamente e l'ora della prima sigaretta dopo la sveglia mattutina. Queste domande possono essere richieste da un medico durante

la visita e costituire il test nella versione breve con, punteggio da 0 a 6, con gli stessi valori di punteggio della versione a 10 domande del FTND¹⁸.

Nelle cliniche specializzate per la cessazione dal fumo l'uso di strumenti di valutazione supplementari per identificare il livello di dipendenza dei fumatori è facoltativo. Tale ulteriore valutazione è possibile utilizzando diversi strumenti, ossia la scala della sindrome della dipendenza dalla nicotina (NDSS)¹⁹ e l'inventario Wisconsin dei motivi di dipendenza da fumo (WISDM)²⁰.

1.5.2 Analisi dei precedenti tentativi di smettere di fumare

L'esperienza dei pregressi tentativi di cessazione è stata dimostrata essere altamente predittiva dei tentativi di smettere futuri e può essere utilizzata per guidare il futuro trattamento²¹.

Si raccomanda di esplorare nella valutazione medica:

- il numero di passati tentativi di cessazione,
- il periodo di astinenza dal fumo più lungo,
- qualsiasi precedente trattamento di cessazione ed in cosa consisteva il trattamento,
- qualsiasi storia di sintomi di astinenza,
- eventuali fattori di rischio per ricadute,
- aspetti positivi descritti durante l'astinenza.

Queste caratteristiche sono importanti per calcolare la probabilità di successo del trattamento o il suo fallimento, nonché la compliance verso il trattamento e la capacità del paziente di superare la crisi di astinenza.

1.5.3 La motivazione nel cessare di fumare

Si raccomanda di valutare la motivazione di un fumatore nel cessare di fumare. Tutti i medici dovrebbero valutare la motivazione dei propri pazienti fumatori. Esistono vari metodi che possono essere utilizzati per valutare la motivazione nel cessare di fumare, che qui vengono descritte.

La motivazione può essere valutata attraverso domande dirette, tra le quali:

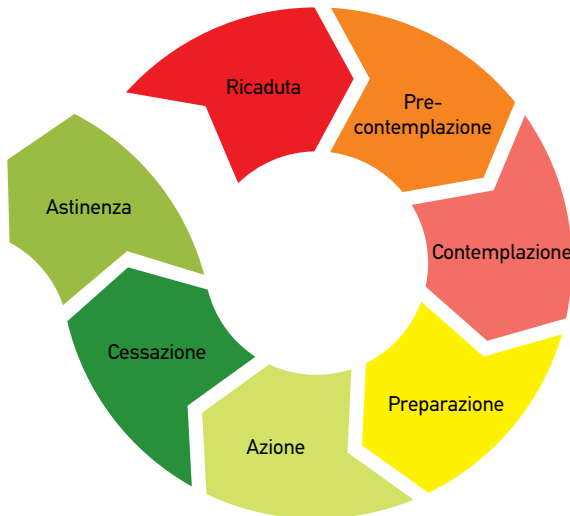
- Vuoi smettere di fumare (adesso)?
- Se decidi di smettere di fumare, quanto sei sicuro di avere successo?
- Quali sono le ragioni per cui vuoi rinunciare al fumo?
- Quanto è importante per te di smettere di fumare?

Secondo il celebre Modello Transteorico di J.O. Prochaska e C.C. Di Clemente (TTM) sul cambiamento del comportamento, il processo psicologico della cessazione dal fumo passa attraverso cinque fasi (Figura 1.4)²³:

- *Pre-contemplazione*: il paziente è pienamente soddisfatto del suo comportamento di fumo e non ha bisogno di un cambiamento.
- *Contemplazione*: il paziente sente la necessità di un cambiamento, ma questo non è abbastanza forte da spingerlo ad agire o fare un piano d'azione.
- *Preparazione*: il paziente ha deciso di provare a cambiare il proprio comportamento nei confronti del fumo ed sarà pronto per questo cambiamento nel prossimo futuro.
- *Azione*: il paziente inizia il tentativo di smettere di fumare.
- *Mantenimento*: l'astinenza dura per 6 mesi o più.

In genere, la fase di cambiamento viene valutata usando la domanda: "quali sono le tue sensazioni in merito a smettere di fumare adesso?": le opzioni di risposta includono: a) vorrei smettere nei prossimi 30 giorni, b) vorrei smettere nei prossimi 6 mesi, c) Non ho intenzione di smettere di fumare nei prossimi 6 mesi.

Figura 1.4: Fasi del cambiamento per la cessazione del fumo secondo il modello di Prochaska



Fonte: Di Clemente C et al. J Consult Clin Psychol, 1991; 59:295-304

È importante notare che gli individui non passano necessariamente attraverso le fasi del cambiamento in modo lineare. Piuttosto, si muovono avanti e indietro tra le fasi, in funzione della motivazione, della prontezza e di altri fattori che influenzano il cambiamento.

Le scale semplici, in cui i medici chiedono ai pazienti di indicare su una scala da 1 a 10 la loro motivazione a smettere di fumare, possono essere anche utili nella pratica clinica quando il tempo di valutare in maniera più approfondita la motivazione scarseggia (Figura 1.5).

Esistono altri strumenti pubblicati in letteratura per misurare la motivazione, inclusa la "Motivation to Stop Smoking Scale", Scala per la Motivazione a Smettere di Fumare.

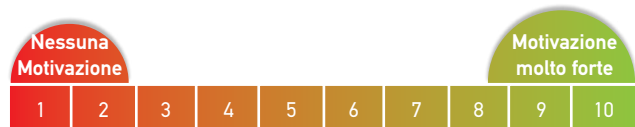
Indipendentemente dalla disponibilità del paziente a smettere o alla sua motivazione, il trattamento di cessazione del fumo deve essere avviato da un medico per tutti i pazienti che riferiscono l'uso del tabacco. Nel caso di fumatori con comorbidità e di pazienti con dipendenza dal tabacco, il professionista sanitario deve comunicare al paziente il rischio di un uso continuativo del tabacco e la necessità di smettere immediatamente. Come il caso di tutte le decisioni mediche, il paziente rimane libero di rifiutare il trattamento, ma il professionista della salute deve ugualmente proporre un trattamento di cessazione dal fumo e quindi avere la stessa convinzione di quando propone un trattamento per il diabete o per l'ipertensione.

1.5.4 La storia medica del paziente

La storia medica del paziente è rilevante nella scelta della terapia, oltre che per quanto riguarda qualsiasi interazione farmacologica o qualsiasi incompatibilità causata da un eventuale disturbo o una comorbidità concomitante.

Eventi cardiovascolari acuti, storia di episodi di convulsioni, malattia renale, storia di dipendenza attuale o pregressa ecc possono anche imporre cautela nella prescrizione di alcuni trattamenti farmacologici; da qui la necessità di annotare queste informazioni nelle cartelle sanitarie del fumatore.

Figura 1.5: Scala semplificata per valutare la motivazione



1.5.5 Gravidanza / Allattamento al seno / Contraccezione

È inoltre molto importante verificare lo stato fisiologico nelle donne (gravidanza, allattamento, metodi di contraccezione ecc.) per organizzare efficacemente la cessazione del fumo. La gravidanza è associata a significativi aumenti del tasso di metabolismo della nicotina²⁴.

1.5.6 Pazienti con storia di disturbi d'ansia e depressione

1.5.6.1 Screening iniziale

In generale, la depressione e l'ansia sono le condizioni psichiatriche più frequenti descritte nei forti fumatori. Molto spesso la presenza di tali sindromi porta il clinico a usare maggiore cautela o aumenta l'attenzione sugli effetti collaterali della terapia farmacologica utilizzata per la cessazione. Al responsabile delle cure primarie si raccomandano due semplici domande come strumento di screening per la depressione²⁵.

- *Sei stato triste, depresso, o disperato nel mese scorso?*
- *Hai avuto la sensazione di fare le cose con nessun piacere o interesse nel mese scorso?*

Una risposta positiva a entrambe le domande può essere interpretata come un forte segno di depressione.

Un altro modo più veloce per quantificare la depressione può essere valutata da una sola domanda:

- *Ti sei sentito triste per la maggior parte dei giorni nelle ultime due settimane?*

Se la risposta è sì, possiamo considerare anche questa come una forte indicazione che i pazienti possono essere affetti da depressione. Tutti i pazienti che rispondono affermativamente a questa domanda devono essere sottoposti a screening per ideazione suicidiaria utilizzando semplici strumenti di screening o strumenti di valutazione convalidati.

- *Hai avuto qualche pensiero di morte?*

1.5.6.2 Valutazione clinica di ansia e depressione

L'uso di test clinici convalidati può essere utilizzato come richiesto nella pratica clinica per aiutare con la diagnosi di depressione e ansia e valutare la gravità:

- La Anxiety and Depression Scale²⁶,

- La Hamilton Depression Subscale²⁷,
- Il Patient Health Questionnaire(PHQ),²⁸
- La Beck Depression Scale – II²⁹

1.5.7 Diagnosi di laboratorio della dipendenza dal tabacco

Lo stato di fumatore come definito da criteri clinici può essere valutato anche mediante test biochimici per la valutazione dei biomarcatori dell'esposizione al fumo di tabacco, come la concentrazione di monossido di carbonio nell'aria espirata e il livello di cotinina (un metabolita della nicotina).

La validazione biochimica viene generalmente utilizzata in ricerca per confermare i tassi di astinenza riferita dal fumo e come tale non è raccomandata come pratica standard nei contesti clinici.

Monossido di carbonio (CO)

Il CO espirato è il più semplice biomarker da monitorare; in assenza di CO nell'ambiente, è una misura ben validata del consumo di tabacco. Il CO espirato è facilmente misurato chiedendo a un fumatore di espirare in un analizzatore di CO disponibile a livello commerciale (Figura 1.6). Il CO è misurato in ppm (parti per milione), una unità di misura che può essere convertita equivalentemente nella concentrazione di carbossemoglobina presente nel sangue.

L'emivita del CO è di circa 2-6 ore³⁰. I livelli di CO nell'aria espirata da un fumatore possono raggiungere 10-20 ppm (cioè 2-5% di carbossemoglobina)³⁰. Esiste una relazione di "dose" tra il numero di sigarette consumate al giorno e la misurazione di CO; tuttavia è prevedibile una variazione individuale significativa³⁰. Il livello del CO è influenzato anche dallo sforzo fisico³⁰.

Nelle 24 ore dopo l'astinenza dal fumo il CO raggiunge i valori normali. Normalmente, la concentrazione di CO nell'aria espirata di un non-fumatore non supera i 4 ppm. L'esposizione al fumo di "seconda mano" (passivo) influenzerà i valori di CO. Il valore di soglia consigliato per distinguere il fumatore dal non fumatore corrisponde a 9 ppm³¹. Una rilevazione di 10 ppm o più è suggestiva dello status di fumatore. Tuttavia, la ricerca suggerisce che i cut-off di 2 o 5 ppm forniscono il massimo grado di accuratezza per stabilire se uno ha fumato nelle ultime 24 ore^{32,33}.

La concentrazione di CO al mattino (dopo diverse ore di sonno senza fumo) è di solito inferiore alle misurazioni effettuate nel

Figura 1.6: Dispositivi di monitoraggio del monossido di carbonio (CO) espirato



pomeriggio. Per questo motivo è consigliabile misurare la CO nel pomeriggio, quando rappresenterà un biomarker più attendibile di esposizione al fumo di tabacco³⁰.

La concentrazione di CO nei fumatori con malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO) è risultata superiore a quella della popolazione generale³⁴. In questi soggetti, un tasso di CO più elevato è comprensibile pensando alla produzione di monossido di carbonio a causa dell'infiammazione cronica delle vie aeree o può semplicemente essere dovuto ad un consumo più alto di sigarette descritto in questa categoria di pazienti.

Utilità clinica del monitoraggio del CO

La misurazione del monossido di carbonio (CO) è stata utilizzata come strumento per aumentare la motivazione del paziente a smettere³⁵. La conversione veloce di CO verso i valori normali incoraggia il fumatore ad essere astinente e perciò, mostrando valori di CO più bassi ad ogni visita di follow-up, il tentativo di smettere viene supportato. E' pur vero, però, che non esistono prove sufficienti per sostenere l'uso del controllo del CO rispetto al trattamento standard³⁵. Tuttavia, a causa del suo valore come strumento motivazionale, si raccomanda ai centri specializzati per la cessazione al fumo di essere dotati di un analizzatore di CO. L'uso di analizzatori di CO in altri settori, come l'assistenza primaria, è inoltre raccomandata come buona pratica.

Cotina

La cotina è il principale metabolita della nicotina ed è un biomarker di esposizione al fumo di tabacco. Monitorando la concentrazione della cotina nel corpo, si può valutare l'esposizione al fumo di un individuo. La cotina può essere misurata nel sangue, nei capelli, nella saliva e nell'urina.

L'emivita della nicotina è di circa due ore; tuttavia la concentrazione di nicotina può variare a seconda dell'ora del giorno in cui l'ultima sigaretta è stata fumata³⁰. La cotina ha un'emivita di 15-20 ore e come tale può essere utilizzata per misurare l'astinenza dal fumo nelle ultime 24-48 ore³⁰. Nei fumatori la cotina plasmatica è di circa 200 ng / ml, ma può raggiungere livelli fino a 1000 ng/ml in funzione dell'intensità del fumo³¹. C'è una notevole variabilità tra un fumatore ed un altro nei livelli di cotina rispetto all'assunzione quotidiana di sigarette³⁰. Le percentuali di metabolismo della nicotina sono geneticamente determinati e possono influenzare i livelli di cotina³⁶.

Si raccomanda un cut-off di <15 ng/ml per la saliva e di 50 ng/ml per l'urina^{30,31,37}.

In situazioni in cui il paziente utilizza la terapia sostitutiva della nicotina, la misurazione della cotina non è raccomandata. In questi casi il metodo di verifica preferito è il monitoraggio del CO³¹. L'uso dei livelli di cotina non è risultato essere più sensibile dell'utilizzo del monitoraggio dei sintomi clinici per adattare la dose terapeutica dei farmaci per la cessazione del consumo di tabacco³⁸. Per questo motivo la valutazione della cotina non è attualmente raccomandata come strumento utile per la pratica clinica.

Bibliografia

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. . 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
2. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at :<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
4. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.

5. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990, 9:701-716.
6. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. *Drug use and abuse*, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
7. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27-28 July, 1998.
8. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27-28 July, 1998.
9. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. *Nicotine safety and toxicity*. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19-28.
10. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. *British Medical Journal*, 2004, 328:277-279.
11. International Classification of Diseases (ICD-10). <http://www.icd10data.com/>
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4.
13. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
14. West R, Shiffman S. *Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice*. Oxford: Health Press Limited, 2004.
15. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/ nicotine dependence according to ICD10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155-166.
16. McCullough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):625-632.
17. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159-182.
19. Shiffman S, Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, *Nicotine Tob.Res.* 2004;6(2):327-48.
20. Piper ME, Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C., Baker T.B. A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(2):139-154.
21. Walker MS et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006; 15:2370-2377.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 1992;47:1102-1114.
23. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2013;128(2):15-19.
24. Dempsey D, Jacob P III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2002;301:594-598.
25. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
26. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gl-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
27. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. *Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.* Monaldi Arch Chest Dis 2006;66:255-263.
28. The Patient Health Questionnaire. <http://www.patient.co.uk/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>
29. The Beck Depression Inventory – II. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
30. Benowitz NL. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res.* 2002;4:149-159.
31. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction.* 2005;100(3):299-303.
32. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005;100:159-167.
33. Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction*. 2011;106(7):1325-34.
34. Montuschi P1, Kharitonov SA, Barnes PJ. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD. *Chest*. 2001;120(2):496-501.
35. Bize R1, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
36. Ho M.K., Tyndale R.F. Overview of the pharmacogenomics of cigarette smoking *The Pharmacogenomics Journal* 2007;7:81-98.
37. Jarvis, M. J., Primates, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. Measuring nicotine intake in population surveys: comparability of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. *Nicotine and Tobacco Research*, 2003;5:349-355.
38. Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS® trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction.* 2011;106(4):833-43.

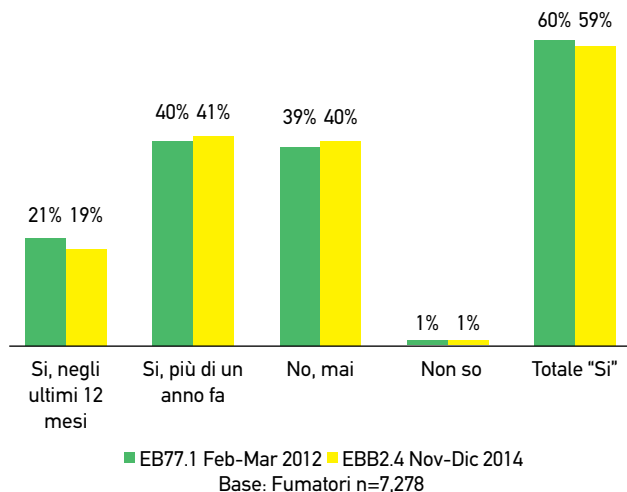
PARTE UNO | Capitolo 2

Raccomandazioni generali per il trattamento del consumo di tabacco e la dipendenza da tabacco



2.0 Raccomandazioni generali per il trattamento del consumo di tabacco e la dipendenza da tabacco

QC17. Quesito numero 17 dell'indagine Eurobarometro 2015 (n.d.t.) Hai mai provato a smettere di fumare? (Possibili risposte multiple).



"Negli ultimi dodici mesi nella Comunità Europea, quasi un fumatore su cinque ha provato a smettere di fumare (19%), mentre il 41% aveva provato in passato. In totale, il 60% dei fumatori della UE ha provato a smettere."
Eurobarometer 2015

Questo capitolo presenta brevemente delle raccomandazioni generali per il trattamento del consumo e della dipendenza da tabacco.

2.1 Consumo di Tabacco

Il consumo di tabacco è principalmente dovuto alla dipendenza da tabacco, un disturbo cronico inizialmente acquisito durante l'adolescenza, ma tutti gli operatori sanitari devono considerare il consumo di tabacco di ogni genere (fumato o masticato) come un rischio per la salute, anche se non vi è dipendenza da tabacco. Per pochi adulti il fumo è solo un comportamento senza dipendenza da tabacco^{1,2}. Gli operatori del settore sanitario devono informare

questi pazienti sui rischi per la salute e devono consigliare loro di non utilizzare il tabacco, nonché sostenere la cessazione utilizzando i trattamenti disponibili validati. Gli operatori sanitari dovrebbero essere proattivi nell'affrontare l'uso del tabacco con gli adolescenti per evitare l'iniziazione e sostenere la cessazione tra quegli adolescenti che usano il tabacco. Gli adolescenti che fumano senza ancora avere una dipendenza da tabacco dovrebbero essere obiettivo di intervento, dato che il consumo durante l'adolescenza si trasforma in dipendenza verso la fine di questo periodo della vita.

2.2 La malattia da dipendenza da tabacco

In quasi tutti i fumatori adulti, fumare è la conseguenza di una malattia contratta durante l'adolescenza. Si tratta della dipendenza da tabacco, una patologia cronica senza una cura definitiva. Ciononostante, il consumo di tabacco può essere interrotto per brevi periodi della vita, producendo benefici per la salute significativi³. I fumatori con dipendenza da tabacco accendono la maggioranza delle sigarette quando il livello della nicotina nel cervello si riduce, tipicamente dai 20 ai 60 minuti dall'ultima sigaretta⁴. Il consumo di tabacco non è controllato dalla corteccia cerebrale, ma piuttosto da una parte non cosciente del cervello che sfugge al controllo della volontà (nucleus accumbens). Come per tutte le malattie croniche, dopo la diagnosi e la valutazione, gli operatori sanitari dovrebbero sviluppare un piano terapeutico per favorire la cessazione. Il paziente può rifiutare il trattamento, ma gli operatori sanitari devono comunque cercare di promuovere le cure per una malattia che uccide la metà dei pazienti⁵. Come gli operatori portano avanti il trattamento del diabete mellito, dell'ipertensione o di qualsiasi altra malattia cronica, così – una volta diagnosticata – devono curare la dipendenza da tabacco. Il trattamento per la cessazione dal tabacco è stato studiato in modo approfondito ed esistono mezzi adeguati per aiutare i fumatori e gli altri consumatori di tabacco a smettere.

2.3 La cessazione dal fumo di tabacco

Le componenti chiave di una cessazione riuscita (remissione) sono frutto di una combinazione di aspetti educazionali, sostegno psicologico comportamentale e farmacoterapia^{2,6}.

Incidono sulla riuscita del trattamento la preparazione del tabagista, la motivazione alla cessazione, la dipendenza da nicotina, l'età, la comorbidità e numerosi fattori personali².

2.3.1 Aspetti educazionali, intervento informativo, apprendimento

- Spiegare la malattia della dipendenza da tabacco
- Spiegare le ragioni che portano ad accendersi una sigaretta
- Spiegare le conseguenze del fumo di sigaretta sulla salute
- Spiegare i benefici della cessazione del fumo di sigarette
- Spiegare il trattamento di cessazione del fumo
- Spiegare la gestione della dipendenza cronica del tabacco per evitare le ricadute
- Illustrare gli strumenti disponibili per i fumatori nella zona

2.3.2 Sostegno comportamentale

- Identificare le cause comportamentali legate al fumo, i fattori che portano a fumare nell'immediato e nel lungo termine.
- Aumentare la motivazione alla cessazione e ridurre i timori legati allo smettere di fumare.
- Insegnare come affrontare le emozioni.

2.3.3 Farmaci

- Le terapie sostitutive con nicotina sono disponibili sotto forma transdermica (cerotti), orale (gomma, losange, compresse sublinguali, inalatori) e in alcuni paesi come spray nasale. Rispetto al passato, il dosaggio è molto più adattabile, e si adopera più raramente una dose fissa, sono ampiamente usate combinazioni di cerotto con formulazioni orali, per aumentare la dose di nicotina in modo da avvicinarsi alla nicotinememia indotta dall'uso di sigarette.
- La Vareniclina è un agonista parziale del recettore nicotinico $\alpha 4\beta 2$ usato come monoterapia per la cessazione dal fumo di tabacco con un'efficacia rispetto al placebo che risulta essere superiore ad altre monoterapie di prima linea. La vareniclina

e la terapia sostitutiva nicotinic a dosi elevate hanno la stessa efficacia⁶.

- Il Bupropione è un farmaco abitualmente usato per il trattamento della depressione che si è mostrato efficace per la cessazione dal fumo di tabacco^{2,6}. Questo farmaco può essere combinato a NRT.
- La Nortriptilina (antidepressivo triciclico) e la Citisina (un agonista parziale del recettore nicotinico) sono terapie per la cessazione dal tabacco di seconda linea disponibili in alcuni paesi ed hanno dimostrato di essere efficaci^{2,6}. Questi farmaci sono tendenzialmente meno costosi.

2.3.4 La cessazione del consumo di tabacco

Lo scopo iniziale del trattamento è la cessazione dal consumo di tabacco.

- Un "quitter" è un fumatore che volontariamente non fuma nemmeno una singola sigaretta
- L'astinenza deve essere monitorata, quando possibile, attraverso la misurazione del monossido di carbonio (CO) espirato.
- Il limite massimo raccomandato di CO nel respiro richiesto per validare l'astinenza è di 7 p.p.m.
- Per la pratica clinica, raccomandiamo che l'astinenza venga confermata dopo sei settimane dalla data di cessazione dal tabacco con un periodo di franchigia di due settimane. Inoltre, l'astinenza è stabilita quando l'auto-dichiarazione del soggetto di non aver fumato è confermata da una lettura di CO al di sotto di 7 p.p.m. Un "periodo di franchigia" è un periodo immediatamente successivo alla data di cessazione in cui un consumo continuato non è considerato come un insuccesso. E' raccomandata una valutazione routinaria a sei mesi per valutare la cessazione o eventualmente una ricaduta precoce.

2.4 Trattamento della dipendenza da tabacco dopo la cessazione

La dipendenza da tabacco è una patologia cronica caratterizzata da un alto rischio di ricaduta dopo la cessazione dell'utilizzo del tabacco.

La metà nei nuovi ex-fumatori ricade entro il primo anno di cessazione.⁷ Il tasso di ricaduta è più alto durante le prime settimane e per questo il counseling a lungo termine è raccomandato per almeno sei mesi e preferibilmente per 12, così da rafforzare l'astinenza e coprire il periodo a più alto rischio di ricaduta. Anche dopo svariati anni di astinenza il rischio di ricaduta rimane alto.⁸ Sono necessari ulteriori studi per identificare i soggetti a maggior rischio.

Il craving è il principale fattore responsabile di ricaduta. Momenti di craving scarsamente controllati dovrebbero essere trattati con l'aumento del counseling (supporto) e/o l'ottimizzazione della farmacoterapia.

La presenza di craving e di sintomi di astinenza dovrebbero essere indagati ad ogni colloquio.

Per il trattamento del craving si possono utilizzare in modo combinato formulazioni di NRT al bisogno insieme a trattamenti standard, ma c'è bisogno di ulteriori studi di valutazione ed eventualmente di nuovi ed efficaci trattamenti. In ogni caso, i trials suggeriscono che gli interventi di prevenzione delle ricadute hanno molto probabilmente un ottimo rapporto costo-beneficio.⁹

2.5 ➤ Prevenzione delle ricadute

Una volta smesso di fumare, la ricaduta si definisce come il consumo di un numero \geq a 7 sigarette per sette giorni consecutivi o per due settimane consecutive. Nel caso in cui si fuma meno si parla di uno "scivolone". (Per definizioni più specifiche per la pratica clinica, si faccia riferimento al Capitolo 1.3.1)

Dopo la data di interruzione del fumo, il trattamento dovrebbe essere personalizzato rispetto al grado di craving e al rischio di ricaduta. A questo scopo, c'è un bisogno urgente di studi che validino strumenti e trattamenti. Un alto livello di craving è un fattore importante per predire il rischio di ricaduta.

Una volta che si è verificato un consumo occasionale, i seguenti interventi possono prevenire o trattare la ricaduta vera e propria:

- Aumentare le sessioni di TCC (terapia cognitivo comportamentale, ndt) in termini di durata, struttura e numero. Ciò innalza l'efficacia del trattamento;
- Usare cerotti con nicotina per più di 14 settimane con l'aggiunta,

quando necessario, di formulazioni NRT ad azione immediata;

- Prolungare l'uso di vareniclina da 12 a 24 settimane;
- Prolungare l'uso del bupropione;
- Combinare le terapie.

Il trattamento della dipendenza cronica da tabacco dopo la cessazione negli ex-fumatori è stato molto indagato e rimane una sfida.¹⁰ Non esistono strumenti validati per identificare gli ex-fumatori con alto rischio di ricaduta e nessun trattamento validato viene proposto - se non il proseguimento delle terapie utilizzate per la cessazione e la terapia cognitivo comportamentale (TCC) per prevenire le ricadute in situazioni ad alto rischio.¹⁰ Sono necessari nuovi studi per cercare nuove strategie di trattamento della dipendenza da tabacco e per prevenire le ricadute.

Bibliografia

1. National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Is Nicotine Addictive?. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2012.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
3. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990;9:701-716.
4. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27-28 July, 1998.
5. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. 2012; ISBN: 978 92 4 156443 4.
6. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
7. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol.* 1992;11:331-4.
8. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
9. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. *Addiction* 2011;106:1819-1826.
10. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Har tmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.

PARTE UNO | Capitolo 3

il Minimal Advice per smettere di fumare

"Affrontate un paziente fumatore con una semplice domanda: al momento consumi tabacco?"

Fonte: Eurobarometer, 2015



3.0 Il counselling breve sulla cessazione dell'uso di tabacco

È d'obbligo per tutti i professionisti della salute fornire un Minimal Advice sullo smettere di fumare nei confronti di tutti i pazienti. Non affrontare la questione del consumo di tabacco con un paziente fumatore è una cattiva pratica e aggrava la dipendenza.

3.1 Raccomandazioni generali

Un consiglio chiaro ma breve sullo smettere di fumare, dato da chiunque fornisca un servizio medico, aumenta in modo significativo la motivazione del paziente a smettere e il grado di astensione dal fumo.^{1,2} Analisi riguardanti la durata del contatto tra medico e paziente indicano che il counseling breve (3-5 minuti) offerto da diversi clinici aumenta l'astensione dal fumo a lungo termine.^{1,2} Ci sono dati scientifici a sostegno del fatto che offrire assistenza nella cessazione a tutti i fumatori, a prescindere dalla loro disposizione a smettere, è più efficace nell'aumentare i tentativi di cessazione del paziente, rispetto al fornire esclusivamente informazioni di tipo medico.²

Il counseling breve (anche conosciuto come minimal advice o brief advice) può avere un impatto rilevante sulla salute pubblica in virtù del gran numero di fumatori che consultano i clinici ogni anno. Tutti i professionisti della salute, come i medici di famiglia, i medici del lavoro, gli specialisti, i chirurghi, gli infermieri, le ostetriche, i dentisti, dovrebbero offrire il counseling breve ai consumatori di tabacco. Dentisti e odontotecnici possono essere efficaci nel valutare il consumo di tabacco e supportare i fumatori a smettere.³

Raccomandazioni:

- Tutti i medici dovrebbero raccomandare la cessazione del consumo di prodotti del tabacco a tutti coloro che ne fanno uso. Le evidenze scientifiche mostrano che il consiglio di un medico aumenta in modo significativo i tentativi di cessazione e il tasso di astensione dal fumo (livello di evidenza A).
- L'efficacia del counseling breve (3-5 minuti) di un medico o di un altro professionista della salute porta ad un aumento

dell'indice di astensione dal fumo a lungo termine (livello di evidenza A).

- L'offerta di supporto nella cessazione verso tutti i consumatori di tabacco è una pratica consigliata (livello di evidenza B).²

3.2 Piano di intervento per personale medico coinvolto nell'assistenza ai fumatori

- Valutare lo stato di fumatore, per ogni paziente, ad ogni visita.
- Assistere tutti i fumatori che desiderano smettere.
- Rendere accessibile a coloro che vogliono smettere il counseling specializzato.
- In qualunque caso sia possibile, indirizzare i fumatori verso un servizio antifumo specializzato o aiutarli personalmente a smettere di fumare.
- Raccomandare ai fumatori dipendenti dal tabacco che desiderano smettere di utilizzare i sostituti nicotinici o prescrivere loro farmaci e offrire loro informazioni specifiche e consigli riguardo a terapie antifumo e counseling.

3.3 Raccomandazioni per i medici di medicina generale

- Tutti i medici di medicina generale o medici di famiglia devono abitualmente consigliare ai pazienti fumatori di smettere di fumare, offrire loro supporto e raccomandare l'uso dei farmaci antifumo disponibili. Si consiglia di prendere nota del comportamento del paziente nella sua cartella medica e, se necessario, di indirizzare il paziente verso terapie specializzate e counseling (livello di evidenza A).
- Tutti i medici di famiglia dovrebbero essere formati sul modo di fornire il counseling di base per la cessazione del fumo, essere preparati ad assistere i pazienti nel tentativo di cessazione e raccomandare trattamenti appropriati (livello di evidenza A).

Figura 3.1: Minimal Advice nelle Cure primarie



- I fumatori che non riescono a smettere semplicemente grazie al primo livello di intervento (forza di volontà, consiglio medico breve, farmacoterapia) come secondo passo dovrebbero ricevere trattamenti specializzati. Questa strategia non è applicata in modo unanime nella pratica corrente, ma un programma di counseling per la cessazione dal fumo dovrebbe essere avviato come parte della cura primaria e dovrebbe proseguire con interventi di seconda linea in un centro specializzato (livello di evidenza C).
- Il consiglio breve fornisce una motivazione pre-cessazione ove non ne esista alcuna, e allo stesso tempo è stato dimostrato che aumenta i tassi di cessazione del fumo.^{1,2} Molti fumatori non possono smettere di fumare senza l'aiuto medico; la maggior parte dei forti fumatori che sono ad alto rischio di sviluppare malattie fumo correlate hanno bisogno di terapie qualificate.

3.4 > Raccomandazioni per i pazienti ricoverati

È stato dimostrato che intervenire sui pazienti mentre sono ricoverati è efficace nel favorire la cessazione, in particolare in quei pazienti affetti da patologie fumo correlate, ma anche in altri gruppi di pazienti.⁴

- Si raccomanda che tutte le categorie di personale medico negli ospedali accertino lo status di fumatore e forniscano il consiglio minimo per la cessazione dal fumo a tutti i pazienti ospedalizzati che fumano (livello di evidenza A).
- I pazienti dovrebbero essere informati dello status 'smoke free' dell'ospedale (livello di evidenza C)
- Per i pazienti ricoverati che sono fumatori attivi, si raccomanda che il supporto sia fornito attraverso la gestione del craving e dell'astinenza mentre sono in ospedale così come l'assistenza nella cessazione da parte di personale medico qualificato (livello di evidenza A).
- Interventi ad alta intensità che forniscano almeno un mese di contatti supportivi dopo le dimissioni sono più efficaci e aumentano i tassi di astensione (livello di evidenza A).

3.5 > Raccomandazioni per donne in gravidanza

- Si raccomanda che tutte le categorie di personale medico che ha contatti con donne incinte (ginecologi, ostetriche, infermieri e medici di medicina generale) dovrebbero accertare lo status di fumatrice e fornire il consiglio per la smoking cessation a tutte le donne gravide che fumano (livello di evidenza A).

È vitale per la madre smettere di fumare il prima possibile durante la gravidanza e mantenere la cessazione è particolarmente importante dopo il primo trimestre, a causa del fatto che gli effetti dannosi più forti del fumo si verificano durante il secondo e il terzo trimestre di gravidanza (livello di evidenza C).⁵

3.6 > Raccomandazioni per i pazienti in chirurgia elettiva

L'uso di tabacco raddoppia il rischio di complicazioni nella guarigione delle ferite e delle cicatrici ossee, di infezioni e di altri eventi avversi. 6,7 È stato anche dimostrato che smettere di fumare dopo un intervento e rimanere astinenti per 6 settimane dimezza il rischio di complicazioni (livello di evidenza A).^{6,8}

- Si raccomanda che tutti i pazienti smettano di fumare da 6 a 8 settimane prima di sottoporsi a chirurgia così da ridurre il rischio di complicanze (livello di evidenza A).⁶

È fondamentale informare il paziente sulla necessità di non fumare fino alla fine del processo di guarigione (tre settimane per la chirurgia minore e tre mesi per la chirurgia ortopedica) per evitare altri rischi (livello di evidenza A).^{6,8}

Bibliografia

1. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
2. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.
3. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
5. Office on Smoking and Health. USDHHS. Women and Smoking. A report of the Surgeon General. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic disease Prevention and Health Promotion. Atlanta. 2001.
6. Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.
7. Silverstein P. Smoking and wound healing. *American Journal of Medicine* 1992;93(1A):22S-24S.
8. Nåsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am*. 2010;92(6):1335-42.

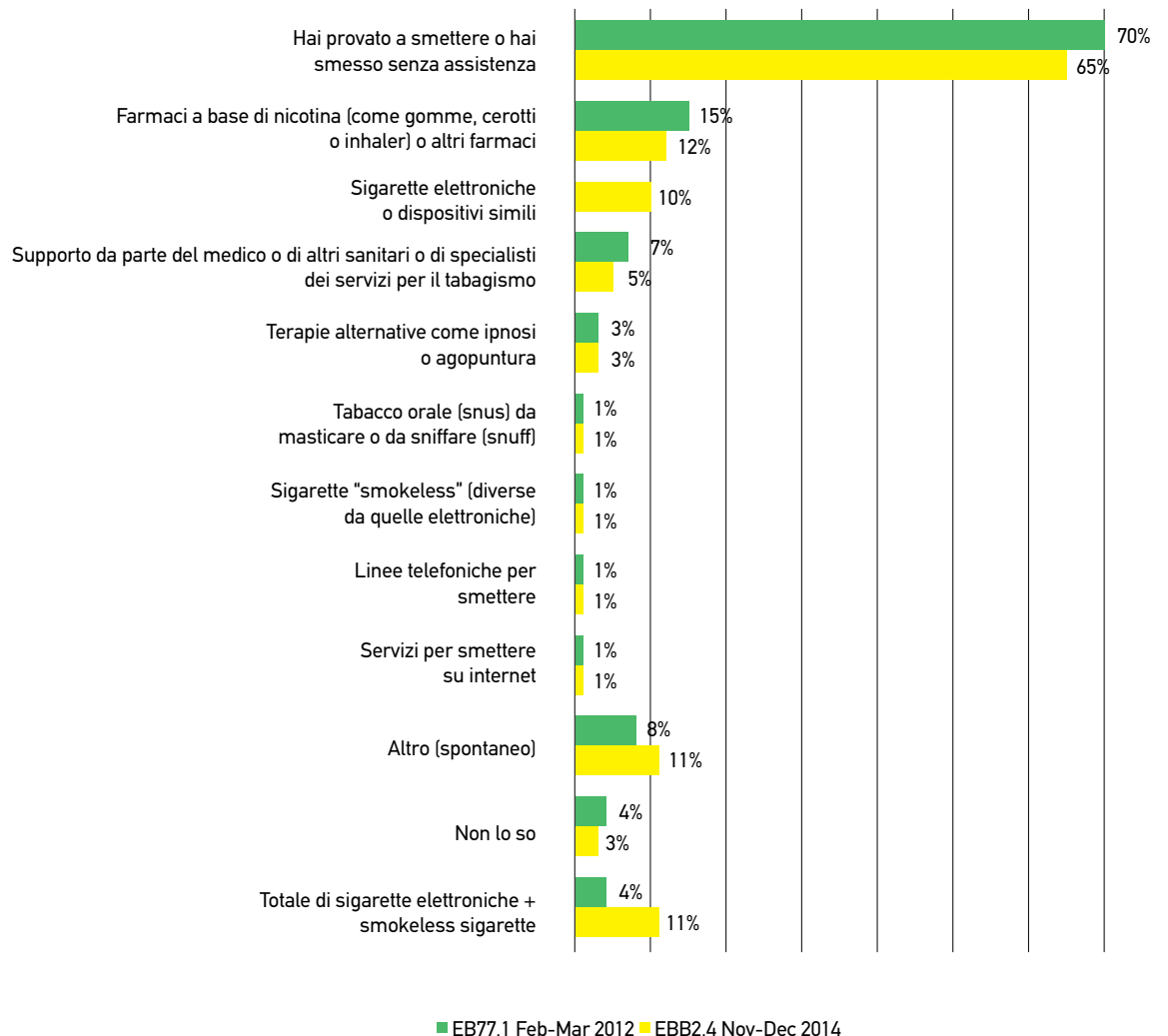
PARTE DUE | Capitolo 4

Interventi standard per la
cessazione del tabagismo



4.0 Interventi standard per la cessazione del tabagismo

QC18. Quesito numero 18 dell'indagine Eurobarometro 2015 (n.d.t.) Quale delle seguenti modalità hai usato per smettere o provare a smettere di fumare? (Possibili risposte multiple)



"Secondo l'indagine Eurobarometer del 2015, il 65% dei fumatori e degli ex fumatori dichiara che ha smesso o tentato di smettere senza aiuto, il 12% ha usato sostituti nicotinici come i cerotti, il 10% sigarette elettroniche, soltanto il 5% ha usato il supporto di un medico o di un operatore sanitario"

4.1 Interventi terapeutici per l'uso e la dipendenza da tabacco

4.1.1 L'intervento terapeutico per smettere di fumare è necessario

L'articolo 14 della Convenzione Quadro per il Controllo del tabacco¹ dell'OMS dichiara che ogni Paese deve fornire assistenza per il conseguimento della disassuefazione tabagica, ed il potenziamento di questo tipo di approccio è attualmente preso in considerazione da molti Paesi². L'assistenza per tale obiettivo deve costituire la parte più importante della strategia del controllo del tabacco in ogni Paese europeo. In un editoriale, West e coll.³ hanno stigmatizzato quattro considerazioni errate nell'ambito di un dibattito costruttivo riguardo al ruolo del supporto al fumatore nel contrasto al tabagismo.

"La maggior parte dei fumatori smette senza aiuto, quindi fornire un supporto non sembra essere necessario."

Questa convinzione non è corretta, poichè il fatto che la maggior parte dei fumatori che smette lo fa senza assistenza, non equivale a dire che questo sia il metodo più efficace di disassuefazione; riflette soltanto il fatto che il numero di fumatori che prova a smettere senza assistenza è considerevolmente più grande di coloro che provano a smettere con un supporto, ma l'evidenza mostra che i tentativi effettuati senza assistenza sono 4 volte meno efficaci.

"Promuovere l'aiuto come metodo principale per smettere può far sì che i fumatori si sentano dipendenti, quindi un minor numero di questi proverà a smettere"

Questo è falso, poichè l'evidenza mostra che i fumatori che si sono scoperti "dipendenti" hanno anzi più probabilità di effettuare un tentativo di cessazione rispetto a coloro che non hanno questa percezione².

"I risultati della ricerca riguardo la disassuefazione assistita non possono essere applicati nel mondo reale"

Questo è falso, poichè una valutazione condotta presso i servizi di cessazione del tabagismo inglesi ha trovato che quasi un

fumatore su sette (il 14,6%) aveva smesso di fumare (con prova carbossimetrica della negatività del CO nell'aria espirata) un anno dopo aver effettuato il tentativo assistito, percentuale simile ai dati ottenuti in altri trials⁴ clinici e sostanzialmente più alta di coloro che non avevano ricevuto alcun supporto nel loro tentativo.

"Altri interventi di controllo sul tabacco hanno un miglior rapporto costo/beneficio, in particolare le campagne mediatiche"

Questo non è vero, poichè il rapporto costo-beneficio degli interventi di disassuefazione è stato valutato rigorosamente in studi randomizzati e controllati, integrati con dati provenienti dal mondo reale, ed è stato visto che è eccellente²; al contrario, le stime riguardanti molti altri metodi di disassuefazione non mostrano risultati altrettanto incoraggianti. Inoltre, non dev'essere creata una falsa dicotomia tra interventi clinici ed altri interventi di controllo del tabacco, poichè diversi tipi di intervento riguardano diversi settori della dipendenza e quindi finiscono per lavorare in sinergia (es. supporto comportamentale e terapia farmacologica). Una integrazione appropriata di interventi dipenderà da particolari circostanze nel momento in cui ogni Paese la adotterà⁵.

Quindi, poichè i benefici della cessazione dal fumo di tabacco sono molto ben documentati ed il supporto ai fumatori è un intervento con un ottimo rapporto costo-beneficio in confronto ad altre misure intraprese nel campo della salute pubblica⁶, è obbligatorio che ogni fumatore identificato attraverso una semplice visita medica abbia l'opportunità di ricevere un supporto clinico per conseguire l'astensione dal fumo.

In Europa non vi è omogeneità nei servizi per la disassuefazione tabagica. Al momento, mentre nel Regno Unito sembra esserci maggiore attenzione nell'assistenza rispetto agli altri Paesi, in molte Nazioni europee i fumatori che si recano presso un Centro di Trattamento del Tabagismo non hanno beneficiato in precedenza di un consiglio breve o di altri interventi qualificati di assistenza sull'argomento. Una minoranza dei fumatori è al corrente dei pericoli legati all'uso cronico del tabacco o, al massimo, ha ricevuto raccomandazioni verbali minime per smettere, forse anche la farmacoterapia o il counselling. Gli Stati dovrebbero predisporre degli obiettivi realistici sia per il numero di persone che utilizzano i servizi che per la proporzione di chi smette di fumare con successo. Questi

targets dovrebbero riflettere i dati demografici della popolazione locale. I servizi dovrebbero mirare a trattare annualmente almeno il 5% della popolazione locale stimata di fumatori o di coloro che comunque usano il tabacco in ogni forma ed anche puntare ad una percentuale di successo ad un mese di almeno il 35% dei soggetti trattati, risultato validato dalla carbossimetria. Questa percentuale dovrebbe riguardare tutti coloro che hanno iniziato il trattamento, con una definizione di "successo" che corrisponda all'astensione dal fumo nella terza e quarta settimana dopo la data di cessazione. Il successo del trattamento dovrebbe essere validato mediante un valore di CO inferiore a 7 ppm all'end-point della quarta settimana. Questo ovviamente non implica che il trattamento debba fermarsi dopo quattro settimane⁷.

Tutti gli operatori sanitari sono coinvolti

Una panoramica delle linee guida di cessazione dal fumo di tabacco disponibili ha evidenziato l'unanime raccomandazione, diretta a tutti i medici ed operatori sanitari in generale, di identificare sistematicamente i fumatori e di riportare la condizione del paziente (fumatore, ex-fumatore, mai-fumatore) nei loro data-base come procedura di routine in ogni visita⁸. Una rassegna della letteratura esistente dimostra che i risultati sono molto modesti in pazienti che smettono di fumare da soli: anche se dall'80 al 90% dei fumatori desidera smettere^{9,10}, solo il 30% mette in pratica un tentativo serio di disassuefazione negli ultimi 12 mesi dall'intervista e questi tentativi riescono solo nel 5% dei casi¹¹. Inoltre, i fumatori troppo spesso non usano i trattamenti validati dall'evidenza scientifica e tra il 90% e il 95% dei tentativi di smettere senza supporto sono destinati a fallire entro il primo anno¹². Infine, la non aderenza al counselling ed ai farmaci è comune e ciò riduce le possibilità che un tentativo vada a buon fine⁵. Generalmente, i pazienti assumono solo circa il 50% delle dosi raccomandate di farmaco e spesso partecipano a meno della metà delle sessioni di counselling previste all'inizio del trattamento¹³. Gli operatori sanitari dovrebbero essere preparati ad affrontare la dipendenza da tabacco al pari di qualunque altra malattia cronica dei loro pazienti.

Raccomandazioni

- Tutti i medici e gli altri operatori sanitari dovrebbero raccomandare

la cessazione dal fumo di tabacco ad ogni paziente fumatore. L'evidenza scientifica mostra infatti che il consiglio medico incrementa il tasso di astensione. (livello di evidenza A)

- Durante le loro visite, i Medici di medicina generale hanno l'obbligo di consigliare ai pazienti fumatori di smettere completamente di fumare, di prescrivere loro un trattamento per la dipendenza da tabacco e, in assenza di specifiche competenze od in casi refrattari, inviarli presso un Centro per il Trattamento del Tabagismo, almeno una volta all'anno. Queste azioni devono essere riportate sul data base del paziente fumatore. (livello di evidenza A).
- Ogni volta che sia possibile, i fumatori attuali che hanno affrontato un ricovero ospedaliero, devono ricevere dal medico di reparto gli stessi interventi raccomandati ai medici di medicina generale: un breve counselling di cessazione, la prescrizione di una farmacoterapia per la dipendenza da nicotina o l'invio presso un Centro per il Trattamento del Tabagismo (livello di evidenza A).

4.1.2 Approccio standard per smettere di fumare

Le 5 A

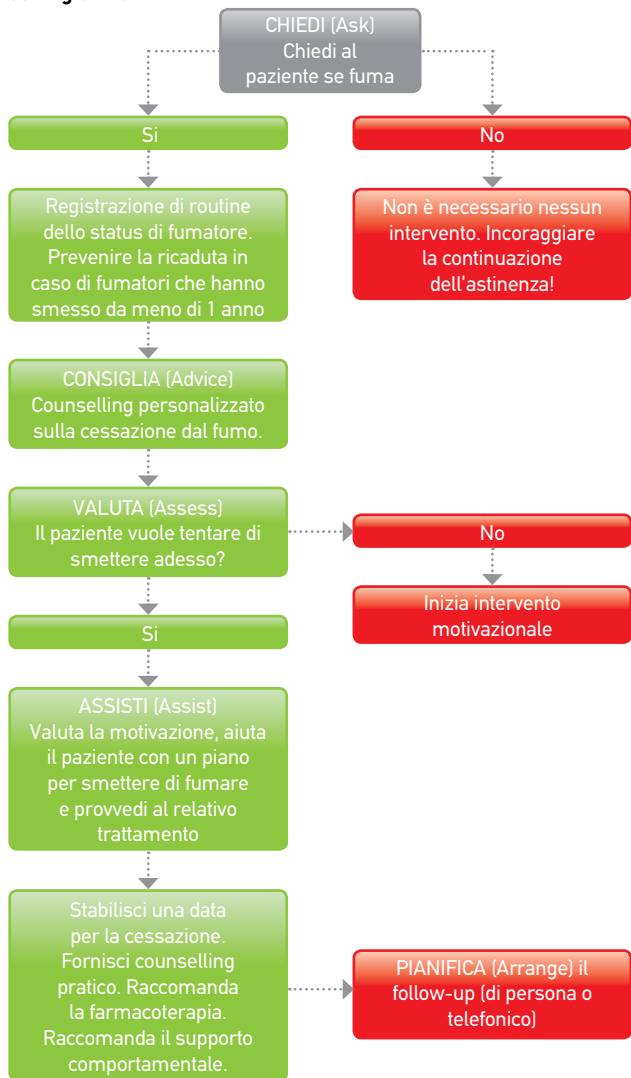
Cinque azioni sono raccomandate per trattare il tabagismo in un setting clinico. Conosciute come le "5A", queste azioni sono¹⁴:

- **Ask** (Domandare al paziente se fuma oppure no)
- **Advise** (consigliare al paziente di smettere di fumare)
- **Assess** (valutare la motivazione a smettere)
- **Assist** (realizzare un tentativo di disassuefazione, composto da farmacoterapia con farmaci di prima scelta e sostegno cognitivo-comportamentale)
- **Arrange** (eseguire follow up fino a 12 mesi, gestendo il rischio delle ricadute o le ricadute stesse)

Questo modello rappresenta un approccio basato sull'evidenza per incrementare il tasso di cessazione dal fumo di tabacco. Tale metodologia è stata usata in una grande varietà di programmi di disassuefazione. La figura 4.1 evidenzia l'algoritmo delle 5A. ASK: domandare al paziente se fuma. Se la risposta è NO, non è necessario alcun intervento, occorre incoraggiare la condizione di non fumatore. Se la risposta è SI': registrazione di routine della condizione di fumatore. Prevenire la ricaduta nel caso di un

fumatore che ha smesso meno di un anno prima dell'intervista. Se il medico è opportunamente formato, deve assistere il paziente durante il tentativo di disassuefazione dopo averne valutato la

Figura 4.1: L'algoritmo delle 5A per il trattamento del Tabacco nei setting clinici



motivazione. In alternativa, può inviarlo per l'assistenza presso un Centro specializzato di trattamento¹⁵.

Gli operatori sanitari devono prendersi cura di tutti i fumatori, sia di quelli motivati a smettere che di quelli che non lo sono: tutti devono ricevere assistenza mirata al conseguimento della disassuefazione. Nella pratica clinica corrente, si possono verificare 4 situazioni, come mostrato in figura 4.2 in rapporto alla condizione di fumatore ed allo stadio motivazionale.

Per ciascuna di queste situazioni, un approccio suggerito è il seguente:

- 1) Per i tabagisti che vogliono smettere di fumare al momento della valutazione è raccomandato fornire loro immediatamente un trattamento integrato (farmaco + sostegno comportamentale)
- 2) per i tabagisti che non vogliono smettere al momento della valutazione, è raccomandato l'uso di una strategia di rinforzo motivazionale al fine di incoraggiare la cessazione, promuovere la motivazione a smettere, accelerare la decisione di smettere di fumare nel più breve tempo possibile. Una meta-analisi di 14 studi randomizzati ha mostrato che, quando confrontata con il consiglio breve e la cura standard,

Figura 4.2: Smettere di fumare nella pratica clinica, le situazioni più frequenti



il colloquio motivazionale ha incrementato del 30% i tassi di cessazione a 6 mesi. I tassi di cessazione nei due studi che hanno coinvolto counselors medici (che hanno generalmente effettuato una formazione di circa 2 ore) erano di circa l'8% nell'intervista motivazionale versus il 2% conseguito col counselling breve o la cura standard. Inoltre, i tassi di cessazione sono risultati più alti se i fumatori hanno ricevuto due o più sessioni di counselling piuttosto che una sessione e se le sessioni sono durate più di 20 minuti ciascuna.

Interventi specificamente progettati per questa categoria di pazienti sono molto efficaci nel potenziare la motivazione a smettere. Le linee guida di salute pubblica degli USA del 2008 hanno previsto metodi di colloquio motivazionale per sviluppare un intervento breve che può essere usato in modo più agevole¹⁴.

Aiutare i fumatori non motivati a smettere

La motivazione a smettere di fumare è fondamentale nella scelta del metodo terapeutico da impiegare nel trattamento del tabagismo. Alcuni specialisti considerano che è preferibile erogare una terapia solo ai pazienti motivati, mentre molti supportano il trattamento senza alcuna preparazione del paziente o sulla base del cosiddetto "percorso catastrofico". Queste teorie sono state avanzate da Larabie, West e Sohal che hanno ottenuto una più alta percentuale di successo nei tentativi non pianificati quando confrontata con quella ottenuta in trattamenti preceduti da opportuna pianificazione^{17,18}. Questi tre Autori dichiarano che, specialmente in caso di malattie respiratorie, i pazienti hanno un livello di attenzione molto alto nei confronti del fumo, il verificarsi di un evento avverso, per quanto di poco conto, può accelerare il cambiamento motivazionale rendendo più veloce la decisione di smettere. Dal punto di vista della salute pubblica, funziona molto meglio trattare i fumatori quale che sia la loro motivazione a smettere, che non trattare soltanto la piccola percentuale di fumatori motivati a smettere, in quanto non è dimostrato che il tentativo di smettere sia meno fruttuoso nei soggetti non adeguatamente motivati e preparati ad affrontarlo, purchè vi sia un supporto medico o, comunque clinico^{17,18}.

La strategia delle 5R

La strategia di counseling delle 5R si basa sulle ragioni personali

più importanti per smettere, sui rischi associati alla continuazione del tabagismo, sulle ricompense legate alla cessazione, sugli ostacoli ad una disassuefazione duratura. Gli elementi di questo counselling sono ripetuti ad ogni visita di follow-up. Quando è applicata su un fumatore che non vuole smettere subito di fumare, consiste in¹⁴:

- **Rilevanza:** quando discute col paziente, il medico deve indurlo a rispondere alla domanda "perchè smettere di fumare è importante per lei sul piano personale?".
- **Rischi:** il medico deve provare ad identificare i rischi potenziali per la salute del paziente ed illustrare sia quelli a breve termine (acuti, come la riesacerbazione della BPCO) che quelli a lungo termine (come lo sviluppo di cancro e l'infertilità).
- **Ricompensa:** Il medico dovrebbe illustrare al paziente i personali benefici ottenuti smettendo di fumare.
- **Ostacoli (roadblocks):** il medico dovrebbe chiedere al paziente di identificare gli ostacoli che potrebbero impedirgli il conseguimento della disassuefazione dal fumo.
- **Ripetizione:** Gli interventi di cessazione dal tabagismo dovrebbero essere erogati più volte, a prescindere dal fatto che il medico trovi il proprio paziente fumatore pronto ad intraprenderne uno.

Gli interventi che mirano a innescare/rafforzare la motivazione a smettere di fumare sono basati sull'intervista motivazionale e sono i seguenti¹⁹:

- Esprimere empatia attraverso domande aperte che esplorino l'attitudine a fumare ("Quanto pensa che sia importante smettere di fumare per la sua vita?").
- Usare tecniche di ascolto riflessivo ("Allora, lei pensa che fumare la aiuti a mantenere il suo attuale peso-forma?").
- Supportare il paziente che rifiuta il cambiamento ("Capisco che lei non sia pronto a smettere di fumare adesso. Quando vorrà provarci, io sarò qui ad aiutarla").
- Sviluppare discrepanze tra l'attuale comportamento del paziente ed i loro valori personali (frattura interiore) ("Lei dice che la sua famiglia la tiene in alta considerazione. Come pensa che la sua dipendenza da fumo influisca su sua moglie e sui suoi figli?").

- Costruire una motivazione al cambiamento ("La aiuteremo ad evitare di avere un infarto cardiaco, come è successo a suo padre fumatore").
- Attitudine empatica ("Lei è forse preoccupato degli eventuali sintomi d'astinenza da nicotina?").
- Chiedere il permesso di fornire informazioni ("Vuole imparare assieme a me delle piccole strategie di comportamento che la aiuteranno a fronteggiare in modo diverso le situazioni che lei attualmente risolve fumando?").
- Fornire soluzioni semplici, come piccoli passi verso la disassuefazione: un numero telefonico verde a cui rivolgersi nei momenti di bisogno, piccoli volantini che riportino suggerimenti per il cambiamento comportamentale etc.

Vedere la sezione 4.2.3 per informazioni aggiuntive sull'intervento motivazionale.

Riduzione del fumo

Se l'approccio standard alla cessazione fallisse, risulta comunque efficace incoraggiare il fumatore a ridurre il numero di sigarette quotidiane il più possibile con o senza un supporto farmacologico con NRT²⁰. Vedere la sezione 4.7 per maggiori informazioni sulle tecniche di cessazione attraverso la riduzione preliminare.

Tabagisti che hanno smesso di recente

Poichè i fumatori che hanno smesso da poco tempo sono ancora molto esposti ad una ricaduta, specialmente nei primi 3-6 mesi dopo la disassuefazione, è importante che il medico chieda loro sistematicamente ad ogni visita se fumano ancora di tanto in tanto qualche sigaretta o se sentono l'urgenza di fumarla. I loro rischi potenziali di ricaduta hanno un'intensità massima fino a due settimane dopo la cessazione e decrescono nelle settimane successive. Questo rischio deve essere valutato il più precocemente possibile. In questo senso sono importantissime le seguenti domande:

- "Sente ancora un forte desiderio di fumare?"
- "Quanto è difficile gestire la sua astensione dal fumo ed il desiderio di fumare?"

I pazienti con maggior rischio di ricaduta dovrebbero essere

assistiti più intensamente, con la proposta di ripetere il trattamento se l'astensione dal fumo diventasse problematica (insonnia, iperoressia, irritabilità sul lavoro e in famiglia, scarsa concentrazione, etc.).

E' raccomandabile un incoraggiamento costante per il paziente fumatore che ha smesso da poco, al fine di mantenerlo nella nuova condizione; per cui è consigliabile congratularsi con il paziente, gratificarlo per ogni piccola vittoria e monitorarlo attentamente per il rischio di ricaduta.

Tutti i recenti ex fumatori devono beneficiare di un periodo di follow-up con supporto qualificato al fine di mantenere la loro nuova condizione. Quindi, il medico fornirà loro minimi interventi come il counseling cognitivo-comportamentale per mantenere l'astensione e prevenire ricadute. Nel caso in cui il paziente riporti sintomi astinenziali od abbia una voglia di fumare sempre crescente, è indicato erogargli un counseling più intensivo in un Centro per il Trattamento del Tabagismo. Per quei pazienti che hanno smesso di fumare, ma non sperimentano craving o sintomi astinenziali, il follow up può essere svolto presso i medici di base o gli ambulatori non specializzati nel trattamento del tabagismo.

Per coloro che non hanno mai usato tabacco

Il medico sottolineerà ad ogni visita la condizione di non fumatore e farà delle brevi raccomandazioni, attraverso consigli sanitari di vario tipo, per mantenere questo stato. Questi interventi minori sono semplici e possono essere svolti da tutti i medici, a prescindere dalla loro formazione/specializzazione nel campo della dipendenza da tabacco.

Raccomandazioni

- E' raccomandata la valutazione della motivazione del paziente a smettere, una volta identificato e avvertito dell'utilità della cessazione (cioè dopo le prime 2 A)(livello di evidenza C)
- I clinici dovrebbero usare tecniche motivazionali per incoraggiare i fumatori che non vogliono smettere (livello di evidenza B)
- Gli interventi che usano tecniche motivazionali sono considerati efficaci nel prevedere se il paziente farà un tentativo di cessazione e se questo avrà successo, ma tutti i tabagisti devono essere trattati per la disassuefazione a prescindere dal loro livello di motivazione (livello di evidenza C)

4.1.3 Efficacia del trattamento del tabagismo (quarta A: Assist)

Trattamento integrato con counseling e farmaci

La ricerca scientifica del settore fornisce una importante evidenza sull'efficacia del trattamento integrato psico-farmacologico nell'indurre tassi sempre più elevati di cessazione dal tabagismo tra pazienti che vogliono smettere^{14,2,3}. Il counseling ed i farmaci sono già efficaci quando usati singolarmente, ma la loro integrazione è sinergica, quindi essa risulta più efficace nell'incrementare i tassi di astensione^{14,21,22}. I clinici che erogano il farmaco non devono necessariamente fare counseling. Può succedere che un medico generico, un dentista, un assistente o addirittura un tirocinante possano prescrivere farmaci e il counseling può essere fornito da un altro specialista del trattamento del tabagismo (medico, psicologo, infermiere, operatore delle "quit-lines" telefoniche, etc.).

Una review Cochrane del 2016, condotta su 53 trials per un totale di circa 25.000 partecipanti, ha confrontato l'efficacia dell'uso combinato del counseling comportamentale e della farmacoterapia nel conseguimento della cessazione dal fumo. Vi è un'evidenza altamente significativa che l'uso integrato di questi due metodi terapeutici ha un'efficacia superiore al counseling breve od alle sedute standard di terapia (RR 1,83 con IC 95% da 1,68-1,98). C'è una relazione significativa direttamente proporzionale tra counseling più intensivo (rispetto al numero di sessioni previste ed alla durata della singola sessione) ed astinenza dal fumo; in ogni caso, il numero ottimale di sessioni non è stato determinato.²²

Raccomandazioni

- L'integrazione di counseling e trattamento farmacologico è più efficace degli stessi due metodi usati singolarmente. Quindi, quando è indicato e possibile, il trattamento erogato ai pazienti che tentano di smettere di fumare dev'essere quello integrato (Livello di evidenza A)
- Vi è una forte relazione positiva tra il numero di sedute di counselling, combinate con il trattamento farmacologico, e la probabilità di successo del programma di disassuefazione. Quindi, per quanto possibile, gli operatori devono erogare numerose sessioni di counselling, in aggiunta al farmaco, ai loro pazienti tabagisti (livello di evidenza A).

4.1.4 Supporto nel "dopo trattamento": il follow-up (quinta A – Arrange)

Il follow-up del paziente a lungo termine, attraverso il monitoraggio del processo di cessazione e dei possibili effetti collaterali della farmacoterapia, è molto importante. La condizione rispetto al fumo dev'essere controllata ad ogni visita di follow up e valutata oggettivamente attraverso la carbossimetria nell'aria espirata. La misurazione della cotinina nelle urine, nel sangue, nella saliva o nella matrice cheratinica (capelli) può altresì fornire utili informazioni circa l'esposizione dell'organismo al tabacco, ma questo dato dev'essere corretto in caso di fumatori in trattamento con nicotina, poiché la nicotina assunta in forma di farmaco si aggiunge alla nicotina del tabacco, se il paziente fuma ancora^{19,23}.

Aderenza al trattamento

L'aderenza al trattamento integrato sopra citato è un altro importante fattore da considerare per il conseguimento della disassuefazione. E' stato suggerito che l'approccio farmacologico e non farmacologico si completano a vicenda e questo dato è stato suffragato da una meta-analisi che mostra come la terapia comportamentale può migliorare le abilità degli individui nell'affrontare situazioni in cui essi normalmente fumano, mentre la farmacoterapia attenua i fisiologici sintomi astinenziali da nicotina¹⁴. Inoltre, la farmacoterapia aiuta i pazienti a superare la fase acuta della dismissione della sigaretta, quando i sintomi astinenziali sono più intensi, mentre la terapia comportamentale suggerisce meccanismi di "coping" (esempi, modelli, n.d.t.) per mantenere l'astensione nel lungo termine. Quindi, nel trattamento integrato si ha una migliore compliance del paziente rispetto ad ognuno dei due fruito singolarmente¹⁴.

Molti fumatori non si impegnano nel counselling, specialmente se comprende sessioni numerose e di lunga durata. Quindi, a pazienti con tali caratteristiche devono essere offerte altre opzioni per smettere, come il counselling breve. Il mancato utilizzo dei farmaci proposti da parte del paziente è un fatto comune ed è dovuto alle "false credenze" che essi siano pericolosi, inefficaci e che non devono comunque essere usati in pazienti che hanno avuto una ricaduta.

A causa della non aderenza alla prescrizione farmacologica si

verificano diversi fallimenti nei tentativi, per questo motivo il clinico dovrebbe discutere col paziente ogni aspetto riguardo al farmaco stesso (consenso informato prima della prescrizione, disponibilità a rispondere a dubbi e domande preliminari o durante il trattamento, n.d.t.) e dovrebbe anche sottolineare la fondamentale importanza del rispetto del regime terapeutico prescritto (dosaggi/die, cadenza di assunzione, durata del trattamento, n.d.t.). La ricerca ha mostrato che rendere il trattamento facilmente fruibile e ridurre gli ostacoli alla sua esecuzione aumenta l'accettazione del trattamento stesso da parte del paziente. Per esempio, quando il trattamento è ritardato e avviene in un luogo separato da quello delle prime visite, solo il 10% o meno dei fumatori lo cominciano, mentre un terzo dei pazienti (il 33%) entrano in trattamento se questo è prontamente accessibile²⁴.

L'accettazione del trattamento può anche essere incrementata dall'offerta di aiuto ripetuta più volte, dal momento che l'interesse del fumatore nel conseguire la disassuefazione può variare significativamente lungo la sua vita²⁵. In altre parole, non esiste la ricetta miracolosa per smettere di fumare. Ogni metodo è il benvenuto se permette di conseguire l'astensione dal tabacco e, di conseguenza, di trarre dei vantaggi generali sulla salute. In questo senso, il modo di comunicare del medico con il paziente che domanda un aiuto per smettere di fumare è molto importante. Il medico deve prendere in considerazione il fatto che la maggior parte delle volte i fumatori che afferiscono ad un centro di trattamento del tabagismo, specialmente se pazienti esterni, non si considerano persone malate e non si rendono neanche conto di soffrire di una dipendenza patologica e, quindi, di necessitare di un trattamento farmacologico per quella che loro considerano solo una "debolezza, una mancanza di volontà, una cattiva abitudine, ecc." Si raccomanda di riservare uno spazio separato dove poter discutere, per stimolare il fumatore a parlare, senza assumere atteggiamenti giudicanti e provando ad instaurare da subito una relazione di collaborazione e di fiducia reciproca, mentre tutti i metodi per smettere di fumare sono presentati e messi a disposizione del paziente²⁷.

Raccomandazioni

- Poiché vi è una forte relazione dose-risposta tra la durata delle sessioni individuali ed il successo della terapia di

disassuefazione, gli interventi intensivi sono più efficaci di quelli meno intensivi e dovrebbero essere impiegati ogniqualvolta sia possibile (livello di evidenza A)

- I clinici dovrebbero incoraggiare tutti i pazienti ad usare farmaci efficaci per il trattamento della dipendenza da tabacco (livello di evidenza A)
- I clinici dovrebbero fornire a tutti i fumatori che vogliono smettere con un supporto, un programma base di almeno 4 sessioni di counselling individuale. E' stato dimostrato che questa azione è efficace nell'incrementare il tasso di astensione.
- La combinazione di counselling e terapia farmacologica per la dipendenza da nicotina è più efficace per la disassuefazione rispetto a ciascuno dei due metodi usato singolarmente. Ecco perché è raccomandata l'associazione di entrambi i metodi ogniqualvolta sia possibile (livello di evidenza A).
- Quando non è possibile usare il trattamento farmacologico, occorre almeno usare quello non-farmacologico, affinché tutti i fumatori ricevano un supporto in quanto è dimostrato che il sostegno, anche se non ottimale, è comunque efficace nell'aumentare le probabilità di successo del tentativo di smettere (livello di evidenza A)

4.1.5 Sistemi sanitari e trattamento del tabagismo

Un'efficace erogazione pianificata di interventi per smettere di fumare richiede un supporto da parte dei sistemi sanitari. I fumatori sono significativamente più propensi a fare un tentativo di disassuefazione se il trattamento è coperto da un'assicurazione sulla salute²⁶. A causa del forte impatto positivo sulla salute e del rapporto costo-beneficio sulla cessazione dal fumo, diverse compagnie di assicurazione adesso propongono una polizza per coprire i trattamenti di cessazione validati dall'evidenza clinica e statistica; per esempio, nel 2010 la compagnia assicurativa statunitense MEDICARE ha ampliato la sua copertura sul counselling a tutti i fumatori (4 milioni di soggetti) e non soltanto a coloro che avevano una malattia tabacco-correlata, ponendo le basi per una sorta di copertura assicurativa "preventiva".

Inoltre, l'uso dei registri sanitari elettronici che attestano le azioni dei medici e degli operatori sanitari riguardo all'identificazione sistematica ed al trattamento dei fumatori, è stato associato

ad un incremento della documentazione della condizione di fumatore e può anche incrementare l'uso dei trattamenti per la cessazione da fumo²⁷. Oltre a ciò, la formazione specifica dei medici e la ricaduta di questa sulle loro attività terapeutiche, la presenza di uno staff dedicato all'erogazione di trattamenti di disassuefazione, i programmi che connettono i pazienti fumatori con linee telefoniche dedicate ("fax to quit") largamente presenti sul territorio nazionale, sono tutti fattori che a loro volta incrementano i tassi di cessazione.

I sistemi sanitari nel mondo prendono in considerazione il fatto di assicurare le condizioni minime di assistenza ai fumatori che tendono alla cessazione dal fumo, a seconda delle loro possibilità e risorse locali: identificare i fumatori, raccomandare loro di smettere di fumare, facilitare l'accesso ai programmi terapeutici. In particolare, vi è un'evidenza provata riguardo al maggior successo di questi programmi quando essi sono gratuiti²⁸.

4.1.6 Tipi di intervento di contrasto al tabagismo

Nella pratica corrente, vi sono due principali tipi di interventi di cessazione: l'intervento "minimo" ed il trattamento specialistico.

4.1.6.1 Intervento minimo (minimal advice)

Questo tipo di intervento dura al massimo dai 3 ai 5 minuti (come primo livello di intervento) ed è raccomandato nelle cure primarie (anche in Pronto Soccorso), presso i medici di famiglia, gli odontoiatri e tutti gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri che, per qualunque motivo, interagiscano con un paziente fumatore. Questo intervento rappresenta "un insieme di indicazioni verbali che impiegano una terminologia specifica per smettere di fumare, con l'aggiunta di informazioni riguardo agli effetti dannosi del tabagismo". Quando erogato singolarmente, questo metodo ha un'efficacia molto bassa: solo 1 paziente su 40 riesce a smettere di fumare²⁹. Quando è somministrato di routine a tutti i pazienti, in forma di intervento sistematico e di base, seguito dall'invio presso un centro specializzato, diventa invece uno strumento terapeutico molto efficace. Il minimal advice è raccomandato a tutte le categorie di fumatori, ex-fumatori e mai-fumatori (in quest'ultimo caso in funzione di prevenzione primaria). Fornire un breve periodo di counseling (3 minuti) risulta più efficace di un semplice consiglio a smettere e raddoppia il tasso di cessazione,

quando confrontato con l'assenza di intervento⁷. I sistemi di cura della salute dovrebbero offrire questo trattamento come una sorta di "riserva" per interventi brevi in contesti opportunistici da realizzare su quei fumatori che necessitano di supporti più intensivi. Questo supporto può essere offerto sia individualmente che in gruppo e dovrebbe includere abilità di coping, formazione e supporto sociale.

4.1.6.2 Interventi individuali specialistici di disassuefazione dal fumo

Come intervento di secondo livello, i tabagisti dovrebbero ricevere questo tipo di trattamento da parte del loro medico, infermiere o psicologo opportunamente formato sull'argomento. In alternativa, i pazienti dovrebbero essere inviati presso i Centri per il Trattamento del Tabagismo, se presenti sul territorio di competenza. Il trattamento consiste nella prescrizione di un farmaco di provata efficacia nel trattamento della dipendenza da nicotina ed in una serie di sessioni individuali di sostegno cognitivo-comportamentale. Gli specialisti usano il termine "counseling" per definire tale specifica assistenza cognitivo-comportamentale fornita ai pazienti in trattamento. Le sessioni hanno lo scopo di mettere a conoscenza i fumatori delle ricadute psico-comportamentali del processo di disassuefazione e di offrire loro delle soluzioni e delle strategie per il superamento degli ostacoli che incontreranno lungo il percorso (e che potrebbero indurli all'abbandono e/o alla ricaduta, n.d.t.). Solitamente, questo trattamento è erogato da un'équipe composta da medico, psicologo ed infermiere, opportunamente formati. Il paziente è in genere già informato, avendo già ricevuto il minimal advice, ma, in questo step successivo, necessita di un aiuto qualificato. Il medico riveste un ruolo principale in questo processo, poiché ha la responsabilità di prescrivere e spiegare la farmacoterapia; l'infermiere aiuta a completare la documentazione, i registri, la cartella clinica, i tests di laboratorio (quando presenti), e può anche fornire un minimal advice. Lo psicologo integra aggiungendo elementi di supporto psicologico ed usando tecniche cognitivo-comportamentali.

La migliore strategia di trattamento individuale prevede la combinazione del "minimal advice" (raccomandazione di smettere di fumare), della farmacoterapia (vareniclina, bupropione, NRT,

citisina, etc.) e della terapia cognitivo-comportamentale. Il modello standard di intervento è composto da almeno 4 sessioni che durano dai 20 ai 45 minuti ciascuna, per 9-12 settimane di trattamento.

Nel primo incontro, il paziente è brevemente edotto dei trattamenti disponibili, avvisato riguardo ai sintomi astinenziali e, dopo ciò, concorda col terapeuta il trattamento più adatto alle sue caratteristiche. Il contatto iniziale dev'essere un'opportunità per valutare le possibilità di successo o i rischi di ricaduta. Durante il periodo standard di trattamento (9-12 settimane), a prescindere dalla terapia prescritta, è raccomandato il follow up di tutti i pazienti (almeno due visite) al fine di accertare che il paziente aderisca correttamente a quanto proposto, rispetti le dosi di farmaco prescritto, fronteggi i sintomi astinenziali o le difficoltà di applicazione delle strategie cognitivo-comportamentali che gli sono state suggerite, non abbia effetti avversi dal farmaco usato. Tali visite di follow up permettono al medico di ottenere un aggiornamento sullo stato del paziente, di monitorare i biomarkers dell'uso di tabacco (carbossimetria nell'aria espirata) e di prevenire "scivoloni" ("slip-effects", n.d.t.) temporanei o vere e proprie ricadute. Queste visite offrono all'operatore l'opportunità di fornire un pronto supporto al paziente qualora egli/ella sia scoraggiato/a o deluso/a da una breve ricaduta dopo un periodo più o meno lungo di temporanea astensione dal tabacco. La visita più importante è la prima: si raccomanda di fissarne la data immediatamente dopo il giorno fissato per la cessazione dal fumo. Molti specialisti raccomandano di fissare la data di cessazione nella seconda settimana di trattamento. Comunque, tale tempistica dipende dall'esperienza dell'operatore che dalle caratteristiche del paziente, quindi essa può essere fissata anche in altri momenti a seconda dei casi, per esempio tra la terza e la sesta settimana di trattamento. La sessione finale del trattamento ha luogo nella data prevista per la conclusione, generalmente due-tre mesi dopo l'inizio ed ha principalmente lo scopo di valutare l'astinenza da tabacco come risultato del trattamento stesso. In questo caso, la situazione attuale può ancora una volta essere valutata sia clinicamente che biologicamente (carbossimetria). Devono essere valutati il grado di craving per le sigarette ed il modo in cui il paziente fronteggia le situazioni "a rischio" per la ricaduta. I sintomi astinenziali e gli eventuali effetti collaterali

del farmaco usato devono inoltre essere valutati. Nello stesso tempo, il paziente che ha smesso di fumare dovrebbe ricevere gratificazioni e consigli per mantenere la nuova condizione di ex-fumatore. I pazienti che non sono riusciti a smettere di fumare devono invece essere ri-valutati per poterli preparare ad un nuovo tentativo. L'intervento specializzato di cessazione nel suo modello individuale rappresenta l'approccio più raccomandato per il trattamento del tabagismo. Un programma intensivo con visite settimanali, eventuali consulenze pneumologiche e l'uso di un farmaco possono incrementare il tasso di cessazione nei pazienti motivati a smettere. Questo può più facilmente accadere nei Centri per il Trattamento del Tabagismo. Comunque, poiché il tabagismo è anche una dipendenza da nicotina, il più alto tasso atteso di disassuefazione ai 12 mesi è compreso tra il 25 ed il 40%⁷. La ricerca ha dimostrato che i servizi di cessazione basati sull'evidenza rappresentano dei metodi altamente vantaggiosi rispetto ai costi sostenuti per aiutare i fumatori a smettere di fumare. Dai dati clinici e dai trials controllati sulla cessazione dal fumo provenienti dal NHS (National Health Service) appare chiaro che se i fumatori ricevono supporto da operatori specializzati, con trattamenti di gruppo ed integrazione con NRT o vareniclina, hanno molte più probabilità di successo rispetto a coloro che ricevono solo cure primarie o che fruiscono di sessioni individuali o del solo farmaco a base di nicotina (NRT)³⁰.

Bibliografia

1. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003.
2. West R., McNeill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction* 2011;105:1867-1869.
3. Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes, *Addiction* 2005;100:59-69.
4. Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults, *Cochrane Database Systematic Review* 2013; Issue 6. Art. No. CD004704. doi:10.1002/14651858.CD004704.pub3.
5. Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010, The Norwegian Ministry of Health and Care Services.
6. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, www.nice.org.uk.

7. Gratzou C., Tønnesen P. Smoking cessation and prevention, *Eur Respir Mon*, 2006;38:242-257.
8. Gratzou C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur. Respir. Mon.*, 2008; 42: 35-43.
9. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
10. CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:1217-20.
11. Andreas S., Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(16):276-82.
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol.* 1992; 11:331-34.
13. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther.* 2008;30:1852-8.
14. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
15. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.
16. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No. CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
17. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005;14: 425-428.
18. West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006;332:458-460.
19. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008;42:44-50. ISSN 1025448x.
20. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003;98:1395-402.
21. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin.* 2009;59:314-326.
22. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
23. Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, *Am J Epidemiology* 2000; 151: 251-258.
24. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, *Prev. Med.* 2004;38:412-20.
25. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob. Res.* 2009;11:1083-92. [Erratum, *Nicotine Tobacco Res* 2010;12:77.]
26. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur. Respir. Mon* 2008, 42, 57-60.
27. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, *WMJ* 010;109:335-40.
28. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, *Addiction* 2005;100:1012-20.
29. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
30. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2 Counseling Comportamentale

In questa parte del testo vengono esaminate le evidenze sull'efficacia del counseling comportamentale nelle pratiche di supporto alla cessazione dal fumo. Le evidenze scientifiche indicano due tecniche per affrontare il tema dell'uso di tabacco con i pazienti: il counseling cognitivo-comportamentale e il colloquio motivazionale.

4.2.1 Il supporto psicologico nella cessazione dal fumo

Oltre al trattamento farmacologico e alla consulenza ad esso connessa, il paziente che vuole smettere di fumare può trarre beneficio, al bisogno, da un'assistenza psicologica. Ogni fumatore deve essere esortato a compiere le operazioni che favoriscono la cessazione dal fumo, ma se i suoi sforzi non bastassero o se il fumatore si sentisse di non farcela senza un aiuto psicologico, allora si possono concordare tecniche psicoterapiche per supportare il percorso di cessazione dal fumo.

Le pratiche di supporto psicologico raccomandate nel trattamento di cessazione sono derivate dalla terapia comportamentale. Non ci sono evidenze sufficienti per consigliare trattamenti di supporto orientati psicodinamicamente a causa della mancanza di rilevanti sperimentazioni cliniche controllate.

I programmi di cessazione sono basati su alcune premesse: che

la dipendenza psicologica derivi da un condizionamento classico e operante e che, nel mantenimento del comportamento di fumare giochino un ruolo importante i processi cognitivi, i valori personali e la funzionalità connessa all'assunzione del tabacco. I programmi di trattamento basati su queste premesse combinano l'istruzione psicologico-sanitaria e le tecniche motivazionali con elementi di terapia comportamentale. Questi interventi possono essere svolti sia con setting gruppale che individuale. Il modello maggiormente diffuso per la cessazione dal fumo prevede la formazione di gruppi composti da 6-12 persone che si incontrano per 6-10 incontri caratterizzati ognuno da due sessioni di lavoro che vanno dai 90 ai 120 minuti.¹

Il sostegno psicologico si svolge con un approccio, sistematico e standardizzato, che inizia con una valutazione scritta delle caratteristiche psicologiche del paziente. Questa valutazione aiuta i pazienti a confrontarsi con quelli che, a loro avviso, sono i vantaggi e gli svantaggi dello smettere oltre che a valutare l'influenza che la dipendenza dal tabacco avrà sulle loro prospettive di vita (Tabella 4.1, Tabella 4.2).

Quando il paziente ha ultimato la compilazione dei due quesiti, l'analisi scritta delle sue risposte viene discussa con gli operatori, sia nella parte dei vantaggi sia in quella degli svantaggi, al fine di trarne spunti positivi. L'accento deve essere posto dall'operatore

Tabella 4.1: Il paziente analizza se stesso

A mio modo di vedere, la dipendenza da tabacco di cui soffro provoca in me:

Vantaggi a breve e lungo termine	Svantaggi a breve e lungo termine
----------------------------------	-----------------------------------

Tabella 4.2: Il paziente prevede l'influenza della dipendenza dal tabacco sul suo status e sugli obiettivi che intende raggiungere in futuro

Tra cinque anni, a partire da oggi, io avrò anni

What would I Come mi piacerebbe essere? Cosa mi piacerebbe fare? like to be and to do?	Cosa succederà se io non smetto di fumare?
--	--

sugli aspetti positivi riguardanti la cessazione, sottolineando in modo particolare gli aspetti che sostengono l'autostima del paziente.

Attraverso un processo di collaborazione operatore sanitario-paziente viene quindi elaborato un piano di trattamento personalizzato per la cessazione dal fumo. Il primo passo consiste nel concordare una data di cessazione. A partire da quel giorno, il paziente non deve conservare le sigarette in tasca, borsa, valigia, casa, ecc. Ciò è necessario poiché la letteratura scientifica ricorda che i momenti di desiderio compulsivo per il fumo durano circa sette minuti e, durante questi sette minuti è fondamentale non avere a portata di mano le sigarette. Infatti, passati questi sette minuti, il desiderio di fumare si riproporrà ancora, ma sarà a livelli più sopportabili. Se i pazienti non hanno le sigarette a portata di mano, questi sette minuti di pressione estrema potranno essere superati senza fumare, permettendo così via via al paziente di sentirsi sempre più in grado di far fronte al desiderio compulsivo di fumo (craving) raggiungendo posizioni che progressivamente si consolidano¹.

Quando il paziente inizia il trattamento farmacologico, anche se sta ancora fumando, si devono raccomandare le seguenti azioni:

- annunciare ai familiari, agli amici, ecc. di aver iniziato un trattamento per smettere di fumare;
- scrivere su un foglio i motivi per cui vuole smettere e fissare questo scritto in un luogo ben visibile e frequentato della casa (es. la porta del frigorifero);
- individuare delle attività gestuali che possono sostituire quelle legate al fumo, ad esempio: bere un bicchiere d'acqua a piccoli sorsi, usare oggetti anti-stress, mangiare verdura e frutta dure (ad es. carote, mele e pere) a piccoli pezzi, utilizzare gomme da masticare;
- identificare una persona cara da contattare telefonicamente nei momenti di crisi che possono precedere una ricaduta;
- programmare la possibilità di dedicarsi, anche in modo estemporaneo, ad attività distraenti (ad esempio, passeggiate) da svolgere qualora il desiderio del tabacco diventi di difficile gestione.
- cambiare aspetti spazio-temporali della quotidianità che erano fortemente concatenati all'abitudine al fumo^{1,2,3}.

Vedi Tabella 4.3.

Tabella 4.3: Elementi comuni di interventi di supporto durante il trattamento

COMPONENTI DEL TRATTAMENTO	ESEMPI
Incoraggiare il paziente a provare a smettere	<ul style="list-style-type: none"> - Sottolineare al paziente che sono disponibili trattamenti efficaci per smettere di fumare e che metà di tutte le persone che hanno provato a smettere ora non fumano più. - Comunicare al paziente la propria convinzione sulle sue capacità di riuscire a smettere.
Comunicare comprensione e vicinanza	<ul style="list-style-type: none"> - Chiedere al paziente quali sentimenti prova al pensiero di smettere. - Esplicitare il coinvolgimento professionale e la piena disponibilità nell'assistere durante il trattamento. - Chiedere al paziente delle sue paure e ambivalenze rispetto alla cessazione dal fumo.
Incoraggiare il paziente a parlare del processo di cessazione dal fumo	Chiedere le ragioni per le quali il paziente ha deciso di smettere, le preoccupazioni o i timori legati alla cessazione, i successi e/o gli insuccessi avuti nei giorni prima dell'incontro.

Raccomandazione

- Il supporto psicologico alla cessazione dal fumo, nel paziente affetto da dipendenza da nicotina, deve integrarsi con il trattamento medico (evidenza di livello A).

Bibliografia

1. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int. 2011;108(33):555–64.
2. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, American Journal of Lifestyle Medicine, 2007;1:201-213.
3. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking-recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003.

4.2.2 Terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive-behavioural therapy, CBT)

Principi della CBT

I principi della CBT sono i seguenti: avviare una relazione di collaborazione tra operatore sanitario e paziente; evitare i conflitti; sviluppare capacità di ascolto attivo (esercitato particolarmente riformulando quanto detto dal paziente, rinforzando i successi ottenuti, esplicitando apprezzamento quando applica competenze che sostengono i vantaggi dello smettere di fumare).

Questa tipologia di trattamento ha come obiettivo quello di mettere la persona nelle condizioni che gli permettono di cambiare i propri comportamenti, sostituendo quelli meno consoni con altri, più salutari. In particolare, nelle pratiche cliniche per smettere di fumare, la CBT è di ausilio per aiutare i fumatori a sviluppare capacità di autovalutazione critica verso i propri comportamenti legati al fumo. Questa capacità di autocritica è importante perché il fumo è un comportamento appreso e mantenuto attraverso una dipendenza costantemente influenzata dagli stimoli ambientali.¹ La CBT si è sviluppata a partire dai trattamenti di cura per l'ansia e la depressione. La terapia cognitivo-comportamentale cerca di cambiare gli automatismi del pensiero su di sé e sul fumo e fornisce, esplicitamente, incoraggiamenti e consigli sulle modalità per minimizzare e gestire il desiderio di fumare.²

Il counseling cognitivo-comportamentale offre anche l'opportunità di avvisare il paziente sulle difficoltà e gli ostacoli connessi alla cessazione, incoraggiandolo nel contempo a pianificare l'utilizzo di strategie di coping atte ad aumentare le capacità di resistere al desiderio di fumare e di resistere alle ricadute. Il clinico dovrebbe anche aiutare il paziente nell'analisi di alcuni fattori che possono spesso rappresentare importanti ostacoli alla cessazione quali: la convivenza con un familiare fumatore, l'uso eccessivo di alcolici, la paura di aumentare di peso e le abitudini alimentari. Il supporto dovrebbe essere empatico, ripetuto e non conflittuale¹. Nelle pratiche cliniche di cessazione dovrebbero essere contemplati sempre più momenti di counseling che si attengono ai principi sopradescritti sia de visu sia attraverso l'ausilio di linee telefoniche. Con l'ausilio del supporto CBT, oltre a trarre vantaggio dal supporto psicologico cognitivo e comportamentale per smettere completamente di fumare, il fumatore apprenderà tecniche utili ad affrontare concretamente situazioni in cui potrà sentirsi

spinto in modo compulsivo verso la ripresa del fumo. Le evidenze scientifiche indicano che questo tipo di interventi non possono essere standardizzati perché la variabilità individuale caratterizza e determina l'esito del supporto. Vi sono, inoltre, diversi modelli CBT che indicano linee strategiche di intervento terapeutico diverse. Va inoltre ricordato che la maggior parte degli studi in questo campo non si avvale di disegni sperimentali che prevedano il confronto con gruppi di controllo.

La CBT contribuisce ad aumentare il tasso di astinenti fornendo un aiuto che pone al centro la relazione curante-curato attraverso la costante valorizzazione degli aspetti dialettici e comunicativi, del rispetto reciproco, delle capacità autocritiche rispetto la propria dipendenza e della motivazione a smettere di fumare. La maggior parte dei fumatori, pur se motivati a smettere, non ha una conoscenza dei meccanismi cerebrali sottesi alla dipendenza che, di per sé, rendono difficile la cessazione aldilà del volere del paziente. Un approfondito colloquio con un esperto sugli effetti della nicotina sul sistema nervoso centrale e sulle sue capacità di generare e mantenere la dipendenza, può fornire un forte incentivo alle iniziative del paziente per smettere di fumare^{4,5,6}. Inoltre l'intervento CBT permette, grazie alla creazione di uno spazio dialettico-relazionale consono, un'analisi approfondita delle preoccupazioni e delle paure legate alla cessazione dal fumo e consente di sviluppare, assieme al paziente, un'adeguata strategia terapeutica di contrasto ad esse.

Efficacia della CBT

Una meta-analisi condotta su 64 studi che valutavano l'efficacia e i tassi di astinenza stimati per vari tipi di terapie di counseling e comportamentali ha evidenziato un aumento, statisticamente significativo, degli astinenti rispetto a gruppi di controllo composti da persone che smettevano senza alcun aiuto, nei seguenti aspetti dell'intervento di counseling anti-tabagico: (1) fornire consulenza su aspetti reattivi concreti quali: problem-solving / skills training / gestione dello stress; (2) fornire sostegno esplicito durante gli incontri tra fumatore e operatore; (3) intervenire per aumentare il sostegno sociale nell'ambiente del fumatore; (4) invitare il paziente a utilizzare procedure di fumo avverse quali, ad esempio, aspirazioni brevi e non profonde⁷.

Vedi tabella 4.4.

Tabella 4.4: Elementi comuni nelle pratiche di counseling (problem-solving/skills training)

COMPONENTI del TRATTAMENTO	ESEMPI
Riconoscere situazioni di pericolo - Identificare eventi, stati interni o attività che aumentano il rischio di fumare o di recidiva.	Effetto negativo e stress. Vivere momenti sociali con altri tabagisti. Uso di alcolici. Sperimentare la voglia compulsiva di fumare. Stimoli sensibili e disponibilità di sigarette.
Sviluppare competenze di coping . Identificare e praticare competenze di coping o di problem solving. Tipicamente, queste abilità sono destinate a far fronte a situazioni di pericolo.	Apprendere ad anticipare ed evitare la tentazione anche attivando situazioni distraenti. Imparare le strategie cognitive che riducono gli stati d'animo negativi. Realizzare cambiamenti dello stile di vita che possono ridurre lo stress, migliorare la qualità della vita e ridurre l'esposizione agli stimoli scatenanti la voglia di fumare. Apprendere attività cognitive e comportamentali di fronteggiamento del desiderio di fumare (ad esempio, distrarre l'attenzione, cambiare le routine quotidiane).
Fornire informazioni di base. Fornire informazioni sul fumo e sulle possibilità di riuscita dei programmi di cessazione.	Esplicitare che anche un solo tiro aumenta la probabilità di ricaduta e di ripresa completa del fumo. Dire che i sintomi di riadattamento post-cessazione rientrano normalmente dopo 1-2 settimane dalla cessazione, ma in alcuni soggetti possono persistere per mesi. Descrivere i sintomi principali: l'umore negativo, momenti di forte bisogno del fumo, difficoltà di concentrazione. Soffermarsi sulle capacità del fumo di indurre dipendenza.

Come gestire gli aspetti comportamentali della dipendenza dal fumo

Gli interventi che portano con successo alla cessazione dal fumo devono affrontare una costellazione di fattori (personali, familiari, socio-economici, farmacologici e comportamentali) che interagiscono tra loro, sostengono l'uso della sigaretta e possono costituire un serio ostacolo alla cessazione dal fumo. A volte, se la complessità di questa condizione viene sottovalutata, il paziente compirà enormi sforzi per conseguire l'astinenza vivendo condizioni di tensione e difficoltà anche per anni o decenni. Quindi, oltre alla dipendenza fisica e psicologica, deve essere affrontata anche quella comportamentale perché, specie in alcuni soggetti, questa componente può essere quella di maggior rilievo.

Raccomandazioni

- La CBT è una metodologia efficace e deve essere inclusa nella pianificazione di tutti i tipi di interventi medici per la cessazione dal fumo. La CBT contribuisce ad aumentare il tasso di cessazione dal fumo (evidenza di livello B).
- Due tipi di counselling comportamentale portano a tassi di astinenza più elevati: (1) fornire ai fumatori una consulenza pratica (abilità di problem solving / skills training) e (2) dedicare parte del trattamento a fornire sostegno e incoraggiamento (evidenza di livello B).
- Questi elementi di counseling devono essere inclusi negli interventi di cessazione dal fumo (evidenza di livello B).

Bibliografia

1. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population- based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-311.
2. West R., *New Approaches to Smoking Cessation*, http://www.tmed.com/respiratory/print.cfm? ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=159816/09/2006
3. Fiore M.C., Baker T.B., *Treating Smokers in the Health Care Setting*, *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.
4. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., *Le traitement de la dependance au tabac*, *Guide Pratique* 2009.
5. 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:Suppl 5:S1-S19.
6. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National

Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk.

7. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

4.2.3 Il colloquio motivazionale (MI, Motivational Interview)

La motivazione è essenziale per ogni fumatore che intende smettere. Pertanto, i metodi per rafforzare la motivazione del paziente sono particolarmente importanti nelle pratiche di cessazione dal fumo.

Cos'è il colloquio motivazionale?

Il colloquio motivazionale (MI, Motivational Interview) è una metodologia sviluppata dallo psicologo statunitense William R. Miller negli anni '80 in seguito all'osservazione dei pazienti con problemi di abuso di sostanze. Miller ha dimostrato che l'ascolto empatico del paziente può favorire la riduzione dell'assunzione di alcolici. I suoi studi indicano che la resistenza e la negazione sono fenomeni che possono essere ridimensionati da una buona relazione tra operatore e paziente.

Il primo testo sulla MI, scritto da Miller in collaborazione con Stephen Rollnick, uno psicologo britannico, fu pubblicato nel 1991¹. Rollnick ha successivamente sviluppato versioni più brevi della MI adattate a diversi contesti sanitari. Questa metodologia vuole offrire alle persone interessate informazioni sui rischi sanitari correlati a forme specifiche di dipendenza e stimolare il paziente al cambiamento. Il colloquio motivazionale è utilizzato in molti paesi nel trattamento di molteplici problematiche, quali ad esempio quelle correlate all'alcol e al fumo, ai problemi alimentari, ad un corretto esercizio fisico. Il colloquio motivazionale è utilizzato anche nel trattamento dei problemi correlati al gioco d'azzardo e nei colloqui che interessano problematiche di tipo penale, viene inoltre usato trasversalmente come strumento per migliorare la compliance del paziente a qualsiasi forma di trattamento sanitario.

Il colloquio motivazionale viene applicato per aumentare le possibilità che il paziente possa cambiare il proprio comportamento. Questo metodo si basa sull'impegno dell'operatore a ottimizzare la comunicazione ed il rapporto con il paziente. Il colloquio motivazionale cerca di evitare un approccio

aggressivo o conflittuale e cerca di orientare le persone verso una maggiore autocritica, atta ad incoraggiare il cambiamento di stili di vita nocivi¹.

- L'operatore agisce come un collaboratore del paziente tenendo, per quanto possibile, un atteggiamento simmetrico.
- L'operatore cerca di stimolare il paziente a esprimere i propri pensieri e le proprie idee sul fumo e su come pensa sia possibile cambiarle.
- L'operatore mostra rispetto per l'autonomia di pensiero del paziente e per le sue capacità di prendere decisioni.

Principi fondamentali del colloquio motivazionale¹

- *Mostrare empatia.* L'operatore mostra un chiaro interesse nel cercare di capire il paziente. Per rendere concreto questo interesse è bene fare riflessioni e riassunti su quanto detto dal paziente durante il colloquio.
- *Evidenziare le discrepanze.* L'operatore aiuta il paziente, visti i suoi obiettivi ed i suoi valori, a prendere consapevolezza del divario tra la situazione attuale e quella futura. Essere consapevoli di ampie discrepanze tra come siamo e come vorremmo essere è cruciale per avviare i cambiamenti comportamentali possibili.
- *Evitare le discussioni.* Le resistenze del paziente devono essere rispettate e viste come segno naturale dell'ansia e dei dubbi sul cambiamento. Se l'operatore si confronta o discute con il paziente, le sue resistenze aumentano. E' più utile cercare di aggirare le resistenze cercando, nel contempo, di prevenire situazioni di conflitto durante il colloquio.
- *Sostenere l'autostima.* L'operatore supporta l'autostima del paziente mostrando fiducia nelle sue capacità di cambiamento ed esplicitando l'apprezzamento per gli sforzi fatti durante le pratiche di cessazione.

Alcune caratteristiche importanti del colloquio motivazionale

- *Chiedere il permesso.* Raramente una conversazione sull'abitudine al fumo viene considerata offensiva da parte dei pazienti, ma è sempre opportuno chiedere alla persona se è disposta a parlarne.
- *Ambivalenza.* L'ambivalenza è una fase naturale del cambiamento. Ci sono sempre i pro e i contro nel cambiamento

e gli effetti di questo spesso si vedono solo in un futuro lontano. L'operatore dovrebbe cercare di aiutare il paziente a esprimere i suoi motivi per il cambiamento in modo tale da sciogliere le ambivalenze residue.

- *Domande aperte.* Le domande chiuse richiedono risposte affermative o negative. Le domande aperte permettono risposte maggiormente elaborate.
- *Parole chiave.* È importante che l'operatore colga "parole chiave sul cambiamento" cioè parole e pensieri espressi dal paziente che potrebbero essere utilizzate come viatico al cambiamento.
- *Rinforzare parole e comportamenti positivi.* Il paziente sarà più disponibile al cambiamento se pensieri o segnali positivi da lui espressi sono identificati e rinforzati.
- *Riflettere su ciò che si sta ascoltando e/o vedendo.* Gli interventi dell'operatore non vengono fatti per confermare l'accordo con il paziente, ma piuttosto per fare delle ipotesi su quanto pensa. Gli interventi aiutano il paziente a riflettere su quanto dice sottolineando nel contempo che l'operatore lo sta ascoltando attentamente.
- *Riassumere ciò che è stato detto.* La sintesi è, di per sé, una forma speciale di riflessione. Gli interventi riassuntivi ricordano al paziente i principali punti di discussione, il piano d'azione e le ragioni del paziente per intraprendere le future azioni. Le sintesi sono utili in due modi: in primis, se il paziente rallenta o smette di parlare, un intervento riassuntivo può agire come spinta per aiutarlo a continuare; in secondo luogo, una sintesi può aiutare il paziente a ricordare cosa ha detto in precedenza favorendo la connessione tra parti rilevanti delle sue stesse dichiarazioni.

Il colloquio motivazionale nella pratica clinica

Il colloquio motivazionale supera il tradizionale approccio medico-paziente ridefinendo e riducendo l'asimmetria tra curante e curato e prevedendo un aumento dello spazio dialettico tra i due. Questo metodo comunicativo è metaforicamente simile a una danza in cui operatore e paziente cercano costantemente una sincronia di pensiero. Ad alcuni operatori risulta facile, per predisposizione personale, parlare al paziente in modo comprensivo e non giudicante, a loro riesce naturale applicare i principi del colloquio

motivazionale quando si relazionano con i pazienti. Spesso però, l'operatore che non ha questa predisposizione naturale, ma che cerca di acquisire le tecniche del colloquio motivazionale, facilmente ricade nelle vecchie abitudini, fatte di giudizi e prescrizioni rigide. Per ben applicare il colloquio motivazionale è necessaria non solo un'adeguata formazione, ma anche successivi e frequenti, supervisioni da parte di un operatore esperto con cui rivedere le principali procedure per un buon svolgimento di colloqui motivazionali.

Per rendere più accessibile e utilizzabile la tecnica del colloquio motivazionale, è stata sviluppata una versione semplificata chiamata Rapid Engagement (RE).

Rapid Engagement (RE): è la versione abbreviata e semplificata del colloquio motivazionale, progettata per essere utilizzata in locali sanitari congestionati e da operatori che eseguono molteplici attività². Il RE è composto da una semplice, breve, serie di domande da proporre al paziente. Questa serie può essere completata da una scala VAS per valutare il grado di motivazione (che può essere anche valutato verbalmente).

L'importanza del cambiamento: Domanda: "Quanto è importante per lei smettere di fumare in una scala da 0 a 10?" (0= nessuna importanza; 10= molto importante). Il colloquio che segue parte sempre dalla risposta del paziente. Ad esempio, se il paziente risponde con un numero elevato, l'operatore potrebbe simpaticamente provocarlo dicendo "avrei pensato dicesse un numero inferiore" a questa risposta il paziente solitamente rilancia, ansioso di convincere l'operatore sulla bontà delle sue intenzioni. Così si permette al paziente stesso di riassumere i punti salienti su cui poggia la sua motivazione.

Fiducia in se stessi (self-reliance): L'autostima può dipendere dai successi o dai fallimenti relativi ai tentativi di cessazione precedenti, dai risultati ottenuti da altre persone conosciute, dalla conoscenza sulla problematica e dal sostegno che si riceve durante il tentativo di cessazione. Il paziente valuta la fiducia in se stesso su una scala da 0 a 10 (analoga a quella precedente) che misura le sue probabilità di ultimare con successo il percorso di cessazione. Se il paziente valuta le proprie possibilità con un numero superiore allo 0, l'operatore dovrebbe chiedere al paziente quali sono le motivazioni che lo spingono a non scegliere un numero inferiore con l'intento di stimolarlo al pieno

contatto con la sua motivazione e le sue risorse interne. Maggiore è questa consapevolezza (e meglio ancora se viene verbalizzata all'operatore), maggiore sarà la quota di autostima che il paziente si concederà nell'operazione di cessazione. Una maggiore voglia di cambiamento può essere evocata dalla domanda: "In che modo potrebbe aumentare le sue probabilità di riuscita?". Volontà e capacità di cambiamento sono due aspetti diversi della motivazione, anche se non sono sempre facilmente distinguibili. Ad esempio, alcuni pazienti, possono trovare più facile definire ciò che non vogliono piuttosto che ammettere un basso livello di autostima o un alto timore di non riuscire a smettere. Per contro, altri potrebbero avere una dinamica opposta, ad esempio affermando "voglio smettere, ma non funzionerà!". È importante che l'operatore sia capace di comprendere quali sono i reali intenti e le paure del paziente.

Evidenze di efficacia

Una revisione Cochrane del 2015 ha individuato 28 studi pubblicati tra il 1997 e il 2014, che hanno coinvolto oltre 16.000 fumatori. Questi studi hanno messo a confronto il colloquio motivazionale, il consiglio breve e le cure usuali³. I trials prevedevano da uno a sei colloqui della durata compresa dai 10 ai 60 minuti. La meta-analisi ha evidenziato che il colloquio motivazionale, rispetto al minimal advice o le cure usuali, produce un modesto, ma significativo, aumento del numero di cessazioni (RR 1,26; 95% CI 1,16 a 1,36). Le analisi di sottogruppo hanno suggerito che il colloquio motivazionale è efficace quando viene praticato dai medici di medicina generale (RR 3,49; 95% CI 1,53-7,94) e dai counselor (RR 1,25; 95% CI 1,15-1,63) e quando è della durata di almeno 20 minuti (RR 1,69, 95% CI da 1,34 a 2,12). I trattamenti composti da più incontri possono essere leggermente più efficaci dei colloqui singoli, ma entrambi i regimi hanno prodotto risultati positivi. Attualmente, non è chiaro quale sia il numero di sessioni ottimali rispetto al follow-up. L'evidenza scientifica relativa al colloquio motivazionale è di qualità moderata e i risultati vanno considerati con cautela a causa dell'eterogeneità delle caratteristiche degli studi che sono stati inclusi nella revisione. Non ci sono prove scientifiche che evidenzino l'efficacia del metodo RE, ma i medici dichiarano che il metodo è utile anche nei luoghi a più intensa attività e permette una sensibilizzazione

al cambiamento più strutturata e meno conflittuale.

Raccomandazioni

- Il colloquio motivazionale o le sue varianti sono ampiamente utilizzate come tecniche di counseling e possono essere efficaci nell'assistenza a pazienti che vogliono smettere di fumare (evidenza di livello B).

Bibliografia

1. Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002.
2. Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randell E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *BMC Fam Pract.* 2010;11:69.
3. Nicola Lindson-Hawley, Tom P Thompson, Rachna Begh. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

4.2.4 Modalità di trattamento

Nella cura del tabagismo sono applicabili diverse modalità di trattamento quali: counseling individuale e di gruppo, counseling telefonico proattivo, sostegno via web, auto-aiuto.

4.2.4.1 Counseling individuale per la cessazione dal fumo

Una meta-analisi su 30 studi sperimentali ha riscontrato che il counseling anti-fumo individuale è più efficace della semplice consulenza non orientata alla cessazione (13,9% vs 10,8%, RR = 1,39, CI 1,24-1,57).¹ Secondo una seconda meta-analisi su 35 studi randomizzati, i tassi di astinenza a sei mesi sono aumentati significativamente con l'aumento dei minuti complessivi di counseling: circa il 14% di astinenti a sei mesi per 1 - 3 minuti di consulenza, il 19% per 4 - 30 minuti di consulenza e il 27% per 31-90 minuti di consulenza, contro l'11% per nessuna consulenza. (Alcuni studi hanno incluso l'aiuto farmacologico che, pertanto, deve essere considerato come uno dei fattori che ha contribuito ai tassi di cessazione sopra descritti). Un colloquio di sostegno concluso con successo aumenta la motivazione a smettere

e questo avviene se il colloquio viene condotto dall'operatore personalizzando i rischi e i costi del fumare, cioè prendendo in considerazione la situazione specifica del paziente trattato (la sua salute, la sua situazione economica, la sua famiglia). In ogni caso, il numero degli incontri di counseling, la loro durata e l'astinenza dal fumo sono direttamente proporzionali tra loro.

4.2.4.2 Counseling di gruppo per la cessazione dal fumo

Nella terapia di gruppo comportamentale i fumatori partecipano ad incontri pianificati in cui ricevono informazioni sulla problematica, consigli e supporto secondo quanto previsto dall'approccio cognitivo-comportamentale.² Questa terapia viene solitamente strutturata in otto incontri settimanali di cui nei primi quattro si lavora per giungere ad una data di cessazione e nei secondi quattro si supporta il primo periodo senza fumo del paziente. Solitamente il counseling gruppal è combinato ad una farmacoterapia di ausilio alla cessazione.

Ci sono due modi per condurre un gruppo di cessazione. Uno è prevalentemente didattico, con gli operatori sanitari che agiscono come insegnanti e forniscono informazioni su come raggiungere e mantenere l'astinenza dal fumo. L'altro è supportivo e cerca di sviluppare il sostegno reciproco tra i membri del gruppo al fine di ottenere l'astinenza.

Una revisione Cochrane su 16 trials sperimentali che hanno confrontato un programma di counseling gruppal con un programma di auto-aiuto³ ha evidenziato un aumento della cessazione dal fumo con l'utilizzo di un programma di counseling di gruppo (OR 1,98; 95% CI 1,60-2,46). Per contro, non c'era alcuna evidenza che la terapia di gruppo fosse più efficace di un percorso di counseling individuale. E' stato inoltre riscontrato che associare la terapia di gruppo ad altre prestazioni trattamentali, come il parere di un medico o la terapia farmacologica sostitutiva con nicotina, produce un ulteriore incremento dell'efficacia.

I dati di uno studio che ha intervistato sia gli operatori sia i pazienti di tre diverse tipologie di servizi per la cessazione dal fumo (uno dotato di una equipe specializzata, uno con operatori che basano il loro intervento su approcci comunitari e uno su una combinazione di entrambi), suggeriscono che la struttura del servizio, il metodo di supporto sviluppato dalla stessa, gli operatori sanitari coinvolti e la farmacoterapia, svolgono un ruolo determinante nella

riuscita del processo di cessazione dei pazienti.⁴ Il supporto del gruppo è risultato essere quello associato a tassi di cessazione più elevati rispetto al trattamento individuale (64,3% per i gruppi chiusi versus il 42,6% per un supporto individuale offerto da specialisti). I servizi devono essere disegnati per fornire più tipologie di risposte in supporto alla cessazione, comprese quelle gruppali, così da permettere al paziente di scegliere sulla base dei propri bisogni individuali⁴.

Le buone pratiche per la cessazione dal fumo dovrebbero prevedere programmi che includano lo sviluppo di strategie per facilitare al massimo l'accesso al servizio, gruppi di sostegno con metodi educativi e interattivi e sostegno psicologico. Una buona modalità di trattamento gruppale prevede circa cinque sessioni della durata di un'ora da svolgere in un mese, per poi far seguire a queste una serie di visite di controllo periodiche. Il sostegno intensivo dovrebbe includere l'offerta o l'incoraggiamento a utilizzare la farmacoterapia (a meno che il medico non ravveda condizioni che ne sconsigliano l'introduzione) e istruzioni chiare su come utilizzarla al meglio.⁵ Il counseling di gruppo dovrebbe essere fatto da specialisti addestrati, in grado di far interagire i fumatori in modo che essi riescano a condividere e superare timori e resistenze che altrimenti potrebbero spingerli all'abbandono del trattamento; allo stesso tempo, l'operatore dovrebbe sottolineare l'importanza legata a una esperienza collettiva orientata al raggiungimento di un obiettivo comune. Questo trattamento di supporto gruppale può essere svolto con sessioni settimanali condotte da personale non medico, quali infermieri, educatori, psicologi, ecc. In ogni caso, l'approccio di gruppo, che viene solitamente rivolto ai pazienti con migliori capacità comunicative, può essere integrato con incontri individuali atti a consolidare aspetti specifici del trattamento terapeutico.

Per fornire la migliore risposta possibile ai bisogni dei pazienti, sia essa individuale o gruppale, si consiglia di svolgere uno screening preventivo atto a valutare la presenza di eventuali disturbi psichici. I criteri di esclusione per il trattamento gruppale dovrebbero riguardare i disturbi della personalità o caratteri psicopatologici pronunciati (quali ad esempio i disturbi narcisistici o istrionici, l'ansia, la fobia sociale, forti atteggiamenti manipolativi, comportamenti schizofrenici, polidipendenze e casi

multi-problematici).

I modelli di gruppo più diffusi solitamente prevedono 5-10 incontri svolti in un arco temporale di due o tre mesi.

Raccomandazioni:

- Il counseling di gruppo è efficace per la cessazione dal fumo. Nell'intervento gruppale, l'inclusione di aspetti di sostegno sociale e di componenti cognitivo-comportamentali non influenzano la sua efficacia (evidenza di livello A)
- Il counseling di gruppo è simile, in termini di efficacia, a quello del counseling individuale, pertanto la preferenza del paziente può essere determinante per la scelta del tipo di trattamento (evidenza di livello B).

Bibliografia

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
4. Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England BMC Research Notes 2012;5:9.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2.4.3 Supporto telefonico alla cessazione dal fumo e "Quit Line"

In molti Paesi del mondo esistono servizi telefonici gratuiti comunemente noti con i termini "quit lines" (linee telefoniche per smettere di fumare, n.d.t.) "help lines". I pazienti che chiamano questi numeri telefonici possono ricevere informazioni utili all'accesso ai servizi per la cessazione esistenti sul territorio. Possono inoltre ottenere supporto alla cessazione sia in forma breve che articolata¹. Tramite linea telefonica è possibile fornire un supporto cognitivo-comportamentale simile a quello de visu, ma più flessibile.

Un vantaggio importante delle quit lines è la maggiore accessibilità. Infatti, il contatto telefonico permette una maggiore

flessibilità nei contatti tra l'operatore e il paziente, permettendo di aggirare molti ostacoli che possono impedire la continuità della cura, quali ad esempio, i tempi di attesa legati all'avvio dei corsi di cessazione, i problemi di trasporto fino al luogo di cura; inoltre i contatti telefonici possono essere organizzati in momenti idonei quali le pause lavorative per il pranzo o le ore serali o nei giorni prefestivi. I pazienti possono scegliere se essere contattati a casa o al loro cellulare. A loro viene offerto un sostegno per guidarli a mettere in pratica strategie di cessazione e favorire cambiamenti dello stile di vita quotidiano. Solitamente le telefonate di supporto alla cessazione hanno la durata di 20-25 minuti, ma la durata può essere flessibile e adattarsi alle esigenze dei singoli pazienti. Il supporto telefonico risulta particolarmente utile nelle zone rurali o isolate e nei casi in cui il paziente lamenta problemi di mobilità e/o deambulazione. La natura quasi-anonima del contatto telefonico, che non prevede un contatto diretto con gli operatori, può favorire la partecipazione a programmi di cessazione di persone che, per qualsivoglia motivo, siano riluttanti al coinvolgimento in programmi che prevedono invece il contatto con una o più persone.

Le linee telefoniche di supporto alla cessazione possono offrire anche una consulenza telefonica proattiva, cioè quella in cui sono gli operatori del servizio a svolgere i primi contatti, sempre telefonici, per offrire il servizio di cessazione, basato su una successiva chiamata.

Vi sono molti studi caso-controllo randomizzati che esaminano l'efficacia dei servizi di "quit line".^{3,4} Una meta-analisi condotta da Cochrane che ha coinvolto 70 studi pubblicati su riviste scientifiche, ha rilevato che ricevere più chiamate proattive dai servizi telefonici di cessazione aumenta i tassi di astinenza dal fumo (RR 1,37, 95% CI 1,26, 1,50).⁴ Il maggior tasso di cessazione è ottenuto con due chiamate proattive. Non è chiaro se superare le due chiamate porti ad un ulteriore aumento dei tassi di cessazione. Anche le linee telefoniche non proattive, che rispondono solo alle richieste dei chiamanti, hanno comunque dimostrato di essere efficaci. Infatti, il tasso di astinenza è superiore a quello ottenuto con forme di auto-aiuto (RR 1,27, 95% CI 1,20, 1,36).

La letteratura scientifica indica che le linee telefoniche di supporto alla cessazione sono potenzialmente utili non solo per fornire assistenza a chi la richiede, ma anche per i fumatori che non

sono ancora intenzionati a smettere. In generale, le quit line sono una buona modalità per consentire ai tabagisti, anche quelli meno raggiungibili, di essere informati sulla possibilità di avere a disposizione un aiuto per la cessazione.⁴

Raccomandazioni:

- Ci sono buone evidenze che il counseling telefonico proattivo è un intervento efficace per smettere di fumare (evidenza di livello A).
- Un minimo di due chiamate telefoniche proattive sembra dare un importante incremento ai tassi di cessazione. Non è chiaro invece quanto efficaci siano le chiamate proattive se superano il numero di due (evidenza di livello B).

Bibliografia

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004.
3. Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(12):922-41.
4. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.

4.2.4.4 Materiali di auto-aiuto

Questi materiali sono: libretti, opuscoli, manuali, pieghevoli, supporti multimediali, linee di aiuto telefonico automatizzate, programmi computerizzati/via web. Gli interventi di auto-aiuto sono definiti come "qualsiasi manuale o programma strutturato che può essere utilizzato dai tabagisti per aiutarli in un tentativo di cessazione non assistito da operatori o dal supporto del gruppo". Di seguito è riportato un esempio di piccolo opuscolo informativo destinato ai pazienti tabagisti, per aiutarli a familiarizzare con le nozioni di base relative all'uso del tabacco e al trattamento della dipendenza che ne deriva.

Esempio di checklist e domande da inserire nel materiale di auto-aiuto

Perché usare il tabacco?

- Quali sono le ragioni per cui, nonostante le molte azioni messe in atto per contrastare le malattie e le morti causate dal fumo, il numero di tabagisti è ancora così elevato?
- Possiamo supporre che i tabagisti non abbiano alcuna considerazione per la loro salute oppure che pensino che "gli effetti dannosi del fumo non accadranno a loro"?
- Possibile che i fumatori non si rendano conto dei rischi per la loro salute, nonostante questi siano ben illustrati nei materiali informativi? Oppure c'è qualcos'altro che rende loro impossibile smettere di fumare, nonostante siano ben consapevoli dei rischi?
- Tutte queste difficoltà potrebbero essere determinate dal complesso cambiamento fisiologico e psico-comportamentale determinato da una sostanza chimica contenuta nel tabacco? Chiaramente è proprio^{3,4}.

Dipendenza dal tabacco

- L'intensità della dipendenza dalla nicotina è molto forte, simile a quella causata dall'eroina e dalla cocaina; molto più di forte di quella causata dall'alcol, dalla cannabis, dall'LSD e dagli psicofarmaci.
- L'uso cronico del tabacco è stato riconosciuto dall'intera scienza medico-psichiatrica come una dipendenza e quindi come una malattia cronica, caratterizzata da aspetti fisici e psicologici (definita solitamente con i termini "dipendenza da tabacco", "dipendenza da nicotina" o "tabagismo").
- La maggior parte delle sigarette che vengono fumate da una persona non lo sono per libera scelta, la persona è costretta a fumarle perché è dipendente dalla nicotina, una sostanza dalle forti capacità additive presente in tutti i prodotti derivati dal tabacco.
- L'esposizione cronica al fumo di tabacco è stata dimostrata essere la causa di una vasta gamma di malattie che possono evitare in morte precoce, data la tossicità e il potenziale cancerogeno del fumo.
- I produttori di tabacco utilizzano molti espedienti fisico-chimici per aumentare la dipendenza da nicotina nei prodotti

del tabacco: additivi, aromi, caratteristiche del filtro ecc.

- L'industria del tabacco investe costantemente in nuovi mercati per mettere a punto strategie atte a coinvolgere categorie vulnerabili di potenziali clienti; i giovani e i giovanissimi sono i più esposti a queste strategie di mercato.
- Il metodo migliore per reagire all'industria del tabacco è quello di fornire agli individui conoscenze e competenze basate sulle evidenze scientifiche consolidate.

Implicazioni individuali connesse all'uso del tabacco⁵

- Un tabagista su due muore prematuramente a causa di malattie connesse al fumo.
- L'uso di tabacco è la maggior causa di morti premature.
- Più della metà di queste morti premature avvengono in una popolazione di età compresa tra i 35 e i 49 anni.
- Il numero di morti causate ogni giorno nel mondo dal tabagismo equivale alla caduta di cinquanta jumbo jet.
- L'uso del tabacco causa l'87% di morti per tumore polmonare, l'82% di casi di BPCO (broncopatie cronico-ostruttive), il 21% di malattie coronariche e il 18% di ictus cerebrali.
- E' stato dimostrato che l'uso del tabacco provoca complicazioni durante la gravidanza.
- L'uso del tabacco conferisce al fiato, ai capelli e agli abiti del fumatore un cattivo odore; danneggia i denti, le unghie e la pelle, specie quella del viso.
- Il fumo peggiora le performances sportive.
- Il fumo di tabacco è la principale causa di incendi e di morti accidentali.
- Il tabacco può essere la sostanza che facilita l'accesso (gateway) all'uso di altre sostanze e la dipendenza dal tabacco può rendere il tabagista più suscettibile all'uso di droghe pesanti.

Implicazioni per familiari, amici e colleghi dei fumatori⁶

- Il tabagista espone i suoi familiari, gli amici, i colleghi ai danni provocati dal fumo passivo.
- Il fumo passivo incrementa il rischio di cancro ai polmoni del 30% (ed è responsabile di ulteriori 3000 casi di tumore al polmone ogni anno) .
- Infanti e bambini esposti cronicamente al fumo passivo aumentano il rischio di asma, altre patologie polmonari,

neoplasie e altre malattie. Tutto ciò aumenta i tassi di ospedalizzazione infantile e di assenze scolastiche.

- L'esposizione al fumo di tabacco aumenta il rischio di neonati con basso peso alla nascita e sindrome della morte improvvisa.
- Adulti non fumatori esposti al fumo passivo hanno maggiori probabilità di contrarre disturbi respiratori che possono aumentare i tassi di assenza dal lavoro o da altre attività utili alla comunità.
- I coniugi di tabagisti hanno un rischio più elevato di sviluppare malattie cardiache o tumori polmonari.

Benefici per chi smette di fumare

1. Benefici a breve termine

- Dopo 20 minuti la pressione del sangue e le pulsazioni rientrano nella norma.
- Dopo 8 ore di astinenza il monossido di carbonio e i livelli di ossigeno nel sangue ritornano normali.
- Dopo 24 ore il monossido di carbonio è eliminato dal corpo; i polmoni iniziano ad espellere muco con depositi del fumo; le probabilità di incorrere in problemi cardiaci si riducono.
- Dopo 48 ore il corpo è svezzato dalla nicotina; le terminazioni nervose ricominciano a crescere; migliorano le capacità di percepire sapori e odori.

2. Benefici a lungo termine

- Migliora il respiro.
- Si ha maggiore energia fisica.
- Migliora il tono della pelle.
- Si riduce il rischio di contrarre malattie legate al fumo quali:
 - Cancro polmonare,
 - Enfisema,
 - Broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO),
 - Infarto,
 - Coronopatia,
 - Aterosclerosi (restringimento delle arterie)
 - Ictus,
 - Bronchite cronica.

Prepararsi a smettere

Maggiore è l'attenzione posta alla preparazione della cessazione,

maggiore è la probabilità di riuscita.⁶ Alcuni suggerimenti:

Decidi, con ottimismo, di smettere.

- Compila una lista di buone ragioni per smettere che comprenda ragioni personali, benefici di salute, evitamento di malattie, vantaggi finanziari e assenza di responsabilità verso problematiche che causi agli altri (es. fumo passivo).
- Ripeti a te stesso queste ragioni diverse volte al giorno.
- Inizia a svolgere una moderata attività fisica quotidiana. Riposati e bevi molti liquidi.
- Decidi una data di cessazione entro due settimane.
- Identifica le resistenze alla cessazione. Quali saranno le maggiori difficoltà? Quali sono le situazioni in cui desideri maggiormente una sigaretta? Che cosa puoi fare per modificarle?
- Compila una lista delle persone che possono sostenere la tua intenzione di smettere includendo famigliari, amici, colleghi. Discuti il programma di cessazione con loro.
- Se alcune di queste persone fumano, chiedi loro di non farlo in tua presenza o, meglio ancora, chiedi loro se vogliono unirsi a te nel tentativo di smettere.
- Elimina dagli ambienti domestici e lavorativi gli oggetti che ti ricordano il fumo, come:
 - accendini
 - portacenere
 - fiammiferi.
- Pulisci a fondo la casa e la macchina così da eliminare il più possibile l'odore di fumo.
- Fai una lista di attività, hobbies e interessi da coltivare così da allontanare la mente dal pensiero del fumo.
- Informati sui sintomi dell'astinenza e prepara delle strategie per affrontarli.
- La sindrome di astinenza da nicotina è caratterizzata da una serie di sintomi causati dalla cessazione dell'apporto di nicotina al cervello. Questi si manifestano a partire da 4-12 ore dalla cessazione dal fumo e includono:
 - un forte bisogno compulsivo di fumare (craving);
 - irritabilità;
 - irrequietezza, rabbia, ansietà;
 - stanchezza;
 - aumento dell'appetito, specialmente per i dolci, aumento

- di peso;
- difficoltà di concentrazione, scarsa memoria;
- depressione;
- mal di testa;
- insonnia;
- vertigini.

Le terapie che aiutano a smettere di fumare

- Il counseling e la terapia farmacologica sono due componenti terapeutici di comprovata efficacia nella cura del tabagismo.
- La terapia farmacologica svolge un ruolo cruciale e si avvale di una vasta offerta di farmaci sostitutivi della nicotina (che possono avere molteplici forme di assunzione, quali gomme, compresse sublinguali, inhaler, cerotti), agli antidepressivi, agli antagonisti dei recettori nicotinici, ecc.
- La richiesta di aiuto al medico o al farmacista circa l'adeguata scelta del farmaco per smettere e le corrette modalità di assunzione.
- La combinazione di varie terapie farmacologiche, consigliate dal medico e utilizzate sempre con la sua supervisione, per valutare eventuali variazioni nella dose e nella durata della terapia, al fine di evitare possibili effetti collaterali.
- Materiale informativo in forma cartacea e/o informatica, quit lines telefoniche, chat dedicate su internet.
- La terapia cognitivo-comportamentale (CBT), tecnica terapeutica che cerca di cambiare sia il modo con cui il fumatore pensa al fumo e a se stesso che i sentimenti associati al tabacco; fornisce incoraggiamento e consiglio per minimizzare e gestire il desiderio di fumare.
- Le strategie individuali di cessazione ottimali combinano i consigli (raccomandazioni a smettere di fumare) con trattamenti farmacologici (vareniclina, bupropione, NRT, ecc.) e una terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

Efficacia dei materiali di supporto alla cessazione dal fumo

Diversi studi provano come l'uso di materiale informativo nei programmi di cessazione sia efficace.

Un totale di 2000 fumatori adulti è stato suddiviso in 4 gruppi a seconda del materiale ricevuto. Al 1° gruppo, considerato come controllo, è stata data una guida standard per l'auto-cessazione

Tabella 4.5: Alcuni consigli pratici per evitare di fumare?

ESEMPI DI STRATEGIE COMPORTAMENTALI/CONSIGLI PER EVITARE IL FUMO

- Impara a rifiutare la prima sigaretta!
- Getta il tuo "kit da fumatore": accendino, fiammiferi, pacchetti di sigarette;
- Cambia la tua routine quotidiana;
- Evita l'uso di caffè, cola o tè;
- Quando senti il desiderio di fumare, bevi un bicchiere di acqua o di succo di frutta;
- Mangia 3-5 volte al giorno;
- Colazione: succhi di frutta naturali, latte e prodotti caseari, uova. Attenzione al forte connubio tra il caffè del risveglio e la sigaretta!
- Pranzo e cena: preferisci frutta e verdure;
- Prima di addormentarti: bevi un bicchiere di acqua o di tè/tisana;
- Evita di mangiare tra i pasti, mangiare troppi dolci, caramelle, cioccolato;
- Bevi 2 litri o più di acqua al giorno;
- Cammina all'aria aperta, fai esercizio fisico e adotta tecniche di rilassamento;
- Inizia a praticare un'attività sportiva;
- Evita di entrare in contatto con fumatori in situazioni dove si può essere tentati di fumare;
- Conserva il denaro risparmiato dal mancato acquisto di sigarette e fatti un regalo!

composta da 13 pagine; al 2° gruppo è stata fornita una guida di 28 pagine per l'auto-cessazione (Free & Clear guide – F&C); al 3° gruppo è stata data questa guida F&C più delle istruzioni di supporto per i familiari e gli amici dei fumatori; al 4° gruppo è stata data la guida F&C, le istruzioni di supporto per i familiari e gli amici dei fumatori e quattro telefonate con uno specialista.⁷ Solo in quest'ultimo gruppo si è osservata una differenza significativa nella cessazione rispetto al gruppo di controllo;

quindi la combinazione di guida F&C, istruzioni di supporto per familiari/amici, quattro telefonate con lo specialista è risultata significativamente efficace.⁷

Una meta analisi ha studiato l'impatto dei materiali di auto aiuto utilizzati sia come unico intervento che in aggiunta al counselling; i materiali di auto-aiuto non sembra riescano ad aumentare significativamente i tassi di astinenza rispetto ad altri interventi minimi di supporto alla cessazione, quali il parere di un professionista sanitario o la terapia sostitutiva nicotinic.² In ogni caso, i materiali progettati in modo specifico per determinate classi di fumatori (donne/uomini, forti fumatori...), sembrano avere efficacia maggiore rispetto al materiale generico.²

Raccomandazioni:

- E' necessario che chi intende smettere di fumare abbia a disposizione materiale informativo.
- Non ci sono evidenze scientifiche che il materiale informativo sia più efficace di altri interventi di minima (evidenza di livello B).
- Materiali progettati per specifiche classi di fumatori sono più efficaci dei materiali generici anche se in ogni caso, l'efficacia sui tassi di cessazione rimane ridotta (evidenza di livello B).

Bibliografia

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3
3. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med.* 2008;121:S3-S10.
4. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics. *Ann. Rev Pharmacol Toxicol.* 2009;49:57-71.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
6. ACCP kit [5=1 from M1 chapt BD]
7. Orleans C.T., Schoenbach V., Wagner E. et. al., Self-Help Quit Smoking Interventions: Effects of Self-Help Materials, Social Support Instructions, and Telephone Counseling. *J. Consult Clin Psychol.* 1991;59(3):439-

4.2.4.5 Supporti informatici (computer/web)

Interventi basati su programmi computerizzati o svolti attraverso internet permettono la fruibilità ad un ampio numero

di fumatori, raggiungono categorie di persone che spesso sfuggono come i giovani fumatori, sono economici. Questi supporti informatici possono essere usati come unica forma di intervento o in combinazione ad altri strumenti di cessazione. Raccogliendo informazioni dai pazienti e utilizzando algoritmi complessi, permettono di personalizzare i feedback e le raccomandazioni. La molteplicità di interazioni e di feedback personalizzati permette lo sviluppo ed il monitoraggio di piani di cessazione personalizzati e la possibilità di inviare mail proattive per motivare alla cessazione stessa.

Effetti positivi sono stati riportati per uno studio di popolazione che ha usato report generati dal computer basati sullo stadio del cambiamento e per uno studio condotto sul web e offerto in un programma sul luogo di lavoro. Uno studio su adolescenti ha riportato risultati positivi legati ad un intervento che combinava un intervento interattivo via computer, la consulenza di un medico, brevi interventi motivazionali e sedute telefoniche (il gruppo di controllo era esposto unicamente a un semplice programma informativo).¹

Una recente rassegna ha evidenziato che i programmi di cessazione dal fumo attraverso la rete informatica possono aiutare ad aumentare la cessazione, ma gli effetti non erano consistenti e l'evidenza emersa potrebbe essere frutto di bias.² I programmi di intervento su Internet che forniscono informazioni e supporto individuali e che sono interattivi sembrano essere più efficaci rispetto a siti web statici. Internet può avere un ulteriore vantaggio quando viene utilizzato insieme ad altri interventi, come la terapia sostitutiva nicotinic o un'altra farmacoterapia. Gli interventi innovativi di cessazione dal fumo forniti via Internet sembrano attrarre maggiormente le donne ed i giovani che fumano mentre paiono essere meno attraenti per fumatori che riferiscono di soffrire di disturbi depressivi.³ Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio il valore dei programmi di intervento basati su Internet.

Raccomandazioni:

- Sono necessarie ulteriori evidenze scientifiche per poter raccomandare interventi di cessazione basati su programmi fruibili sulla rete informatica.

Bibliografia

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI:10.1002/14651858.CD007078.pub4
3. Gainsbury S.M., Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, Clinical Psychology Review, 2011;31(3):490-498.

4.3 Trattamenti farmacologici per la dipendenza da tabacco

Dato che il fumo è una malattia cronica, richiede un intervento terapeutico basato su più componenti e tra questi, la terapia farmacologica è cruciale. In diversi paesi europei, molti organi normativi e nazionali sono coinvolti nell'approvazione dei

Tabella 4.6: Farmaci di prima linea per smettere di fumare (adattato da Fiore M.C.)¹

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA DIPENDENZA DA TABACCO		
FARMACO	DOSE	ISTRUZIONI
BUPROPIONE	Giorni 1-3: 150 mg ogni mattina; dal 4° giorno: 150 mg x 2/die (la seconda dose dopo 8 ore) per il resto della cura	Iniziare 1-2 settimane prima della data di cessazione Usare per 2-6 mesi
NICOTINA GOMME	2 mg – per pazienti che fumano ≤ 24 sigarette/die 4 mg – per pazienti che fumano ≥ 25 sigarette/die La dose raccomandata generalmente è di 8-12 gomme al giorno	Usare per 3-6 mesi
NICOTINA INHALER	6-16 cartucce/die, una cartuccia può rilasciare 4 mg di nicotina attraverso 80 inalazioni	Usare fino a 6 mesi; l'effetto si affievolisce verso la fine dell'uso
NICOTINA LOZENGES (compresse non in vendita in Italia)	Dosi da 1, 2 e 4 mg; 1 compressa ogni 1-2 ore inizialmente, poi diminuire a 2 mg se il paziente fuma la prima sigaretta dopo 30 min dal risveglio e 4 mg se il paziente fuma la prima sigaretta prima di 30 min dal risveglio	Usare 3-6 mesi
NICOTINA SPRAY NASALE	0.5 mg / narice, inizialmente 1-2 dosi/ora limiti: 8-40 dosi/die	Usare per 3-6 mesi
NICOTINA CEROTTO	7, 14, 21 mg/24 ore (o 10/15/25 mg/16 ore) se il paziente fuma 10 sigarette al giorno, 21 mg/die per 4 settimane, poi 14 mg/die per 2 settimane, infine 7 mg/die per 2 settimane. Se il paziente fuma <10 sigarette al giorno, iniziare con 14 mg/die per 6 settimane, poi 7 mg/die per 2 settimane	Usare un nuovo cerotto ogni mattina per 8-12 settimane Evidenza di incremento di efficacia se usati per 3-6 mesi
VARENICLINA	Giorni 1-3: 0,5 mg ogni mattina Giorni 4-7: 0,5 mg due volte al giorno Dal giorno 8 alla fine: 1mg due volte al giorno	Iniziare 1 settimana prima del giorno della cessazione, usare per 3-6 mesi
TERAPIE COMBinate – solo l'associazione di bupropione SR + nicotina cerotto è stata approvata dalla FDA per la cessazione del fumo.		
NICOTINA CEROTTO + BUPROPIONE	Seguire le istruzioni per i singoli farmaci sopra riportati	Seguire le istruzioni per i singoli farmaci sopra riportati
NICOTINA CEROTTO+ INHALER NICOTINA CEROTTO + LOZENGES NICOTINA CEROTTO+ GOMME	Seguire le istruzioni per i singoli farmaci sopra riportati	Seguire le istruzioni per i singoli farmaci sopra riportati

farmaci. Due categorie di farmaci sono indicate per la cessazione dal fumo: farmaci di prima linea e farmaci di seconda linea.

I farmaci di prima linea sono stati ritenuti efficaci nel trattamento della dipendenza dal tabacco, hanno un livello di sicurezza superiore e sono approvati dall'agenzia europea per i medicinali (EMA). Il farmaco di prima linea deve essere la prima opzione per qualsiasi medico che cura la dipendenza dalla nicotina. Tre tipi di farmaci approvati per la cessazione dal fumo sono considerati terapie di prima linea e includono: la terapia sostitutiva nicotinic, la vareniclina e il bupropione (vedere tabella 4.6).

I farmaci di seconda linea comprendono la citisina, un antagonista parziale del recettore della nicotina (approvata per questa indicazione nei Paesi dell'Europa dell'Est). L'antidepressivo triciclico nortriptilina e l'antipertensivo clonidina sono registrati in molti paesi, ma non per la cessazione dal fumo. La nortriptilina è approvata come antidepressivo, ma non come farmaco per la cessazione dal fumo. I farmaci di seconda linea raccomandati per la cessazione dal fumo sono rappresentati da farmaci che o hanno un'efficacia dimostrata, ma minore rispetto a quella dei farmaci di prima linea, o non sono approvati dall'EMA per il trattamento della dipendenza da tabacco o sono sospettati di avere maggiori effetti collaterali. Generalmente vengono raccomandati quando il farmaco di prima linea non può essere utilizzato per vari motivi (mancanza di efficacia, controindicazioni, etc.).

Negli ultimi anni, sono stati compiuti notevoli progressi in merito all'efficacia dei farmaci utilizzati per smettere di fumare. Oltre alla monoterapia, si usano anche combinazioni di varie terapie farmacologiche per aumentare il successo nello smettere di fumare. Ulteriori strategie prevedono il prolungamento della durata della terapia e la regolazione dei dosaggi per evitare gli effetti collaterali.

Efficacia dei farmaci di prima linea

Nel 2008, una meta-analisi che ha preso in considerazione 83 studi randomizzati che esaminavano l'efficacia di vari farmaci in funzione del tasso di astinenza a sei mesi dopo il trattamento, ha mostrato che la maggior parte dei farmaci per la cessazione dal fumo (nicotina patch, gomma, lozenges, spray nasale, inalatore e bupropione a lento rilascio) raddoppia il tasso di astinenza a 6 mesi (vedi Tabella 4.7)¹. La percentuale di astinenza a 6 mesi

Tabella 4.7: Efficacia della prima linea di trattamento per la cessazione del fumo in monoterapia o in combinazione

FARMACOTERAPIA	OR (95% CI) DI ASTINENZA STIMATO	PERCENTUALE STIMATA DI ASTINENZA
Placebo	1,0	13,8
Monoterapia		
Nicotina cerotto	1,9 (1,7 – 2,2)	23,4 (21,3 – 25,8)
Cerotto ad alto dosaggio	2,3 (1,7 – 3,0)	26,5 (21,3 – 32,5)
Nicotina Inhaler	2,1 (1,5 – 2,9)	24,8 (19,1 – 31,6)
Nicotina Gomma	1,5 (1,2 – 1,7)	19,0 (16,5 – 21,9)
Bupropione	2,0 (1,8 – 2,2)	24,2 (22,2 – 26,4)
Vareniclina	3,1 (2,5 – 3,8)	33,2 (28,9 – 37,8)
Terapia di combinazione		
Cerotto + Inhaler	2,2 (1,3 – 2,6)	25,8 (17,3 – 36,5)
Cerotto + Gomma	2,6 (2,5 – 5,2)	26,5 (28,6 – 45,3)
Cerotto + Bupropione	2,5 (1,9 – 3,4)	28,9 (23,5 – 25,1)
Cerotto (long-term; > 14 settimane) + ad libitum NRT (gomma o spray)	3,6 (2,5 – 5,2)	36,5 (28,6 – 45,3)

Fonte: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Clinical Practice Guideline, 2008 Update.¹

tra i pazienti assegnati random al placebo è stata di circa il 14%, rispetto al 19% o al 26% per la maggior parte delle farmacoterapie. Poiché alcuni studi hanno incluso il counselling tra gli altri interventi studiati, questi tassi di efficacia riflettono anche dei benefici del counselling.

La vareniclina e l'uso della terapia sostitutiva nicotinic (cerotto più una forma a rapido rilascio di NRT, come la gomma o la lozenges, utilizzata per più di 14 settimane) sono stati associati con i tassi di astinenza più alti, stimati al 33% e al 37% rispettivamente.¹ Questi tassi erano significativamente superiori rispetto alla frequenza di cessazione associata a una classica monoterapia (cerotto). La

superiorità di questi due farmaci è stata anche dimostrata in studi di confronto in cui sono stati paragonati singoli prodotti come il cerotto o il bupropione.^{2,3}

Una seconda meta-analisi, recentemente condotta dalla Cochrane Collaboration che ha esaminato le evidenze che supportano la farmacoterapia per la cessazione dal fumo, ha trovato conclusioni analoghe.⁴ In breve, la combinazione di NRT (orale + cerotto) e la vareniclina forniscono vantaggi simili in termini di efficacia e entrambi superano la monoterapia con NRT o il bupropione.

E' stato dimostrato che i farmaci per la cessazione dal fumo sono efficaci nei contesti clinici "real world" e nei fumatori con varie condizioni coesistenti (abuso di sostanze e depressione).^{1,5}

4.3.1. Trattamento con la terapia sostitutiva Nicotina – NRT (Nicotine Replacement Therapy)

4.3.1.1 Indicazioni

- La terapia sostitutiva Nicotina è proposta come trattamento di prima linea per la cessazione dal fumo sia per i fumatori motivati a smettere che per coloro che non sono motivati.
- Può essere usata per ridurre la quantità di fumo quando la cessazione non è possibile o non è accettata dal fumatore.

4.3.1.2 Meccanismo d'azione

La nicotina rilasciata dal fumo di tabacco o da quello da masticare è la stessa di quella rilasciata dalla NRT, ma la cinetica di trasmissione al cervello è radicalmente diversa e ciò modifica radicalmente gli effetti.

La terapia sostitutiva nicotina ha due obiettivi:

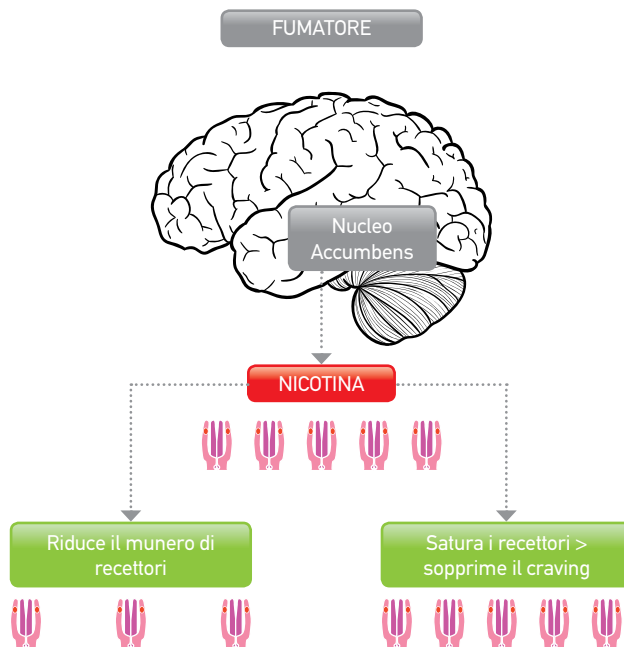
- stimolare i recettori della nicotina al fine di rimuovere il desiderio di fumare e eliminare anche gli altri sintomi astinenziali: l'effetto è immediato;
- ridurre il numero di recettori nicotinici: questo effetto si produce lentamente durante il trattamento e continua per settimane riducendo la dipendenza dal tabacco.

Vedere la Figura 4.3.

Quando viene fumata una sigaretta, la nicotina raggiunge il cervello del fumatore entro 7 secondi e satura i recettori della nicotina ("effetto di ripresa" = shooting effect), (Figura 4.4).

Le cellule nell'area del cervello coinvolta reagiscono

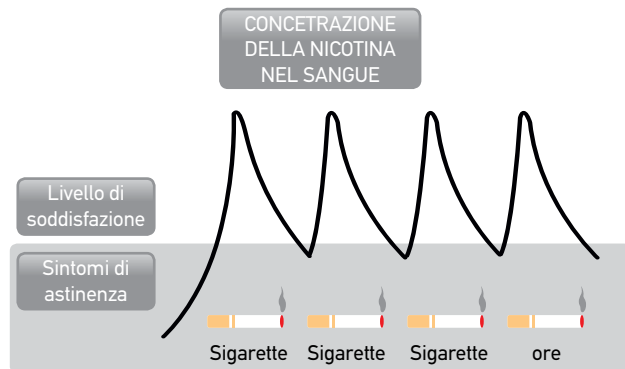
Figura 4.3: I due obiettivi della terapia sostitutiva della nicotina: diminuire la sindrome d'astinenza (in acuto) e diminuire la dipendenza riducendo il numero di recettori della nicotina (in cronico)



desensibilizzando i recettori e moltiplicando il loro numero, ecco perchè si presenta la necessità di un'altra sigaretta. I fumatori hanno molti più recettori per la nicotina rispetto ai non fumatori, questo spiega l'alta tolleranza alla nicotina nei fumatori e la loro forte dipendenza dalla stessa. Questi recettori sono così numerosi che potrebbero essere evidenziati dalla tomografia a emissione di positroni: il centro della dipendenza da nicotina illuminerebbe l'area del nucleo accumbens e l'area tegmentale anteriore, dove appunto i recettori nicotinici sono principalmente localizzati nel cervello.

La terapia sostitutiva nicotina fornisce nicotina al cervello molto più lentamente delle sigarette e non produce picchi. L'NRT stimola i recettori nicotinici, riducendo o eliminando la necessità di nicotina, così progressivamente i recettori diminuiscono e

Figura 4.4: Evoluzione dei livelli di nicotina nel sistema arterioso da ripetuto consumo di nicotina



dopo tre mesi saranno tornati al loro numero normale. Tuttavia, queste strutture conservano la memoria del fumo e i recettori sono prodotti molto rapidamente sulla membrana cellulare se si ricomincia a fumare: la dipendenza da tabacco è perciò una malattia cronica recidivante.

4.3.1.3 Evidenze cliniche sull'efficacia dell'NRT

Come per il trattamento di tutte le malattie croniche, il trattamento della dipendenza dal tabacco è stato oggetto di molti studi randomizzati effettuati negli ultimi 40 anni.

Due importanti meta-analisi hanno riassunto l'evidenza disponibile sull'efficacia dell'NRT nel sostegno alla cessazione. La prima meta-analisi è stata condotta dal General Surgeon degli Stati Uniti, coordinata da Michael C. Fiore.¹ La seconda meta-analisi è stata condotta dalla Cochrane Collaboration ed è stata recentemente aggiornata.

La Cochrane Collaboration ha identificato 150 trials sui prodotti sostitutivi della nicotina, 117 studi condotti su più di 50.000 partecipanti hanno confrontato i diversi tipi di terapia sostitutiva verso il placebo o verso un gruppo di controllo senza la terapia sostitutiva.⁶ Il rischio relativo (RR) di astinenza calcolato considerando tutte le forme di terapia sostitutiva insieme rispetto al gruppo controllo è stato di 1,60 (intervallo di confidenza del 95%

[CI]: da 1,53 a 1,68).⁶

Il RR per ogni tipo di sostituto della nicotina è stato:⁶

- 1,49 (95% CI da 1,40 a 1,60, 55 trials) per la gomma;
- 1,64 (95% CI 1,52 a 1,78, 43 studi) per i cerotti;
- 1,95 (95% CI da 1,61 a 2,36, 6 trials) per compresse orali / lozenges;
- 1,90 (95% CI da 1,36 a 2,67, 4 studi) per l'inalatore;
- 2,02 (95% CI da 1,49 a 2,73, 4 studi) per lo spray nasale;
- 2,48 (95% CI da 1,24 a 4,94, 1 trial) per lo spray orale.

La differenza osservata nell'efficacia tra cerotti e forme orali può essere correlata alla dose, in quanto è più comune esaminare il dosaggio nelle forme somministrate oralmente (che negli studi clinici vengono date a dose fissa).

La combinazione di un cerotto con una forma a rapido rilascio dell'NRT si è dimostrata più efficace rispetto ad un singolo tipo di NRT (RR 1,34, 95% CI 1,18 a 1,51, 9 studi).⁶

Nel caso di fumatori molto dipendenti, l'uso di gomme da 4 mg rispetto a 2 mg si è dimostrato più efficace, tuttavia, negli studi attualmente disponibili, l'uso di cerotti con dosaggi più elevati non ha dato un maggior vantaggio.

Gli autori della Cochrane Collaboration hanno concluso che tutte le forme commercialmente disponibili di NRT (gomma, cerotto transdermico, spray nasali, inalatori e compresse sublinguali) possono aiutare i fumatori nel tentativo di smettere e aumentare le loro possibilità di successo. L'NRT ha aumentato i tassi di astinenza dal fumo del 50% -70%, indipendentemente dal tipo e dalla dose.⁶

L'efficacia della terapia sostitutiva della nicotina non è completamente indipendente dall'intensità dell'assistenza aggiuntiva fornita al fumatore. Maggiore sostegno c'è, maggiore è il beneficio, ma i sostituti della nicotina sono efficaci anche in assenza di qualsiasi supporto.

NRT in combinazione con altri farmaci

La Cochrane Collaboration ha mostrato che la combinazione di cerotti di nicotina con forme orali è più efficace dell'utilizzo di un singolo tipo di sostituto nicotinicco.

- L'NRT può essere usata in combinazione con forme orali e transdermiche;

- L’NRT può essere usata in combinazione con bupropione o nortriptilina;
- Le linee guida attuali per la pratica clinica non raccomandano l’uso di NRT in combinazione con la vareniclina per la cessazione dal fumo. Questo principalmente perché si pensa che l’NRT, essendo simile alla nicotina, sia bloccata dalla vareniclina.
- Per i pazienti che continuano a fumare sigarette dopo 2-6 settimane di trattamento con vareniclina in monoterapia, non esiste alcuna controindicazione a sostituire tali sigarette con NRT. I recenti trials di sperimentazione clinica suggeriscono che ci può essere un vantaggio nella combinazione di NRT e Vareniclina, ma i risultati sono eterogenei.⁴ Ulteriori ricerche sono necessarie per sostenere l’efficacia di questo approccio come pratica standard. Allo stesso modo, l’aggiunta di vareniclina alla monoterapia con NRT segue le stesse linee guida.

4.3.1.4 NRT in cerotto

Il cerotto è stato sviluppato per evitare le difficoltà associate all’uso della gomma. Esso ha anche il vantaggio di fornire concentrazioni di nicotina più stabili, più favorevoli alla cessazione dal fumo, ma meno favorevoli, rispetto alle forme orali, per soddisfare il bisogno urgente di nicotina.

La nicotina contenuta nel cerotto viene gradualmente somministrata attraverso la pelle e il tessuto sottocutaneo,

migrando dalla pelle al sangue e al cervello. Anche quando il cerotto viene rimosso, la nicotina continua a diffondersi dalla cute al cervello.

Il cerotto consente una buona compliance a causa della facilità d’uso. Per ridurre il rischio di reazione cutanea locale, l’utente deve cambiare quotidianamente il sito di applicazione, alternando braccia, spalle e torace.

Ci sono cerotti da portare per 24 ore per fornire una dose massima di 21 mg di nicotina al giorno e cerotti che possono essere portati per 16 ore, che forniscono una dose massima di 25 mg di nicotina. Così i cerotti da 21 mg/24h forniscono circa 0,9 mg di nicotina all’ora, mentre i sistemi da 25mg/16h forniscono 1,4mg/h (tabella 4.8).

Tipo di cerotto

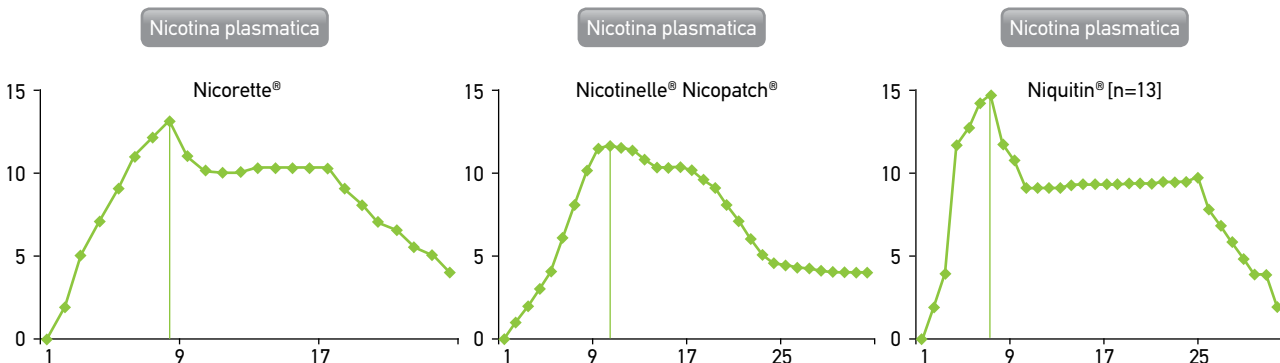
I cerotti sono tutti basati sul medesimo principio, ma hanno piccole differenze cinetiche (Figura 4.5).⁷

Ogni forma ha quindi piccoli vantaggi e svantaggi. È possibile regolare il trattamento per ogni paziente.

Tabella 4.8: Equivalenza dei cerotti alla nicotina somministrati in 16 e 24 ore

	0,3 mg/h	0,6 mg/h	0,9 mg/h	1,6 mg/h
16 ore	5 mg	10 mg	15 mg	25 mg
24 ore	7 mg	14 mg	21 mg	

Figura 4.5: Cinetica della nicotina nelle 24 ore a seconda del cerotto utilizzato



Fonte: Benowitz 1993⁷

Come applicare i cerotti

Il cerotto viene applicato la mattina, facendo attenzione a non ridurne l'assorbimento attraverso la doccia o l'utilizzo di sostanze sulla pelle. L'utente dovrebbe evitare di posizionare il cerotto in zone del corpo sottoposte ad alta pressione. Se esso si stacca nel corso della giornata, è possibile riutilizzarlo per esempio coprendolo con un altro cerotto di plastica per tenerlo attaccato.

Tolleranza generale ai cerotti

Come tutti i prodotti sostitutivi a base di nicotina, la tolleranza ai cerotti è migliore tra i fumatori molto dipendenti che di solito non hanno effetti collaterali anche con più cerotti, mentre in un non fumatore un solo cerotto produce quasi costantemente effetti collaterali. Questi effetti collaterali sono dose-dipendenti dalla nicotina che contengono e sono fortemente legati ai sintomi d'astinenza.

Un effetto collaterale specifico dei cerotti è l'allergia cutanea: è molto comune l'insorgenza di eritema cutaneo, che riflette l'irritazione della pelle. E' possibile avere reazioni allergiche più importanti in pazienti allergici ai cerotti adesivi. I medici devono chiedere ai fumatori se soffrono di allergie agli adesivi. Se i sintomi sono moderati, è possibile cambiare la marca di cerotto, in quanto diversi cerotti usano diversi prodotti adesivi.

Se si verifica una reazione cutanea dopo l'applicazione del cerotto, occorre rimuovere quest'ultimo e abbandonarne l'uso, tranne che per situazioni molto specifiche.

4.3.1.5 Sostituti orali della nicotina

Molte forme di terapia nicotinicistica sostitutiva orale sono presenti sul mercato.

Ci sono quattro forme orali:

- Gomme da masticare,
- Compresse sublinguali (da porre sotto la lingua),
- Pastiglie (Lozenges) NON PRESENTI IN ITALIA
- Inalatori, che sembrano bocchini per sigarette

Tutti questi prodotti contengono nicotina che viene assorbita attraverso la mucosa orale.

L'assorbimento della nicotina attraverso la mucosa orale si verifica solo se il pH della bocca è neutro, motivo per cui l'utente dovrebbe evitare di mangiare o bere, in particolare bibite

contenenti soda (che sono acide) 30 minuti prima di assumere una forma orale di terapia sostitutiva nicotinicistica.

La quantità di saliva assorbita nello stomaco deve essere ridotta al minimo perché può provocare irritazioni e singhiozzo. L'aumento della salivazione e la deglutizione della saliva è un aspetto che si verifica principalmente con la gomma da masticare utilizzata da fumatori che non l'hanno mai usata prima e masticano troppo rapidamente.

Biodisponibilità della nicotina orale

La nicotina viene assorbita attraverso il rivestimento del cavo orale durante la masticazione, per tutta la durata della masticazione, e fino a 15-30 minuti dopo aver finito di masticare. Il progressivo aumento della nicotina nel sangue arterioso, quindi, è molto meno brusco rispetto a quello determinato dalle sigarette o dallo spray nasale, e questo spiega perché è preferibile mantenere un certo livello di concentrazione di nicotina con dosaggi sostenuti, in modo che se si verifica un calo improvviso, l'assunzione di una sola formulazione per uso orale col quantitativo minimo possibile, può fornire un aggiustamento sierico aggiuntivo. Al picco di concentrazione di nicotina prodotto dalla gomma è possibile il raggiungimento, per qualche minuto, di un livello di nicotina superiore a quello necessario per soddisfare i recettori, ciò può causare una desensibilizzazione di questi recettori e il risveglio di nuovi recettori, che possono persistere nel tempo, spiegando come mai per alcuni pazienti è difficile smettere di usare le gomme, per sei mesi o un anno, o più, dopo la cessazione. È assolutamente sbagliato sostenere che la gomma li abbia resi dipendenti dalla nicotina. Erano dipendenti dalle sigarette. E' vero però che l'assunzione orale di nicotina contribuisce a mantenere la dipendenza dalla nicotina. Tale fenomeno non esiste per esempio con i cerotti, che producono una curva farmacocinetica di assorbimento della nicotina meno ripida e offrono più probabilità di regredire dalla dipendenza; lo svantaggio è che si possono verificare episodi di craving in determinati momenti della giornata.

Non tutta la nicotina contenuta in una gomma viene assorbita nella bocca; una gomma che contiene 2 mg di nicotina non trasferisce 2 mg di nicotina alla mucosa orale e al sangue, ma un po' meno di 1,5 mg, con variazioni da una marca all'altra (tutte le forme da 1,5 mg

a 2 mg sono quasi bioequivalenti a 2 mg). Le variazioni individuali dipendono notevolmente da come la gomma viene masticata. Le variazioni cinetiche da un soggetto all'altro sono generalmente maggiori nei casi dei cerotti rispetto alle forme orali, ma sono molto meno significative che nel caso delle sigarette. Il fumare in un momento della giornata o in un altro può produrre dosi di nicotina che variano da 1 a 5 mg nella stessa sigaretta.

Questi cambiamenti cinetici non sono così significativi nella pratica perché la dose delle forme orali è determinata dal paziente che assume la quantità necessaria a far sparire il craving.

In ogni caso deve essere chiaro al paziente che le gomme non devono essere utilizzate come gomme da masticare, ma vanno masticate lentamente e la saliva non deve essere inghiottita.

Gomme da masticare (gum)

La gomma da masticare esiste in dosaggi da 2 mg a 4 mg. La gomma da 2 mg è disponibile per i fumatori con bassa e media dipendenza, quella da 4 mg per i fumatori altamente dipendenti (con un punteggio di 7 o più al test di Fagerstrom). Il gusto ha un sapore naturale o è aromatizzato con menta, cannella, arancia o altri sapori di frutta.

La gomma da masticare richiede una buona tecnica per essere efficace e per evitare di causare effetti collaterali quali: dolori alla bocca, alle mascelle, dolori allo stomaco o singhiozzo. La gomma presa per via orale viene masticata una o due volte, poi viene lasciata contro la guancia per 3 minuti, e poi masticata una volta al minuto per circa venti minuti. Quando si è terminato, la gomma deve essere smaltita fuori dalla portata dei bambini perché, come le sigarette, è un prodotto contenente nicotina.

Compresse sublinguali

Queste compresse da 2 mg sono piccole e non rivestite e devono essere collocate sotto la lingua. Possono causare una sensazione di torpore, ma non hanno sapore. Poiché non è necessario masticarle o succhiarle, si evita l'eccessiva salivazione (che può causare il singhiozzo). Si sciolgono in bocca in 15-30 minuti.

Lozenges

Le lozenges (pastiglie orosolubili non commercializzate in Italia, n.d.t) sono disponibili in dosaggi da 1 a 4 mg e l'assorbimento

orale è migliore della gomma. La somministrazione delle pastiglie è semplice, in quanto sono rivestite con un film. Sono assorbite lentamente, senza masticare.

Inalatori

Un inalatore (inhaler) è costituito da un tubo di plastica bianco simile ad un supporto per sigarette che si apre per contenere una cartuccia di nicotina. Mentre la cartuccia è inalata, come fa il fumatore con una sigaretta, una piccola quantità di nicotina viene proiettata sulla mucosa orale dove viene assorbita. Le cartucce contengono 15 mg di nicotina. Alcuni forti fumatori consumano la cartuccia entro un'ora, altri possono mantenere lo stesso inalatore tutto il giorno e non finire la cartuccia entro la serata. Questa forma di sostituzione mantiene/consente sia il gesto di fumare sigarette che assumere la nicotina.

Spray

In alcuni paesi sono disponibili spray nasali venduti su prescrizione medica. Questi spray hanno il vantaggio di essere molto efficaci nel sopprimere i sintomi d'astinenza. Hanno due grandi inconvenienti: il primo è che causano irritazioni nasali (a volte importanti), il secondo è che somministrano nicotina al cervello improvvisamente, quasi con la stessa velocità delle sigarette, questo spiega la dipendenza persistente da questo prodotto al di fuori della cessazione dal fumo.

4.3.1.6 Istruzioni per la prescrizione

Scegliere la dose iniziale della terapia sostitutiva nicotinic

Quando si smette, il punto essenziale è quello di sostituire la nicotina raggiungendo un livello vicino a quello che è stato assunto con la sigaretta (80-90%). Questa quantità è difficile da determinare a priori, perché, nel fumare una sigaretta, alcuni fumatori sono 10 volte più nicotina-dipendenti di altri. La dose iniziale di prodotti sostitutivi può essere facilmente determinata dalla quantità di sigarette fumate al giorno e da quando si accende la prima sigaretta (Tabella 4.9).⁸ I fumatori meno dipendenti potrebbero non richiedere un trattamento farmacologico, i più dipendenti potrebbero richiedere invece due cerotti associati a delle formulazioni orali. La quantità di nicotina fornita dal più forte cerotto è, per molti fumatori, simile a quella fornita da un

Tabella 4.9: Dosi iniziali di terapia sostitutiva nicotinic (NRT) proposte (fonte: INPES, France)⁸

ACCENSIONE DELLA PRIMA SIGARETTA AL MATTINO	Numero di sigarette fumate al giorno			
	<10 sig/die	10-19 sig/die	20-30 sig/die	> 30 sig/die
< 5 min		Cerotto alto dosaggio (0,9 mg/h) +/- NRT orale	Cerotto alto dosaggio (0,9 mg/h) +/- NRT orale	2 Cerotti alto dosaggio (1,8 mg/h) +/- NRT orale
< 30 min		Cerotto alto dosaggio (0,9 mg/h)	Cerotto alto dosaggio (0,9 mg/h) +/- NRT orale	Cerotto alto dosaggio (0,9 mg/h) +/- NRT orale
< 60 min dopo il risveglio	No farmaci o NRT orale	NRT orale	Cerotto alto dosaggio (0,9 mg/h)	Cerotto alto dosaggio (0,9 mg/h) +/- NRT orale
> 60 min dopo il risveglio	No farmaci o NRT orale	No farmaci o NRT orale	NRT orale	
Non giornalmente	No farmaci o NRT orale	No farmaci o NRT orale		

pacchetto di sigarette, ma per alcuni rari fumatori può essere eccessiva, mentre per altri potrebbe non essere sufficiente. Quando è necessaria una dose elevata di nicotina, il metodo più frequentemente raccomandato è una combinazione di cerotto e forme orali o l'utilizzo di più cerotti. È possibile associare un cerotto a forme orali con somministrazioni sfalsate per alleviare i momenti di craving che possono persistere, analogamente a quanto fatto per alleviare il dolore grave in pazienti affetti da tumore, ai quali sono somministrate dosi di morfina a lento rilascio, dando però ai pazienti l'opportunità di utilizzare dosi trasversali per alleviare il dolore persistente. Fintanto che persiste il craving non c'è pericolo nell'associare cerotti e forme orali. La terapia sostitutiva nicotinic mista è meno pericolosa dell'associazione di sigari e sigarette.

Naturalmente le concentrazioni di nicotina, la cotinina urinaria o i livelli di CO espirato possono talvolta contribuire ad una regolazione più fine del dosaggio, ma questa tabella suggerisce una dose che è frequentemente vicina alla dose finale.

Aggiustamento del dosaggio dopo 24-72 ore

La disponibilità di dosi variabili di sostituti nicotinici orali permette un immediato adattamento alle dosi di nicotina, ma i fumatori

sono solitamente esitanti e temono il farmaco a base di nicotina, anche se per anni hanno assunto più dosi di nicotina sotto forma di fumo di tabacco. I fumatori invece spesso sperimentano per diversi decenni la titolazione delle concentrazioni di nicotina modulando il numero di sigarette fumate e l'intensità del consumo per adattare le concentrazioni di nicotina al fine di soddisfare i loro recettori nicotinici.

I medici dovrebbero essere pronti a individuare i segni di sovradosaggio (rari) e i segni di sotto-dosaggio (frequentissimi) nelle prime 24-72 ore dopo la cessazione.

Segni di sovradosaggio

Non esiste overdose di nicotina quando persiste il craving. In un paziente che non sente invece la voglia di fumare, il sovradosaggio provoca l'impressione di aver fumato troppo, con nausea e tachicardia. Questi segni sono transitori e spariscono rapidamente dopo poche ore dalla sospensione del trattamento, per cui dopo si può riprendere il trattamento con una dose ridotta.

Segni di sotto dosaggio

I fumatori con nicotina sotto dosata dimostrano:

- voglia di fumare
- forte nervosismo e sintomi simili
- craving da cibo che li spinge a fare degli spuntini
- difficoltà a dormire
- spesso continuano a fumare alcune sigarette.

Frequentemente è utile guidare i fumatori per regolare il dosaggio:

- fornendo informazioni in modo che possano adattare da soli il dosaggio nella maggior parte dei casi, o
- chiedendo loro di chiamare il medico entro 24-72 ore dalla cessazione
- consigliando loro di chiamare quit-lines o fare ricorso ad altri sostegni per la cessazione dal tabacco che possono aiutare a regolare la dose e fornire ulteriori consigli.

Se il paziente prende più di 8-10 dosi di formulazioni orali o più sigarette al giorno nonostante l'applicazione di un cerotto, è meglio applicare un secondo cerotto per garantire una fornitura costante di nicotina.

4.3.1.7 Controindicazioni

Non ci sono controindicazioni per la nicotina sostitutiva tranne in caso di allergia (rari per gli utenti che usano cerotti, eccezionali per i pazienti che assumono forme orali). In alcuni paesi la gravidanza è considerata una controindicazione. Naturalmente, la terapia sostitutiva della nicotina non è indicata per i non fumatori. Precauzioni devono essere adottate nei giovani di età inferiore a 18 o 15 anni, in caso di recenti eventi cardiaci e in gravidanza. Queste precauzioni devono essere pesate in base al rischio particolarmente elevato di fumare in queste condizioni (il 50% degli utilizzatori del tabacco viene ucciso da una malattia correlata al tabacco).

4.3.1.8 Effetti negativi, precauzioni, avvertenze, interazioni farmacologiche

I rischi dei farmaci sostitutivi nicotinici sono simili a quelli della nicotina nel tabacco. Non vi è alcun rischio aggiuntivo a causa della sostituzione parziale o totale della nicotina fornita dal tabacco rispetto a quella fornita da sostituti. L'assunzione di farmaci a

base di nicotina elimina centinaia di tossine contenute nel fumo di tabacco e costituisce un beneficio complessivo per la salute rispetto all'uso del tabacco. La riduzione dell'infiammazione indotta dalla cessazione dal tabacco porta a cambiamenti nella cinetica di alcuni farmaci e si raccomanda di rivalutare il trattamento con teofillina, warfarin ecc.

Rischio di dipendenza da sostituti nicotinici

C'è un rischio molto piccolo di diventare dipendente da NRT. Con forme orali di NRT potrebbe esserci un piccolo livello di flusso eccessivo di nicotina al cervello, che può portare alla persistenza della dipendenza in alcuni fumatori, dopo la cessazione dal fumo. Il rischio di dipendenza è il più alto con il tabacco, molto più basso con il tabacco orale, più basso con la sigaretta elettronica, ancora più basso con la terapia sostitutiva nicotinicica e praticamente assente con i cerotti (Figura 4.7).

Nei soggetti che utilizzano cronicamente la gomma, non esiste alcun problema medico importante se il paziente rimane in trattamento per mesi o addirittura anni. Dopo aver consumato un po' di gomme, spesso gli utenti si stancano e dicono di "averne abbastanza".

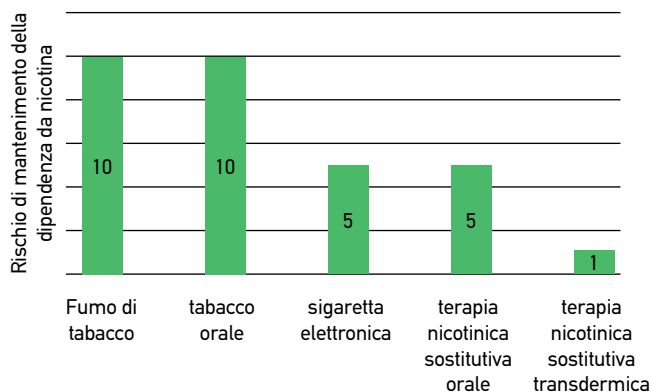
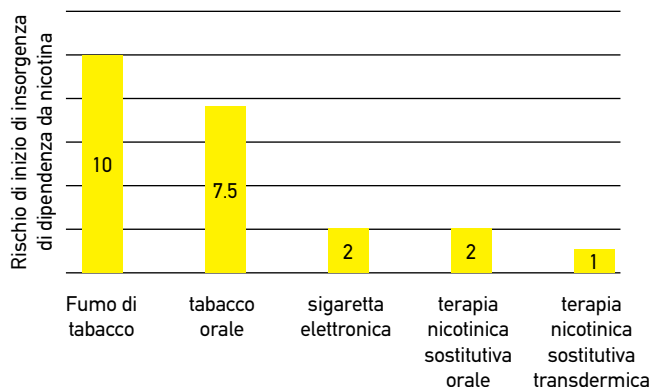
Controllando la tempistica del consumo di gomme, si ottengono informazioni utili per capire se le gomme vengono invece consumate per gestire le emozioni in modo sistematico, ciò significa che questi pazienti hanno la necessità di riempire una carenza permanente. In alcuni casi, se si usano i cerotti per sostituire le formulazioni orali, si possono eliminare i picchi di nicotina nel sangue e così si può consentire di raggiungere la completa astensione da nicotina.

Rischi della terapia sostitutiva nicotinicica

La terapia sostitutiva con nicotina può avere effetti collaterali, come reazioni allergiche o non allergiche. Questi fenomeni sono solitamente benigni. A volte è difficile sapere se gli effetti collaterali osservati sono correlati alla modifica dello status di fumatore (cioè ai sintomi d'astinenza), al cambiamento dello stile di vita o sono dovuti al farmaco.

In caso di allergia, è sempre possibile essere allergici alla terapia sostitutiva nicotinicica stessa, ma questo rischio è abbastanza eccezionale ed è più teorico che pratico, tuttavia esistono

Figura 4.7: Rischio stimato di inizio della dipendenza e mantenimento della dipendenza da prodotti nicotinici



allergie ai cerotti, in particolare agli adesivi utilizzati. La risposta appropriata a tali disturbi dipende dalla gravità e dall'ampiezza delle reazioni.

Altri effetti indesiderati (vedi tabella 4.10) sono generalmente moderati e non sono paragonabili alle conseguenze del fumo. Questo è il motivo per cui tali farmaci sono generalmente disponibili senza prescrizione medica.

È sempre più sicuro assumere la terapia sostitutiva della nicotina rispetto al tabacco.

Tabella 4.10: Effetti collaterali della nicotina

Effetti collaterali comuni (più di una persona su 100):
Cefalea
Vertigini
Singhiozzo
Gola infiammata
Irritazione o secchezza della bocca
Nausea, vomito, disturbi digestivi
Non comuni (più di una persona su 1000):
Palpitazioni
Effetti collaterali rari (più di una persona su 10.000):
Presenza di tachicardia o aritmie

Effetti negativi del trattamento comparati con i sintomi da cessazione

I pazienti spesso interpretano come effetti collaterali del trattamento sintomi che sono invece legati alla cessazione dal fumo. I sintomi astinenziali più spesso attribuiti al trattamento sono le sindromi depressive e i disturbi del sonno.

- Molti individui che smettono di fumare sperimentano segni di depressione, che possono variare da lievi a gravi. La presenza della depressione non è legata all'uso di farmaci per la cessazione, ma piuttosto al fatto che smettere di fumare può stimolare/smascherare una depressione latente. Se un paziente ha una storia passata di depressione, occorre prestare attenzione per evitare una ricaduta nella depressione, includendo un monitoraggio delle modifiche del tono dell'umore. Per i pazienti che riportano una depressione attuale, i medici dovrebbero iniziarne il trattamento a fianco del sostegno alla cessazione dal fumo come indicato nelle migliori linee guida per il trattamento della depressione.
- Disturbi del sonno e modifiche della qualità del sonno si verificano nella maggioranza dei fumatori che smettono di fumare, indipendentemente dall'uso di farmaci per la cessazione. Questi cambiamenti hanno diversi gradi di gravità. Richiedono quanto meno una valutazione della

gravità del disturbo del sonno. Il verificarsi di incubi dovrebbe essere ritenuto un allarme immediato per una possibile depressione. Altri disturbi possono verificarsi in un periodo più lungo (questi spesso scompaiono spontaneamente). Gli individui che utilizzano il cerotto e che provano incubi dovrebbero essere avvertiti che devono rimuoverlo di notte.

Raccomandazioni

- La terapia sostitutiva nicotinică è raccomandata come una farmacoterapia efficace per la cessazione dal fumo (evidenza di livello A).
- Una combinazione di NRT orale e di cerotti, che viene titolata allo scopo di avvicinarsi all'assunzione giornaliera di nicotina che l'individuo raggiungeva quando fumava, aumenterà la probabilità di smettere (evidenza di livello A).
- L'uso prolungato di NRT oltre 14 settimane ha dimostrato di aumentare il successo nella cessazione dal fumo (evidenza di livello A).

4.3.2 Trattamento con bupropione SR (Slow Release)

Il bupropione SR (Slow Release) o RP (Rilascio Prolungato), è stata la prima terapia non nicotinică che si è dimostrata efficace nel trattamento della dipendenza da nicotina. Il bupropione SR è noto a livello mondiale dal 1997 e in Europa dal 2000. È disponibile solo su prescrizione medica. Questo farmaco è stato utilizzato per lungo tempo negli Stati Uniti per i pazienti con schizofrenia e altre malattie. Poiché molti pazienti che ricevevano questo farmaco smettevano di fumare involontariamente, Linda Ferry, un medico che aveva in cura questi pazienti, ha cominciato a esaminarne l'efficacia nella cessazione dal fumo. È stata studiata e commercializzata una formulazione a lento rilascio (SR, n.d.t). Poiché il bupropione è stato usato come antidepressivo negli Stati Uniti dal 1989,⁹ il suo profilo farmacologico rispetto agli eventi avversi è ben documentato insieme ai dati relativi alla sicurezza del prodotto.¹⁰ Come per qualsiasi altro antidepressivo, gli effetti collaterali comuni sono la bocca secca, l'insonnia e il mal di testa. I consumatori potenziali di questo medicinale devono essere informati sui suoi effetti collaterali.

Meccanismo d'azione

Il bupropione blocca la liberazione neuronale di dopamina e

di noradrenalina e, probabilmente, agisce anche inibendo la funzione dei recettori nicotinicî anticolinergici, dimostrata in vitro.¹¹ Esso imita l'effetto della nicotina derivata dalle sigarette inibendo il re-uptake di noradrenalina e dopamina e si pensa che riduca l'astinenza da nicotina anche attraverso questi meccanismi. Sembra che l'efficacia del bupropione per la dipendenza da nicotina sia una proprietà separata dall'azione antidepressiva, in quanto la sua azione positiva sulla cessazione dal fumo è stata dimostrata anche nei pazienti non depressi.¹²

Il bupropione agisce rimuovendo alcuni dei sintomi dell'astinenza da nicotina, in particolare la depressione, riducendo complessivamente la gravità della sindrome da astinenza, il che lo rende raccomandabile come un aiuto efficace nel processo di cessazione dal fumo. Il bupropione aiuta i pazienti diminuendo il desiderio di fumare. La somministrazione di bupropione ai fumatori con grave dipendenza da nicotina riduce notevolmente i sintomi della depressione associati all'astinenza. Il bupropione raddoppia il tasso di astinenza rispetto al placebo e ha effetti simili su entrambi i sessi.¹²

Recentemente è stata pubblicata un'analisi genetica della risposta al bupropione che suggerisce che il successo di questo farmaco nella cessazione dal fumo è determinato in parte dalla variazione del CYP2B6, il gene che codifica l'enzima primario responsabile del metabolismo del bupropione, anziché da una variazione genetica delle reti colinergiche nicotiniche.¹³

Evidenza clinica dell'efficacia del bupropione

Una meta-analisi di 44 studi randomizzati supporta l'efficacia del bupropione nel trattamento della dipendenza da nicotina e conclude che il bupropione aumenta significativamente il tasso di astinenza a lungo termine rispetto al placebo (OR di 1,62; 95%, CI 1,49-1,76).¹²

In uno studio randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo, il 27% dei pazienti trattati con bupropione era astinente dopo sei mesi, rispetto al 16% che aveva ricevuto placebo.¹⁴ Inoltre, il tasso di astinenza a lungo termine nei pazienti trattati con bupropione era doppio quando accompagnato dalla terapia comportamentale rispetto al placebo.¹⁵ Esistono dati sull'efficacia del bupropione nella cessazione dal fumo nel sottogruppo dei fumatori con il genotipo DRD2 Taq1 A2/A2 del gene D2 del

recettore della dopamina: alla fine del trattamento, la percentuale di astinenza rispetto al placebo è stata tre volte superiore nei soggetti che hanno ricevuto bupropione.¹⁶ Il bupropione SR ha inoltre dimostrato di diminuire il craving e attenuare l'aumento di peso post-cessazione tra i fumatori che tentano di smettere.

Indicazioni

Il bupropione è una farmacoterapia di prima linea che si è dimostrata efficace nel trattamento dell'uso del tabacco e della sua dipendenza. Il bupropione è raccomandato solo su prescrizione medica per tutti i pazienti motivati a smettere di fumare che non abbiano controindicazioni. Inoltre è un'alternativa efficace per i pazienti che non hanno tollerato o hanno provato l'NRT senza successo, o per i pazienti che esprimono una preferenza per terapie non nicotiniche.

Il bupropione è raccomandato come un efficace farmaco per la cessazione dal fumo, anche nelle seguenti situazioni:

- Per evitare l'aumento di peso post-astinenza: il bupropione può essere usato per i fumatori preoccupati di prendere peso dopo la cessazione dal fumo. Infatti, Hays et al. riportano in una indagine un miglior controllo del peso e un più alto tasso di astinenza rispetto al placebo, un anno dopo la fine del periodo di trattamento con bupropione.¹⁸
- Per prevenire la ricaduta: pazienti che hanno smesso di fumare ricevendo bupropione per 7 settimane, continuando la terapia fino a 52 settimane hanno ritardato la ricaduta nel fumo.
- Per prevenire la ricaduta nei pazienti alcolisti nella fase di recupero. Nei pazienti con malattia polmonare cronica ostruttiva. Sebbene Garcia Rio et al. Abbiano ipotizzato che il bupropione potrebbe danneggiare la risposta ventilatoria all'ipossia e all'ipercapnia con un effetto potenzialmente nocivo sull'evoluzione della BPCO, nessuno degli studi che hanno valutato l'efficacia del bupropione come terapia di cessazione dal fumo nei pazienti con malattia cronica polmonare ha mostrato tali effetti collaterali.¹⁹

Uso clinico

Il bupropione è disponibile in scatole di 28 compresse da 150 mg. Nei primi tre giorni i pazienti devono prendere una dose di 150

mg di bupropione per via orale ogni mattina, successivamente 150 mg due volte al giorno (a intervalli di minimo 8 ore) per il resto del trattamento, per una durata totale che può variare da 7 a 9 o 12 settimane. Il prolungamento della durata della cura iniziale comporta il mantenimento di un'astinenza da tabacco più duratura. Per la terapia a lungo termine, si può prendere in considerazione il bupropione SR 150 mg/die per un periodo di sei mesi dopo la cessazione.²⁰

I pazienti dovrebbero iniziare il trattamento con bupropione SR 1-2 settimane prima di smettere di fumare. Devono impostare una data di cessazione nella seconda settimana di trattamento e possono iniziare a usare il bupropione anche se continuano a fumare. Si ritiene che dopo una o due settimane di trattamento, il livello sierico di bupropione raggiunga uno stato stazionario e si può effettuare il tentativo di smettere. È stato dimostrato che continuare a fumare non influenza in modo significativo la farmacoterapia con il bupropione. Secondo alcuni autori, se il paziente non riesce a smettere di fumare alla data inizialmente impostata, si consiglia di ritardare la cessazione fino alla terza o alla quarta settimana di trattamento, fino a raggiungere l'astinenza²⁰.

Istruzioni per la prescrizione

Interruzione del fumo prima della data prevista per la cessazione: è noto che alcuni pazienti possono perdere il desiderio di fumare prima della data fissata per smettere o ridurre spontaneamente la quantità di tabacco usata.

Informazioni sul dosaggio: Se è presente insonnia, prendere la dose nel pomeriggio può portare qualche beneficio.

Alcol: Si consiglia di non utilizzare in combinazione con alcool, o al massimo solo con quantità minime. Se si manifestano cambiamenti dell'umore, consultare un medico.

Controindicazioni

Controindicazioni sono presenti nei seguenti casi:

- età inferiore ai 18 anni;
- gravidanza, allattamento al seno: il bupropione non si è dimostrato efficace per il trattamento della dipendenza da tabacco nelle fumatrici incinte;
- Il bupropione non è stato valutato nelle pazienti che allattavano;

- ipersensibilità al bupropione o ai suoi componenti inattivi;
- disturbi convulsivi precedenti o attuali, tumori del cranio e del cervello, storia clinica di crisi epilettiche o condizioni che favoriscono convulsioni;
- disturbi alimentari;
- disturbi bipolari;
- astinenza da consumo cronico di alcol, grave insufficienza epatica, cirrosi epatica;
- uso di inibitori della MAO nelle ultime due settimane, storia di uso di benzodiazepine.

Eventi avversi, precauzioni, avvertenze, interazioni farmacologiche

Principali eventi avversi

Una revisione degli studi clinici ha mostrato il doppio di eventi avversi nei pazienti che hanno ricevuto bupropione rispetto al placebo.¹ Gli effetti collaterali riscontrati più frequentemente nei pazienti che prendono bupropione sono:

- insonnia,
- mal di testa,
- bocca asciutta

Per contrastare la bocca secca e il mal di testa è consigliabile ingerire gradualmente due o tre litri di liquidi al giorno. Per evitare l'insonnia si consiglia di prendere la prima compressa di bupropione al mattino, il più presto possibile, in modo che la seconda compressa sia presa nel pomeriggio, preferibilmente almeno quattro ore prima del sonno. L'insonnia può essere ridotta anche regolando la dose di bupropione a 150 mg/die.

In uno studio più grande relativo all'esperienza francese riguardante il trattamento di cessazione dal fumo con bupropione nel periodo 2001-2004, gli autori hanno rilevato 1682 reazioni avverse su 698.000 pazienti trattati con bupropione nei primi tre anni di vendita del prodotto in Francia.²¹ Di questi 1682 eventi avversi, il 28% è stato registrato come grave reazione avversa, con il seguente spettro:

- 31,2% di reazioni cutanee (reazioni allergiche, "malattia da siero", angioedema)
- 22,5% di reazioni neurologiche (soprattutto cerebro-vascolari)
- 17,2% di reazioni neuropsicologiche (in particolare pensieri di

suicidio, depressione).

Dopo un'attenta analisi dei casi è stato dimostrato che nel 66% delle reazioni neurologiche/psicologiche e in quasi il 50% delle reazioni neurologiche sono stati individuati fattori di rischio predisponenti.²¹

Altri eventi avversi

Sono stati descritti eventi avversi come vertigini, alta pressione sanguigna, dolore toracico, sindrome ansioso-depressiva, diminuzione delle prestazioni intellettuali, disturbi visivi e, raramente, convulsioni, oltre che reazioni allergiche cutanee. L'evento avverso più allarmante è costituito dalle convulsioni. Si verifica molto raramente (1: 1000) ed è di solito facilitato da fattori di rischio preesistenti, come disturbi della circolazione cerebrale, traumi cranico-cerebrali, epilessia, disturbi alimentari, contemporanea assunzione di farmaci che abbassano la soglia di crisi ecc.

Sono riportati rari casi di angioedema²², di ipernatremia, compresa una sindrome da inadeguata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH) che costituiscono non rare complicazioni della terapia antipsicotica.²³

Precauzioni d'impiego

Nei soggetti più anziani e nei casi associati a grave insufficienza renale o epatica, si raccomanda di aggiustare (ridurre) la dose di bupropione a metà, ossia 150 mg di bupropione al giorno. Le persone che necessitano di elevati livelli di attenzione, come i conducenti di autoveicoli e i pazienti che utilizzano apparecchiature, sono invitati a verificare gli effetti del bupropione prima di eseguire queste attività, dato che potrebbero verificarsi vertigini, riduzione delle capacità di concentrazione e di attenzione.

Poiché è stata descritta l'insorgenza di ipertensione nei pazienti sottoposti a trattamento con bupropione, è necessario monitorare attentamente la pressione del sangue, soprattutto quando si utilizzano combinazioni terapeutiche, come l'associazione di bupropione e cerotti con nicotina.

Tutti i pazienti che utilizzano bupropione e altri farmaci per la cessazione dal fumo devono essere monitorati per i sintomi appartenenti alle seguenti categorie: disturbi comportamentali,

ostilità, agitazione, stati d'animo negativi, pensieri/tentativi di suicidio e ideazione comportamentale aberrante. Quando tali manifestazioni si verificano, i pazienti devono interrompere immediatamente l'uso del bupropione e contattare il proprio medico.²⁴ L'EMA e l'FDA raccomandano ai pazienti di informare il proprio medico curante di qualsiasi storia di malattia psichiatrica verificatasi prima di iniziare questo farmaco e ai medici di monitorare i cambiamenti di umore e di comportamento quando si prescrive questo farmaco. Per ulteriori informazioni, consultare i siti web della FDA a proposito delle avvertenze.^{25,26}

Prima di prescrivere il bupropione, il medico dovrebbe controllare i seguenti aspetti che impongono determinate precauzioni per l'uso:

- sostanze che possono ridurre la soglia convulsiva: farmaci antipsicotici, antidepressivi, tramadolo, metilxantine, steroidi sistemici, antistaminici, antibiotici come i chinoloni, sostanze psicostimolanti o anoressizzanti;
- storia di alcolismo;
- precedenti di diabete mellito o traumi cranio-cerebrali.

Si raccomanda inoltre una maggiore attenzione in caso di uso simultaneo di farmaci che possono interagire con il bupropione: cautela quando contemporaneamente si utilizzano farmaci che inducono o inibiscono l'enzima 2D6 o le strutture P 450. Allo stesso tempo, si raccomanda di misurare la pressione del sangue, nonché le concentrazioni nel sangue di teofillina, tacrina, clozapina, eventualmente imipramina, fluvoxamina e pentazocina, in quanto possono aumentare se utilizzati contemporaneamente con bupropione. La somministrazione concomitante di bupropione determina anche l'aumento nel sangue di alcuni antidepressivi (imipramina, paroxetina e desipramina), di alcuni farmaci anti-psicotici (risperidone, tioridazina), di metoprololo, di farmaci antiaritmici come il propafenone. Si raccomanda inoltre attenzione quando si utilizzano i seguenti farmaci insieme al bupropione: ciclofosfamida, carbamazepina, valproato, levodopa e amantadina.

Indicazioni per interrompere la terapia con bupropione

- presenza di convulsioni;
- sintomi della malattia da siero: articolazioni o dolori

muscolari, febbre;

- reazioni anafilattiche o ipersensibilità: irritazioni, eruzioni cutanee, dolori/costrizione toracica, dispnea, edema.

Costo-efficacia del trattamento con bupropione

In una revisione sistematica per confrontare l'efficacia dei costi delle terapie di prima linea non-nicotiniche (vareniclina e bupropione SR) per la cessazione dal fumo e per individuare le differenze nei modelli utilizzati e le loro conclusioni in termini di costo-efficacia, la vareniclina ha superato il bupropione nella maggior parte dei modelli.²⁷ Tuttavia, quando si valutano i risultati, dovrebbe essere presa anche in considerazione l'applicabilità dei modelli alla pratica clinica e le variabili che modificano le conclusioni del rapporto costo-efficacia²⁷.

Raccomandazione

- Il bupropione SR è raccomandato come un'efficace farmacoterapia per la cessazione dal fumo (evidenza di livello A).

4.3.3 Trattamento con vareniclina

La vareniclina, la più recente terapia farmacologica per la cessazione dal fumo, è stata approvata per l'uso in Europa e nel mondo a partire dal 2006. La vareniclina è disponibile con prescrizione medica.

4.3.3.1 Meccanismo d'azione

Il meccanismo con cui la vareniclina aiuta i fumatori a raggiungere l'astinenza deve essere compreso nel contesto del ruolo che la nicotina svolge determinando la dipendenza dal tabacco. La nicotina agisce sui recettori neuronali nicotinici dell'acetilcolina (nAChR) all'interno della zona tegmentale ventrale del cervello, provocando il rilascio della dopamina nel nucleo accumbens, che rafforza il comportamento alla ricerca di nicotina. L'attivazione di questi recettori nella zona tegmentale ventrale avviene quando nel sangue ci sono sufficienti livelli di nicotina²⁸.

Nel sistema nervoso centrale, i sottotipi predominanti dei recettori neuronali nicotinici dell'acetilcolina (nAChR) sono le varietà $\alpha 4\beta 2$ ($\alpha 4\beta 2$) e $\alpha 7$ ($\alpha 7$). Di questi, la prima ($\alpha 4\beta 2$) è la più prevalente nel sistema nervoso centrale e rappresenta circa

rispetto al placebo e che i pazienti trattati con vareniclina avevano significativamente effetti meno piacevoli del fumo rispetto a quelli trattati con bupropione.³³

Considerati insieme, tutti questi dati clinici dimostrano che la vareniclina è superiore al placebo e suggeriscono che la vareniclina è più efficace della monoterapia con NRT e bupropione per ottenere un'astinenza dal fumo a breve termine. La vareniclina non solo riduce notevolmente il desiderio di fumare e i sintomi d'astinenza, ma riduce anche significativamente l'effetto gratificante della nicotina e ritarda la ricaduta.³⁴

Efficacia del trattamento prolungato

È stato dimostrato che le terapie di più lunga durata con vareniclina sono più efficaci di quelle più brevi, rispetto all'astinenza a 6-12 mesi. In uno studio che ha valutato una durata maggiore della terapia, i partecipanti che hanno ottenuto l'astinenza dal fumo alla fine del trattamento con vareniclina in aperto dopo 12 settimane, sono stati randomizzati in due gruppi per altre dodici settimane: il primo ha ricevuto vareniclina con dosaggio a 1 mg due volte al giorno, mentre il secondo gruppo un placebo. Alla fine della seconda fase di trattamento (24° settimana dello studio), il 71% dei partecipanti che aveva ricevuto il trattamento attivo è rimasto astinente rispetto al 50% dei partecipanti che aveva ricevuto il placebo (OR 2,48, 95% CI: 1,95-3,16). A 52 settimane di follow-up, i soggetti che avevano assunto vareniclina avevano tassi di astinenza dal fumo significativamente più elevati rispetto a quelli che avevano ricevuto il placebo (44% contro 37% per l'astinenza continua alle settimane 13-52, OR 1,34, 95% CI: 1,06-1,69).³⁵ Una seconda analisi dei dati di questo studio suggerisce inoltre che, quando viene utilizzato per la prevenzione delle ricadute, il percorso aggiuntivo di 12 settimane di vareniclina è più efficace nei fumatori che all'inizio hanno avuto difficoltà a raggiungere l'astinenza dal fumo.³⁶ C'è anche l'evidenza scientifica che la vareniclina è ben tollerata nel lungo termine - da tre a sei mesi, fino a un anno - e che prolungare la durata del trattamento impedisce le ricadute. È stata inoltre dimostrata la sicurezza e l'efficacia del trattamento a lungo termine (sei mesi) con la vareniclina. In uno studio su 377 fumatori adulti, i partecipanti sono stati randomizzati con un gruppo sottoposto a vareniclina (1 mg due volte al giorno) e l'altro gruppo sottoposto al placebo per

52 settimane. Il farmaco è stato ben tollerato. Il tasso di astinenza alla 52° settimana (misurato con prevalenza puntuale a 7 giorni) era del 37% per i soggetti trattati con vareniclina, 8% per il gruppo che aveva ricevuto il placebo.³⁷

Un altro studio ha valutato i fumatori che non riescono a smettere alla data indicata come obiettivo (TQD) o che vanno oltre il TQD, ma che alla fine riescono comunque ad ottenere l'astinenza con un trattamento continuato. Ciò è stato dimostrato effettuando una seconda analisi di dati aggregati provenienti da due trials identici sulla vareniclina rispetto al bupropione e al placebo. Due modelli di cessazione efficaci sono stati identificati tra i fumatori che hanno ottenuto un'astinenza continua nelle ultime quattro settimane di trattamento (settimane 9-12): i "quitters immediati" (IQs) ("immediate quitters") coloro che hanno smesso immediatamente, cioè nel giorno prefissato (il TQD, giorno 8) e sono rimasti continuamente astinenti per le settimane 2-12 e i "quitters ritardatari" (DQs) ("delayed quitters") coloro che hanno raggiunto l'astinenza iniziale un po' dopo dopo il TQD, o dopo la seconda settimana, e sono stati comunque recuperati prima della 9° settimana del trial. Rispetto agli IQs, i DQs hanno ritardato il raggiungimento dell'astinenza continua alla fine del trattamento. Questi dati sostengono la raccomandazione di continuare i trattamenti di cessazione senza interruzione per i fumatori che sono stati motivati a rimanere nel percorso di cessazione, nonostante la mancanza di successo nei primi mesi di trattamento.³⁸

Efficacia nei pazienti con BPCO

Tashkin et al., hanno rilevato che la vareniclina è una terapia farmacologica efficace e ben tollerata nei pazienti con forme di BPCO lievi-moderate, che determina un'astinenza continua nelle settimane 9-12 del 42,3% contro l'8,8% del placebo e un'astinenza nel follow-up (settimane 9- 52) del 18,6 % contro il 5,6% del placebo. È stato riscontrato un buon profilo di sicurezza rispetto agli studi precedentemente noti sulla vareniclina (2,8% di effetti avversi gravi in coloro che hanno ricevuto vareniclina rispetto al 4,4% nel gruppo placebo).³⁹

Efficacia nei pazienti con malattie cardiache

Nel 2010 Rigotti e Pipe et al. hanno pubblicato i loro risultati relativi

ad un trial che esaminava l'efficacia della vareniclina verso il placebo in 714 fumatori con malattie cardiovascolari stabili⁴⁰. Gli autori hanno riscontrato un tasso di astinenza continua più elevato con la vareniclina rispetto al placebo sia nelle settimane 9-12 (47,0% rispetto a 13,9%) che nelle settimane 9-52 (19,2% versus 7,2%).

Efficacia nei pazienti con HIV

In uno studio multicentrico in aperto, in fumatori affetti da HIV, la vareniclina da 1,0 mg è stata utilizzata due volte al giorno per 12 settimane con la titolazione della dose nella prima settimana. Gli eventi avversi ed i tassi di astinenza sono risultati comparabili a quelli di studi randomizzati controllati su fumatori generalmente sani HIV-negativi. In questo studio esplorativo, la vareniclina si è mostrata sicura e efficace per i fumatori affetti da HIV, anche se gli eventi avversi (soprattutto nausea) sono stati comuni. Si raccomanda un attento monitoraggio degli enzimi epatici e della pressione sanguigna per i fumatori affetti da HIV che assumono la vareniclina.⁴¹

Efficacia nei pazienti con disturbi psichiatrici

I dati provenienti dallo studio COMPASS sulla cessazione, hanno confrontato i fumatori con una storia psichiatrica con dei controlli.⁴² Tutti i pazienti hanno ricevuto, oltre alla vareniclina, una consulenza comportamentale, con un follow-up a 6 mesi dopo la chiusura del trattamento. La storia psichiatrica era basata su dati clinici riferiti di ansia, depressione, disturbo psicotico o bipolare. Analoghe percentuali di astinenza sono state riportate in entrambi i gruppi. I pazienti con una storia psichiatrica hanno avuto maggiore probabilità di segnalare ansia e depressione. Gli effetti collaterali sono stati valutati d'intensità moderata o meno. Nel complesso, una diagnosi psichiatrica in questo studio non ha prodotto un peggior risultato nel trattamento o peggiori effetti collaterali.⁴²

Un grande studio randomizzato multicentrico controllato (Anthenelli et al.) ha condotto una comparazione testa-testa di 12 settimane per la vareniclina rispetto al placebo in un campione di fumatori affetti da depressione maggiore attuale o pregressa, in terapia stabilizzata (n = 525).⁴³ Lo studio ha valutato l'astinenza dal fumo, nonché i cambiamenti nei livelli di umore e ansia. Il

trial ha scoperto che, tra le 9 e le 52 settimane, la vareniclina ha aumentato la cessazione dal fumo tra i fumatori con depressione stabile attuale o pregressa senza aumentare la depressione o l'ansia (20,3% vs 10,4%; OR 2,36 CI 1,40-3,98 P <0,001). Ci sono state perdite significative al follow-up riportate in questo studio e questo limita le conclusioni che possono esserne tratte. Questa indagine ha escluso i pazienti con depressione non trattata, con comorbidità e quelli che ricevevano stabilizzanti dell'umore e anti-psicotici.

Una meta-analisi di sette studi (n=352) che ha confrontato l'efficacia della vareniclina rispetto al placebo tra individui con schizofrenia non ha trovato la vareniclina superiore al placebo.⁴⁴ La vareniclina è stata ben tollerata dai partecipanti con schizofrenia e non è stato osservato alcun aumento degli eventi neuropsichiatrici tra i due gruppi. A causa della piccola dimensione del campione sono necessari altri studi per esaminare ulteriormente l'uso della vareniclina nei pazienti con schizofrenia.

Il recente studio EAGLES ha incluso i pazienti con i seguenti disturbi: disturbo d'ansia, psicosi e disturbo della personalità borderline. Non è stata documentata alcuna evidenza di eventi neuropsichiatrici maggiori.⁴⁵ Gli autori sottolineano tuttavia che i risultati non possono essere generalizzati ai fumatori con disturbi psichiatrici non trattati o instabili.

Un aggiornamento del 2016 consistente in una meta-analisi condotta dalla Cochrane Collaboration, che coinvolgeva 14 studi sulla vareniclina, non ha trovato alcuna differenza nel manifestarsi di eventi neuropsichiatrici tra gli individui sani nei due bracci trattati con vareniclina e con placebo, tuttavia l'evidenza non è chiara per le persone con disturbi psichiatrici pregressi o attuali.³²

Efficacia tra gli utilizzatori del tabacco senza fumo

L'efficacia e la sicurezza della vareniclina per aiutare a smettere di fumare gli utilizzatori di tabacco senza fumo (ST cioè "smokeless tobacco") sono state valutate in 431 partecipanti (213 con la vareniclina; 218 con il placebo), che sono stati randomizzati ed hanno ricevuto almeno una dose del farmaco in studio.⁴⁶ Il tasso di astinenza continua nelle settimane 9-12 era più elevato nel gruppo con la vareniclina rispetto al gruppo con il placebo (59% vs 39%). Il vantaggio della vareniclina sul placebo persisteva dopo 14 settimane di follow-up (la frequenza continua di astinenza nelle

settimane 9-26 era del 45% vs 34%). Gli autori hanno concluso che la vareniclina può aiutare le persone a rinunciare al tabacco senza fumo ed ha un profilo di sicurezza accettabile. In questo studio, il tasso di risposta nel gruppo del placebo è stato alto, suggerendo che si tratta di una popolazione meno resistente al trattamento rispetto ai fumatori. Per ottenere dati preliminari sull'utilizzo della vareniclina come strategia di riduzione del tabagismo tra gli utilizzatori di tabacco senza fumo, Ebbert et al. hanno condotto uno studio pilota in aperto con 20 utilizzatori di tabacco senza fumo e hanno riportato che la vareniclina può essere efficace sia nel ridurre l'uso di ST che nel raggiungere l'astinenza, tra gli utilizzatori di ST che non avevano pianificato di smetterne l'uso ma che erano interessati solo a ridurlo.

4.3.3.3 Vareniclina in farmacoterapia combinata

I forti fumatori potrebbero trarre beneficio dalla terapia combinata con vareniclina e sostituti nicotinici, perché la vareniclina potrebbe non saturare completamente i recettori nicotinici durante incremento della dose.²⁴ I recettori parzialmente saturi possono portare ad una attenuazione parziale del desiderio di nicotina. Se la terapia sostitutiva nicotinica potesse portare a una saturazione più completa del recettore, allora il bisogno di fumare potrebbe attenuarsi maggiormente.

Questo effetto è stato inizialmente valutato in un programma di trattamento residenziale di otto giorni presso la Mayo Clinic (Rochester, New York, USA). Il primo gruppo di studio (n = 135) ha completato il programma di trattamento residenziale prima della prescrizione della vareniclina e ha ricevuto una "solita cura" composta cerotto di nicotina e/o bupropione a lento rilascio. Le forme brevettate di NRT sono state utilizzate ad libitum per il trattamento dei sintomi d'astinenza acuta da nicotina.⁴⁷ Il secondo gruppo (n = 104) ha completato il programma di trattamento residenziale dopo l'approvazione da parte della FDA della vareniclina e ha ricevuto pertanto una terapia di combinazione con vareniclina e sostituti nicotinici. Il cerotto è stata la forma predominante di NRT utilizzata, ed è stato spesso integrato con altre forme a breve durata di NRT. Quasi i tre quarti dei pazienti hanno usato più di una forma di NRT. Nessuna differenza significativa è stata osservata a sei mesi, tra i due gruppi, nel tasso di astinenza da fumo al 30° giorno. Ma, cosa importante, non

è stato osservato alcun aumento degli effetti collaterali riportati nei pazienti che hanno ricevuto il trattamento di combinazione. Principali limitazioni di questo studio sono la piccola dimensione del campione e il disegno non controllato.⁴⁸

Tre nuovi studi randomizzati controllati hanno esaminato l'efficacia.^{49,50,51} Hajek et al. non hanno trovato alcun aumento dell'astinenza tra i pazienti randomizzati che usavano la vareniclina più NRT rispetto a quelli che ricevevano solo la vareniclina, tuttavia questo studio è limitato dalla piccola dimensione del campione (n = 117).⁵⁰ In un RCT di Ramon et al. 341 fumatori che fumavano 20 o più sigarette al giorno sono stati randomizzati per ricevere per 12 settimane, vareniclina + cerotto con nicotina o vareniclina + cerotto con sostanza placebo: entrambi i gruppi hanno ricevuto anche il supporto comportamentale.⁵¹ Nel complesso c'è stato un piccolo aumento, ma non statisticamente significativo, nell'astinenza nel gruppo vareniclina + cerotto con nicotina. Le sub-analisi hanno documentato una percentuale di astinenza a 24 settimane significativamente maggiore tra gli individui che fumavano 29 o più sigarette utilizzando la terapia di combinazione (OR 1,46; 95% CI 1,2-2,8). Un altro RCT (n = 435), che ha confrontato anche la vareniclina da sola rispetto alla vareniclina in combinazione con NRT, ha trovato che la terapia combinata è associata a tassi di astinenza più alti a 12 settimane (1,85, 95% CI, 1,19-2,89; = 0,007) e a 24 settimane (49,0% contro 32,6%, OR 1,98; 95% CI: 1,25-3,14; P = 0,004) di follow-up.⁵² Gli autori hanno inoltre documentato una maggiore incidenza di nausea, disturbi del sonno, depressione, reazioni cutanee e stitichezza, tuttavia solo le reazioni cutanee hanno raggiunto la significatività statistica.

Sono necessari studi aggiuntivi sia per migliorare la nostra comprensione del valore del trattamento combinato con vareniclina e NRT che per valutare la possibilità di raccomandarlo in specifici sottogruppi di pazienti. Si può considerare il trattamento combinato per quei pazienti che hanno difficoltà a raggiungere la completa cessazione con la mono-terapia, tenendo conto però delle limitate evidenze disponibili in questo momento.

Raccomandazione

- Non ci sono controindicazioni nell'uso della vareniclina in combinazione con NRT (evidenza di livello B)

- Possono esserci benefici nella combinazione tra NRT e vareniclina, in particolare per i forti fumatori, anche se i risultati sono contrastanti. Ricerche ulteriori sono necessarie per supportare l'efficacia di questo approccio come pratica standard (evidenza di livello C).

4.3.3.4 Vareniclina e counselling

I dati sostengono l'efficacia della vareniclina quando è abbinata a vari programmi di trattamento comportamentali come avviene in un contesto reale (non RCT, n.d.t.). La misura in cui la vareniclina è efficace in associazione con il counselling telefonico proattivo, la comunicazione di informazioni sanitarie e il counselling comportamentale attraverso piattaforme web, o la combinazioni di queste, è stata indagata da Swan e altri. Gli autori hanno concluso che il counselling telefonico ha un maggiore vantaggio terapeutico per la cessazione precoce e sembra aumentare l'aderenza al trattamento farmacologico, ma l'assenza di differenze a sei mesi suggerisce che tutti gli interventi sono promettenti se usati in combinazione con la vareniclina.³

4.3.3.5 Indicazioni

La vareniclina è stato il primo farmaco sviluppato esclusivamente per la cessazione dal fumo.²⁴ Essa è disponibile soltanto su prescrizione medica ed è un farmaco di prima scelta per il trattamento della dipendenza nicotina.

4.3.3.6 Uso clinico

La vareniclina è somministrata per via orale, indipendentemente dall'ingestione di cibo (può essere assunta prima o dopo il pasto), secondo due tempistiche.¹

Fase iniziale: scatole con compresse dosate per le prime due settimane, come da prescrizione: 1 compressa da 0,5 mg/die, nei giorni 1-3 di trattamento, poi 1 compressa da 0,5 mg x 2volte/die, nei giorni 4-7 e poi 1 compressa da 1 mg x 2volte/die nei giorni 8-14.

Fase di continuazione: scatole da 28 compresse da 1 mg; è raccomandata l'assunzione di 1 compressa da 1 mg 2 volte al giorno, ogni giorno, nelle settimane 3-12.

Il paziente inizia ad assumere la vareniclina e, durante la prima settimana di trattamento, fissa una data nella quale proverà

a smettere di fumare, preferibilmente tra l'8° e il 14° giorno. Se il tentativo di cessazione non riesce, il percorso continua e il paziente proverà a smettere in un altro giorno, finché non ci riuscirà.

4.3.3.7 Controindicazioni

Le controindicazioni all'uso di vareniclina sono poche e così descritte: ipersensibilità ai principi attivi o agli eccipienti, età inferiore ai 18 anni, gravidanza e allattamento.

4.3.3.8 Precauzioni imposte dalla terapia con vareniclina

Pazienti con insufficienza renale

Per pazienti con insufficienza renale la dose è aggiustata come segue: per pazienti con media (clearance della creatinina >50 e <80 ml/min.) o moderata (clearance della creatinina >30-<50 ml/min.) insufficienza renale non sono necessari aggiustamenti del dosaggio. Per pazienti con insufficienza renale severa (clearance della creatinina < 30 ml/min.) la dose raccomandata è di 0,5 mg due volte al giorno.¹¹ La dose dovrebbe essere di 0,5 mg al giorno per i primi 3 giorni e poi aumentata a 0,5 mg due volte al giorno. Poiché non ci sono sufficienti evidenze, il trattamento con vareniclina non è raccomandato nei pazienti con malattia renale nello stadio finale.

Conducenti di autoveicoli e operatori di macchine pesanti

A causa del report FDA USA del 2007, sono state formulate alcune precauzioni sulla sicurezza rispetto all'uso di vareniclina tra i conducenti di autoveicoli e operai addetti a macchine pesanti, così come in alcuni contesti nei quali sono richiesti alti livelli di attenzione e di controllo di macchine per evitare gravi incidenti. Nel maggio 2008, la US Federal Motor Carrier Safety Administration and Federal Aviation Administration ha annunciato che l'uso di questo farmaco è vietato per piloti, controllori del traffico aereo, conducenti di autotreni e di autobus³⁴. Perciò è prudente chiedere ai conducenti se la loro attività abituale è influenzata dall'uso di vareniclina. La vareniclina può avere una influenza minima, media o insignificante sulla capacità di guidare autoveicoli (vertigini o sonnolenza). I pazienti devono essere avvisati che non devono guidare, maneggiare macchinari o essere coinvolti in attività potenzialmente a rischio finché non comprendono

se questo farmaco influisce sulla loro capacità di svolgere con sicurezza queste attività.

4.3.3.9 Tollerabilità e sicurezza

La vareniclina è generalmente ben tollerata. La maggior parte degli eventi avversi riportati, quando sono comparati con il bupropione o il placebo, è riportata nella Tabella 4.11.⁵³

Nausea

La nausea è stato il sintomo più frequentemente riportato come evento avverso da lieve a moderato (incidenza complessiva 24,4%-52,0%), che si è verificato a tassi più elevati nei gruppi trattati con vareniclina rispetto ai gruppi placebo. La maggior parte degli episodi di nausea è iniziata nella prima settimana di trattamento e si è protratta per una durata media di 12 giorni. La titolazione della dose sembra ridurre l'incidenza generale di nausea. Vi è stata una bassa incidenza di nausea (13,4%) nei pazienti trattati con vareniclina nello studio che prevedeva un dosaggio flessibile autoregolato. Negli studi clinici, le percentuali di interruzione del trattamento dovute a nausea erano del 5% nei pazienti trattati con vareniclina. In questo caso, è utile fornire le seguenti informazioni al paziente: in generale il fenomeno diminuisce da solo in circa una settimana dopo l'inizio della terapia; può essere evitato somministrando il farmaco insieme al cibo e se il paziente riposa un po' dopo averlo assunto.

Insonnia

L'uso di vareniclina alla dose di mantenimento di 1 mg due volte al giorno per più di 6 settimane è associato ad effetti avversi gastrointestinali. In termini realistici, per ogni cinque soggetti trattati ci sarà un evento di nausea, e per ogni 24 e 35 soggetti trattati, ci si aspetterebbe un evento di stitichezza e flatulenza,

Tabella 4.11: Comparazione degli effetti indesiderati dell'uso di vareniclina, bupropione, placebo.

	Vareniclina	Bupropione	Placebo
Nausea	28%	9%	9%
Insonnia	14%	21%	13%
Cefalea	14%	11%	12%

rispettivamente.

L'insonnia era un altro effetto avverso comunemente riportato (14,0%-37,2%) associato alla vareniclina negli studi clinici. In generale, l'insonnia si è verificata durante le prime quattro settimane di trattamento con vareniclina ed è diventata meno comune man mano che il trattamento continuava. In uno studio di trattamento prolungato, l'incidenza dell'insonnia è stata del 19,1% con vareniclina e del 9,5% con placebo, suggerendo che l'insonnia può essere un sintomo comune di astinenza da nicotina durante i tentativi di smettere di fumare.³⁴

Sintomi cardiovascolari

Una revisione di studi randomizzati pubblicati tra il 2008 e il 2010 ha portato a nuovi dati di sicurezza riguardanti l'uso di vareniclina in pazienti con co-morbidità respiratoria e cardiovascolare, nonché possibili eventi psichiatrici avversi.

Una revisione sistematica e una meta-analisi di Singh et al. è stata pubblicata nel 2011. In questo documento, molto pubblicizzato, gli autori hanno sollevato alcuni problemi di sicurezza per l'uso di vareniclina, rispetto al placebo.⁶ Questa meta-analisi di Singh è stata ampiamente criticata in letteratura a causa delle tecniche di analisi inappropriate utilizzate e delle conclusioni tratte.

Due successive meta-analisi sugli stessi dati di Mills et al. hanno portato alla conclusione che la vareniclina e altre terapie per smettere di fumare non sembrano aumentare il rischio di gravi eventi cardiovascolari.⁷ Questa meta-analisi riportava il rischio come rischio relativo e utilizzava metodi statistici appropriati. Una seconda meta-analisi condotta dall'EMA, con dati per lo più identici, non mostra rischi significativi. L'EMA ha concluso che il beneficio dell'uso di vareniclina per smettere di fumare rimane elevato e non limita l'uso del farmaco.⁹

Non ci sono dati a supporto di un aumento del rischio di eventi cardiovascolari tra i pazienti che usano vareniclina, tuttavia in questo momento non siamo in grado di escludere questa possibilità. Si raccomanda ai medici di informare i pazienti del piccolo potenziale aumento del rischio cardiovascolare che può essere associato all'uso di vareniclina. Tuttavia, questi rischi dovrebbero essere valutati rispetto ai benefici noti del farmaco nella cessazione da fumo.

Eventi neuropsichiatrici

Sono state sollevate preoccupazioni sostanziali riguardo alla sicurezza neuropsichiatrica della vareniclina e del bupropione e ciò ha causato confusione all'interno della comunità medica riguardo all'uso di questi farmaci per i pazienti interessati a smettere. Diversi studi recenti ben progettati non hanno trovato prove che suggeriscano un aumento degli eventi neuropsichiatrici attribuibili a questi farmaci. Ciò ha comportato un aggiornamento da parte della FDA statunitense del foglietto illustrativo della vareniclina, rispetto a quanto precedentemente sospettato, indicando che i benefici dell'uso di questo farmaco superano il rischio. Esaminiamo qui la storia e le prove relative a questo problema.

In seguito alla disponibilità della vareniclina nei mercati sul mercato dal 2006, sono stati prodotti diversi report post-marketing di eventi avversi conseguenti all'uso di vareniclina e bupropione. Questi includevano report clinici nel Regno Unito sul monitoraggio di una coorte di 2682 pazienti, a partire dal dicembre 2006, che riportavano effetti psichiatrici durante il trattamento con vareniclina, inclusi disturbi del sonno (1,6%), ansia (1,2%), depressione (1,0%), sogni anormali (1,0 %), cambiamento di umore (0,6%) e eventi suicidari (n = 5).^{34,58}

Sulla base di questi rapporti, nel novembre 2007 la FDA ha emesso un allarme tempestivo sulla sicurezza della vareniclina, sottolineando la necessità di effettuare uno screening per malattie psichiatriche preesistenti prima di utilizzarla e l'importanza di monitorare l'umore o i cambiamenti del comportamento. Nel maggio 2008, la FDA ha aggiornato l'avvertenza richiedendo che tutti i pazienti fossero attentamente osservati e riferissero immediatamente ai loro medici in caso di cambiamenti dell'umore o del comportamento, o peggioramento di una preesistente malattia psichiatrica, durante o dopo l'interruzione della terapia con vareniclina. La FDA ha nuovamente aggiornato il foglietto illustrativo della vareniclina di nuovo nel marzo 2015 per includere anche potenziali effetti collaterali sul tono dell'umore o sul pensiero.⁸

Dopo questo report iniziale, diversi studi hanno esaminato il potenziale legame tra l'uso di vareniclina ed eventi neuropsichiatrici. Una pubblicazione nel 2010 ha esaminato l'incidenza e il rischio relativo di disturbi psicologici registrati in dieci studi

randomizzati, controllati verso placebo, sulla vareniclina per smettere di fumare.^{60,61} Altri disturbi psicologici, oltre a semplici disturbi del sonno, sono stati riscontrati nel 10,7% dei soggetti trattati con vareniclina versus il 9,7% in coloro che hanno ricevuto il placebo, con un rischio relativo di 1,02. Il rischio relativo rispetto al placebo di eventi psichiatrici sfavorevoli con un'incidenza ≥ 1 nel gruppo vareniclina era: 0,86 per i sintomi dell'ansia, 0,76 per i cambiamenti di attività fisica e 1,42 per modifiche dell'umore, 1,21 per i disturbi dell'umore non categorizzati e 1,70 per i disturbi del sonno. Non sono stati segnalati casi di comportamento suicidario o ideazione patologica in soggetti sottoposti a terapia con vareniclina in questi dieci studi randomizzati, ma altri tre studi non inclusi in questa revisione, a causa del loro differente disegno, hanno riportato due casi di pensieri suicidari e un singolo caso di suicidio.

Un ampio studio del 2013 di Meyer ha esaminato le ospedalizzazioni neuropsichiatriche tra i nuovi assuntori di vareniclina (n = 19.933) rispetto ai nuovi assuntori di cerotto NRT (n = 15.867). La popolazione dello studio includeva quelli con e senza una storia di malattia neuropsichiatrica. Lo studio non ha riscontrato alcun aumento del tasso di ospedalizzazioni neuropsichiatriche nei pazienti trattati con vareniclina rispetto al cerotto NRT a 30 e 60 giorni.^{61,62}

Thomas et al. hanno confrontato il rischio di depressione, autolesionismo e suicidio in uno studio prospettico di coorte di 119.546 pazienti in Inghilterra.⁶³ Gli autori hanno concluso che non vi è evidenza che gli utilizzatori di vareniclina avessero un rischio maggiore di depressione, suicidio o autolesionismo rispetto a quelli a cui era stata prescritta la nicotina.

Più recentemente, lo studio EAGLES, un ampio studio randomizzato multicentrico randomizzato in doppio cieco, condotto su 140 centri in 16 paesi esaminati, ha confrontato la sicurezza neuropsichiatrica di bupropione, vareniclina e NRT in individui con e senza una storia di malattia psichiatrica⁶⁵. Lo studio era stato avviato su richiesta della FDA statunitense a Pfizer e GlaxoSmithKline, i produttori di vareniclina e bupropione. Lo studio ha coinvolto 8144 pazienti di cui 4166 inclusi nella coorte psichiatrica. Per la coorte psichiatrica sono stati inclusi individui con una delle quattro principali categorie di malattie (disturbi dell'umore, ansia, psicosi e disturbo borderline di personalità).

I partecipanti sono stati randomizzati a ricevere vareniclina, bupropione, NRT o placebo per 12 settimane e sono stati seguiti per un totale di 24 settimane. Lo studio non ha rilevato alcun aumento significativo di eventi neuropsichiatrici attribuibili a vareniclina o bupropione. Lo studio ha anche rilevato tassi di astinenza più elevati tra i partecipanti assegnati al gruppo di trattamento vareniclina rispetto a placebo, NRT e bupropione. Allo stesso modo, NRT e bupropione e NRT hanno ottenuto tassi di astinenza più elevati rispetto al placebo. Gli autori riportano che i risultati potrebbero non essere generalizzabili ai fumatori con disturbi psichiatrici non trattati o instabili. Lo studio inoltre non includeva i fumatori con disturbi di uso di sostanze attuali o rischio imminente di suicidio.

L'aggiornamento del 2016 relativo a una meta-analisi condotta dalla Cochrane Collaboration che coinvolge 14 studi sulla vareniclina non ha rilevato differenze tra i bracci vareniclina e placebo negli eventi neuropsichiatrici.³² L'RR per la depressione era 0,94 (IC 95% da 0,77 a 1,14; 36 studi; 16.189 partecipanti, $I^2 = 0\%$), con percentuali non significativamente più basse nel gruppo vareniclina. La RR per ideazione suicidaria era 0,68 (IC 95% 0,43-1,07, 24 studi, 11.193 partecipanti, $I^2 = 0$), con tassi inferiori non significativi borderline nel gruppo vareniclina. Gli autori evidenziano che tutti e cinque gli eventi nel gruppo vareniclina per ideazione suicidaria si sono verificati nella coorte psichiatrica, mentre nessun caso è stato riportato nel gruppo non psichiatrico.^{46,32} Gli autori concludono che i dati delle meta-analisi "non supportano un nesso causale tra vareniclina e disturbi neuropsichiatrici tra cui ideazione suicidaria e comportamento suicidario, tuttavia la prova non è conclusiva nelle persone con disturbi psichiatrici passati o attuali."³²

A dicembre 2016, a seguito del rilascio di nuove prove derivanti da studi ben concepiti, sia la FDA che l'Agenzia Europea per i Medicinali hanno annunciato che si stavano rimuovendo gli avvertimenti sulle confezioni per gravi effetti collaterali rispetto alla salute mentale per i farmaci vareniclina e bupropione.^{46,63} Specificamente la FDA ha dichiarato: "sulla base di una revisione della FDA (Food and Drug Administration) di un ampio studio clinico che abbiamo richiesto alle aziende farmaceutiche di condurre, abbiamo determinato che il rischio di gravi effetti collaterali sull'umore, sul comportamento o sul pensiero per

i farmaci antibagici vareniclina e bupropione sono inferiori a quelli precedentemente sospettati. Il rischio di questi effetti collaterali di salute mentale è ancora presente, specialmente in quanti sono attualmente trattati per malattie mentali come la depressione, i disturbi d'ansia o la schizofrenia, o che sono stati trattati per malattie mentali in passato. Tuttavia, la maggior parte delle persone che hanno avuto questi effetti collaterali non ha avuto conseguenze gravi come il ricovero in ospedale. I risultati dello studio confermano che i benefici di smettere di fumare superano i rischi di questi farmaci."⁴⁶

Finora non ci sono prove convincenti che la vareniclina sia associata ad un aumentato rischio di eventi neuropsichiatrici. Gli operatori sanitari sono invitati a discutere i vantaggi e il rischio dell'utilizzo di farmaci per smettere di fumare con i pazienti. I pazienti devono essere avvisati di chiamare immediatamente i loro operatori sanitari se notano effetti collaterali sull'umore, il comportamento o il pensiero.⁴⁶

Altri eventi avversi

Sono stati anche riportati altri effetti avversi, come: dolore addominale, stitichezza, gonfiore e sogni anormali, disturbi del sonno, vertigini, secchezza delle fauci, aumento dell'appetito, aumento di peso e cefalea che generalmente si sono verificati in misura doppia rispetto al placebo.⁶⁴ Questi eventi avversi sono stati da lievi a moderati e transitori, e si verificano prevalentemente durante le prime quattro settimane di terapia. L'interruzione della vareniclina a causa di questi effetti avversi si è verificata nel 2% dei partecipanti.³⁴

Non sono note interazioni farmacologiche della vareniclina con altri medicinali. A loro volta, alcuni effetti delle interazioni sono evidentemente dovuti alla cessazione del consumo di tabacco, dal momento che comincia ad agire l'effetto terapeutico della vareniclina. In tal modo, è noto che la cessazione dal fumo, attraverso induzioni enzimatiche che implicano una struttura di tipo CYP1A2, impone la regolazione delle dosi di teofillina, warfarin, insulina ecc.

Alla fine del trattamento, l'interruzione della vareniclina può causare un aumento di irritabilità, desiderio di fumare, insonnia o umore depresso in una bassa percentuale di soggetti, circa il 3%.¹¹

Raccomandazione

- Vareniclina è una terapia per smettere di fumare di prima linea, basata sulle evidenze (livello di evidenza A).

4.3.4 Trattamento con clonidina

La clonidina viene utilizzata principalmente come medicinale antipertensivo, ma riduce l'attività simpatica centrale stimolando i recettori alfa2-adrenergici. La clonidina sopprime efficacemente i sintomi acuti da astinenza da nicotina, come la tensione, l'irritabilità, l'ansia, la voglia e l'irrequietezza.⁶⁵

La clonidina non è approvata per la cessazione dal fumo e rappresenta solo un farmaco di seconda linea. Pertanto i medici devono essere consapevoli degli avvertimenti specifici relativi a questo farmaco e del suo profilo di effetti collaterali. Il gruppo di lavoro per le Linee Guida US ha scelto di raccomandare la clonidina come seconda linea in contrasto con i farmaci di prima linea, a causa degli avvertimenti associati all'interruzione della clonidina, alla variabilità dei dosaggi usati per testare questo farmaco e alla mancanza di approvazione della FDA. Quindi la clonidina dovrebbe essere presa in considerazione per il trattamento del tabacco sotto supervisione di un medico, in pazienti non in grado di utilizzare medicinali di prima linea a causa di controindicazioni, o in pazienti che non sono stati in grado di smettere quando si usano farmaci di prima linea.

Efficacia

Una revisione Cochrane di sei studi clinici ha trovato che la clonidina, orale o transdermica, è più efficace del placebo, ma questa constatazione è basata su un piccolo numero di trial in cui esistono potenziali fonti di bias.⁶⁶ La clonidina sembra essere più efficace nelle fumatrici, anche se in generale le donne rispondono in modo meno favorevole ai trattamenti per la cessazione dal fumo.⁶⁵

Effetti collaterali

Gli effetti collaterali della clonidina, in particolare la sedazione, la stanchezza, l'ipotensione ortostatica, la vertigine e la bocca secca, limitano il suo uso diffuso. Inoltre, va osservato che la sospensione improvvisa della clonidina può provocare sintomi quali nervosismo, agitazione, mal di testa e tremore,

accompagnati o seguiti da un rapido aumento della pressione sanguigna e da elevati livelli di catecolamine.

Precauzioni, avvertenze, controindicazioni, effetti negativi

La clonidina non si è dimostrata efficace per la cessazione dal tabacco nei fumatrici gravide e non è stata valutata nelle donne che allattano.

I pazienti che si occupano di attività potenzialmente pericolose, come ad esempio la conduzione di macchinari o la guida, devono essere avvisati di un eventuale effetto sedativo della clonidina.

Gli effetti collaterali più comunemente riportati sono: bocca secca (40%), sonnolenza (33%), vertigini (16%), sedazione (10%) e costipazione (10%).

Poiché è un medicinale anti ipertensivo, ci si può attendere che la clonidina abbassi la pressione sanguigna nella maggior parte dei pazienti. Pertanto, i medici devono monitorare la pressione sanguigna quando si utilizza questo farmaco.

Ipertensione di rimbalzo: quando interrompe la terapia con clonidina, la mancata riduzione graduale della dose per un periodo di 2-4 giorni può provocare un rapido aumento della pressione sanguigna, agitazione, confusione, tremore.

Suggerimenti per uso clinico

La clonidina è disponibile in preparazioni da 1 mg per via orale o transdermica (TD), solo su prescrizione. Il trattamento con clonidina deve essere iniziato poco prima (cioè fino a 3 giorni) o alla data di cessazione.

Dosaggio: Se il paziente utilizza clonidina transdermica, all'inizio di ogni settimana deve collocare un nuovo cerotto su una posizione relativamente priva di peli tra il collo e la vita. Gli utenti non dovrebbero interrompere improvvisamente la terapia con clonidina. Il dosaggio iniziale è tipicamente 0,10 mg 2 volte al giorno per via orale o 0,10 mg TD, aumentando di 0,10 mg / die a settimana, se necessario. La durata del trattamento varia da 3 a 10 settimane.

Raccomandazione

- La clonidina è un trattamento efficace per la cessazione dal fumo, tuttavia esistono effetti collaterali importanti. Può essere utilizzato sotto la supervisione di un medico come

prodotto di seconda linea per trattare la dipendenza dal tabacco (livello di evidenza B)

4.3.5 Trattamento con nortriptilina

La relazione tra l'umore depresso e l'abitudine al fumo suggerisce che i farmaci antidepressivi possono avere un ruolo nella cessazione. Diversi antidepressivi, tra cui doxepina, nortriptilina e moclobemide, hanno mostrato una certa efficacia per smettere di fumare. La nortriptilina è un anti depressivo triciclico che si è dimostrato efficace come il bupropione e l'NRT nella cessazione dal fumo. L'azione della nortriptilina nel bloccare il fumo è indipendente dal suo effetto antidepressivo, pertanto il suo utilizzo non è limitato a persone con una storia di sintomi depressivi durante la cessazione.⁶⁸

Efficacia

La meta-analisi su 6 trial sull'uso della nortriptilina come unica farmacoterapia ha mostrato un significativo vantaggio a lungo termine¹². Rispetto al placebo, la nortriptilina approssimativamente raddoppia i tassi di astinenza dal fumo. Questo farmaco non è approvato per la cessazione dal fumo ed è raccomandato solo come trattamento di seconda linea.¹²

Se la nortriptilina è più o meno efficace del bupropione, o se l'uso di nortriptilina più NRT aumenta i tassi di smettere, è ancora poco chiaro. Questa terapia non è registrata per la cessazione dal fumo nella maggior parte dei paesi.

Eventi avversi

Gli effetti avversi associati a nortriptilina, quali effetti anticolinergici (bocca secca, visione offuscata, costipazione e ritenzione urinaria), effetti sui recettori H1 dell'istamina (sedazione, sonnolenza, aumento di peso) e sui recettori alfa-adrenergici (ipotensione ortostatica) potrebbero non essere ben tollerati in alcuni pazienti.⁶⁷ I dati estratti da 17 studi suggeriscono che la nortriptilina, a dosi tra 75 mg e 100 mg, non è significativamente associata a gravi eventi avversi quando somministrata in pazienti senza malattia cardiovascolare sottostante.

Sarà necessario monitorare attentamente i pazienti per effetti avversi noti come la stipsi, la sedazione, la ritenzione urinaria

e i problemi cardiaci. Se assunta in eccesso, la nortriptilina potrebbe essere fatale. Gli effetti negativi gravi non sono stati motivo di preoccupazione nei trial per la cessazione dal fumo, ma il numero di tali pazienti è stato relativamente piccolo. Ciò porta alla mancanza di consenso sull'uso della nortriptilina come terapia di prima linea o di seconda linea.⁷¹

Dosaggio

La nortriptilina dovrebbe essere iniziata mentre il paziente sta ancora fumando, con una data di cessazione programmata dai 10 ai 28 giorni dopo. La dose iniziale è di 25 mg / die, aumentata gradualmente a 75-100 mg / die per 10 giorni fino a 5 settimane. La dose massima può essere mantenuta per 8-12 settimane e ridotta gradualmente alla fine, per evitare sintomi d'astinenza che possono verificarsi se si interrompe all'improvviso. Ci sono limitate evidenze sui vantaggi nell'estendere il trattamento per più di tre mesi.

Punti pratici per l'utilizzo di nortriptilina.

Non esistono prove sufficienti per raccomandare la combinazione di nortriptilina con qualsiasi altro farmaco per la cessazione dal fumo.

Le persone con malattie cardiovascolari dovrebbero usare la nortriptilina con cautela, in quanto la conducibilità cardiaca può essere compromessa.

Gli antidepressivi triciclici sono controindicati nel periodo di recupero immediatamente dopo l'infarto miocardico e nelle aritmie.

Non esistono prove sufficienti per raccomandare l'uso di nortriptilina alle donne in gravidanza o ai giovani sotto i 18 anni che sono fumatori. Non esistono prove sufficienti per raccomandare l'uso di nortriptilina per impedire la ricaduta del fumo. L'uso a lungo termine non è raccomandato.

In uno studio nella vita reale per confrontare l'efficacia di NRT, del bupropione, della nortriptilina e della terapia di combinazione e per descrivere i fattori associati al successo del trattamento, Prado et al. sostengono che dal loro punto di vista, in accordo con i risultati della meta-analisi di Wagena et al.,⁷² la nortriptilina rappresenta un'opzione di trattamento significativa, vista la sua efficacia (comparabile a quelle di prima linea), sicurezza

e, in particolare, basso costo e ampia disponibilità. Secondo gli autori, probabilmente, considerando la minaccia di un'epidemia mondiale del tabacco (e gli impatti ancora più significativi sulle nazioni meno ricche), l'inserimento della nortriptilina nell'arsenale terapeutico della cessazione dal fumo può essere un passo promettente verso un più ampio accesso al trattamento, in particolare nei paesi in via di sviluppo. Sulla base di questi risultati, gli autori propongono l'inclusione di nortriptilina tra l'elenco dei farmaci di prima linea per la cessazione dal fumo. Tuttavia, la limitazione principale di questo report è che si è trattato di uno studio retrospettivo, non controllato e non randomizzato e le opzioni disponibili dei regimi di trattamento sono stati scelti con singoli criteri caso per caso o in base alla disponibilità dei farmaci del sistema sanitario nazionale.⁷²

I clinici devono essere consapevoli del profilo degli effetti secondari e della mancanza di approvazione dell'EMA e della FDA per la nortriptilina come trattamento di dipendenza dal tabacco. Questo medicinale dovrebbe essere considerato per il trattamento del tabagismo solo sotto la supervisione di un medico e in quei pazienti non in grado di utilizzare farmaci di prima linea a causa delle controindicazioni o solo in pazienti che non sono stati in grado di smettere con i farmaci di prima linea.

Raccomandazione

- La nortriptilina è un trattamento efficace per la cessazione dal fumo e può essere utilizzato sotto la supervisione di un medico come agente di seconda linea per trattare la dipendenza dal tabacco (livello di evidenza A)

4.3.6 Citisina

La citisina è un alcaloide naturale estratto dai semi di piante come *Cytisus laburnum* e *Sophora tetraptera*. La citisina agisce in modo analogo alla vareniclina, essendo un agonista parziale dei recettori nicotinici dell'acetilcolina alfa4beta2, responsabile del rafforzamento degli effetti della nicotina, e impedisce alla nicotina di legarsi a questi recettori, riducendo così la soddisfazione e il ricompenso legati all'uso del tabacco, dei sintomi astinenziali negativi rilevanti e del craving.^{32,73,74}

Tabex® è disponibile in forma di compresse per uso orale, contenenti 1,5 mg di citisina, ed è stato prodotto e commercializzato

dalla società bulgara Sopharma Pharmaceuticals dal settembre 1964.⁷⁵ Tabex® è stato utilizzato per la cessazione dal tabacco per molti decenni a livello nazionale negli ex paesi socialisti, Bulgaria, Ungheria, Polonia, Repubblica Democratica Tedesca, Unione Sovietica, essendo il primo medicinale della storia umana approvato ufficialmente a questo scopo. Tuttavia, la concessione delle licenze e l'uso della citisina in altre parti del mondo non si sono sviluppate per decenni, in parte a causa della mancanza di trials evidence-based, più recentemente GCP conformi.^{73,76,77}

La ricerca mondiale di prodotti per la cessazione dal tabacco ad elevata disponibilità, accettabilità, efficacia e sicurezza, combinata a bassi costi, rilevanti per interventi di cessazione su larga scala all'interno di programmi di sostegno statale, ha recentemente stimolato l'interesse per la citisina.

Le sperimentazioni considerano la citisina come alternativa ai prodotti a base di nicotina e agli antidepressivi, in particolare nei gruppi sociali a basso e medio reddito e in culture dove i medicinali di derivazione naturale sono ampiamente utilizzati.⁷⁷ Un ciclo di citisina da 25 giorni è cinque o quindici volte più economico di un trattamento con NRT di 25 giorni.⁷⁶

Nel 2008 è stato pubblicato un trial sull'uso di citisina in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, per la cessazione dal fumo nei lavoratori medio-dipendenti (n = 171) in Kirghizistan. A 26 settimane il 10,6% dei pazienti era astinente nel gruppo che assumeva citisina rispetto all' 1,2 % del gruppo placebo.⁷³

Nella federazione russa post-sovietica Tabex® è stato ufficialmente registrato per la cessazione dal tabacco dal 1999 viene acquistato come prodotto da banco. Il primo trial randomizzato, controllato e in doppio cieco sull'efficacia e la sicurezza è stato pubblicato nel 1999 (n=196). La percentuale di individui che non avevano avuto alcun effetto nel tentativo di smettere di fumare tra quelli che avevano preso Tabex® ,rispetto al gruppo placebo, era rispettivamente del 13% e del 26%. La percentuale di fumatori che si sono astenuti dal fumo per uno o più periodi è rispettivamente del 50% e del 30,8%. La percentuale di fumatori che erano stati astinenti per 12 settimane o più è stata rispettivamente del 50% e del 37,5%. Nessun effetto avverso è stato registrato nel 70% e nell'84% dei pazienti nei due gruppi.⁷⁸ Una meta-analisi della Cochrane Collaboration ha identificato solo due studi che hanno testato l'efficacia della citisina come

terapia per la cessazione dal fumo.³² Il pooled RR di cessazione comparato coi controlli era di 3,98 (intervallo di confidenza del 95% (CI) da 2,01 a 7,87). Tenuto conto di questi risultati, sono state avanzate diverse richieste per implementare l'uso di questa terapia. Un trial controllato randomizzato di Walker et al. (2014) ha confrontato la citisina con l'NRT. Lo studio ha riscontrato un tasso di astinenza continua ad 1 mese significativamente più elevato nel gruppo che usava citisina (Adjusted Odd Ratio di 1,5, 95% CI, 1,2-1,9, P = 0,003) .⁷⁹ Questa differenza è rimasta significativa a 6 mesi. Nessuna differenza di prevalenza nell'astinenza (misurata con prevalenza puntuale a 7 giorni) è stata documentata a 6 mesi tra i gruppi. L'analisi dei sotto gruppi ha trovato un tasso di astinenza significativamente maggiore ad 1 mese tra le femmine e nessuna differenza significativa (non inferiorità) tra i partecipanti maschi al trial. Eventi avversi tra cui nausea, vomito e disturbi del sonno sono stati quelli più comunemente riportati nel gruppo della citisina rispetto al gruppo NRT.

Il dosaggio raccomandato dall'azienda produttrice prevede un inizio con 1 compressa (1,5 mg) ogni 2 ore (fino a 6 compresse al giorno) nei giorni da 1 a 3. Nel contempo, il fumo deve essere ridotto, altrimenti si sviluppano sintomi di sovradosaggio da nicotina. Se non si ottiene l'effetto desiderato, il trattamento viene interrotto e un tentativo successivo può essere effettuato dopo due o tre mesi. Se c'è una risposta positiva, il paziente continua con un dosaggio fino a 5 compresse al giorno (1 compressa ogni 2,5 ore) dai giorni 4 al 12. Il fumo deve essere sospeso al 5° giorno. Dopo ciò, si continua con 4 compresse al giorno (1 compressa ogni 3 ore) dai giorni 13-16, quindi si procede con 3 compresse al giorno (1 compressa ogni 5 ore) nei giorni 17-20, seguiti da 1 a 2 compresse al giorno (1 compressa ogni 6-8 ore) dal 21° giorno al 25°, quindi si interrompe il trattamento.

L'esperienza italiana si è sviluppata, invece, soprattutto attraverso uno schema di trattamento più prolungato (Tinghino et. al) della durata di 40 giorni⁸². Secondo questa modalità, la fase iniziale è costituita da un progressivo aumento del numero delle capsule di citisina (da 1,5 mg). La dose massima di 6 capsule/die viene raggiunta progressivamente in 7 giorni. Il Quit Day è consigliato tra l'8° e il 14° giorno. Dopo, il dosaggio decresce gradualmente fino al 40° giorno.

Si tratta di un modello che permette un approccio più graduale, aiuta il paziente a riconoscere eventuali eventi avversi, abituarlo alla terapia e fornisce un periodo di protezione dal craving più prolungato. I primi dati su 163 pazienti sembrano essere migliori del trattamento a 25 giorni.⁸³ Uno studio su un campione più ampio, paragonato con gli altri trattamenti, è in fase di pubblicazione.

Tenendo conto della dose raccomandata di citisina, sono stati registrati alcuni effetti avversi, simile all'assunzione di NRT.^{76,78,80} Secondo le autorità di Periodic Safety Update in Europa non ci sono segnalazioni per reazioni avverse severe relative alla citisina, sulla base di milioni di pazienti esposti a questo prodotto.⁸⁰ Il sovradosaggio da citisina è simile all'intossicazione della nicotina, e produce effetti come nausea, vomito, convulsioni cloniche, tachicardia, dilatazione delle pupille, mal di testa, debolezza generale, paralisi respiratoria.⁸¹

Raccomandazione:

- La citisina sembra aumentare i tassi di cessazione, tuttavia la prova è limitata a tre trials (livello di evidenza B)
- C'è bisogno di ulteriori ricerche per esaminare l'efficacia di questo promettente trattamento per la cessazione.

Bibliografia

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
2. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, Arch Gen Psychiatry 2009;66:1253-62. [Erratum, Arch Gen Psychiatry 2010;67:77].
3. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55.
4. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
5. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. Arch Intern Med 2009;169:2148-55.
6. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking

- cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2012, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
7. Benowitz NL, Jacob P Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers. *Clin Pharmacol Ther.* 1993;53(3):316-23.
 8. Institute national de prevention et d'education pour la sante (INPES). La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. Mars 2004. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
 9. Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., A randomized, controlled trial of Bupropion sustained release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics, *Nicotine Tob. Res.*, 2009;11(7):859-67.
 10. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2001;358:1009-1010.
 11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
 12. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
 13. King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials, *Neuropsychopharmacology* 2012;37:641-650.
 14. Roddy, E. Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies, *BMJ*, 2004;328: 509-511.
 15. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002; 62:Suppl.2:45-52.
 16. David SP, Strong DR, Munafo` MR, et al. Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies, *Nicotine Tob Res.* 2007;9:1521-1527.
 17. Ebbert JO, Fagerstrom K., Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use, *CNS Drugs.* 2012;26(1):1-10.
 18. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann.Intern. Med.*, 2001;135(6):423-33.
 19. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, *Lancet* 2001;358:1009-1010.
 20. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>.
 21. Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., Serious adverse reactions of Bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004, *Drug Saf.*, 2008;31(11):1017-26.
 22. Tackett A.E., Smith K.M., Bupropion induced angioedema, *Am.J.Health Syst, Pharm.*, 2008;65(17):1627-30.
 23. Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, Hyponatremia Associated with Bupropion, *Electrolyte Blood Press.* 2011;9:23-26, ISSN 1738-5997.
 24. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin.* 2009;59:314-326.
 25. <http://www.fda.gov/20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/20DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169986.htm>
 26. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm
 27. Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation., *Int J Clin Pract.* 2012;66(2):171-82.
 28. Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(2):353-363.
 29. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, *Prog Brain Res*, 1989;79:279-87.
 30. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. Pharmacological profile of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, *Neuropharmacology*, 2007a;52:985-94.
 31. Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nACh receptors for smoking cessation, *Trends Pharmacol Sci*, 2007b;28:316-25.
 32. Cahill K, Lindson-Hawley N, Kyla H, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103.
 33. West R, Baker CL, Cappelleri JC, et al. Effect of Varenicline and Bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt, *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197:371-377.
 34. Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010:2:39-48.
 35. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2006;296(1):64-71.
 36. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre – post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, *Addiction*, 2008;103:146-54.
 37. Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, *Curr Med Res Opin.* 2007;23(4):793-801.
 38. Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD* A Randomized

- Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers— Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN-SEESAW Study) *Circulation Journal*. 2010;74:771-8.
39. Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chest Meeting*, October 1, 2009.
 40. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Artega C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial, *Circulation* 2010; 121:221-9.
 41. Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smaill.F., Cohen J., Quan,C., McFarland N., Thabane L., Mclvor A., Zeidler J., Smieja M., Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Champix/Chantix) for Smoking Cessation in HIV- Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study, *AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 26, Number 1, 2012* a Mary Ann Liebert, Inc.
 42. McClure J.B., Swan G.E.,Catz S.L., Jack L., Javitz H., McAfee T. Mona Deprey M., Richards, Zbikowski S.M.Smoking Outcome by Psychiatric History after Behavioral and Varenicline Treatment, *J Subst Abuse Treat.* 2010;38(4):394–402.
 43. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yufnis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013 Sep 17;159(6):390-400.
 44. Kishi T1, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;265(3):259-68.
 45. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387(10037):2507-2520.
 46. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery
 47. Fagerstrom K., Gilljam H.,Metcalfe M.,Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, *BMJ* 2010;341:c6549.
 48. Ebbert J.O., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, Nicotine & Tobacco Research, 2010;12(10):1037–1040.
 49. Ebbert J.O., Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):572–576.
 50. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med.* 2013 May 29;11:140.
 51. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. *BMC Med.* 2014 Oct 8;12:172.
 52. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Irusen EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.
 53. Swan G.E., McClure J.B., PhD, Jack, M.J., Zbikowski S.M., Javitz H.S., Catz S.L., Deprey M., Richards J., McAfee T.A. Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation, *Am J Prev Med.* 2010;38(5):482–490.
 54. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther.* 2009;31:463– 491.
 55. Leung L.K. Patafio F.M. Rosser W.W. Gastrointestinal adverse effects of Varenicline at maintenance dose: a meta-analysis, *Clinical Pharmacology* 2011;11:15.
 56. Singh S., Loke Y.K., Spangler J.K., Furberg K.D. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with Varenicline: a systematic review and meta-analysis, *CMAJ.* 2011;183(12):1359-66.
 57. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation.* 2014;129(1):28-41.
 58. FDA Advisory: Varenicline. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm>
 59. European Medicines Agency confirms positive benefit-risk balance for Champix, July 21 2011. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
 60. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of Varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study, *Drug Saf.* 2009;32:499–507.
 61. Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J. Psychiatric adverse events in randomized, double blind, placebo controlled clinical trials of Varenicline, *Drug Saf.*, 2010;33(4):289-301.
 62. Meyer TE, Taylor LG, Xie S, Graham DJ, Mosholder AD, Williams JR, Moeny D, Ouellet-Hellstrom RP, Coster TS. Neuropsychiatric events in varenicline and nicotine replacement patch users in the Military Health System. *Addiction.* 2013;108(1):203-10.
 63. Thomas KH1, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ.* 2013;347:f5704.
 64. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000699/WC500025256.pdf Wang C, Xiao D, Chan KP, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: a placebo- controlled, randomized study. *Respirology.* 2009;14:384–392.
 65. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2009;3:287-308.
 66. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004; Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.

67. Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther.* 1993;54:670-679.
68. Ministry of Health (MoH). New Zealand smoking cessation guideline. MoH: Wellington, 2007. Available from: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexm/nz-smoking-cessation-guidelines (Accessed Nov, 2010)
69. Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(5):433-40.
70. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis, *Drug Saf.* 2011;34(3):199-210.
71. http://www.treatobacco.net/en/page_36.php
72. Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *CLINICS* 2011;66(1):65-71.
73. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation in medium-dependent workers. *J Smoking Cessation.* 2008;3(1):57-62.
74. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep.* 2006;58(6):777-798.
75. www.tabex.bg
76. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006;166(15):1553-1559.
77. Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytosine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011;11:880.
78. Levshin VF, Slepchenko NI, Radkevich NV. Randomizirovanoe kontroliruemoe issledovanie effektivnosti preparata Tabeks® pri lechenii tabachnoy zavisimosti. [A randomized controlled study of the efficacy of Tabex® (Cytisine) for treatment of tobacco craving] / *Voprosy narkologii.* 2009;N:13-22.
79. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2014 Dec 18;371(25):2353-62.
80. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med.* 2011; 365(13):1193-200.
81. Musshoff F, Madea B. Fatal cytosine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. *Forensic Sci Int.* 2009;186(1-3):e1-4.
82. Tinghino B., Baraldo M., Mangiaracina G., Zagà V., La citisina nel trattamento del tabagismo, *Tabaccologia* 2015; 2:1-8, www.tabaccologia.it
83. Cattaruzza MS, Zaga' V, Principe R, Cardellicchio S, Siracusano L, Zelano G, Tinghino B. The 40-day cytosine treatment for smoking cessation: the Italian experience. *Tobacco Prevention & Cessation, The official journal of ENSP, Abstract Book, Athens - May 24, 25 & 26, 2017- 2, May 2017, DOI, 10.18332/tpc/70829,*

4.4 Schemi terapeutici individualizzati

Nella pratica clinica, basiamo il processo decisionale per la selezione e il dosaggio dei farmaci sulla letteratura pubblicata e sull'esperienza clinica. È noto che nella maggior parte dei farmaci utilizzati nella cessazione dal fumo ci sono limitazioni a regimi standard o a dose fissa. Ne consegue che i clinici dovrebbero utilizzare le loro competenze e conoscenze per individualizzare il dosaggio dei farmaci nei pazienti trattati per l'uso e la dipendenza da tabacco.

Esiste l'opportunità di aumentare l'astensione dal fumo e ridurre i sintomi di astinenza usando sia combinazioni di farmacoterapia di provata efficacia sia terapie singole.

Alcune combinazioni di farmaci di prima linea sono più efficaci delle terapie singole come: cerotti con nicotina utilizzati a lungo termine (più di 14 settimane) combinati con gomme alla nicotina o spray nasale, cerotti con nicotina più inalatore di nicotina, cerotti più bupropione SR^{1,2} Non è stato ancora chiarito se la maggiore efficacia della terapia combinata sia dovuta all'uso di due sistemi di rilascio oppure al fatto che due sistemi di rilascio tendono a produrre livelli più alti di nicotina nel sangue. La farmacoterapia combinata o NRT ad alte dosi sembra alleviare più efficacemente i sintomi di astinenza da nicotina, in particolare nei fumatori più dipendenti.¹

Nella pratica gli specialisti spesso combinano i farmaci. Per i pazienti con forte dipendenza da tabacco, può essere appropriata una terapia combinata, con l'utilizzo spesso di tre o più prodotti simultaneamente. Per pazienti con una risposta parziale alla terapia iniziale, possono essere necessari successivi aggiustamenti del regime farmacologico per raggiungere l'astensione. Per esempio, se il paziente ha ridotto il fumo con l'utilizzo di vareniclina alla dose di 1 mg due volte al giorno e ha ben tollerato il farmaco, la dose può essere aumentata fino a 1 mg tre volte al giorno. Un'altra situazione che richiede flessibilità è il caso del fumatore che ha smesso di fumare usando la terapia a base di cerotti con nicotina e NRT ad azione immediata, ma rileva un aumento dei sintomi di astinenza nella prima parte della serata. Aggiungere un cerotto da 14 mg nel tardo pomeriggio può ridurre l'astinenza serale.^{2,3}

Al fine di gestire meglio i sintomi di astinenza, mal controllati durante la fase iniziale del trattamento con vareniclina, Hurt et. al. hanno usato la terapia nicotinic in cerotti, in un programma di trattamento residenziale per fumatori trattati con vareniclina, poiché i pazienti dovevano smettere di fumare durante il programma e la vareniclina richiede svariati giorni per raggiungere concentrazioni stabili.⁵

4.4.1 Combinazione di terapie farmacologiche

4.4.1.1 Principi generali di farmacoterapia combinata

I principali tipi di farmacoterapia combinata studiati per aumentare l'astensione dal fumo tra i fumatori di sigarette sono: (1) terapie che usano differenti prodotti a base di nicotina e differenti profili farmacocinetici (ad esempio cerotti con nicotina e gomme alla nicotina); oppure

(2) terapie che utilizzano due farmaci che hanno differenti meccanismi d'azione, come bupropione RP e NRT.

Le terapie combinate che utilizzano due differenti farmaci offrono l'opportunità di ottenere un sinergismo terapeutico attraverso l'utilizzo di farmaci con differenti meccanismi d'azione o differenti proprietà terapeutiche. Per esempio, la combinazione di vareniclina e bupropione RP unisce l'efficacia della vareniclina con la capacità del bupropione di ridurre l'aumento di peso post-cessazione.

Allo stesso modo, combinare differenti forme di NRT fornisce un livello di nicotina basale stabile attraverso i dispositivi NRT a rilascio costante (come i cerotti con nicotina) con la possibilità di aumenti intermittenti dei livelli di nicotina attraverso i dispositivi NRT a rilascio immediato (gomme alla nicotina, pastiglie, inalatore o spray nasale) per far fronte ai sintomi di astinenza.

La farmacoterapia combinata rimane controversa e sottoutilizzata. Solo la combinazione di prodotti NRT (più di un NRT) e la combinazione di bupropione e cerotti con nicotina è stata approvata dall'FDA per la cessazione del fumo.

4.4.1.2 Combinazione di terapia sostitutiva nicotinic (NRT)

I due tipi di combinazione di dispositivi NRT che sono stati descritti sono quello sequenziale e quello simultaneo. La terapia sequenziale teoricamente può fornire una dose iniziale stabile di nicotina per riuscire a smettere (ad esempio con i cerotti con

nicotina) e poi dosi intermittenti di nicotina a tempo indeterminato per prevenire la ricaduta. In ogni caso, esistono pochi dati a supporto della terapia sequenziale.

Sono disponibili relativamente più dati riguardanti l'uso simultaneo di diversi dispositivi NRT (terapia simultanea). Questa formula consente di utilizzare il rilascio passivo di nicotina ad azione prolungata (cerotti con nicotina) e la somministrazione attiva a tempo indeterminato di dispositivi NRT ad azione breve (gomme, pastiglie, inalatore e spray nasale). La combinazione offre i vantaggi di una maggiore aderenza al trattamento con cerotti alla nicotina e rafforza i fumatori nel far fronte ai momenti acuti di craving e ai sintomi di astinenza attraverso l'auto-somministrazione di NRT a breve rilascio.⁶

NRT + paroxetina

In uno studio in doppio cieco Killen et al. hanno preso in esame l'efficacia di un trattamento di cessazione dal fumo che combinava la terapia sostitutiva nicotinic a sistema transdermico con l'antidepressivo paroxetina. I fumatori erano assegnati in modo casuale ad uno dei tre gruppi: sistema transdermico e placebo, sistema transdermico e 20 mg di paroxetina e sistema transdermico e 40 mg di paroxetina. Il sistema transdermico era stato fornito per 8 settimane; la paroxetina o il placebo erano stati forniti per nove settimane. I tassi di astensione registrati ai follow-up per tutti i partecipanti non erano statisticamente differenti, ma l'analisi di un sottogruppo di pazienti aderenti presentava una differenza statisticamente significativa tra i gruppi con paroxetina e il gruppo di controllo alla settimana 4.⁷

Cerotto con nicotina + gomma

Il cerotto è applicato giornalmente e può anche essere usato con le gomme alla nicotina. I prodotti NRT orali sono ad azione rapida e possono essere utilizzati per dare sollievo dal craving quando c'è la necessità. I prodotti nicotinic orali possono essere assunti giornalmente o in modo intermittente.

Gli studi che hanno preso in considerazione la combinazione tra cerotto con nicotina e gomme alla nicotina hanno dimostrato che la combinazione è superiore alla monoterapia nell'aumentare i tassi di astensione dal fumo sia a 12 che a 24 settimane.^{8,9} I risultati della terapia combinata hanno mostrato un indice di

astensione dal tabacco del 34% e del 28% (rispettivamente per i trattamenti di 12 e 24 settimane) rispetto al 24% e 15% riscontrati (rispettivamente per i trattamenti di 12 e 24 settimane) con la monoterapia con solo cerotto.¹⁰ I trattamenti che combinano gomma e cerotto alla nicotina utilizzati per un periodo dai tre ai sei mesi andrebbero presi in considerazione per i pazienti che manifestano una sindrome di astinenza severa e/o prolungata, per i quali non è possibile nessun'altra soluzione terapeutica.¹¹

Cerotto con nicotina + spray nasale

La terapia combinata che utilizza cerotto con nicotina e spray nasale studiata in un trial in aperto di 1384 fumatori randomizzati per cerotto con nicotina e spray nasale oppure una delle due terapie singole, è risultata associata, a sei settimane, a tassi di astinenza significativamente più alti in confronto alla monoterapia.¹² In uno studio controllato verso placebo, il cerotto di nicotina e lo spray nasale con nicotina erano superiori al cerotto con nicotina e spray nasale placebo ai follow-up sia a breve (6 settimane e 3 mesi) che a lungo termine (12 mesi).¹³

Cerotto con nicotina + inalatore con nicotina

In uno studio controllato verso placebo di 400 soggetti sono stati osservati tassi significativamente più alti di astinenza dal fumo con l'utilizzo di cerotti con nicotina e inalatore a 6 e 12 settimane in confronto al solo inalatore. I pazienti erano assegnati o al gruppo 1 (n=200) a cui venivano somministrati inalatore e cerotto (rilascio di 15 mg di nicotina in 16 ore) per 6 settimane, poi inalatore più cerotto placebo per 6 settimane, poi solo inalatore per 14 settimane, oppure al gruppo 2 (n=200) a cui veniva somministrato l'inalatore con nicotina più cerotto placebo per 12 settimane, poi l'inalatore per 14 settimane.¹⁴

In generale, la combinazione di NRT è ben tollerata e gli effetti collaterali sono in linea con gli effetti collaterali previsti singolarmente per ogni prodotto.^{2,3}

Cerotto con nicotina + bupropione

Il bupropione in combinazione con il cerotto di nicotina è più efficace del solo cerotto, poiché essi hanno differenti meccanismi d'azione.⁷ Si comincia con bupropione in dosi standard nelle prime due settimane e si aggiunge il cerotto con nicotina alla data

stabilita per smettere di fumare. Il bupropione sarà somministrato in totale da 7 a 12 settimane. La durata ottimale per il trattamento con il cerotto nella formula combinata è da 3 a 6 mesi.¹¹

In uno studio controllato verso placebo, in doppio cieco su quattro gruppi, il tasso di astinenza a 12 mesi era del 35.5% per la terapia combinata (cerotto con nicotina e bupropione), paragonato al 30.3% per il solo bupropione, 16.4% per il solo cerotto con nicotina e 15.6% per il placebo.¹¹ Jorenby et al. avevano assegnato in modo casuale i partecipanti ad uno dei tre gruppi: solo bupropione, solo cerotto con nicotina, entrambi (bupropione e cerotto con nicotina). I partecipanti al gruppo di controllo ricevevano pillole e cerotti placebo. I tassi di astinenza confermati biochimicamente a 12 mesi erano del 15.6% nel gruppo placebo, 16.4% nel gruppo con cerotto con nicotina, 30.3% nel gruppo con solo bupropione (P<0.001), e 35.5% nel gruppo a cui erano stati dati entrambi (P<0.001). I tassi di astinenza erano più alti con la terapia combinata che col solo bupropione, ma la differenza non era statisticamente significativa.¹⁵

In generale, la letteratura suggerisce che la combinazione di bupropione RP e NRT aumenta i tassi di astinenza a lungo termine. La metanalisi delle linee guida USPSH indica che esiste una tendenza non statisticamente significativa del bupropione RP con cerotto alla nicotina di aumentare i tassi di cessazione a lungo termine (≥ 6 mesi) se paragonato al solo cerotto con nicotina [(OR) 1,3; 95% CI: 1,0-1,8].¹ Alla stessa conclusione è giunta una recente revisione del gruppo Cochrane.¹⁶

Uno studio controllato verso placebo ha indagato l'associazione di bupropione RP (300 mg) con cerotto con nicotina (21 mg), gomme alla nicotina (2 mg), e la terapia cognitivo-comportamentale in 51 pazienti. L'aggiunta di bupropione RP aumenta il risultato iniziale di riduzione del fumo ($\geq 50\%$) alle settimane 12 e 24 e la completa astensione dal fumo alla settimana 8.¹⁷

In uno studio che coinvolgeva 1700 fumatori, si è visto che la terapia combinata di bupropione RP e inalatore con nicotina era più efficace di ognuno dei due principi attivi usati singolarmente.¹⁸

In un ampio studio sull'efficacia nella cura primaria, il bupropione RP e le pastiglie si sono dimostrate più efficaci delle singole terapie (pastiglie, cerotto, bupropione RP).¹⁹

Nortriptilina + NRT

Una metanalisi di studi che valutavano nortriptilina e NRT paragonandole alla NRT da sola indica che non ci sono sufficienti prove scientifiche di un aumento dell'astensione dal fumo con la terapia combinata (RR 1,21; 95% CI: 0,94-1,55).¹⁶

Vareniclina + NRT

Si veda anche la sezione 4.3.3.3. Basandosi sui dati di uno studio di farmacocinetica,²⁰ Ebbert et al.²¹ propongono le seguenti ipotesi: (1) la vareniclina non satura completamente i recettori nicotinici dell'acetilcolina portando ad una risposta di "ricompensa" incompleta e ad un incompleto blocco del continuo rinforzo al fumare; (2) la vareniclina sostituisce in modo non completo l'effetto dopaminergico del fumo, inducendo un continuo desiderio di fumare. Gli autori prendono quindi in considerazione la possibilità che alcuni fumatori possono aver bisogno di NRT in aggiunta alla vareniclina per ridurre l'astinenza e la necessità impellente di fumare e permettere loro di raggiungere l'astensione completa. Poiché hanno una ampia esperienza con la terapia combinata di vareniclina e NRT in un programma di trattamento residenziale (pazienti ricoverati) di 8 giorni al Nicotine Dependence Center (NDC) alla Mayo Clinic, gli autori consigliano l'utilizzo di NRT per dare sollievo ai sintomi da astinenza nei fumatori in trattamento con vareniclina. Non è stato registrato un aumento degli eventi avversi rispetto ai fumatori che erano trattati nello stesso programma prima dell'introduzione di vareniclina. In ogni caso, i ricercatori indicano che i risultati provenienti da questo studio non possono essere applicati ad altre popolazioni di pazienti e dovrebbero essere interpretati con cautela.

Uno studio clinico ha indagato il perché i fumatori che ricevono una terapia farmacologica combinata per smettere di fumare hanno maggiori probabilità di smettere rispetto a quelli che ricevono un singolo principio attivo (monoterapia) o il placebo. I dati raccolti di 1504 fumatori attivi randomizzati in una delle 6 farmacoterapie utilizzate per smettere di fumare (placebo, cerotto con nicotina, compresse con nicotina, bupropione, cerotto con nicotina e compresse con nicotina e bupropione e compresse con nicotina) suggeriscono che la combinazione di più trattamenti produce maggiori tassi di astensione rispetto alle monoterapie, a causa della maggiore capacità di sopprimere l'astinenza, il

craving e il desiderio di fumare.²²

Loh, Piper et al. hanno dato risposta alla domanda se la farmacoterapia combinata dovesse essere usata di routine sui fumatori, o se alcune tipologie di fumatori mostrano scarso o nullo beneficio dalla farmacoterapia combinata rispetto alla monoterapia. La conclusione: la farmacoterapia combinata risulta generalmente più efficace della monoterapia, eccetto per un gruppo di fumatori (quelli con bassa dipendenza da nicotina) che non mostrano un maggior beneficio dall'utilizzo della farmacoterapia combinata. L'utilizzo della monoterapia con questi fumatori potrebbe essere legittimo considerando il costo e gli effetti collaterali della farmacoterapia combinata.²³

Tre nuovi studi randomizzati controllati ne hanno indagato l'efficacia.²⁴⁻²⁶ Hajek et al. non hanno rilevato un aumento dell'astensione dal fumo in pazienti randomizzati con vareniclina più NRT rispetto a coloro che ricevevano la sola vareniclina, ma questo studio è limitato dalla numerosità del campione (n=117).²⁴ Uno studio randomizzato controllato condotto da Ramon et al. 341 fumatori di 20 o più sigarette al giorno erano randomizzati per ricevere vareniclina più cerotti NRT o vareniclina più cerotti placebo per 12 settimane e ad entrambi era fornito il supporto comportamentale.²⁵ In generale c'è stata un piccolo e non statisticamente significativo aumento dell'astensione nel gruppo vareniclina più cerotti NRT. Sottoanalisi hanno documentato un significativo aumento del tasso di astensione a 24 settimane negli individui che fumavano 29 o più sigarette al giorno con la terapia combinata (OR 1,46; 95% CI 1,2 to 2,8). Anche un secondo studio randomizzato controllato (n=435) che paragonava la vareniclina da sola rispetto alla vareniclina in combinazione con NRT ha trovato che la terapia combinata era associata a tassi più alti di astensione dal fumo al follow-up di 12 (1,85; 95% CI, 1,19-2,89; P=0,007) e 24 settimane (49,0% versus 32,6%; OR, 1,98; 95% CI, 1,25-3,14; P=0,004).²⁶ Gli autori hanno anche documentato una maggiore incidenza di nausea, disturbi del sonno, depressione, reazioni cutanee e costipazione, anche se solo per le reazioni cutanee si raggiungeva la significatività statistica.

Ulteriori studi sono necessari per aumentare la nostra conoscenza della validità della trattamento combinato di vareniclina e NRT e della possibilità che si possa raccomandare in alcuni sottogruppi

specifici di pazienti. Il trattamento combinato può essere preso in considerazione per i pazienti che hanno difficoltà a smettere completamente con la monoterapia, consapevoli dei limitati dati scientifici disponibili al momento.

Vareniclina + bupropione RP

Poiché vareniclina e bupropione hanno differenti meccanismi d'azione, essi qualche volta sono usati in modo combinato, in particolare in fumatori che avevano precedentemente smesso di fumare usando bupropione come monoterapia, ma avevano faticato durante il percorso. Uno studio pilota di questa combinazione ha dimostrato una eccellente efficacia e una alta tollerabilità, suggerendo che la combinazione di vareniclina e bupropione RP può essere efficace per aumentare i tassi di astensione dal fumo al di sopra dei tassi registrati utilizzando la monoterapia.³

Raccomandazioni

- Cinque combinazioni di terapie di prima linea si sono mostrate efficaci nel trattamento della cessazione dal fumo, seppure al momento i dati scientifici sono insufficienti per raccomandare tutte e cinque le combinazioni. Al momento solo l'uso combinato di vari prodotti NRT e la combinazione di cerotti e bupropione sono stati approvati dall'FDA per la cessazione dal fumo.²³ I clinici possono quindi considerare l'utilizzo di queste combinazioni di farmaci coi loro pazienti che desiderano smettere.
- Le combinazioni efficaci di farmaci sono:
 - il cerotto con nicotina a lungo termine (> di 14 settimane) e altri prodotti NRT (gomme o spray) (livello di evidenza A);
 - cerotto con nicotina e inalatore con nicotina (livello di evidenza B);
 - cerotto con nicotina e bupropione RP (livello di evidenza A).
- Non ci sono controindicazioni nell'utilizzo di vareniclina in combinazione con NRT (livello di evidenza B).
- Ci può essere un beneficio nel combinare NRT e vareniclina, in particolare nei consumatori accaniti di tabacco, ma i risultati non sono univoci. Sono necessarie ricerche aggiuntive per supportare l'efficacia di questo approccio come pratica standard (livello di evidenza C).

Bibliografia

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
3. Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? *Drugs*. 2010;70(6):643–650.
4. Japuntich SJ, Piper ME, Leventhal AM, Bolt DM, Baker TB. The effect of five smoking cessation pharmacotherapies on smoking cessation milestones. *J.Consult.Clin. Psychol.*, 2011;79(1):34-42.
5. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin* 2009;59:314-326.
6. Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Arch Intern Med*. 1999;159:2033–8.
7. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:883-9.
8. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia, *Tob Control*. 1995;4:231–5.
9. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. *Prev Med*. 1995; 24(1):41–7.
10. Kornitzer, M, Boutsen, M, Dramaix, M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo controlled clinical trial. *Prev Med*. 1995;24:41–47.
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iasi, 2010, www.srp.ro.
12. Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting, *Nicotine Tob Res*. 2003;5(2):181–7.
13. Blondal T, Gudmundsson L.J, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up, *Br Med J*. 1999;318:285–8.
14. Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation, *Arch Intern Med*. 2000;160:3128-3134.
15. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained- release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1999;340:685-691.

16. Hughes J, Stead L, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation, Cochrane Database Systematic Reviews 2014; 1:Art. No. CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
17. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week doubleblind, placebo- controlled study of Bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia, J Clin Psychopharmacol. 2007;27(4):380–6.
18. Croghan IT, Hurt RD, Dakhil SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ, et al. Randomized comparison of a nicotine inhaler and Bupropion for smoking cessation and relapse prevention, Mayo Clin Proc. 2007;82(2):186–95.
19. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics, Arch Intern Med. 2009;169(22):2148–55.
20. Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, Rohrbacher K, Stolar M, Burstein AH. Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, Varenicline, in healthy smokers, J Clin Pharmacol. 2006;46(12):1439–48.
21. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009;11(5):572–6.
22. Bolt DM, Piper ME, Theobald WE, Baker TB. Why two smoking cessation agents work better than one: Role of craving suppression. Nicotine Tob. Res. 2012;80(1):54–65.
23. Loh WY, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. Nicotine Tob. Res. 2012;14(2):131–41.
24. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. BMC Med. 2013 May 29;11:140.
25. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. BMC Med. 2014 Oct 8;12:172.
26. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Irušen EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA;312(2):155–61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.

4.4.2 Raccomandazioni per il prolungamento del trattamento

In alcuni pazienti, una durata del trattamento più lunga di quella normalmente raccomandata si è dimostrata vantaggiosa.

Trattamento sostitutivo prolungato con nicotina

I timori riguardanti la potenziale dipendenza causata dal trattamento prolungato con sostituti della nicotina non sono giustificati. Al contrario, prolungare la durata di tale terapia può rivelarsi opportuno per la salute, poiché le recidive premature fanno parte di qualsiasi tentativo di smettere di fumare.

Gli studi hanno mostrato tassi di astinenza più elevati quando si utilizzava gomma alla nicotina per un tempo più lungo, rispetto alla cura a breve termine, e una astinenza che andava dal 15% al 20% tra coloro che avevano usato gomma alla nicotina per 12 mesi.¹ Il Lung Health Study ha rilevato che circa un terzo dei pazienti con BPCO, astinenti a lungo termine, ha usato le gomme con nicotina fino a 12 mesi (e alcuni anche fino a cinque anni), senza gravi effetti collaterali.²

In un piccolo studio non stratificato e non randomizzato, 568 partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a tre gruppi di trattamento: uso di 21 mg di cerotti alla nicotina da 21 mg per 8 settimane (trattamento breve) o per 24 settimane (trattamento prolungato) o placebo. Il cerotto alla nicotina per 24 settimane ha aumentato l'astinenza a 24 settimane, confermata biochimicamente, ha ridotto il rischio di recidiva ed aumentato la probabilità di restare astinenti anche dopo una fase di ricaduta, rispetto a 8 settimane di cerotto NRT.³

La gomma e il cerotto alla nicotina possono essere somministrati per più di sei mesi, con buoni risultati, specialmente su quei pazienti che riferiscono una sindrome da astinenza prolungata.

La FDA ha approvato la terapia sostitutiva della nicotina somministrata per più di sei mesi, dal momento che non presenta rischi. L'uso della gomma alla nicotina garantisce un controllo del peso migliore dopo aver smesso di fumare. Esiste una correlazione (inversa, n.d.t.) tra la dose di nicotina farmacologica somministrata e l'aumento di peso (maggiore è la dose di nicotina nei sostituti, minore è l'aumento di peso)¹.

Poche persone possono davvero diventare dipendenti dai prodotti sostitutivi della nicotina. Ma, in effetti, alcuni ex fumatori potrebbero continuare a usarli fino a un anno o anche più a lungo, perché hanno paura di fallire e tornare a fumare.¹ Un totale di 402 partecipanti ha completato un programma di trattamento di 12 settimane che includeva counselling di gruppo, NRT e bupropione. I pazienti, indipendentemente dallo stato di fumatore, sono

stati quindi assegnati casualmente a: (1) trattamento standard (ST, nessun ulteriore trattamento); (2) NRT estesa (E-NRT, 40 settimane di disponibilità di gomma alla nicotina), (3) terapia cognitivo-comportamentale estesa (E-CBT, 11 sessioni cognitive comportamentali per un periodo di 40 settimane), o (4) E-CBT più E-NRT (E-combinato, 11 sessioni con supporto comportamentale, più 40 settimane di disponibilità di gomma alla nicotina). Gli autori concordano sui benefici dei trattamenti prolungati che possono produrre tassi di astinenza elevati e stabili.⁴

Trattamento prolungato con vareniclina

Un periodo più lungo di 12 settimane di trattamento con vareniclina è sicuro, ben tollerato e garantisce un più alto tasso di astinenza a lungo termine, riducendo considerevolmente il rischio di ricaduta.

La vareniclina può essere somministrata, in quanto farmaco efficace per trattare la dipendenza da nicotina, per 24 settimane, con una buona tolleranza, specialmente su quei pazienti con craving quando tendono a recidivare dopo le prime 12 settimane di trattamento. La vareniclina è il primo farmaco che ha dimostrato di avere un significativo effetto a lungo termine contro la ricaduta. Secondo Tonstad et al., il 70,6% del gruppo trattato con vareniclina ha smesso di fumare entro le settimane 13-24, rispetto al 49,8% nel gruppo placebo; rispettivamente il 44% contro il 37,1% dei soggetti era astinente nelle settimane 25-52.⁵

Trattamento prolungato con bupropione

La durata del trattamento con bupropione può essere prolungata oltre il trattamento standard di 7-9 settimane, con una buona efficacia, sia rispetto al tasso di astinenza alla fine del trattamento che al follow-up, ma anche alla prevenzione delle ricadute. In uno studio randomizzato, controllato con placebo, in cui sono stati somministrati 300 mg di bupropione per sette settimane in 784 fumatori sani e in cui è stato effettuato un trattamento supplementare per 45 settimane con bupropione verso placebo, è stato trovato un tasso di astinenza dopo 52 settimane pari al 55,1% nel gruppo trattato con bupropione, contro il 42,3% nel gruppo placebo. Questa proporzione è rimasta la stessa durante il follow-up a 78 settimane (47,7% nel gruppo bupropione vs 37,7% nel gruppo placebo, $p = 0,034$), ma è diventato insignificante alla

visita a 104 settimane (41,6% per il gruppo bupropione vs il 40,0% per il gruppo placebo). Le ricadute si sono verificate in media a 156 giorni per il gruppo bupropione rispetto ai 65 giorni per il gruppo placebo ($p = 0,021$), un fatto che è innegabilmente a favore dei percorsi di trattamento con bupropione più prolungati.⁶

Cox et al. hanno randomizzato dei fumatori astinenti trattati con bupropione per sette settimane e poi per un anno con bupropione o con placebo.⁷ Il bupropione ha prodotto un tasso di astinenza più elevato alla fine del trattamento rispetto al placebo, ma nessuna differenza al follow-up a un anno. Killen et al. hanno trattato dei fumatori per 12 settimane con bupropione in aperto, cerotto alla nicotina e training settimanale per la prevenzione delle ricadute.⁸ A tutti i partecipanti sono state quindi offerte quattro sessioni di prevenzione delle ricadute e la continuazione, con bupropione attiva o con placebo per altre 14 settimane. Non ci sono state differenze nei tassi di astinenza tra i due gruppi a 1 anno. Quando è appropriato, perciò, il trattamento farmacologico potrebbe essere prolungato per periodi più lunghi di quelli normalmente raccomandati. E' riconosciuto che i maggiori effetti sui tassi di astinenza sono dovuti alla terapia a lungo termine con i cerotti di nicotina e con altre forme di NRT ad libitum.¹

Bibliografia

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.
2. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. *Am J of Med.* 1999;106(4):410-416.
3. Schnoll R.A., Patterson F., Wileyto E.P., Heitjan D.F., Shields A.E., Asch D.A., Lerman C., Effectiveness of Extended-Duration Transdermal Nicotine Therapy, *Ann Intern Med.* 2010;152:144-151.
4. Hall S.M., Humfleet G.L., Muñoz R.F., Reus V.I., Robbins J.A., Prochaska J.J. Extended treatment of older cigarette smokers, *Addiction* 2009;104(6):1043-52.
5. Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P., MD, PhD, Hajek P., PhD, Williams K.E., PhD, Billing C.B., MS, Reeves R.K., MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, *JAMA*, 2006;296(1):64-71.
6. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention

after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann. Intern. Med.*, 2001;135(6):423-33.

7. Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. *J Natl Cancer Inst.*, 2012;104(4):290-8.28.
8. Killen JD, Fortman SP., Murphy GM Jr, Harvard C., Arredondo C., Cromp D., Celio M., Abe L., Wang Y., Schatzberg AL, Extended treatment with Bupropion SR for cigarette smoking cessation, *J. Consult Clin Psychol.* 2006;74(2):286-94.

4.5 Evidenze disponibili per altri interventi di supporto alla cessazione dal fumo

Esistono numerosi approcci per sostenere la cessazione dal tabacco con un'efficacia non ancora dimostrata basata su vaccini, farmaci e fattori non farmacologici. Gli interventi soggetti a ricerche scientifiche, che finora non hanno dato prova positiva, per almeno 6 mesi di follow-up dall'inizio del trattamento, includono quanto segue:

Vaccini

Tre vaccini anti-nicotina sono attualmente in fase di valutazione clinica. La revisione delle prove cliniche disponibili in cinque fasi I/II sull'uso di vaccini contro la nicotina ha riscontrato un aumento dei tassi di abbandono solo nei piccoli gruppi di fumatori con titoli anticorpali particolarmente elevati. Si è concluso che potrebbero esistere difetti nei sottostanti modelli animali di dipendenza e che c'è la necessità di comprendere meglio i processi che contribuiscono alla dipendenza.

Una seconda revisione della Cochrane ha concluso che non esistono prove per sostenere l'uso del vaccino come supporto per la cessazione dal fumo. Sono necessarie ulteriori ricerche.

Acetato d'argento

Una revisione di studi randomizzati sui prodotti commercializzati a base di acetato d'argento ha trovato che essi mancano di efficacia.⁴

Nicobrevin

Una revisione di studi randomizzati a lungo termine per valutare gli

effetti del Nicobrevin, un prodotto proprietario commercializzato come aiuto alla cessazione dal fumo, non ha dato alcuna prova che Nicobrevin possa aiutare a smettere di fumare.⁵

Lobelina

La revisione delle prove sulla lobelina, un agonista parziale della nicotina, utilizzata nei preparati commercialmente disponibili per sostenere la cessazione dal fumo, non ha trovato alcuna prova positiva che la lobelina possa aiutare a smettere di fumare nel lungo periodo.⁶

Ansiolitici

Una revisione dell'efficacia della farmacoterapia ansiolitica con farmaci quali diazepam, doxepina, meprobammato, ondansetron e beta-bloccanti metoprololo, ossiprenololo e propranololo per aiutare la cessazione a lungo termine del fumo non ha trovato chiare evidenze di alcun effetto positivo, anche se un possibile effetto non è stato escluso.⁷

Antagonisti degli oppioidi

Una revisione delle prove disponibili sull'efficacia degli antagonisti degli oppioidi, tra cui naloxone e naltrexone, nella promozione della cessazione dal fumo a lungo termine non ha prodotto risultati concreti e ha suggerito la necessità di sperimentazioni nuove e più estese.⁸

Mecamilamina

Una revisione delle prove sull'utilizzo di mecamilamina, un antagonista della nicotina, anche in combinazione con NRT, ha mostrato la necessità di confermare le prove disponibili con studi più approfonditi.⁹

Gabapentin

In uno studio preliminare "proof-of-concept" sul gabapentin per il trattamento della dipendenza dal tabacco, il farmaco somministrato al dosaggio abituale non si è rivelato capace di ridurre i tassi di uso del tabacco.¹⁰

Antagonisti del recettore CB1

Una revisione di tre studi per determinare se gli antagonisti

selettivi del CB1 (attualmente rimonabant e taranabant) aumentano il numero di persone che smettono di fumare e per valutare i loro effetti sul cambiamento di peso a seconda del successo della cessazione, ha trovato alcune prove positive, tuttavia lo sviluppo di questi farmaci è stato fermato dai produttori nel 2008.¹¹

Compresse di glucosio

In uno studio randomizzato per aiutare la cessazione dal fumo con compresse di glucosio, che ha puntato a valutare se le compresse di glucosio migliorassero i tassi di astinenza continua a sei mesi rispetto alle compresse placebo a basso contenuto calorico, non è stato rilevato alcun effetto significativo delle compresse di glucosio rispetto alle compresse con dolcificante. Tuttavia, i ricercatori hanno sostenuto che la possibilità di un effetto, come contributo ulteriore all'NRT o al bupropione, merita di essere approfondito.¹²

Interventi non farmacologici

Interventi basati sul coinvolgimento del partner

Una revisione di 57 articoli disponibili sul coinvolgimento del partner come mezzo per ottenere un effetto a lungo termine nella cessazione dal consumo di tabacco non ha raggiunto alcuna conclusione definitiva, per cui vengono raccomandate ulteriori ricerche.¹³

Incentivi finanziari

Una revisione di 17 studi su concorsi, incentivi materiali o finanziari per rafforzare la cessazione dal fumo non ha trovato forti evidenze sul miglioramento dei tassi di cessazione a lungo termine.¹⁴ Gli autori concludono che gli incentivi sembrano aumentare i tassi di cessazione mentre sono in atto con risultati eterogenei documentati sul lungo termine. Gli interventi basati sugli incentivi testati tra le fumatrici incinte hanno migliorato i tassi di cessazione a fine gravidanza e nel periodo postpartum.

Interventi basati sull'esercizio fisico

Una revisione delle prove degli interventi di esercizio per la cessazione dal fumo ha rilevato che solo uno dei 20 studi ha mostrato un impatto positivo dell'esercizio fisico ad un follow-up

di un anno. Altri studi hanno dimostrato delle carenze, quindi sono state raccomandate ulteriori ricerche su questo tema.¹⁵

Ipnoterapia

Una revisione di 11 studi randomizzati controllati sull'efficacia dell'ipnoterapia proposta come metodo per aiutare la cessazione dal fumo ha trovato risultati conflittuali, i quali non hanno fornito prove che l'ipnoterapia possa essere altrettanto efficace rispetto al trattamento col counselling.

Agopuntura, laser, elettrostimolazione

Una revisione di 38 rapporti di studi randomizzati sull'efficacia dell'agopuntura e delle relative tecniche di agopressione, della terapia laser e della stimolazione elettrica promosse come trattamenti per la cessazione del fumo, non ha trovato evidenti prove di efficacia di questi interventi per la cessazione del fumo. Tuttavia, non si è giunti a conclusioni rigide e ulteriori ricerche sono state raccomandate sull'uso di stimolazioni frequenti e prolungate.¹⁷

Stimolazioni avversivanti

Una revisione di 25 studi per determinare l'efficacia del "fumo rapido" e di altri metodi avversivanti per la cessazione dal fumo e per accertare eventuali effetti di dose-risposta a seconda del livello di stimolazione avversivante non ha trovato prove sufficienti per determinarne l'efficacia, o se esiste una rapporto dose-risposta alla stimolazione avversivante.¹⁸

Raccomandazioni:

- L'efficacia delle terapie non convenzionali, come l'ipnosi, l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia, non è stata dimostrata correttamente e tali terapie non sono raccomandate dagli esperti.
- Poiché la sicurezza di tali procedure è generalmente buona, se un paziente chiede una terapia non convenzionale, il professionista sanitario può sconsigliarla, ma è opportuno non proibirla, a causa del pericolo che il fumatore possa rinunciare alla medicina convenzionale.
- Una combinazione di trattamenti convenzionali e non convenzionali è nella maggior parte dei casi migliore rispetto all'uso della medicina non convenzionale da sola.

Bibliografia

1. Escobar-Chávez J.J., Dominguez-Delgado C., Rodriguez-Cruz I. Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine. *Drug Des Devel Ther.* 2011;5:211–224.
2. Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research. *Drugs.* 2012;72(4):e1–16.
3. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD007072. DOI: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.
4. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.pub2.
5. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
6. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2.
7. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.
8. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
9. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009.
10. Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(3):300–4.
11. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4.
12. West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. *Psychopharmacology (Berl).* 2010;207(4):631–5.
13. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.
14. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.
15. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
16. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF.

Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.

17. White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.

18. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2.

Sigaretta elettronica (e-cigarette)

Le sigarette elettroniche o "e-cigarette" sono dispositivi a batteria che riscaldano ed emettono vapori da una soluzione liquida che contiene tipicamente glicole e glicole propilenico, aromi e additivi.¹ Esistono delle cartucce usa e getta contenenti il liquido utilizzato nelle sigarette elettroniche, in entrambe le formulazioni, con o senza nicotina. Questi prodotti sono commercialmente disponibili e possono essere pubblicizzati sia come alternativa alle sigarette, sia come un prodotto per la cessazione dal fumo.

Vengono espresse però delle preoccupazioni per il fatto che la sigaretta elettronica è ormai diventata un prodotto di iniziazione al tabacco, un prodotto destinato al consumo nelle aree per non fumatori. Con l'introduzione delle cartucce usa e getta, la sigaretta elettronica è diventata più economica rispetto alle sigarette regolari per quanto riguarda l'assorbimento di nicotina, così la sperimentazione di e-cigarette da parte dei giovani sta diventando sempre più comune in tutta l'Europa.

Efficacia

Una revisione sistematica da parte della Cochrane Collaboration ha esaminato le prove disponibili sull'efficacia delle sigarette elettroniche sull'astinenza al fumo o nella riduzione del fumo.³ La revisione ha individuato un totale di 24 studi tra cui due RCT e 21 studi di coorte. Esistono solo due RCT pubblicati sulle sigarette elettroniche, ed entrambi hanno utilizzato modelli di sigaretta elettronica a basso contenuto di nicotina. Questi studi soffrono di numerose limitazioni metodologiche. I partecipanti che usavano una sigaretta elettronica avevano più probabilità di astenersi dal fumo per almeno sei mesi rispetto ai pazienti che avevano usato placebo EC (RR 2,29, 95% CI 1,05 a 4,96, placebo 4% contro e-sigarette 9%). Bullen et al ha condotto un confronto a tre

bracci tra sigarette elettroniche (contenenti nicotina), sigarette elettroniche (senza nicotina) ed NRT in cerotti. Lo studio non ha rilevato alcuna differenza significativa tra la sigaretta elettronica (contenente nicotina) e i cerotti NRT, mentre entrambi erano superiori alle sigarette elettroniche (senza nicotina).⁴

In termini di riduzione del fumo, le prove disponibili, seppure scarse, suggeriscono che le persone sono state in grado di ridurre il consumo di sigarette di almeno la metà con l'utilizzo delle sigarette elettroniche contenenti nicotina sia rispetto alle sigarette elettroniche contenenti placebo (RR 1,31, 95% CI 1,02-1,68, 2 studi; placebo 27% contro sigarette elettroniche 36%); sia rispetto ai cerotti (RR 1,41, 95% CI 1,20-1,67, 1 studio cerotto 44% contro sigarette elettroniche 61%)³. Risultati simili sono stati riportati dagli studi di coorte. In Italia Polosa et al. hanno testato la sigaretta elettronica "Categoria" tra i fumatori che non avevano voglia di smettere ed hanno segnalato che, dopo 24 mesi di follow-up, il 27.5% dei partecipanti aveva ridotto di oltre il 50% il consumo giornaliero di sigarette e che il 12.5% era astinente dopo 6 mesi di uso di sigarette elettroniche⁵. Questi studi però hanno delle limitazioni metodologiche.

Studi di laboratorio hanno anche scoperto che le sigarette elettroniche sono efficaci nel limitare la voglia di sigaretta nei fumatori.^{6,7}

C'è urgente bisogno di sperimentazioni cliniche per determinare l'efficacia, se presente, delle sigarette elettroniche nel promuovere l'astinenza del fumo.

Sicurezza

Le emissioni di particelle di sospensione totale (TSP) derivate dalle sigarette elettroniche sono circa 60 mcg / m³, 10-15 volte inferiori a quelle delle sigarette convenzionali.⁸ Per ciascuna delle diverse frazioni di PM (PM^{1,2,5,7,10}), c'è una densità inferiore (da 6 a 21 volte) per le sigarette elettroniche rispetto alle sigarette convenzionali, ma i livelli superano ancora leggermente i valori stabiliti dalle linee guida dell'OMS sulla qualità dell'aria esterna.¹ Il vapore simile al fumo prodotto da glicole etilenico o glicerolo è irritante quando l'esposizione viene ripetuta, ma non è stato trovato un effetto tossico nell'uso a breve termine.⁹ Recenti studi hanno esaminato la tossicità degli aromi utilizzati nei liquidi delle sigarette elettroniche. Lerner et. al. ha riferito che l'esposizione agli aerosol / liquidi di sigaretta elettronica provoca misurabili reazioni

ossidative e infiammatorie nelle cellule e nei tessuti polmonari che potrebbero portare a conseguenze sanitarie non prevedibili.¹⁰ Recentemente sono state proposte tre revisioni sistematiche.^{3,11,12} Farsalinos e Polosa hanno esaminato i dati di laboratorio e clinici relativi al potenziale rischio di utilizzo delle sigarette elettroniche rispetto all'uso continuato della sigaretta ed hanno concluso che le sigarette elettroniche sono meno dannose rispetto ai rischi significativi del fumo continuativo.¹¹ Pisinger e Dossing hanno riportato una revisione di 76 studi che hanno segnalato le conseguenze sanitarie dell'utilizzo di sigarette elettroniche. Gli autori hanno concluso che, a causa dei relativamente pochi studi e delle questioni metodologiche degli studi esistenti, nonché delle incoerenze e dei risultati tra gli studi pubblicati e della mancanza di follow-up a lungo termine, non si possono trarre conclusioni solide sulla sicurezza delle ECs.¹² Gli autori hanno osservato, nonostante la mancanza di prove, che le sigarette elettroniche non debbano essere considerate innocue.

La mancanza di studi affidabili ha indotto la maggior parte delle autorità nazionali a vietare la promozione di questo prodotto come prodotto di cessazione dal fumo.

Raccomandazioni:

- Non esistono prove sufficienti per valutare adeguatamente i rischi per la salute associati all'uso di sigarette elettroniche (livello di evidenza B).
- Non esistono prove sufficienti sull'efficacia delle sigarette elettroniche per sostenere il loro utilizzo come aiuto per la cessazione (livello di evidenza B).
- Non esiste alcuna evidenza di effetti avversi frequenti o gravi, ma non vi è alcuna prova di efficacia rispetto alla cessazione dal fumo. In considerazione dell'assenza di tali studi gli operatori sanitari non dovrebbero raccomandare questo prodotto (livello di evidenza B)
- C'è urgente necessità di sperimentazioni cliniche per determinare la sicurezza e l'efficacia, se esistente, delle sigarette elettroniche nel promuovere l'astinenza dal fumo.

Bibliografia

1. Etter J-F. The Electronic Cigarette: An Alternative to Tobacco? Geneva,

- Switzerland: Jean-Francois Etter, 2012; 1-125.
2. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco, special Eurobarometer 385. May 2012. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
 3. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub3.
 4. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382(9905):1629-37.
 5. Polosa R, Morjaria JB, Caponnetto P, Campagna D, Russo C, Alamo A, et al. Effectiveness and tolerability of electronic cigarette in real-life: a 24-month prospective observational study. *Internal and Emergency Medicine* 2014;9(5):537-46.
 6. Bullen, C., McRobbie, H., Thornley, S., Glover, M., Lin, R. & Laugesen, M. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: Randomized cross-over trial. *Tob Control* 2010; 19: 98-103.
 7. Vansickel, A. R., Cobb, C. O., Weaver, M. F. & Eissenberg, T. E. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic "cigarettes": Nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(8): 1945-53.
 8. Pellegrino R.M, Tinghino B, Mangiaracina G., Marani A., Vitali M., Protano C., and M.S. Cattaruzza. Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter. *Ann Ig* 2012;24:1.
 9. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: Impact on respiratory flow resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest* 2012;141(6):1400-6.
 10. 2012;141(6):1400-6.
 11. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. *PLoS One* 2015;10(2):e0116732.
 12. Farsalinos K.E., and R. Polosa. Safety evaluation and risk assessment of electronic
 13. cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf.* 2014 Apr; 5(2): 67-86.
 14. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med.* 2014;69:248-60.

Tabacco riscaldato (Heat not Burn)

Il tabacco riscaldato (HNB, heat not burn, riscaldato ma non bruciato) costituisce una modalità recente di consumo del tabacco attraverso alcuni dispositivi messi in commercio dalle multinazionali del tabacco a partire dal 2014. Le aziende hanno investito circa due miliardi di euro e 17 anni di ricerca

nella produzione dell'HNB. Le prime nazioni in cui sono stati commercializzati questi prodotti sono l'Italia e il Giappone, mentre oggi l'HNB è diffuso in più di 20 paesi. Una indagine condotta in Giappone su 8240 persone nel 2015 ha mostrato come meno della metà degli intervistati conosceva già questi dispositivi e meno dell'1% li usava. Le vendite sono poi aumentate rapidamente, soprattutto in Giappone, tanto che alla fine del 2016 la percentuale dei consumatori oscillava tra il 2,4 e il 3,4%¹.

I dispositivi contengono una piastra di platino e ceramica il cui riscaldamento viene regolato elettronicamente e raggiunge una temperatura di circa 350 °C, più alta di quella delle sigarette elettroniche, ma notevolmente più bassa di quella presente nella combustione del tabacco nelle sigarette tradizionali. Nel dispositivo viene inserita una cartuccia di tabacco che, attraverso il riscaldamento, rilascia nicotina e aromi. L'obiettivo dichiarato è quello di rendere possibile l'assunzione di nicotina e degli aromi senza le sostanze nocive della combustione.

Studi indipendenti hanno stabilito che il rilascio di nicotina del HNB è molto simile a quello della sigaretta tradizionale, ossia pari a circa il 70% di quest'ultima² ed è capace di alleviare il craving da sigaretta. La concentrazione di nitrosammine è di circa un quinto e il CO un centesimo rispetto a quello prodotto dalla combustione di sigarette tradizionali³.

Un altro studio indipendente⁴ ha confermato che sostanze carboniliche, ammoniaca e N-nitrosoanabasine sono presenti in misura almeno dell'80% inferiore rispetto a quelle del fumo di sigaretta, mentre i livelli di nicotina e di catrame sono paragonabili a quelli del tabacco usato per combustione.

Numerosi studi tossicologici sono disponibili in letteratura, soprattutto in vitro e su animale. La quasi totalità di questi è però sostenuta dalle aziende produttrici di tabacco. Le ricerche mostrano che il tabacco riscaldato è meno tossico di quello tradizionale. Gli studi⁵⁻¹⁹ hanno preso in considerazione soprattutto gli effetti sull'apparato respiratorio e il particolato sottile emesso nell'aria indoor. È stato mostrato, per esempio, un ridotto effetto sul metabolismo lipidico polmonare nel topo, un ridotto effetto chemiotattico e di migrazione transendoteliale, una minore tossicità, citotossicità ed una diversa composizione fisico-chimica dell'aerosol immesso nell'aria indoor. Nei topi l'utilizzo di HNB, comparato con quello di fumo tradizionale, induce meno

flogosi e una minore progressione verso l'enfisema.

Uno studio indipendente²⁰ ha confermato che le microparticelle prodotte da HNB sono circa un quarto delle sigarette tradizionali, restano poco sospese nell'aria (al contrario di quelle da fumo tradizionale), per cui sono meno capaci di raggiungere le diramazioni bronchiali più fini. Per molti aspetti, quindi, il profilo è simile a quello delle sigarette elettroniche.

E' stato riportato un caso di polmonite acuta eosinofila dopo inalazione di HNB²¹.

Le conoscenze su questi prodotti sono ancora iniziali e mancano studi sull'uomo, in grado di misurarne la pericolosità a breve e lungo termine. E' necessario altresì produrre studi indipendenti. Una attenzione particolare dovrebbe essere posta sul fatto che si tratta di dispositivi capaci di rilasciare efficacemente nicotina, perciò di alimentare la dipendenza da una sostanza che presenta di per sé un elevato profilo di rischio per la salute umana. Sebbene l'HNB sembra essere meno tossica delle sigarette tradizionali, bisogna sottolineare che rilascia comunque una certa quantità di sostanze pericolose per la salute. L'obiettivo, coerentemente con le dichiarazioni dell'OMS, dovrebbe perciò rimanere quello della cessazione dell'uso del tabacco "sotto qualsiasi forma".

Bibliografia

1. Tabuchi T, Gallus S, Shinozaki T, Nakaya T, Kunugita N, Colwell B. Heat-not-burn tobacco product use in Japan: its prevalence, predictors and perceived symptoms from exposure to secondhand heat-not-burn tobacco aerosol. *Tob Control*. 2017 Dec 16. pii: tobaccocontrol-2017-053947. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-053947.
2. Picavet P, Haziza C, Lama N, Weitkunat R, Lüdicke F. Comparison of the Pharmacokinetics of Nicotine Following Single and Ad Libitum Use of a Tobacco Heating System or Combustible Cigarettes. *Nicotine Tob Res*. 2016 May;18(5):557-63. doi: 10.1093/ntr/ntv220. Epub 2015 Oct 5.
3. Bekki K, Inaba Y, Uchiyama S, Kunugita N. Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. *J UOEH*. 2017;39(3):201-207. doi: 10.7888/juoeh.39.201.
4. Li X, Luo Y, Jiang X, Zhang H, Zhu F, Hu S, Hou H, Hu Q, Pang Y. Chemical Analysis and Simulated Pyrolysis of Tobacco Heating System 2.2 Compared to Conventional Cigarettes. *Nicotine Tob Res*. 2018 Jan 8. doi: 10.1093/ntr/nty005.
5. Phillips B, Veljkovic E, Peck MJ, Buettner A, Elamin A, Guedj E, Vuillaume G, Ivanov NV, Martin F, Boué S, Schlage WK, Schneider T, Titz B, Talikka M, Vanscheeuwijck P, Hoeng J, Peitsch MC. A 7-month cigarette smoke inhalation study in C57BL/6 mice demonstrates reduced lung inflammation and emphysema following smoking cessation or aerosol exposure from a prototypic modified risk tobacco product. *Food Chem Toxicol*. 2015 Jun;80:328-45. doi: 10.1016/j.fct.2015.03.009.
6. Titz B, Boué S, Phillips B, Talikka M, Vihervaara T, Schneider T, Nury C, Elamin A, Guedj E, Peck MJ, Schlage WK, Cabanski M, Leroy P, Vuillaume G, Martin F, Ivanov NV, Veljkovic E, Ekroos K, Laaksonen R, Vanscheeuwijck P, Peitsch MC, Hoeng J. Effects of Cigarette Smoke, Cessation, and Switching to Two Heat-Not-Burn Tobacco Products on Lung Lipid Metabolism in C57BL/6 and Apoe^{-/-} Mice-An Integrative Systems Toxicology Analysis. *Toxicol Sci*. 2016 Feb;149(2):441-57. doi: 10.1093/toxsci/kfv244. Epub 2015 Nov 17.
7. van der Toorn M, Frentzel S, De Leon H, Goedertier D, Peitsch MC, Hoeng J. Aerosol from a candidate modified risk tobacco product has reduced effects on chemotaxis and transendothelial migration compared to combustion of conventional cigarettes. *Food Chem Toxicol*. 2015 Dec;86:81-7. doi: 10.1016/j.fct.2015.09.016. Epub 2015 Oct 1.
8. Oviedo A, Lebrun S, Kogel U, Ho J, Tan WT, Titz B, Leroy P, Vuillaume G, Bera M, Martin F, Rodrigo G, Esposito M, Dempsey R, Ivanov NV, Hoeng J, Peitsch MC, Vanscheeuwijck P. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 6: 90-day OECD 413 rat inhalation study with systems toxicology endpoints demonstrates reduced exposure effects of a mentholated version compared with mentholated and non-mentholated cigarette smoke. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Nov 30;81 Suppl 2:S93-S122. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.11.004. Epub 2016 Nov 3.
9. Kogel U, Titz B, Schlage WK, Nury C, Martin F, Oviedo A, Lebrun S, Elamin A, Guedj E, Trivedi K, Ivanov NV, Vanscheeuwijck P, Peitsch MC, Hoeng J. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 7: Systems toxicological assessment of a mentholated version revealed reduced cellular and molecular exposure effects compared with mentholated and non-mentholated cigarette smoke. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Nov 30;81 Suppl 2:S123-S138. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.11.001. Epub 2016 Nov 4.
10. Schaller JP, Pijnenburg JP, Ajithkumar A, Tricker AR. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 3: Influence of the tobacco blend on the formation of harmful and potentially harmful constituents of the Tobacco Heating System 2.2 aerosol. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Nov 30;81 Suppl 2:S48-S58. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.10.016. Epub 2016 Oct 26.
11. Wong ET, Kogel U, Veljkovic E, Martin F, Xiang Y, Boué S, Vuillaume G, Leroy P, Guedj E, Rodrigo G3, Ivanov NV2, Hoeng J2, Peitsch MC2, Vanscheeuwijck P4. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 4: 90-day OECD 413 rat inhalation study with systems toxicology endpoints demonstrates reduced exposure effects compared with cigarette smoke. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Nov 30;81 Suppl 2:S59-S81. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.10.015. Epub 2016 Oct 26.
12. Schaller JP, Keller D, Poget L, Pratte P, Kaelin E, McHugh D, Cudazzo G, Smart D, Tricker AR, Gautier L, Yerly M, Reis Pires R, Le Bouhellec

4.6 ► Raccomandazioni per un approccio di riduzione del fumo

- S, Ghosh D, Hofer I, Garcia E, Vanscheeuwijck P, Maeder S. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 2: Chemical composition, genotoxicity, cytotoxicity, and physical properties of the aerosol. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Nov 30;81 Suppl 2:S27-S47. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.10.001. Epub 2016 Oct 6.
13. Lopez AA, Hiler M, Maloney S, Eisenberg T, Breland AB. Expanding clinical laboratory tobacco product evaluation methods to loose-leaf tobaccovaporizers. *Drug Alcohol Depend*. 2016 Dec 1;169:33-40. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.10.005. Epub 2016 Oct 11.
 14. Smith MR, Clark B, Lüdicke F, Schaller JP, Vanscheeuwijck P, Hoeng J, Peitsch MC. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 1: Description of the system and the scientific assessment program. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Nov 30;81 Suppl 2:S17-S26. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.07.006. Epub 2016 Jul 19.
 15. Mitova MI, Campelos PB, Goujon-Ginglinger CG, Maeder S, Mottier N, Rouget EG, Tharin M, Tricker AR. Comparison of the impact of the Tobacco Heating System 2.2 and a cigarette on indoor air quality. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Oct;80:91-101. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.06.005. Epub 2016 Jun 14.
 16. Martin F, Talikka M, Ivanov NV, Haziza C1, Hoeng J, Peitsch MC. Evaluation of the tobacco heating system 2.2. Part 9: Application of systems pharmacology to identify exposure response markers in peripheral blood of smokers switching to THS2.2. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Nov 30;81 Suppl 2:S151-S157. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.11.011. Epub 2016 Nov 11.
 17. Pratte P, Cosandey S, Goujon-Ginglinger C. Investigation of solid particles in the mainstream aerosol of the Tobacco Heating System THS2.2 and mainstream smoke of a 3R4F reference cigarette. *Hum Exp Toxicol*. 2017 Nov;36(11):1115-1120. doi: 10.1177/0960327116681653. Epub 2017 Jan 4.
 18. Sewer A, Kogel U, Talikka M, Wong ET, Martin F, Xiang Y, Guedj E, Ivanov NV, Hoeng J, Peitsch MC. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2 (THS2.2). Part 5: microRNA expression from a 90-day rat inhalation study indicates that exposure to THS2.2 aerosol causes reduced effects on lung tissue compared with cigarette smoke. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2016 Nov 30;81 Suppl 2:S82-S92. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.11.018. Epub 2016 Nov 17.
 19. Forster M, Fiebelkorn S, Yurteri C, Mariner D, Liu C, Wright C, McAdam K, Murphy J, Proctor C. Assessment of novel tobacco heating product THP1.0. Part 3: Comprehensive chemical characterisation of harmful and potentially harmful aerosol emissions. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2017 Oct 25. pii: S0273-2300(17)30308-2. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.11.018.
 20. Protano C, Manigrasso M, Avino P, Sernia S, Vitali M. Second-hand smoke exposure generated by new electronic devices (IQOS® and e-cigs) and traditional cigarettes: submicron particle behaviour in human respiratory system. *Ann Ig*. 2016 Mar-Apr;28(2):109-12. doi: 10.7416/ai.2016.2089.
 21. Kamada T, Yamashita Y, Tomioka H. Acute eosinophilic pneumonia following heat-not-burn cigarette smoking. *Respirol Case Rep*. 2016 Oct 3;4(6):e00190. doi: 10.1002/ccr2.190. eCollection 2016 Nov.

La riduzione del fumo viene proposta come opzione di seconda scelta nei confronti dei fumatori che non sono disposti a smettere completamente o che non sono in grado di farlo. La riduzione del fumo dovrebbe essere considerata come un passaggio intermedio verso una cessazione successiva nei confronti di quei fumatori che non sono in grado o che non vogliono smettere di fumare. L'obiettivo per tutti gli utilizzatori di tabacco resta la cessazione completa del fumo.

I vantaggi della riduzione, nell'approccio al fumo, sono duplici:

- con la riduzione del fumo diminuiscono almeno alcuni dei rischi.
- aumenta la fiducia del paziente nella sua capacità di smettere completamente e accresce il numero di tentativi in un anno.

La riduzione del fumo ha suscitato la preoccupazione che potesse diminuire il tasso di cessazione per alcuni fumatori. Non ci sono dati che supportino questa ipotesi; addirittura è stato osservato l'effetto opposto. Una revisione fatta dalla Chocrane Collaboration non ha trovato differenze in termini di probabilità di cessazione fra lo smettere bruscamente e lo smettere avendo prima ridotto il consumo di sigarette, e ha concluso che può essere lasciata ai pazienti la scelta di smettere con entrambi i metodi.¹ Si è osservato che i pazienti che non desideravano smettere, avevano una probabilità maggiore di farlo a distanza di un anno, se veniva loro proposto solo di ridurre il consumo e non di smettere bruscamente.^{3,4}

Si è stabilito che per "riduzione del fumo" si intende una diminuzione del 50% del consumo iniziale di sigarette, ma senza un'astinenza completa.¹

Un numero di dati limitati (provenienti da piccoli studi, su popolazioni selezionate e per brevi periodi di follow-up) suggeriscono che una riduzione sostanziale del fumo diminuirebbe molti fattori di rischio cardiovascolare e migliorerebbe i sintomi respiratori. La riduzione del fumo è associata a una diminuzione del 25% dei bio-marcatore del tabacco e dell'incidenza del cancro polmonare e a un basso,

quasi insignificante, aumento del peso alla nascita, dei neonati nati da madri fumatrici.² Se il fumo viene ridotto, non sembrano invece verificarsi significativi miglioramenti sulla funzione polmonare.⁵

La riduzione del fumo rappresenta un'alternativa terapeutica per i fumatori che non sono ancora pronti a smettere completamente. In uno studio che analizzava l'uso delle gomme alla nicotina e che aveva osservato tassi di cessazioni doppi e tripli rispettivamente a 3 e 12 mesi verso il placebo, la concomitante riduzione del consumo di sigarette è stata ben tollerata e ha portato ad una significativa riduzione del biomarcatore monossido di carbonio.² Lo studio randomizzato, controllato ROSCAP, che riguardava la riduzione del fumo nei pazienti cardiopatici, ha valutato l'efficacia della strategia di riduzione del fumo nel diminuire gli effetti nocivi, dovuti all'esposizione al tabacco. I risultati dello studio hanno messo in luce come siano riusciti a ridurre il consumo di tabacco proprio quegli uomini che avevano un consumo maggiore rispetto al gruppo di controllo.⁶

4.6.1 Riduzione del fumo con sostituzione della nicotina

La riduzione del fumo con la terapia sostitutiva di nicotina è raccomandata solo in un fumatore con dipendenza fisica, cioè un fumatore in cui il grande numero di recettori nicotinici e la loro desensibilizzazione è un fattore rilevante rispetto al consumo, fra quei fumatori con un punteggio al test di Fagerström superiore a 3 o addirittura maggiore di 6.⁴ La riduzione del fumo dovrebbe essere proposta sistematicamente ai fumatori molto dipendenti, con un punteggio di 7 o più nel test Fagerström, che hanno una malattia correlata al tabacco e che non sono pronti a smettere di fumare.

Una meta-analisi di sette studi randomizzati e controllati che hanno coinvolto 2767 fumatori, inizialmente non motivati a smettere, hanno mostrato che la percentuale di astinenza sei mesi dopo l'inizio del trattamento era significativamente maggiore nei fumatori ai quali è stata assegnata in maniera casuale la terapia sostitutiva NRT (gomma di nicotina, inalatore o cerotto), per una durata di sei mesi o più, mentre tentavano di ridurre il numero di sigarette, rispetto ai fumatori del gruppo di controllo: 9% vs 5%.⁷

La terapia sostitutiva della nicotina viene utilizzata in sostituzione

del numero di sigarette giornaliere ridotte e quindi gli effetti dannosi prodotti del tabacco (diversi dalla nicotina) sono potenzialmente ridotti. Più la nicotina viene somministrata in maniera maggiormente progressiva, meno si mantiene la dipendenza. La nicotina farmacologica aumenterà gradualmente fino a una riduzione di almeno il 50% del numero di sigarette fumate e può essere aumentata per arrivare a smettere (Figura 4.9).

4.6.2 Riduzione del fumo con vareniclina

Un recente articolo di Ebbert e al. ha segnalato uno studio randomizzato, controllato in doppio cieco, nel quale si è esaminato l'uso della vareniclina tra fumatori che non erano disposti o non erano in grado di smettere di fumare, entro 30 giorni, ma erano disposti a ridurre il fumo e a smettere nei successivi 3 mesi.⁸ Lo studio ha scoperto che l'uso di vareniclina ha aumentato in maniera significativa la percentuale di astinenza dal fumo al termine del trattamento e del follow-up rispetto al placebo (a 12 mesi: 27,0% per il gruppo vareniclina vs 9,9% per il gruppo placebo, RD, 17,1% 95% CI, 13,3% -20,9%), RR, 2,7 [95% CI, 2,1-3,5].

Raccomandazioni

- La riduzione del fumo aumenta la probabilità di un futuro tentativo di cessazione dal fumo (livello di evidenza A).
- L'uso di NRT è raccomandato come parte dell'approccio "ridurre per smettere" tra i fumatori che hanno riportato i tassi

Figura 4.9: strategia di "riduzione per smettere" di fumare



più elevati di dipendenza da nicotina (livello di evidenza A).

- L'uso di vareniclina come parte dell'approccio "ridurre per smettere" si è dimostrato essere efficace in un solo studio (livello di evidenza B).

Bibliografia

1. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
2. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnpress Iași, 2010, www.srp.ro
3. NICE Guidelines. *Tobacco: Harm-reduction approaches to smoking cessation*. National Institute for Health Care Excellence, United Kingdom. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.
4. Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000;321:329-333.
5. Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166:675-79.
6. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* 2005;149:565-72.
7. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009; 338:b1024.
8. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;313(7):687-94.

4.7 > Raccomandazioni per la prevenzione della ricaduta

La ricaduta definita come la ripresa dell'uso di una sostanza, dopo un periodo di astinenza, è una parte frustrante, ma inevitabile nel trattamento del tabagismo. Riferendosi alla ricaduta come a un fallimento del trattamento a lungo termine, in senso generale, Piasecki dimostra che è un fatto comune e facile da rilevare tra quelli che smettono di fumare, in quanto la maggior parte dei fumatori che si iscrivono ai trattamenti per smettere di fumare

segnala una storia passata di tentativi di smettere, così come viene riferito che la maggior parte ha fallito almeno una volta, durante l'utilizzo di un aiuto farmacologico per smettere,^{1,2} e che molte ricadute si verificano entro le prime 24 ore successive al giorno in cui si smette.

Strategie comportamentali

Tre principali strategie sono comuni nei programmi di prevenzione delle ricadute: (1) strategie cognitivo-comportamentali per evitare le recidive, quando si verifica craving, e per imparare da ogni ricaduta; (2) strategie di sostegno sociale focalizzate sul bisogno del fumatore di ricevere un sostegno emotivo dai familiari/dagli amici stretti; (3) strategie di cambiamento dello stile di vita incentrate sull'aiutare i fumatori a sviluppare nuove identità sociali come persone non dipendenti dall'uso sostanze.^{1,2}

Attualmente, non vi sono evidenze in grado di sostenere l'utilizzo di specifici interventi comportamentali per aiutare la prevenzione delle ricadute tra gli individui che hanno smesso con successo.³ Gli interventi specifici individuali o di gruppo non hanno impedito la ricaduta, indipendentemente dalla durata o dal tempo dei contatti, persino dopo otto settimane di counselling telefonico.

Interventi focalizzati sull'identificazione e la risoluzione di situazioni a rischio sono quelli che offrono la miglior garanzia in termini di strategie comportamentali efficaci per prevenire la ricaduta.³

Al fine di progettare interventi efficaci per ridurre la ricaduta, in categorie di fumatori vulnerabili, come le donne durante il post-partum o le persone incarcerate, l'individuazione di fattori di rischio di ricaduta specifici può aumentare l'efficacia del colloquio motivazionale, combinata con la terapia cognitivo-comportamentale.^{5,6}

Uso di farmaci

Il trattamento che comprende l'utilizzo di vareniclina, sembra essere efficace nella prevenzione della ricaduta, dopo un periodo iniziale di astinenza o di un trattamento intensivo, tuttavia la prova è limitata a uno studio.³ Hayek et al. nel 2009 ha ritenuto di prescrivere una somministrazione prolungata di vareniclina per la prevenzione della ricaduta, in particolare nei pazienti che

hanno raggiunto l'astinenza più tardi/più lentamente, in una cura standard di vareniclina di 12 settimane.⁷ I pazienti sono stati divisi in modo randomizzato in due gruppi: tre mesi di trattamento supplementare con vareniclina vs tre mesi supplementari con placebo. Gli autori riportano un rischio più elevato di ricaduta nei pazienti che hanno smesso di fumare solo nell'undicesima settimana di trattamento, rispetto a quelli che hanno smesso a partire dalla prima settimana. La percentuale di astinenza nella cinquantaduesima settimana è stata del 5,7% per gli astinenti tardivi rispetto al 54,9% per quelli che hanno smesso precocemente. Da questo punto di vista si può concludere che ripetere la somministrazione di vareniclina per 12 settimane sarà di giovamento ai fumatori che non riescono a stabilire il giorno per smettere di fumare nella prima o nella seconda settimana, come osservato in questo studio su 1208 pazienti, che risultavano ancora astinenti nella dodicesima settimana di terapia con vareniclina.⁷

Non c'è una considerevole evidenza che l'uso prolungato di bupropione diminuisca le percentuali di ricaduta.³ Un piccolo numero di studi ha mostrato che l'uso prolungato di NRT può essere efficace nella prevenzione della ricaduta, tuttavia sono necessarie ulteriori ricerche³.

Japuntich et al. hanno esaminato gli effetti di cinque tipi di farmacoterapia per la cessazione dal fumo (bupropione, pastiglie alla nicotina, cerotti con nicotina, bupropione e lozenghe, cerotti e lozenghe) nelle otto settimane successive al tentativo di smettere.⁸ Gli autori hanno usato l'approccio descritto da Shiffman et al. per esaminare l'effetto dei farmaci per la cessazione del fumo, in tre "fasi" della disassuefazione: l'astinenza iniziale, la ricaduta e la fase di transizione fra una ricaduta e l'altra. In sintesi, questi ricercatori hanno ipotizzato che, rispetto al placebo: (1) il bupropione avrebbe aumentato i tassi iniziali di astinenza; (2) la pastiglia alla nicotina avrebbe ridotto il rischio di ricaduta; (3) il bupropione e il cerotto con nicotina avrebbero ridotto il rischio di una seconda ricaduta dopo la ricaduta; e (4) la farmacoterapia combinata (bupropione e lozenghe, cerotti e lozenghe) avrebbe prodotto effetti benefici rispetto alle terapie singole in ciascuna delle fasi. Questa ricerca ha scoperto che i farmaci per la cessazione dal fumo sono piuttosto efficaci nel promuovere l'astinenza iniziale e nel ridurre il rischio di

ricaduta, ma le evidenze sono più deboli rispetto al fatto che prevengano una fase di transizione fra una ricaduta e l'altra. La farmacoterapia combinata tendeva ad essere migliore di quella singola, nell'aumentare il raggiungimento dell'astinenza iniziale e nel prevenire la ricaduta. Il cerotto e la lozenghe alla nicotina superavano il bupropione e la lozenghe nel favorire l'astinenza iniziale.

Il bupropione, l'NRT e la vareniclina risultano efficaci nel prevenire la ricaduta per i fumatori che stanno cercando di smettere di fumare o che hanno smesso di recente. Un utilizzo più diffuso di questi trattamenti, efficaci nella prevenzione della ricaduta, potrebbe aggiungere un notevole guadagno per la salute, a un costo accettabile, per gli operatori sanitari.⁹

La conoscenza del grado di rischio di recidiva potrebbe aiutare i clinici a fornire alle persone trattamenti ottimali, individuando coloro che hanno bisogno di interventi più aggressivi. Tali interventi potrebbero includere dosi più elevate o durature di farmaci o interventi psico-sociali più frequenti o più intensi. Così, Bolt ed altri hanno sviluppato il questionario WI-PREPARE, costituito da sette items, per fornire ai ricercatori e ai clinici uno strumento per misurare la predisposizione alla ricaduta, tra i fumatori interessati a smettere, efficace nel prevederla sia a breve che a lungo termine,.

Raccomandazioni:

- Attualmente non esistono prove sufficienti che sostengano l'uso di un intervento comportamentale specifico per le persone che sono riuscite a smettere per evitare una ricaduta (livello di evidenza B).
- Il trattamento che comprende l'uso di vareniclina può impedire la ricaduta (livello di evidenza B),
- Un prolungato trattamento con bupropione è improbabile che abbia un effetto clinicamente importante (livello di evidenza B).
- Ci sono alcune prime evidenze che l'uso prolungato di NRT possa impedire la ricaduta, ma sono necessari ulteriori studi. (livello di evidenza B).

Bibliografia

1. Piasecki T.M., Relapse to smoking, *Clinical Psychology Review*, 2006;26:196-215.

2. DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence. Substance use and misuse,1994;29(6):681-705.
3. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Har tmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.
4. Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J., A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. Addiction. 2010 Aug;105(8):1362-80.
5. Clarke J.G., Martin R.A., LAR Stein, Lopes C.E., Mello J., Friedmann P., Bock B., Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E.) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison BMC Public Health 2011;11:767.
6. Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJ, Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland, Matern Child Health J. 2011;15(5):579-86.
7. Hayek P.,Tonnesen P., Arteaga C., Russ C., Tonstad S.,Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, Addiction,2009;104:1597-1602.
8. Japuntich S.J., Piper M.E., Leventhal A.M., Bolt D.M., Baker T.B.,The Effect of Five Smoking Cessation Pharmacotherapies on Smoking Cessation Milestones, J Consult Clin Psychol. 2011;79(1):34-42.
9. Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, Addiction,2011;106(10):1819-26.
10. Bolt D., M., Piper M.E., McCarthy D.E., Japuntich J.S., Fiore M.C., Smith S.S., Baker T.B., The Wisconsin predicting patients relapse questionnaire, Nicotine & Tobacco Research, 2009;11(5):481-4.

4.8 ► Raccomandazioni per il trattamento di situazioni particolari e di gruppi di popolazione a rischio

Gli interventi ritenuti efficaci nelle linee guida attuali per la cessazione dal fumo sono raccomandati per tutti coloro che utilizzano il tabacco, tranne quando l'uso di farmaci è controindicato, come durante la gravidanza e con gli adolescenti. Esistono inoltre specifiche considerazioni per alcune popolazioni a rischio, quando non sono disponibili evidenze sufficienti o quando non si è dimostrato efficace il farmaco (ad esempio gli utilizzatori di tabacco senza fumo, i fumatori moderati, ecc.). Situazioni particolari e gruppi a rischio sono stati esaminati nei seguenti sottocapitoli.

4.8.1. Raccomandazioni per il trattamento delle donne in gravidanza

L'astinenza dal tabacco è essenziale per le donne in gravidanza. Una gruppo danese ha dimostrato che il fumo durante la gravidanza raddoppia il rischio di morte del feto e durante il primo anno di vita.¹ L'ipossia in utero, legata al fumo, è associata a un basso peso corporeo alla nascita, ma in molte donne il craving è molto forte, durante la gravidanza.

La scelta migliore è smettere di fumare prima della gravidanza, usando tutto il supporto disponibile. Per la donna incinta che non è in grado di smettere di fumare, la scelta migliore è garantire l'accesso al più qualificato supporto psicologico e farmacologico, durante la gravidanza. Una riduzione a poche sigarette al giorno non può costituire un traguardo accettabile. Soltanto l'astinenza totale dal tabacco, prima della fine del primo trimestre, può essere considerato un obiettivo accettabile.

C'è una buona evidenza che gli interventi psicosociali siano efficaci nell'aumento dei tassi di astinenza dal fumo, tra le donne in gravidanza (RR 1,44, intervallo di confidenza del 95% (CI) da 1,19 a 1,73, 30 studi)³. Non c'è un'evidenza chiara, invece, circa l'efficacia degli interventi di sostegno sociale tra pari come sostegno della cessazione (cinque studi, media RR 1,42, 95% CI da 0,98 a 2,07)³. Ci sono evidenze promettenti che gli interventi basati su incentivi siano efficaci a sostegno della cessazione, tuttavia sono necessari maggiori studi.³

Nessun studio riporta, in modo convincente, effetti collaterali specifici della terapia sostitutiva della nicotina come più gravi degli effetti del fumo⁴. Mentre ci sono evidenze sperimentali e cliniche convincenti che la nicotina danneggi il feto in via di sviluppo,⁴ non vi è alcuna prova che l'uso dell'NRT in gravidanza abbia effetti positivi o negativi alla nascita.

Otto studi hanno esaminato l'efficacia dell'NRT durante la gravidanza. L'evidenza suggerisce che l'NRT può aumentare i livelli di cessazione a fine gravidanza, tuttavia gli studi hanno avuto diverse limitazioni metodologiche e in generale sono stati riportati bassi tassi di adesione al trattamento con NRT. Allo stesso modo manca un'evidenza di qualità che l'NRT aiuti la cessazione dal fumo in gravidanza. Un trial randomizzato in Gran Bretagna, dove più dell'80% delle donne in gravidanza non ha ricevuto il trattamento dopo un mese, non ha mostrato alcuna

differenza nella cessazione se non durante il primo mese di trattamento.⁵

Il rischio per il feto, se paragonato al fumo continuativo, è sufficientemente inferiore con l'uso di NRT.

La nicotina orale può essere usata per ridurre il rischio complessivo, rispetto al cerotto da 24 ore.

La vareniclina e il bupropione non sono indicati in donne in gravidanza e non sono raccomandati.

Raccomandazioni:

- A tutte le donne incinte dovrebbe essere valutato lo status di fumatrici durante la gravidanza e offerto loro un sostegno per la cessazione (livello di evidenza A).
- L'intervento intensivo comportamentale/psicosociale è raccomandato per tutte le donne in gravidanza che fumano (livello di evidenza A).
- L'NRT è l'unico farmaco testato tra le donne in gravidanza. Ad oggi ci sono prove contrastanti che sostengono l'uso dell'NRT come strategia efficace per sostenere la cessazione. In ogni caso il rischio per il feto, se paragonato al fumo continuativo, è sufficientemente inferiore con l'uso dell'NRT.

Bibliografia

1. Kirsten Wisborg , Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurður Fródi Olsen and Niels Jørgen Secher Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life Am. J. Epidemiol. 2001;154(4):322-327.
2. Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzler, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., Journal of Health Psychology, 2007;12(2):215-224.
3. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.
4. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonard-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.
5. Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. N Engl J Med. 2012;366:808-818.

4.8.2. Raccomandazioni per il trattamento dei giovani al di sotto dei 18 anni

La dipendenza dalla nicotina si sviluppa rapidamente in giovane età.¹ Poiché l'uso del tabacco inizia spesso in preadolescenza, i medici dovrebbero intervenire per appoggiare interventi di prevenzione dal fumo, come priorità, in questo gruppo di età.

Una panoramica della letteratura in questo campo mostra un'ampia gamma di approcci, ma anche la loro limitata efficacia.¹ Gli interventi sul fumo per gli adolescenti hanno incluso la farmacoterapia, l'approccio comportamentale (come i programmi scolastici e quelli basati sulla comunità) e le politiche di controllo del tabacco. Questi interventi hanno avuto risultati contrastanti. Sembra che l'effetto terapeutico più significativo, negli adolescenti, sia stato osservato nelle self-monitoring e nelle coping skills, nelle strategie motivazionali (riducendo l'ambivalenza rispetto al cambiamento) e affrontando le influenze sociali che incidono sul comportamento del fumo.

Il Centro per il Controllo delle Malattie (CDC) negli Stati Uniti, raccomanda come maggiormente efficaci gli interventi multipli che combinino programmi basati sul sostegno a livello scolastico, con il coinvolgimento della comunità locale².

Quando viene praticato il counselling per la cessazione dal fumo ai giovani, occorre tener conto che, nella maggior parte dei casi, essi sottovalutano la loro dipendenza dalla nicotina. Gli adolescenti che fumano, occasionalmente o quotidianamente, credono di poter smettere di fumare in qualsiasi momento. Infatti, solo il 4% dei fumatori di età compresa tra i 12 e il 19 anni, riesce a smettere di fumare ogni anno, con un rapporto di insuccesso superiore ai fumatori adulti.³ Le statistiche mostrano anche che gli adolescenti sono molto interessati a smettere di fumare: l'82% di quelli di età compresa fra gli 11 e i 19 anni intendono smettere e il 77% ha intrapreso seri tentativi di smettere nell'anno precedente.³ I tentativi degli adolescenti sono raramente pianificati: la maggior parte degli adolescenti sceglie di smettere di fumare senza alcun aiuto qualificato, ma la ricerca ha dimostrato che i giovani che partecipano ai programmi di cessazione dal fumo, hanno due volte la probabilità di smettere con successo.⁴

Counselling e terapie per la cessazione dal fumo, raccomandate per le persone di età inferiore ai 18 anni

Nonostante l'elevata prevalenza e le implicazioni significative sulla

salute degli adolescenti fumatori, è stato fatto poco per sviluppare programmi di cessazione dal fumo destinati a questo gruppo di età. Questa area di ricerca si è concentrata quasi esclusivamente sui trattamenti psico-sociali, come mostrato in una meta-analisi che ha individuato un tasso di abbandono del 12% tre mesi dopo il trattamento, rispetto al 7% tra i gruppi di controllo.⁵ Un intervento psico-sociale incoraggiante, ma solo per quanto riguarda i risultati preliminari, è la contingency management (CM), che è un trattamento comportamentale basato sul condizionamento operante, in cui i comportamenti desiderati (come l'astinenza dal fumo) sono direttamente rinforzati con ricompense (ad esempio voucher, denaro contante). L'evidenza suggerisce che il CM, da solo o combinato con la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), può essere efficace nell'incoraggiare gli adolescenti a smettere di fumare. Uno studio (n = 28) ha dimostrato risultati particolarmente incoraggianti, con il 53% dei partecipanti che hanno ricevuto CM e la CBT per raggiungere l'astinenza alla fine del trattamento di un mese, rispetto allo 0% di quelli che hanno ricevuto solo CBT. Basandosi su questi primi risultati, un trial recente su larga scala (n = 110) ha studiato un intervento di CM di tre settimane, due volte al giorno, da solo o combinato con la terapia motivazionale, tra gli studenti fumatori del college che non cercavano un trattamento.⁷ I partecipanti che hanno ricevuto un CM (con ricompense monetarie, basato sui livelli di monossido di carbonio nella prima settimana e sull'astinenza dal fumo nella seconda e nella terza settimana) hanno dimostrato livelli di monossido di carbonio significativamente più bassi e una maggiore astinenza (55% vs 18%) durante il trattamento, rispetto a quelli che non hanno ricevuto un CM.

Una meta-analisi che ha esaminato l'efficacia del counselling con i giovani, ha mostrato che questo metodo raddoppia i tassi di astinenza a lungo termine, rispetto all'approccio comune (breve consigli, materiali di auto-aiuto e rinvio ai centri di cessazione dal fumo) o confrontati con l'assenza di qualsiasi intervento.⁸ In generale, gli adolescenti possono essere aiutati utilizzando diversi tipi di trattamento: sia con sessioni individuali (face to face), combinando sessioni individuali con il counselling telefonico/messaggi telefonici o su Internet, o con sessioni di gruppo. Il counselling con gli adolescenti deve essere riservato, deve rispettare la loro privacy e non deve essere praticato in

presenza dei genitori o degli insegnanti.

I format delle sessioni fra pari si sono rivelate molto efficaci: questo metodo offre un counselling insieme ad un collega o al migliore amico del fumatore, anche se questi non sono fumatori. Se l'adolescente proviene da una famiglia di fumatori o è esposto a fumo passivo, si raccomanda di fornire il counselling anche ai genitori.

La ricerca ha dimostrato che gli interventi di counselling per i genitori, forniti nei servizi pediatrici o durante l'ospedalizzazione dei bambini, hanno aumentato, nei rispettivi genitori, l'interesse a smettere, il numero di tentativi di cessazione come anche il tasso di cessazione dal fumo. Inoltre informare i genitori circa i rischi di esporre i loro figli al fumo passivo può ridurre l'esposizione e i tassi di fumo tra i genitori.^{1,4}

Programmi appositamente progettati per gli adolescenti

Questi includono: programmi di cessazione dal tabacco a scuola,⁹ campagne mediatiche per messaggi di prevenzione efficaci,¹⁰ programmi interattivi per la cessazione dal fumo, come il progetto Europeo di Cessazione dal Fumo per Adolescenti,¹¹ video-lezioni come il programma olandese "I do not smoke", concorsi con premi e incentivi come Quit and Win per Adolescenti,¹¹ N-O-T (Not on Tobacco), il programma volontario di cessazione dal fumo dell'American Lung Association per gli studenti delle scuole superiori.¹²

Consulenza telefonica

Le linee per smettere di fumare sono più attraenti per gli adolescenti, per il fatto che sono facilmente accessibili e sono semi-anonime, possono essere individualizzate per chi chiama entro un protocollo strutturato e possono includere follow-up proattivi, in modo che il counselor, non chi chiama, prenda l'iniziativa di richiamare, dopo che è stato stabilito il contatto iniziale. Ad esempio, nel protocollo del California Helpline Smokers, i counselor lavorano per aiutare gli adolescenti a vedere, come comportamento adulto, lo smettere piuttosto che il fumare. Inoltre, affrontano argomenti specifici per questa categoria di età, quali: la formazione dell'identità, il senso di invulnerabilità, la dipendenza dalla famiglia, l'identificazione con i pari e il desiderio di autonomia.¹³

In uno studio su 1058 alunni delle scuole superiori, tali metodi di counseling telefonico sono stati utilizzati settimanalmente, ottenendo fra la popolazione dello studio una buona adesione al protocollo di trattamento (90%). In uno studio simile, che ha fornito un counseling cognitivo-comportamentale e un'intervista motivazionale per telefono, il follow-up di un anno, tra i 2151 studenti delle scuole superiori, impegnati attivamente, ha trovato il 21,8% di astinenti a 6 mesi nel gruppo trattato, rispetto al 17,7% nel gruppo di controllo.¹

Farmacoterapia per adolescenti

Nonostante la chiara evidenza dell'astinenza da nicotina e del craving negli adolescenti, la scarsa ricerca disponibile si è concentrata sugli agenti farmacologici per la cessazione dal fumo in adolescenza.^{14,15,16} Sebbene ci siano sette farmaci FDA di prima scelta, per la cessazione dal fumo per adulti, non c'è un'evidenza sufficiente per raccomandarne uno di questi nel trattamento dei fumatori adolescenti. Inoltre, la maggior parte dei paesi europei vieta per legge la prescrizione di farmaci per smettere di fumare a questa categoria di individui. I test sui farmaci, per fumatori adolescenti, sono stati limitati alla terapia sostitutiva della nicotina e al bupropione.

I pochi studi pubblicati su questo argomento hanno trovato o un tasso di astinenza insignificante per il cerotto con nicotina rispetto al placebo, al follow-up a 12 settimane dal giorno di astinenza, o non hanno trovato alcuna differenza tra l'efficacia della gomma con nicotina rispetto al cerotto con nicotina e rispetto al placebo, al follow up a 6 mesi. In ciascuno di questi gruppi, i giovani avevano ricevuto, oltre al farmaco/placebo, un minimo di sei sessioni di counselling.^{4,8}

Uno studio clinico aperto non controllato sul cerotto di nicotina, combinato con un trattamento comportamentale minimo (n=101), ha dimostrato un tasso di astinenza dell'11% alla fine del trattamento e del 5% al follow up dopo 6 mesi¹⁷. Un altro studio controllato di gruppi che hanno entrambi ricevuto CBT e CM (n=100) ha supportato la sicurezza del cerotto negli adolescenti, ma non ha rilevato differenze fra il cerotto e il placebo (rispettivamente 28% rispetto al 24% di incidenza dell'astinenza alla fine del trattamento). In uno studio randomizzato di NRT su 120 fumatori adolescenti che fumavano quotidianamente, Killen

et al. hanno trovato alla fine del trattamento, e ancora al follow up dopo 3 mesi, che il 20,6% di quelli a cui era stato assegnato il cerotto si confermavano astinenti, in confronto all'8,7% nel gruppo della gomma da masticare e al 5% nel gruppo placebo. Moolchan et al. hanno comparato il cerotto, la gomma e il placebo fra adolescenti che ricevevano anche CBT per smettere di fumare (n=120). L'astinenza continuativa, dopo un periodo di tolleranza di 2 settimane, è stata raggiunta rispettivamente dal 18%, dal 7% e dal 3% nei 3 gruppi. Uno studio pilota recente (n=40) ha rilevato una scarsa adesione al trattamento e nessuna differenza nei risultati della cessazione tra lo spray nasale alla nicotina e il placebo²¹

Alla luce del modesto effetto dell'NRT, alcuni ricercatori si sono concentrati sul bupropione SR per la cessazione dal fumo negli adolescenti. Un gruppo di ricerca ha condotto uno studio aperto con bupropione SR, combinato con un breve counselling individuale, in fumatori adolescenti (n = 16) e ha trovato il 31% di astinenza dopo quattro settimane di trattamento.²² Killen et al. ha confrontato il trattamento combinato con il bupropione SR 150 mg/die e il cerotto di nicotina, con il solo cerotto di nicotina (n = 211), entrambi i trattamenti erano abbinati a un intervento di gruppo di skills training. Hanno trovato solo 8% di astinenza al follow up dopo 26 settimane per la terapia combinata, contro il 7% per la terapia il cerotto di nicotina da solo.²³

In uno studio randomizzato su vasta scala (n = 312), Muramoto et al. ha confrontato il trattamento con bupropione SR 300 mg / die, con bupropione SR 150 mg / die e con il placebo, aggiunto a un breve counselling individuale settimanale.²⁴ Il gruppo del bupropione SR 300 mg / die (ma non il gruppo del 150 mg / die) ha mostrato una prevalenza puntuale di astinenza superiore, rispetto al placebo, alla conclusione del trattamento (15% contro il 6%) e al follow-up di 26 settimane (14% contro il 10%). In un altro studio, 134 fumatori adolescenti in cerca di trattamento sono stati randomizzati a ricevere il bupropione SR e/o alla gestione delle contingenze (CM), ciascuno da solo o in combinazione con l'altro, in un test controllato di sei settimane 2x2. Gli autori hanno rilevato tassi di astinenza del 27% per il bupropione SR combinato con il CM, dell'8% per bupropione SR senza CM, del 10% per il placebo e CM e del 9% per placebo senza CM, al 30% di trattamento completato.²⁵

In linea con le recenti recensioni e le linee guida statunitensi, attualmente non esistono prove sufficienti per raccomandare l'uso della farmacoterapia per la cessazione dal fumo negli adolescenti. Secondo le linee guida della pratica clinica, il rinvio ad un adeguato intervento psico-sociale (ad esempio consulenza a livello scolastico o comunitario, di gruppo o individuale) è il trattamento più appropriato in prima linea. Sebbene questi interventi producano tassi di cessazione complessivamente bassi, essi aumentano in modo significativo le probabilità di smettere rispetto a nessun trattamento. Sebbene la farmacoterapia possa essere presa in considerazione, i farmaci dovrebbero essere prescritti solo con un attento monitoraggio e dopo un'accurata considerazione del grado di tabagismo dell'adolescente, della storia dei tentativi di smettere falliti e della motivazione attuale per smettere di fumare. I risultati incerti degli studi sulla farmacoterapia nella cessazione dal fumo negli adolescenti suggeriscono i limiti nella prescrizione di tali farmaci con questa categoria di fumatori.¹⁹

Raccomandazioni

- I medici sono invitati a far riflettere tutti i giovani pazienti di età inferiore ai 18 anni in merito al consumo di tabacco e a trasmettere messaggi chiari sull'importanza di astenersi dal fumo (livello di evidenza C).
- Il counselling si è dimostrato essere un metodo di cessazione dal fumo efficace, per gli adolescenti (livello di evidenza B).
- Il fumo passivo è dannoso per i bambini e per gli adolescenti. Il counselling per la cessazione dal fumo, fornita nei servizi pediatrici è risultata efficace nell'aumentare i tassi di astinenza dal tabacco nei genitori fumatori. Per questo motivo, per proteggere i bambini dal fumo passivo, consigliamo ai medici di fare una valutazione del tabagismo dei genitori e di fornire loro consigli e assistenza per interrompere il consumo di tabacco (livello di evidenza B).

Bibliografia

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
2. Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com.
3. Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, Eur Respir. J. 2002;19:13.
4. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008.
5. Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, Tobacco Induced Disease 2002;1(1):35-81.
6. Krishnan-Sarin S., Duhig a.M., McKee SA, McMahon TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, Exp. Clin. Psychopharmacology, 2006;14(3):306-10.
7. Teyyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, Nicotine Tob Res. 2009;11(6):739-749. doi: 10.1093/ntr/ntp058.
8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
9. www.notontobacco.com
10. <http://arnoldagency.com/cleanindoorair/>
11. Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise, Pneumologia, 2009;58:7278. ISSN 12233056.
12. http://www.ttcn.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf
13. Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. J Couns Dev. 2005;83:416-424.
14. Jacobsen LK, Krystal JH, Mencl WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers Biol Psychiatry. 2005;57(1):56-66.
15. Killen JD, Ammerman S, Rojas N, Varady J, Haydel F, Robinson TN, Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine?, Exp.Clin Psychopharmacol., 2001;9(2):176-82.
16. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking, Nicotine Tob. Research, 2001;3(2):151-5.
17. Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels, Arch.Pediatr.Adolesc.Med. 2000;154(1):31-7.
18. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. Nicotine Tob. Res., 2003;5(4):515-26.
19. Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University,

- Institute for Drug and Alcohol Studies, 2009. <http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html>.
20. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, Schroeder JR., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction, *Pediatrics*, 2005;115(4):e407-14.
 21. Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki ABA randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. *Pediatrics*, 2008;122(3):e595-600.
 22. Upadhyaya HP, Brady KT, Wang W Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2004;43(2):199-205.
 23. Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, Samuels D, Levin SK, Green S, Schatzberg AF., Randomized clinical trial of the efficacy of Bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2004;72(4):729-35.
 24. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, Matthews E, Strayer L.J., Randomized, double-blind, placebo- controlled trial of 2 dosages of sustained-release Bupropion for adolescent smoking cessation., *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007;161(11):1068-74.
 25. Gray K.M., Carpenter M.J., Baker N.L., Hartwell K.J., Lewis A.L., Hiott D.W., Deas D., Upadhyaya H.P., Bupropion SR and Contingency Management for Adolescent Smoking Cessation, *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(1):77-86.

4.8.3. Raccomandazioni sul trattamento per fumatori con co-morbilità respiratorie, cardiovascolari, psichiatriche, tumorali e altro

Le condizioni mediche di co-morbidità come tumori, cardiopatie, BPCO, diabete e asma, negli utilizzatori di prodotti del tabacco, sono assolutamente da considerare come obiettivo terapeutico nel trattamento del tabagismo, dato il ruolo che il fumo svolge nell'indurre ed esacerbare queste condizioni patologiche. I programmi di gestione delle malattie croniche ad integrazione del trattamento della dipendenza tabagica possono essere un modo efficace ed efficiente nel fornire assistenza a queste popolazioni di fumatori.¹ La terapia del tabagismo si è dimostrata efficace nei fumatori con un'ampia varietà di co-morbilità, anche se con alcune difficoltà e necessarie precauzioni.

Malattie cardiovascolari

In una revisione sistematica della letteratura scientifica, Critchley

e Capewell hanno trovato che l'astensione dal fumo è associata a una riduzione sostanziale del 36% del rischio di mortalità per tutte le cause nei pazienti con malattia coronarica (CHD), indipendentemente dalle differenze tra gli studi per indice di eventi cardiaci, età, sesso, paese e arco temporale.² Il trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie cardiovascolari è diverso da quello di altri pazienti in quanto i pazienti sono spesso costretti a smettere di fumare dopo un evento cardiovascolare imprevisto e improvviso e con una totale astinenza a vita. Dal momento che l'insorgenza dell'evento cardiovascolare è la ragione più significativa che motiva i fumatori a smettere, i medici devono fornire uno specifico trattamento a pazienti con malattie cardiovascolari.³

Particolare attenzione va posta per i fumatori con malattie cardiovascolari perché (1), come l'evidenza dimostra, la cessazione dal fumo è assolutamente raccomandata; (2) si deve smettere del tutto durante la fase acuta della malattia cardiovascolare e mantenere l'astinenza in seguito; e (3) la terapia nicotinic sostitutiva è controindicata durante la fase acuta della malattia (prime 48 ore dopo l'evento).¹ Gli effetti del trattamento farmacologico sono considerevolmente aumentati se associati ad interventi comportamentali finalizzati alla cessazione dal fumo, erogati in forma di counselling da un medico o da altri professionisti della salute preparati, con terapie di gruppo e sostegno telefonico (Quit Line).

Tutti i pazienti con qualsiasi fattore di rischio cardiovascolare dovrebbero essere istruiti per smettere di fumare. Vanno presi in considerazione l'impiego di vareniclina e della terapia nicotinic sostitutiva. Oltre alle precauzioni raccomandate per l'uso sostitutivo della nicotina nei fumatori con malattie cardiovascolari acute, le evidenze attuali suggeriscono che i sostituti della nicotina non hanno mostrato effetti negativi nei pazienti con malattia cardiaca.³ La vareniclina sembra essere sicura nei pazienti con CHD stabile senza una storia di depressione o di malattie psichiatriche. I dati sull'utilizzo di vareniclina per la cessazione dal fumo in pazienti con malattie cardiovascolari sono stati citati nella sezione 4.3.3.9. Infine, gli interventi che combinano più strategie (farmacologiche e psico-sociali) possono produrre maggiore efficacia a lungo termine, specialmente nei pazienti che non rispondono al solo farmaco.⁴

Malattie respiratorie

Esposti direttamente al fumo di tabacco, gli organi respiratori sono ovviamente i più colpiti. Perciò la cessazione dal fumo deve essere assolutamente incoraggiata nei pazienti con BPCO, cancro al polmone, asma, infezioni delle vie respiratorie, disturbi respiratori interstiziali e del sonno.

BPCO

Il trattamento del tabagismo è l'intervento più importante da attuare per i pazienti affetti da BPCO. I pazienti con BPCO che fumano hanno una forte dipendenza dalla nicotina, che richiede programmi strutturati di cessazione che comprendono l'impiego dei farmaci e il supporto psicologico. Una revisione Cochrane del 2016 sulla cessazione dal fumo nei pazienti con BPCO e la letteratura scientifica attuale indicano che la cessazione dal fumo con farmaci e supporto psico-sociale è efficace per i pazienti con BPCO (livello di evidenza A).⁵

L'intervento psico-sociale è un programma di cessazione strutturato per molte ore, con un approccio relativo agli aspetti cognitivi soggettivi e oggettivi concernenti la funzione respiratoria e polmonare.⁶ Alcuni studi hanno evidenziato che l'uso di termini particolari come il "polmone del fumatore" l'uso di incentivi subordinati al raggiungimento di un obiettivo, come l'assegnazione di biglietti della lotteria per la riduzione del monossido di carbonio nel respiro o l'esecuzione di prove di funzionalità respiratoria, hanno un impatto maggiore sull'efficacia del counselling. Non sono state riscontrate differenze significative tra questi interventi intensivi e i consueti consigli; tuttavia, hanno mostrato una tendenza a favore dell'intervento intensivo.

Il modo migliore per aumentare l'efficacia e l'autostima in questi pazienti è quello di offrire loro un'assistenza continua. Il Clinical COPD Questionnaire (CCQ) è uno strumento prezioso che indica i guadagni legati alla qualità della vita attribuibili alla cessazione dal fumo tra i pazienti affetti da BPCO.⁷ Ogni paziente affetto da BPCO deve ripetutamente ricevere dal suo medico il consiglio di smettere di fumare. Si raccomanda una visita al mese, ma anche interventi comportamentali intensivi individuali o di gruppo.⁸

In uno studio aperto e randomizzato che esamina quattro diverse tipologie di sostituti nicotinici (NRT) utilizzati in routine quotidiana per pazienti BPCO in un ambulatorio per le malattie polmonari,

il tasso di successo medio a 12 mesi per i tre trattamenti considerati attivi era solo del 5,6%.⁹ Tonnesen et al. hanno valutato l'efficacia delle compresse sublinguali di nicotina e due livelli di supporto comportamentale per l'astensione dal fumo in pazienti BPCO¹⁰. Essi hanno rilevato che i tassi di astinenza erano significativamente superiori nel gruppo con nicotina sublinguale vs placebo, anche se non vi era alcuna differenza significativa tra gli effetti del supporto comportamentale a bassa intensità rispetto a quello ad alta intensità. L'analisi di 7.372 pazienti con BPCO ha dimostrato che il counselling tabaccologico in combinazione con i sostituti nicotinici (NRT) ha avuto il maggior effetto sui tassi di astinenza a lungo tempo, vs. sola NRT, vs. solo counselling e vs. counselling e antidepressivo.¹¹

Una combinazione di diverse forme di NRT può essere usata come strategia valida per aiutare i pazienti con BPCO a smettere di fumare. Si raccomanda la combinazione di due tipi di NRT con modalità diverse di erogazione della nicotina. Aumentando la durata di NRT fino a sei o dodici mesi può aiutare più fumatori a smettere piuttosto che utilizzare la NRT per periodi ridotti. La NRT può essere utilizzata nella progressiva riduzione del numero delle sigarette fumate come strategia per smettere definitivamente. I fumatori con BPCO di solito non sono motivati a smettere. L'utilizzo di questo approccio può contribuire ad aumentare la propria motivazione e ad aumentare il senso di auto-efficacia nel processo di cambiamento verso l'astensione.⁸ In tre studi clinici che hanno analizzato l'efficacia del bupropione nel trattare fumatori con BPCO, è stato riscontrato che il bupropione era significativamente più efficace del placebo per ottenere un'astinenza continua a sei mesi di follow-up (16% vs 9%),¹² che il bupropione era più efficace del placebo nell'ottenere un'astinenza continua a sei mesi di follow-up (27,9% vs 14,6%),¹³ e che bupropione e nortriptilina sembrano essere altrettanto efficaci, ma il bupropione sembra essere più efficace rispetto al placebo e alla nortriptilina.¹⁴ Il bupropione combinato con il counselling è stato significativamente più efficace nel raggiungere l'astinenza prolungata rispetto al placebo del 18,9% (95% CI 3,6-26,4%). La spirometria annuale con un breve intervento di cessazione dal fumo, seguita da una lettera personale da parte di un medico, mostrava a tre anni un tasso di astinenza significativamente superiore tra i fumatori con COPD, rispetto a

fumatori con normali funzioni polmonari.¹⁵

L'efficacia e la sicurezza della vareniclina nel trattamento del tabagismo tra pazienti BPCO sono state valutate in due studi: uno multicentrico a doppio cieco su 504 pazienti con BPCO lieve a moderata e senza disturbi psichiatrici noti, e un altro aperto su 472 fumatori con BPCO grave o molto grave che avevano ricevuto un trattamento per la cessazione dal fumo. Nel primo studio, il tasso di astinenza continua per 9-12 settimane era significativamente più elevato per i pazienti del gruppo vareniclina (42,3%) rispetto a quelli del gruppo placebo (8,8%) rispettivamente del 18,6% vs 5,6% a 9-52 settimane.¹⁶ Nel secondo studio, con programma di trattamento combinato di approccio comportamentale e trattamento farmacologico (NRT, bupropione o vareniclina), il tasso di astinenza continua da 9 a 24 settimane per la NRT, il bupropione e la vareniclina erano rispettivamente del 38,2%, del 60,0% e del 61,0%. La vareniclina si è dimostrata più efficace del cerotto alla nicotina: 61% vs 44.1%.¹⁷

Hoogendoorn e collaboratori hanno analizzato l'efficacia dell'assistenza continua nei fumatori con BPCO e hanno concluso che nonostante gli alti costi di un programma intensivo di trattamento del tabagismo, con una certa probabilità si otterranno nel lungo termine effetti economici positivi.¹⁸

Raccomandazioni

- La terapia sostitutiva nicotinic (NRT) o la vareniclina dovrebbero essere utilizzati nel trattamento di tutti i fumatori con BPCO, indipendentemente dalla gravità della malattia e dal numero di sigarette fumate (livello di evidenza B).
- L'NRT, la vareniclina e il bupropione a lento rilascio sono efficaci e ben tollerati nei fumatori con pazienti con BPCO (livello di evidenza A).

Asma

Il fumo di sigaretta è un importante predittore della gravità dell'asma e del basso controllo dell'asma, in modo dose-dipendente, dunque eliminare le sigarette è fondamentale.¹⁹ I fumatori con asma hanno sintomi più gravi, maggiore necessità di farmaci d'emergenza, più resistenza ai corticosteroidi, con indici dello stato di salute ridotti rispetto agli asmatici non fumatori. Secondo uno studio che ha valutato l'effetto della cessazione dal

fumo sulla funzionalità polmonare e sulla qualità della vita nei pazienti con asma, durante il trattamento con corticosteroidi, la persistenza nell'abitudine di fumare ha determinato una maggiore riduzione della funzionalità polmonare nei fumatori asmatici.²⁰ Si raccomandano due strategie di trattamento per ottenere risultati migliori nei fumatori con asma:

- utilizzare farmaci per contrastare l'alterazione dello stato infiammatorio (la teofillina sembra aumentare l'effetto degli steroidi a basse dosi (ICS) e migliorare i sintomi e la FEV1; la combinazione di fluticasone/salmeterolo conferisce maggiori risultati nella reattività e nel calibro delle vie aeree rispetto alla doppia dose di fluticasone; gli antagonisti dei recettori dei leucotrieni hanno dimostrato miglioramenti del flusso d'aria);
- fornire un supporto evidence based per la cura del tabagismo (ci sono limitate evidenze che ci aiutano a decidere sui trattamenti di maggiore efficacia, specifici per l'asma, l'approccio comportamentale e l'assistenza telefonica sono risultati efficaci, deve essere considerato il rischio di utilizzare spray alla nicotina).²¹

Raccomandazione

- Contrassegnare i fumatori con asma come pazienti ad alto rischio e discutere con loro la necessità di smettere di fumare in ogni occasione. Fornire programmi scritti di autogestione dell'asma e depliant informativi sul fatto che smettere di fumare è una forma di trattamento dell'asma.^{22,23}

Tubercolosi

I fumatori hanno un rischio maggiore di essere infettati da bacilli tubercolari e una volta infettati sviluppano la malattia più rapidamente rispetto ai non fumatori. La TB si diffonde più facilmente, la TB polmonare, le lesioni positive e le lesioni cavitare sono più frequenti e anche i rischi di recidiva e morte sono più alti nei fumatori con TB. Poiché il fumo è noto per aumentare il rischio di infezione da tubercolosi e malattie, non fumare o smettere aiuta a migliorare il controllo della malattia tubercolare in una comunità. Poiché il fumo riduce notevolmente l'efficacia del trattamento, l'integrazione della cessazione dal fumo nei programmi di trattamento della TB è fortemente promossa per

ridurre del doppio il danno complessivo del fumo e della TB.²⁴

L'Unione Internazionale contro la Tuberculosis raccomanda l'approccio "ABC" per smettere di fumare (Ask, se fumatore, Brief advice, Cessation support) per pazienti affetti da TB. Questi tre semplici passaggi possono essere applicati da qualsiasi caregiver e i dati devono essere annotati nella cartella clinica del paziente.²⁵

In uno studio multicentrico non randomizzato che ha coinvolto 120 pazienti fumatori con TB al momento della diagnosi in Malesia, i pazienti sono stati assegnati a uno dei due gruppi: uno con terapia TB + trattamento del tabagismo e uno con sola terapia TB. I partecipanti che hanno ricevuto l'intervento integrato avevano un migliore HR QoL - come incremento significativamente maggiore nel punteggio dell'utilità EQ-5D durante il follow-up di sei mesi - rispetto a quelli che hanno ricevuto solo la cura TB. Il questionario a cinque dimensioni Euro QoL (EQ-5D) è stato sviluppato per l'autovalutazione nell'impatto della malattia e dei trattamenti associati al loro benessere fisico e psichico.²⁶

Tumori

Smettere di fumare è una sfida significativa in questa complessa popolazione di pazienti.²⁷ Nel trattamento della dipendenza dal tabacco nei pazienti con tumore polmonare si dovrebbe considerare quanto segue:

- **Motivazione:** le prove suggeriscono che la maggior parte dei pazienti affetti da tumore al polmone sono motivati a smettere di fumare. Tuttavia, anche se una diagnosi di cancro ai polmoni è presumibilmente un forte motivatore, i pazienti fumatori con tumore polmonare si trovano in fasi diverse di disponibilità a smettere.
- **Stigma e senso di colpa:** evidenze empiriche indicano che i pazienti con tumore polmonare presentano livelli significativi di stigma percepito, siano essi fumatori oppure no.
- **Gestione dell'umore:** a seguito di una diagnosi di tumore polmonare, i pazienti spesso presentano un incremento di sofferenza psicologica, senso di responsabilità, stress e stigmatizzazione.
- **Abitazioni "senza fumo":** considerevoli prove suggeriscono che avere una casa "senza fumo" può essere associato ad un maggiore successo nell'astensione dal fumo.²⁸

I pazienti con patologie tumorali possono avere livelli più elevati di dipendenza nicotinic, di co-morbosità o più difficoltà a smettere, nonché una salute e una efficienza fisica ridotti, con più stress e disturbi emotivi. Ciò suggerisce la necessità di programmi intensivi o su misura che combinino l'approccio comportamentale con l'uso di farmaci.²⁸ Il counselling, i farmaci e l'approccio motivazionale sono efficaci in questa categoria di pazienti. La farmacoterapia combinata è efficace anche nei confronti dei fumatori con elevata dipendenza.²⁸ Un programma di trattamento del tabagismo gestito da infermieri per 145 pazienti affetti da carcinoma della testa e del collo o del polmone ha avuto un tasso di successo a lungo termine favorevole (40% di astinenza a sei mesi). Il programma era più intensivo nel primo mese, consisteva in counselling medico, assistenza infermieristica e uso di prodotti diversi (NRT, bupropione e combinazioni di prodotti) e durata di un anno, per sostenere il paziente attraverso diverse situazioni di rischio a cadenza annuale, come compleanni, situazioni stressanti e vacanze.²⁹

Disturbi psichiatrici, consumatori di droghe

I disturbi psichiatrici sono più frequenti nei fumatori e questi pazienti possono avere sperimentato maggiore difficoltà a smettere di fumare. La dipendenza dal fumo è riscontrata maggiormente in associazione con consumo di alcol e droga. Queste categorie di fumatori raramente vogliono smettere. Il trattamento della loro dipendenza dal tabacco è un processo complesso, nel contesto di una diagnostica psichiatrica e di farmaci specifici. Rispetto ai fumatori senza storia di disturbi psichiatrici, i fumatori che hanno un disturbo dell'umore o un disturbo d'ansia (compresi quelli che ne hanno avuto uno nell'ultimo anno) avevano tutti meno probabilità di essere astinenti a otto settimane dopo la cessazione. La diagnosi di un disturbo d'ansia era anche correlato a una minore probabilità di mantenere l'astinenza a sei mesi dopo cessazione. Questi risultati possono offrire una base per il trattamento personalizzato dei fumatori con comorbidità psichiatrica.³⁰

Da sottolineare che il trattamento della dipendenza tabagica in pazienti con condizioni psichiatriche stabili non peggiora lo stato mentale e può migliorare l'umore.³¹⁻³³

Una metanalisi Cochrane ha esaminato gli interventi a sostegno

della cessazione dal fumo di individui con depressione in atto o pregressa.³⁴ La revisione ha incluso 49 trial e ha dimostrato che l'aggiunta di una componente psico-sociale di gestione dell'umore all'intervento standard di cessazione dal fumo è stata efficace nei fumatori con depressione corrente o pregressa. La revisione ha dimostrato che l'aggiunta di bupropione è stata efficace nell'aumentare i tassi di astinenza a lungo termine nei fumatori con una storia di depressione.³⁴ Il trattamento farmacologico è stato associato ad un counselling intensivo. Non si sono evidenziate prove di efficacia nei soggetti con depressione in atto. Inoltre non vi era sufficiente evidenza sull'impiego di altri farmaci antidepressivi o NRT in questa popolazione di tabagisti.³⁴ Per il trattamento del tabagismo in coloro che soffrono di gravi disturbi mentali come la depressione, la schizofrenia e la psicosi, è consigliabile intensificare e prolungare il periodo di trattamento, con tecniche cognitive comportamentali e utilizzare qualsiasi trattamento farmacologico che serva a controllare/ridurre le ricadute o i sintomi psichiatrici di base.³⁵

Nei pazienti schizofrenici, l'eventuale stato di tabagismo dev'essere incluso nella valutazione clinica e i sostituti nicotinici dovrebbero essere loro resi disponibili.³⁶ Anche se in questi pazienti è stato descritto un rischio di recidiva elevato, i farmaci per la dipendenza dal tabacco risultano efficaci. Una metanalisi Cochrane sulla cessazione dal fumo tra gli adulti con schizofrenia ha trovato buone prove per sostenere l'impiego di bupropione per aumentare l'astensione dal fumo.³⁷ La vareniclina può attenuare gli eventi avversi indotti dall'astinenza e sembra essere ben tollerata nei fumatori con schizofrenia.³⁸ Sia la vareniclina che la farmacoterapia combinata risultavano efficaci e non aumentavano la sofferenza psicologica per un massimo di sei mesi nei fumatori con comorbidità, tuttavia è necessaria una ricerca ulteriore per escludere eventuali eventi avversi (vedere paragrafo 4.3.3.9).³⁹ I prescrittori devono monitorare attentamente i pazienti a motivo della possibilità che i farmaci impiegati possono causare delle instabilità psichiatriche.⁴⁰

I pazienti trattati con anti-psicotici atipici potrebbero meglio rispondere al bupropione a lento rilascio (SR) rispetto a quelli con anti-psicotici standard.²¹ In uno studio aperto su un gruppo di 412 fumatori (111 diagnosticati con malattie psichiatriche) la vareniclina risultava altrettanto efficace e non era associata una

maggiore incidenza o severità di reazioni avverse ai farmaci nei pazienti con comorbidità psichiatrica.²¹

Il counselling e la farmacoterapia sono efficaci nei fumatori che vengono trattati in contemporanea per tossicodipendenze da droghe illegali, anche se vi sono scarse evidenze su come la terapia del tabagismo possa influenzare il recupero dalla tossicodipendenza. Gli studi in corso dimostrano l'efficacia di un intervento breve "voucher-based" che promuova per prima cosa l'astensione dal fumo tra i pazienti in trattamento con oppioidi.⁴¹ Un trial randomizzato ha confrontato il normale trattamento combinato con cerotti alla nicotina e terapia di gruppo cognitivo-comportamentale (n=153) contro il solo trattamento (n=72) in pazienti già inseriti in programmi di trattamento per farmacodipendenza o alcolismo, interessati anche a smettere di fumare. Questo report è un'analisi secondaria che ha valutato l'effetto dei sintomi depressivi (n=70) o la storia della depressione (n=110) sui risultati della cessazione dal fumo. È stata osservata un'associazione significativa tra misure della depressione e difficoltà a smettere di fumare. Questi dati suggeriscono che la valutazione e il trattamento dei sintomi depressivi possono svolgere un ruolo importante nel migliorare i risultati di cessazione dal fumo in questa categoria di pazienti.⁴²

Raccomandazioni

- La terapia della dipendenza tabagica è efficace nei pazienti con malattia mentale severa. I trattamenti che funzionano nella popolazione generale funzionano anche per coloro che hanno una grave malattia mentale e sembrano essere quasi altrettanto efficaci.
- Per il trattamento dei tabagisti con disturbi mentali severi come depressione, schizofrenia e psicosi, si raccomanda di aumentare e prolungare il periodo di trattamento.
- Si raccomanda un monitoraggio preciso dei pazienti con malattia mentale, sottoposti a trattamento farmacologico, per la possibilità che il farmaco possa causare instabilità psichiatrica.

Pazienti HIV-positivi

Gli individui HIV-sieropositivi hanno una maggiore prevalenza di tabagismo rispetto alla popolazione generale.⁴³ Oggi gli

individui sieropositivi vivono più a lungo a causa dei progressi del trattamento, rendendo la questione del fumo di sigaretta in questa popolazione una maggiore e grave preoccupazione per la salute. Tassi di mortalità più elevati e peggiore qualità della vita si riscontrano nei sieropositivi fumatori rispetto ai non fumatori. Inoltre, gli HIV-positivi fumatori sembrano avere maggiori rischi per lo sviluppo di malattie pneumococciche invasive e altre infezioni rispetto a individui con AIDS non infetti. Relativamente agli HIV-positivi non fumatori, il fumo tra gli HIV-positivi fumatori è associato ad un aumento del rischio di diverse infezioni opportunistiche e pneumotorace spontaneo. I dati suggeriscono che i fumatori con HIV sottostimano gli effetti del fumo sulla loro salute e alcuni affermano che non vivranno abbastanza a lungo per vederne gli effetti. Inoltre, alcuni fumatori sieropositivi sembrano convinti che il fumo sia un modo efficace per affrontare lo stress causato dalla malattia.¹

Una revisione Cochrane del 2016 ha esaminato interventi di trattamento del tabagismo per individui sieropositivi e con AIDS.⁴³ La revisione ha individuato 12 studi, la maggior parte dei quali ha esaminato interventi con approccio farmacologico e supporto di counselling. Fra i trial valutati non si è riscontrata una forte evidenza dell'intervento più efficace nella comparazione con il gruppo di controllo. C'era una debole prova che gli interventi intensivi erano superiori ai controlli per l'astensione a breve termine.⁴³ Nessuno studio clinico randomizzato a lungo termine ha analizzato l'efficacia degli interventi in questo gruppo di pazienti. Sono necessari ulteriori studi.

Bibliografia

1. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,
2. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003;290(1):86-97.
3. Japanese Circulatory Society Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation. *Circulation Journal*, 2012;76:1024-1043.
4. Ockene I, Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease, *Circulation*, 2010;121:188-90.
5. van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744. DOI:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
6. Andreas S, Hering T., Mühlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H., Clinical Practice Guideline, Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease An Effective Medical Intervention *Deutsches Ärzteblatt International -Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(16):276-82.
7. Papadopoulos G., Vardavas C.I., Limperi M., Linardis A. Georgoudis G., Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulmonary Medicine* 2011;11:13.
8. Jiménez-Ruiz C.A., Luhnig S., Buljbasich.D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, *European Respiratory Disease, Touch Briefings*, 2011;1-10.
9. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratiou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campbell L.A., 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.
10. Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L, Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support, *Chest*, 2006;130(2):334-42.
11. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al., Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials, *Eur Respir J*, 2009;34:634-40.
12. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, *Lancet*, 2001;357:1571-5.
13. Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, et al., Efficacy of Bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with COPD, *Arch Intern Med*, 2005;165:2286-92.
14. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, *Addiction*, 2009;104:2110-7.
15. Coronini-Cronberg S., Heffernan C., Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence *J R Soc Med Sh Rep*, 2011;2:78.
16. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al., Effects of Varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial, *Chest*, 2011;139:591-9.
17. Jiménez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, et al., Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications, *Nicotine Tob Res*, 2012;14(9):1035-9.
18. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Molken MPMH, Long term effectiveness and cost effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax*, 2010;65:711-8.
19. Polosa R., Russo C., Caponnetto P., Bertino G., Sarvà M., Antic T., Mancuso s., Al-Delaimy W.K., Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study, *Respiratory Research*, 2011;12:16.
20. An-Soo Jang, Sung-Woo Park, Do-Jin Kim, SooTaek Uh, Young Hoon Kim, Hun Gyu Whang, Gun Il Lim, Choon-Sik Park, Effects of Smoking Cessation on Airflow Obstruction and Quality of Life in Asthmatic Smokers, *Allergy Asthma Immunol Res*. 2010 October;2(4):254-259.

21. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
22. Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al Eur Respir J. 2007;29:438-445.
23. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. Respiratory Medicine. 2008;102:1681-1693.
24. Chiang YC, Lin YM, Lee JA, Lee CN, Chen HY., Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy, Int. J. Inf. Dis. 2012;16(2);e130-5.
25. Bissell K., Fraser T., Chiang C-Y, Enarson D.A., Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients, Paris, France: international Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010. ISBN: 978-2-914365-81-9.
26. Awaisu A., Mohamed M.H.N., Noordin N.M., Muttalif A.R., Aziz N.A., Sulaiman S.A.S., Mahayiddin A.A. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life. Tobacco Induced Diseases 2012;10:2.
27. Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: an updated Systematic Review and Meta-Analysis, Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;149(2):200-11.
28. Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment Oncology 2010;78:289-301.
29. de Bruin-Visser J.C., Ackerstaff H., Rehorst H., Rete V.P., Hilgers F.J.M., Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer, Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012;269:659-665.
30. Piper M., Smith S.S., Schlam T.R., Fleming M.F., Bittrich A.A., Brown J.L., Leitzke C.J., Zehner M.E., Fiore M.C., Baker T.B., Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco dependence: Relations with Tobacco dependence and Cessation J Consult Clin Psychol. 2010;78(1):13.
31. Banham L, Gilbody S., Smoking cessation in severe mental illness: what works? Addiction. 2010;105(7):1176-89.
32. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. BMJ. 2014 Feb 13;348:g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151. Review. Erratum in: BMJ. 2014;348:g2216.
33. Prochaska J.J. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. BMJ. 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
34. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102. DOI: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
35. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(2):106-14.
36. Allen MH, Debané M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Psychiatry. 2011;168(4):395-9.
37. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
38. Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, Peng SL, Wu SL, Chen MC, Tsai YL, Yang ST., Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia, Psychiatry Res. 2011;190(1):79-84.
39. Steinberg MB, Bover MT, Richardson DL, Schmelzer AC, Williams JM, Foulds J. Abstinence and psychological distress in co-morbid smokers using various pharmacotherapies. Drug Alcohol Depend. 2011;114(1):77-81.
40. Ebbert J.O., Wyatt K.D., Zirakzadeh A., Burke M.V., Hays J.T. Clinical utility of Varenicline for smokers with medical and psychiatric comorbidity, International Journal of COPD, 2009;4:421-430.
41. Dunn K.E., Kathryn A. Saulsgiver K.A., Sigmon S.C., Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients, Exp Clin Psychopharmacol. 2011;19(1):20-30. doi:10.1037/a0022039
42. Sonne S.C., Nunes E.V., Jiang H., Tyson C., Rotrosen J., Reid M., The Relationship Between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers, Am J Addict. 2010;19(2):111-118.
43. PoolERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD011120. DOI: 10.1002/14651858.CD011120.pub2.

4.8.4 Raccomandazioni sull'approccio all'aumento di peso dopo la cessazione dal fumo

La maggior parte dei fumatori che ha smesso di fumare ha un aumento di peso generalmente inferiore a 5 kg, ma il 10% può aumentare di oltre 15 kg. Tuttavia l'aumento di peso successivo alla cessazione del fumo è una minaccia minore per la salute, rispetto ai rischi che comporta il continuare a fumare¹. La tendenza all'aumento di peso è maggiore nelle donne rispetto agli uomini, nelle persone nere, indipendentemente dal loro genere, nei soggetti con più di 55 anni e nei forti fumatori. Gli adolescenti, se sono preoccupati per il peso corporeo, cominciano a fumare più frequentemente⁵. Per questo motivo c'è la necessità di promuovere metodi sani di mantenimento del peso e di dissipare l'idea dell'uso del tabacco come metodo di

controllo del peso. Gli adolescenti dovrebbero essere informati che esistono altri modi per perdere peso che sono più efficaci e più sani, e tali messaggi dovrebbero essere inclusi nei curricula educativi, soprattutto quando si parla di smettere di fumare.

I dati forniti da Levine et al. hanno dimostrato che le donne in gravidanza che hanno ricevuto la terapia di combinazione CONCERNS (terapia comportamentale cognitiva CBT per i problemi di peso correlati al fumo e bupropione SR) hanno più probabilità di mantenere l'astinenza a sei mesi (34% vs 21% in CBT standard e bupropione vs 11,5% in CONCERNS e placebo). Questo effetto non era correlato alle differenze nell'aumento di peso post-cessazione né ai cambiamenti in termini di peso³.

La terapia sostitutiva con nicotina e il bupropione sono efficaci nel limitare l'aumento di peso descritto dopo la cessazione del fumo. In due studi di cessazione del fumo con vareniclina, rispetto a bupropione e placebo, l'aumento di peso nel gruppo di trattamento con la vareniclina a 12 settimane era inferiore (meno di 3 kg).¹

L'aumento di peso si produce a causa dell'incrementato apporto calorico attraverso i cibi e per il ridotto rapporto metabolico. I dati disponibili sul coinvolgimento dei meccanismi metabolici suggeriscono che i fumatori aumentano di peso durante i tentativi di smettere, anche se non aumentano l'introito calorico.⁵

Il paziente deve essere informato e preparato sulla possibilità di aumentare di peso e gli si deve offrire un supporto per controllare questo fenomeno, incoraggiando lo ad adottare uno stile di vita sano, a praticare un moderato esercizio fisico, a consumare alimenti sani, ricchi di frutta e verdura, a dormire bene e a limitare l'uso dell'alcol. Un programma di esercizi di 45 minuti, tre volte la settimana, aumenta l'astinenza dal fumo a lungo termine nelle donne e limita il sovrappeso, se è combinato con un programma cognitivo-comportamentale. L'aumento di peso è minimo se l'astinenza dal fumo è associata all'aumento dell'attività fisica⁴.

Il supporto personalizzato per la gestione del peso può essere efficace, ma può non ridurre la sindrome da astinenza. I dati però sono troppo pochi per trarre conclusioni definitive. Uno studio ha mostrato come una dieta a basso contenuto calorico ha aumentato l'astinenza, ma non ha impedito l'aumento di peso nel lungo termine. La terapia cognitivo-comportamentale per accettare l'aumento di peso non lo ha limitato nella post

cessazione e non è capace di promuovere l'astinenza a lungo termine. Gli interventi basati sull'esercizio fisico hanno ridotto significativamente il peso nel lungo periodo, ma non nel breve. Sono necessari ulteriori studi per chiarire se si tratta di un effetto dovuto al trattamento o un dato casuale. Bupropione, fluoxetina, NRT e vareniclina riducono l'aumento di peso post-cessazione durante l'utilizzo del farmaco. Sebbene questo effetto non sia mantenuto dopo un anno dalla cessazione del fumo, l'evidenza scientifica non è sufficiente per escludere un modesto effetto nel lungo periodo. I dati non sono sufficienti per dare chiare raccomandazioni cliniche a favore di programmi efficaci volti a prevenire l'aumento di peso dopo la cessazione.⁵

La sostituzione della nicotina - in particolare la gomma e la lozenghe da 4 mg - sembra essere efficace nel ritardare l'aumento di peso post cessazione. Inoltre, sembra che esista una relazione dose-risposta tra l'uso della gomma e la riduzione del peso (vale a dire più si usa la gomma, meno si aumenta di peso). Anche il bupropione SR è efficace nel ritardare l'aumento di peso dopo la cessazione. Tuttavia, una volta che si interrompe il trattamento con nicotina o la terapia con bupropione SR, il fumatore aumenta di peso e l'incremento è simile a quello che avrebbe raggiunto se non avesse usato questi farmaci.

Raccomandazioni

- In quei fumatori che si preoccupano di un possibile aumento di peso dopo aver smesso di fumare si raccomanda di usare la vareniclina, il bupropione o la gomma con nicotina come farmaci per limitare il più possibile il sovrappeso post-astinenza (livello di evidenza B).
- Si consiglia di monitorare l'assunzione di calorie e aumentare il dispendio calorico per gestire l'aumento di peso.

Bibliografia

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
2. Cavallo D.A. <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long> - aff-1, Smith A.E., Schepis T.S., Desai R., Potenza M.N., Krishnan-Sarin S., Smoking Expectancies, Weight Concerns, and Dietary Behaviors in Adolescence, *Pediatrics* 2010;126:e166-e72.

3. Levine M.D., Perkins K.A., Kalarchian M.A., Yu Cheng, Houck P.R., Slane J.D., Marcus M.D., Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers, *Arch Intern Med.* 2010 March 22;170(6):543–550. doi:10.1001/archinternmed.2010.33
4. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2005;7:871-80.
5. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, *Cochrane Database Systematic Review*, 2012, Issue 1. Art. No.:CD006219. DOI: 10.1002/14651858.

PARTE DUE | Capitolo 5

Ricerca e raccomandazioni scientifiche per
la valutazione della cessazione del fumo

*"Le strategie efficaci per smettere di fumare dovrebbero
aumentare le percentuali di cessazione e ridurre le ricadute"*



5.0 Ricerca e raccomandazioni scientifiche per la valutazione della cessazione del fumo

5.1 Criteri per la ricerca clinica nella cessazione dal fumo

Il trattamento per la cessazione del fumo è ora integrato in molti sistemi sanitari e un importante sforzo di ricerca è in corso per migliorare i tassi di successo attuali. Fino a poco tempo fa, i risultati di studi clinici randomizzati erano stati riportati in molti modi diversi, portando a problemi di interpretazione. West et al. ha proposto sei criteri standard che comprendono i Russell Standards (RS).¹ Questi criteri sono applicabili agli studi sulla cessazione in cui i partecipanti hanno una data di cessazione definita e c'è un rapporto face-to-face con i ricercatori o con il personale clinico. Questi criteri sono: (1) follow-up a sei mesi (RS6) o a 12 mesi (RS12) dalla data di cessazione o dalla fine di un periodo di cura predefinito; (2) self-report dell'astinenza dal fumo su tutto il periodo di follow-up che consente fino a cinque sigarette al giorno; (3) verifica biochimica dell'astinenza almeno al punto di follow-up di sei o dodici mesi; (4) uso di un approccio "intention-to-treat" in cui i dati di tutti i fumatori randomizzati sono inclusi nell'analisi, a meno che non siano deceduti o irrintracciabili all'indirizzo lasciato (i partecipanti inclusi nell'analisi sono considerati fumatori se il loro status di fumatori non può essere determinato durante la visita finale di follow-up); (5) follow-up dei "violatori del protocollo" e utilizzo del loro vero status di fumatori nell'analisi; e (6) raccolta in cieco dei follow-up rispetto al gruppo di assegnazione dei fumatori nel trial.

Riassunto dei criteri per valutare l'astinenza da tabacco nei lavori scientifici¹:

- **Durata dell'astinenza:** viene generalmente riconosciuto come criterio temporale per affermare l'astinenza, un periodo di tempo di almeno 6 mesi dalla data di cessazione e durante il quale si è effettivamente smesso di fumare.
- **Definizione di astinenza:** si considera astinente il paziente che ha segnalato un consumo inferiore o uguale a 5 sigarette nei

sei mesi successivi alla cessazione, insieme ad un risultato negativo del test del monossido di carbonio nell'aria espirata. Bisogna fare una distinzione tra l'astinenza al momento (astinenza di picco) determinata "di picco" e quella "continua". La prima valuta l'astinenza al momento della visita, mentre la seconda valuta l'astinenza continua monitorata attraverso visite seriali lungo il follow-up a 6-12 mesi.

- **Convalida biochimica dell'astinenza:** si consiglia di determinare la concentrazione di monossido di carbonio (CO) nell'aria espirata ad ogni visita, ciò è obbligatorio nella visita di fine trattamento.
- **Analisi intention-to treat:** il tasso di astinenza è determinato considerando tutti i soggetti che hanno ricevuto il trattamento, che hanno effettuato il trattamento completo e che si sono presentati a tutte le visite di follow-up. Quei pazienti che sono persi al follow-up (perché hanno cambiato indirizzo di casa, numero di telefono ecc.) saranno considerati come fumatori ancora attivi, e verranno mantenuti nel database centrale.
- **Violatori del protocollo.** L'astinenza è confermata in accordo con i criteri 1-4 soltanto se i pazienti seguono il trattamento corretto, con dosi standard, non aggiungono da soli altre terapie allo schema e si presentano alle visite di follow-up, con una validazione biochimica della situazione rispetto al fumo.
- **Metodo in doppio cieco:** la raccolta dei dati, quando possibile, dovrebbe essere fatta in doppio cieco.

5.2 Il rapporto costo-efficacia delle terapie per la dipendenza da tabacco

Le politiche di controllo del tabacco, vietando il fumo in tutti i luoghi pubblici chiusi, hanno come obiettivo quello di assicurare che le persone possano respirare aria pulita, aria cioè non contaminata da fumo.

La smoking cessation è una delle maggiori componenti del controllo del tabacco e, aiutando i fumatori a smettere, migliora

la loro salute riducendo molti dei problemi associati alle patologie fumo-correlate.

La ricerca ha prodotto moltissimi lavori scientifici che dimostrano l'efficacia degli interventi di cessazione del fumo. Grazie ad indagini effettuate in molte nazioni, esiste anche una valida letteratura scientifica che dimostra il buon rapporto costo-efficacia della smoking cessation.

I primi studi hanno valutato il bupropione e la terapia sostitutiva della nicotina².

Uno di questi studi era indirizzato ai medici di medicina generale e li invitava, durante le visite di routine, ad effettuare uno screening su tutti i pazienti adulti per identificare i fumatori e motivarli a smettere di fumare. Per l'intervento di cessazione veniva utilizzata soltanto la terapia sostitutiva nicotinicica e il counseling. Analizzando questo intervento e confrontandolo con altri di medicina preventiva, questo studio ha dimostrato il buon rapporto costo-efficacia della smoking cessation. Infatti, è stato calcolato che i costi medi erano di 3779 \$ per ogni persona che smetteva, di 2587 \$ e di 1915 \$ per ogni anno di vita rispettivamente guadagnato e corretto per la qualità di vita (QALY - Quality Adjusted Life Years). Confrontando le strategie utilizzate di routine per prevenire l'infarto miocardico, si è visto che la smoking cessation è l'intervento più costo-efficace. Infatti, per la prevenzione primaria di questo con farmaci come le statine (simvastatina o la pravastatina), servono più di 10.000 £ per ciascun anno di vita guadagnato, mentre con la smoking cessation, basata sull'intervento breve e la terapia sostitutiva nicotinicica, ne occorrerebbero solo alcune centinaia o al massimo un migliaio³⁻⁴.

Uno studio realizzato in Svizzera nel 2003 nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, ha rivelato che sia il bupropione che i cerotti alla nicotina avevano un buon rapporto costo-efficacia. Lo studio è stato condotto su due coorti di forti fumatori; un gruppo ha ricevuto dal medico di famiglia, soltanto il counseling, l'altro gruppo ha ricevuto in aggiunta anche il trattamento farmacologico. Alla fine dello studio, il bupropione e i cerotti sono risultati i trattamenti col miglior rapporto costo-efficacia, seguiti in ordine discendente, dallo spray, dall'inhaler e infine dalle gomme⁵. Dopo l'introduzione della vareniclina, anche questo farmaco è stato valutato e si è dimostrato il suo ottimo rapporto costo-efficacia.

Negli Stati Uniti è stato stimato che fumare costi 193 miliardi di dollari ogni anno. Di questi, 97 miliardi sono imputabili alla perdita di produttività e 96 miliardi alle spese sanitarie per il trattamento delle patologie fumo correlate⁶. Nel Regno Unito, è stato calcolato che il Servizio Sanitario Nazionale sostiene costi diretti dovuti al fumo per 5,2 miliardi di sterline⁷. Infine, si stima che a causa del fumo, gli stati della Comunità Europea spendano ogni anno, per costi diretti e indiretti, tra i 97,7 e i 130,3 miliardi di euro⁸.

In un intervento di cessazione realizzato sul posto di lavoro, l'azienda ha risparmiato annualmente per ogni impiegato che è riuscito a smettere 541 dollari con la vareniclina, 151 dollari con il bupropione e 82 dollari con il counseling⁹⁻¹⁰.

Una meta-analisi condotta negli Stati Uniti ha concluso che il counseling che prevede contatti di supporto dopo la fine del trattamento, ha potenzialmente un buon rapporto costo-efficacia e può ridurre l'incidenza dei fumatori, degli eventi avversi correlati e dei costi sociali.

Usando i dati di una meta-analisi di trials randomizzati, i ricercatori hanno creato una corte di ipotetici fumatori americani ospedalizzati per infarto miocardico acuto e hanno valutato se il counseling associato ai contatti di supporto nel follow-up avesse un buon rapporto costo-efficacia. I risultati hanno dimostrato che, considerando solo i costi dell'intervento, il programma costerebbe 540 dollari per ogni fumatore che riuscisse a smettere e il rapporto costo-efficacia sarebbe di 4350 \$ e di 5050 \$ per ogni anno di vita rispettivamente guadagnato e corretto per la qualità di vita (QALY - Quality Adjusted Life Years)¹¹.

Il fumo è il fattore di rischio più importante per lo sviluppo e il decorso clinico della bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Per cui la cessazione dal fumo è particolarmente importante per questo gruppo di pazienti e due studi realizzati in Olanda ne hanno dimostrato il rapporto costo-efficacia. Il primo, una revisione sistematica di nove studi clinici randomizzati relativi a interventi di cessazione per questi pazienti, ha riportato tassi medi di astinenza continua per 12 mesi di 1,4% con il trattamento standard, di 2,6% con il counseling minimo, di 6% con il counseling intensivo e di 12,3% con la farmacoterapia. In confronto al trattamento standard, i costi per ogni anno di vita guadagnato e corretto per la qualità di vita (QALY - Quality Adjusted Life Years), sono stati rispettivamente di 16.900,

8.200 e 2.400 euro rispettivamente con il counseling minimo, il counseling intensivo, la farmacoterapia¹². Il secondo studio, finalizzato a confrontare, nei pazienti con patologia polmonare ostruttiva cronica, il rapporto costo-efficacia di due programmi di cessazione, uno ad alta (Smoke Stop Therapy, SST) e l'altro a media intensità (Minimal Intervention Strategy for Lung patients, LMIS), ha riportato che i costi (sanitari e del programma) erano di 581 euro per il primo e di 595 euro per il secondo. Il programma ad alta intensità oltre ad avere costi inferiori, aveva anche un minor numero di esacerbazioni (0,38 vs 0,60), un minor numero di giorni di ospedalizzazione (0,39 vs 1) per paziente e un più alto numero di persone che smettevano (20 vs 9). Così, questi risultati portarono all'affermarsi del programma SST¹³.

In uno studio realizzato nello stato americano del Massachusetts, è stato riscontrato che i servizi completi per la cessazione, determinano considerevoli risparmi per i programmi Medicaid. Questi servizi completi, che includono la farmaco-terapia, il counseling e il costo di accesso, hanno comportato circa 183 dollari per partecipante al programma nel 2010 e il risparmio stimato è stato di 571 dollari per partecipante. Questi risultati indicano che per ogni dollaro che si spende nel programma, si risparmiano 3.12 dollari per spese mediche¹⁴⁻¹⁵.

In una recente valutazione economica, Cantor et. al. (2015) hanno trovato che la formazione di medici e farmacisti nella cessazione dal fumo, è un metodo altamente economico per sostenere la cessazione nelle comunità¹⁶.

Bibliografia

1. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299-303.
2. Cromwell J., Bartosch WJ., Fiore MC., Hasselblad V., Baker T. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. *JAMA*. 1997;278(21):1759-1766.
3. Johannesson M., Jönsson B., Kjekshus J., Olsson AG., Pedersen TR., Wedel H. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. *N Engl J Med*. 1997;336(5):332-6.
4. Caro J., Klittich W., McGuire A., Ford I., Norrie J., Pettitt D., McMurray J., Shepherd J. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. *BMJ*, 1997;315(7122):1577-82.

5. Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003 Jul;59(3):201-6.
6. Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis* 2009;6(3):1-10.
7. Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control* 2009;18(4):262-7.
8. World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2015 Apr 10].
9. Jackson KC. 2nd, Nahoopii R., Said Q., et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *J Occup Environ Med* 2007;49(4):453-60.
10. Keating GM., Katherine A., Lyseng-Williamson KAL. Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, *Pharmacoeconomics* 2010;28(3):231-254.
11. Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Froelicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, *Arch Intern Med*. 2011;171(1):39-45.
12. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT. Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax* 2010;65:711-718.
13. Christenhusz LC, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(6):657-63.
14. Richard P., West K., Ku L. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. *PLoS ONE* 2012;7(1):e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665
15. Ferketich AK1, Pennell M, Seiber EE, Wang L, Farietta T, Jin Y, Wewers ME. Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. *Nicotine Tob Res*. 2014;16(6):786-93.
16. Cantor SB., Deshmukh AA., Luca NS., Noguerras-González GM., Rajan T., Prokhorov AV. Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. *Addict Behav*. 2015 Jun;45:79-86.

5.3 > Raccomandazioni per l'implementazione delle Linee Guida sulla Cessazione

Le buone Linee Guida sono veramente utili solo se vengono diffuse e implementate nella popolazione target in conformità alle norme di buona pratica.

L'esempio migliore in Europa per illustrare questo concetto, è quello dei servizi per smettere di fumare del Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito. Sviluppando un algoritmo di implementazione guidato dal NICE (l'Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica - National Institute for Health and Clinical Excellence), le linee guida sulla cessazione dal fumo sono state trasformate in uno strumento prezioso per tutte le categorie di professionisti coinvolti nell'assistere i fumatori. Quindi, le linee guida possono aiutare le organizzazioni nazionali a soddisfare i requisiti scientifici e nazionali riconosciuti a livello mondiale per la sanità pubblica; possono aiutare le organizzazioni nazionali e locali del settore pubblico a soddisfare gli indicatori governativi e gli obiettivi per migliorare la salute, ridurre le disuguaglianze sanitarie e promuovere il benessere all'interno delle comunità¹. Le linee guida dovrebbero essere attuate per applicarsi ai servizi forniti nell'ambito delle cure primarie e secondarie, delle farmacie, delle autorità locali e dei luoghi di lavoro, ma dovrebbero anche essere applicate agli organismi di formazione e ai responsabili delle politiche sanitarie.

Per raggiungere questo obiettivo, il processo di implementazione richiede una struttura di leadership del progetto e un approccio "passo per passo" per fare quanto segue:

- assicurarsi che tutti i gruppi rilevanti siano consapevoli delle linee guida e possano avere accesso a siti web, stampe ecc.;
- lavorare con i gruppi "specialistici" per confrontare le loro attività attuali con le raccomandazioni contenute nelle linee guida¹;
- individuare quali organizzazioni/ospedali, ecc., avranno bisogno di cambiare il modo attuale di lavoro per allinearsi con le linee guida e costruire partnership con le reti esistenti (quali le reti regionali di controllo del tabacco);
- individuare le aree chiave per aiutare l'implementazione, ad esempio individuare i percorsi di riferimento locali per far accedere i pazienti ai centri di cessazione, aumentare il numero di professionisti che ricevono la formazione sulla cessazione, focalizzare l'attenzione sulle comunità difficili da raggiungere;
- valutare quanto costerà l'attuazione delle linee guida;
- costruire un piano d'azione per l'implementazione delle linee guida collaborando con gli attori e gli specialisti locali.

Per garantire un'efficace attuazione delle Linee Guida, tutte le organizzazioni e i rappresentanti locali che si occupano di definire le priorità, i professionisti della sanità pubblica, le autorità locali devono firmare un piano d'azione, ad esempio tramite un accordo locale. L'attuazione delle linee guida deve essere poi riesaminata e monitorata e i risultati riportati e discussi con le autorità locali e i professionisti della sanità pubblica. Inoltre, è molto importante condividere le esperienze sull'implementazione delle linee guida con altre organizzazioni in vari eventi professionali o scientifici².

In uno studio sperimentale che ha testato l'efficacia degli interventi di diffusione delle linee guida per migliorare l'implementazione della cessazione dal fumo nell'ambito della salute materno-infantile, Manfredi et al. hanno segnalato miglioramenti post-diffusione rispetto alla fase iniziale, tra i fumatori che hanno riportato di aver ricevuto interventi di consulenti, libretti di auto-aiuto, video, poster e un intervento aggiuntivo. L'aumento più significativo c'è stato per quei fumatori che hanno ricevuto sia i libretti di auto-aiuto che l'intervento aggiuntivo³.

Bibliografia

1. NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>. Accessed April 10, 2015.
2. NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.
3. Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors, *Health Educ Res.* 2011;26(2):348-360.

5.4 Letteratura scientifica raccomandata sulla cessazione del fumo

1. Hoogendoorn M., Feenstra TL., Hoogenveen RT., Rutten-van Molken MPMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010;65:711-718.

2. Hodgson DB., Saini G., Bolton CE., Steiner MC. Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Thorax* 2012;67(2);171-176.
3. Ford ES., Mannino DM., Zhao G., Li C., Croft JB. Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994. *Chest* 2012;141(1):101-110.
4. Christenhusz LC., Prenger R., Pieterse ME., Seydel ER., van der Palen J. Cost- effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res.* 2012 Jun;14(6):657-63.
5. Decramer M., Sibille Y., Bush A., Carlsen KH., Rabe KF., Clancy L., Turnbull A., Nemery B., Simonds A., Troosters T. The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions. *Eur Respir J* 2011;37(4):738-742.
6. Cornuz J., Pinget C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003;59(3):201-6.

PARTE TERZA | Capitolo 6

Standard europei per l'accREDITAMENTO di servizi per il tabagismo e la formazione sulla smoking cessation

"La formazione degli operatori sanitari è il pilastro del trattamento del consumo e della dipendenza da tabacco"



6.0 Standard europei per l'accreditamento di servizi per il tabagismo e la formazione sulla smoking cessation

Questo capitolo descrive gli standard relativi alla formazione per tutti gli operatori sanitari e gli standard relativi ai servizi per la cessazione dal tabacco (gruppi di professionisti specifici che erogano interventi per la cessazione dal fumo di tabacco, organismi di formazione autorizzati e loro responsabilità verso la cessazione, la formazione e la valutazione).

Una review sistematica e una metanalisi di interventi di formazione per la cessazione dal fumo di tabacco condotta dalla Cochrane Collaboration hanno fornito evidenze che la formazione è associata con cambiamenti positivi della pratica clinica¹.

E' ampiamente riconosciuto che il buon governo è necessario nel settore sanitario. Gli utenti in generale, i pazienti e le terze parti paganti vogliono avere valutazioni più oggettive della qualità del servizio sanitario. I paesi hanno scelto diversi approcci per mantenere la qualità e per migliorare gli standard. In alcuni

stati, le organizzazioni professionali e i provider cercano di esercitare un controllo di qualità sui loro membri, per migliorare gli standard di presa in carico, spesso senza input da parte del governo o da parte della società. In altri paesi, lo stato esercita rigidi controlli sul settore sanitario, lasciando quasi nessuna possibilità di giudizio professionale – esitando in una medicina difensiva e in una inutile raccomandazione di più elevati livelli di assistenza. La sfida è quella di bilanciare i ruoli degli operatori sanitari, dei politici con ruoli governativi, dei membri del pubblico e degli altri attori, nel promuovere la qualità e definire gli standard per il settore della sanità.

Una review della letteratura ha identificato molteplici fonti di direttive, guide ed evidenze, che possono essere tradotte in affermazioni esplicite di richieste per i servizi sanitari in Europa (vedi Figura 6.1).

Figura 6.1: panoramica degli standards di pratica sanitaria dei Servizi Sanitari in Europa

Consiglio d'Europa	
Raccomandazione (1997) 5	Protezione di dati sanitari
Pratiche di terapie sicure (P-SPPH/SAFE) 2006	Pratiche di terapie sicure
Risoluzione ResAP (2003) 3	Assistenza nutrizionale negli ospedali
Raccomandazione (2000) 5	Partecipazione del paziente
Raccomandazione Rec (2006)7	Sicurezza del paziente
OMS	
WHO-HEN-OBS 2009	Competenza dei medici
Standard per la promozione della salute negli ospedali 2004	Promozione della salute
Checklist per ridurre la morbilità e mortalità in una popolazione globale	Sicurezza chirurgica
Quadro di valutazione delle prestazioni per gli ospedali: PATH	Indicatori di prestazione
Direttive CE	
Direttiva 2005/36/EC	Qualificazione professionale
Direttiva 1995/46/EC	Elaborazione di dati personali

Continua

Figure 6.1 Continua

Direttiva 2011/24/EU	Diritti dei pazienti nel settore sanitario transfrontaliero
Ricerca CE	
Sviluppo di standard pan-europei e criteri per l'ispezione (EU-Blood-Inspection)	Centri per la raccolta di sangue
Indicatori europei del sistema di qualità e metodologia di donazione di organi (ODEQUS project)	Donazione organi
Resistenza agli antibiotici e prescrizione in bambini europei (APREC)	Uso di antibiotici
Sviluppo di uso razionale di medicinali in Europa (DRUM Europe)	Uso di medicinali
Promozione della sicurezza del paziente e miglioramento della qualità in terapia intensiva PROSAFE	Terapia intensiva
Definizione delle migliori pratiche in Europa per le cure palliative (PPP)	Cure palliative
Programma internazionale per l'uso di risorse per la terapia intensiva (IPOC) – metodologia ed risultati iniziali sui costi e sull'approvvigionamento in quattro paesi Europei	Cura intensiva
Miglioramento della sicurezza del paziente in cura ospedaliera attraverso il day surgery (DAYSAFE)	Day surgery
Cura e gestione dei servizi per la rete delle persone anziane in Europa (CARMEN)	Servizi per anziani
Miglioramento della pratica nell'accesso, qualità ed appropriatezza dei servizi sanitari per immigranti in Europa (EUGATE)	Minoranze di popolazioni
ONG	
Linee Guida Consiglio Europeo di Rianimazione 2010	Rianimazione
Union Européenne des Médecines Spécialistes (UEMS)	Qualità della pratica medica
Dichiarazione Bastle UEMS	Sviluppo professionale continuo
Carta Europea dei diritti dei Pazienti www.activecitizenship.net	Diritti dei Pazienti
Carta EACH per bambini	Diritti dei Pazienti
Associazione Internazionale di Gerontologia: La Carta degli standard della Persona Anziana	Diritti dei Pazienti
Società Europea di Radiologia (ESR). il management dei rischi, 2004	Radiologia
Federazione Europea dell'Ospedale e della Cura Sanitaria (HOPE), Ottobre 2010	Malattie Croniche
CEN	
EN ISO 22870:2006 (POCT) – Richieste per qualità e competenze (ISO 22870:2006)	Chiropratica
EN 16224:2012 Prestazioni sanitarie dei chiropratici	Point-of-care testing
WS0668001 Health care services – Criteri di qualità per verifiche sanitarie	Verifiche sanitarie
00414001 Assistenza Sanitaria Osteopatica	Osteopatia
CEN/TC 403 Servizi di Chirurgia estetica	Chirurgia estetica
Interpretazione ISO 9001 per Servizi Sanitari	sistemi di management di qualità
Autorità Nazionale per gli Standard dell'Irlanda	

Continua

Figure 6.1 Continua

Applicazione nei Servizi Sanitari di ISO 9002 in un ambiente ospedaliero	
SGS Yarsley International (SGS) nel Regno Unito: BS EN ISO 9000: guida per la sua applicazione negli ospedali	
Guida dell'Istituto degli Standard Svedesi (CEN/TS 15224)	
Accreditamento DNV Nazionale Integrato per le Organizzazioni di Assistenza Sanitaria – linee guida interpretative	
CEN/TC 362 Servizi di assistenza sanitaria – sistemi di management della qualità	

Recensioni indipendenti in USA ed in Australia hanno enfatizzato il bisogno di una collaborazione attiva tra agenzie pubbliche e private allo scopo di riconciliare il conflitto tra la regolazione dall'alto al basso e lo sviluppo dal basso all'alto. Un'alleanza tra il settore pubblico e qualsiasi agenzia di accreditamento è essenziale perché l'accREDITAMENTO possa avere successo^{2,3}.

Bibliografia

1. Carson KV., Verbiest MEA., Crone MR., Brinn MP., Esterman AJ., Assendelft WJJ., Smith BJ. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
2. Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia.
3. Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. *EuroHealth* July 2012 (in press)

6.1 Raccomandazioni per i criteri di formazione professionale standard in tema di cessazione dal fumo

La discussione sull'aiuto da fornire ai fumatori in fase di cessazione deve essere un capitolo obbligato nel curriculum dei medici. La formazione di tutte le categorie di professionisti coinvolti in quest'area deve essere fatta attraverso corsi di formazione tenuti da esperti autorizzati nel campo. In una recensione pubblicata da Nancy Rigotti et al. nel 2008, gli autori riportano una ricognizione delle attività di formazione

per la cessazione dal fumo effettuate in vari paesi¹. I dati raccolti hanno evidenziato l'ampia varietà degli approcci e dei programmi delle attività di formazione esistenti, come pure una varietà di fonti di finanziamento a supporto di queste attività formative. Questa ricerca è stata particolarmente valida perché ha posto l'attenzione sul bisogno di standard nella formazione professionale per il trattamento della dipendenza da tabacco a livello internazionale.

La popolazione bersaglio per la formazione in merito alla cessazione dal fumo comprende tutti gli operatori e i coordinatori: medici, infermieri, ostetriche, farmacisti, dentisti, psicologi o counsellors dei numeri verdi per la cessazione ed altri che consigliano ai fumatori come smettere di fumare. Tutti gli organismi europei autorizzati e responsabili dell'istruzione e della formazione del personale sanitario che consiglia alle persone di smettere di fumare, dovrebbero attivarsi allo scopo di:

- Formare tutto lo staff di prima linea per offrire un "Minimal Advice" e per l'invio, ove necessario e possibile, ai servizi pubblici di cessazione dal fumo finanziati pubblicamente;
- Garantire che la formazione su come sostenere le persone nella cessazione dal tabacco sia parte essenziale del curriculum per studenti e laureati del settore sanitario;
- Garantire e mantenere la disponibilità di formazione e sviluppo professionale continui;
- Formare tutti i professionisti dei servizi per la cessazione dal fumo usando un programma che aderisca ai migliori standard per la formazione in merito ai trattamenti per la cessazione dal fumo di tabacco;
- Provvedere ad un' ulteriore formazione specialistica per

coloro che lavorano con gruppi particolari, es. persone con problemi di salute mentale, pazienti ospedalizzati e donne gravide che fumano;

- Incoraggiare e formare i professionisti del settore sanitario perché chiedano ai pazienti se consumano qualsiasi forma di prodotti del tabacco e li informino sui rischi dell'esposizione al fumo anche di seconda mano.

Tali organismi autorizzati a fare formazione variano in Europa, da università accreditate ad altre strutture di formazione governative o riconosciute a livello nazionale.

Lo standard di formazione per la cessazione dal fumo copre due aree: la conoscenza e la competenza. Lo standard si applica al contenuto dei programmi e ai risultati di apprendimento previsti per la formazione.

Gli standard formativi del NHS inglese (vedi Tabella 6.1) si focalizzano sugli elementi minimi e i moduli per lo sviluppo di interventi di cessazione dal tabacco a tre diversi livelli (counseling breve opportunistico, intervento intensivo individuale, conduzione di gruppi). Lo standard di formazione provvede a guidare i formatori su ciò che dovrebbe essere incluso nella formazione dei consulenti per la cessazione dal tabacco.

Il formato della formazione è diverso per ogni livello. In generale, il counseling breve opportunistico (minimal advice) dovrebbe corrispondere ai curricula dei laureati di facoltà sanitarie (lauree

Tabella 6.1: standard di valutazione della formazione per la smoking cessation del NHS

1. Rilevazione delle presenze al corso di formazione;
2. Valutazioni in itinere dell'apprendimento (valutazione formativa)
3. Valutazione, al termine del corso, delle conoscenze chiave e delle abilità acquisite durante l'attività di servizio, delle conoscenze e abilità acquisite;
4. Valutazione, attraverso l'osservazione;
5. Evidenza dell'apprendimento e dell'applicazione nella pratica, attraverso un portfolio attestante il continuo sviluppo professionale.

di primo livello), mentre gli interventi intensivi individuali e la conduzione di gruppi sono affidati ai laureati universitari in medicina / psicologia / infermieristica (lauree magistrali). La frase "requisiti sui contenuti minimi" si riferisce a quegli elementi del programma che sono considerati essenziali per raggiungere lo standard. Ogni obiettivo è contrassegnato con "K" o con "S" per indicare se la formazione è basata su conoscenza (K) o competenza (S). La conoscenza può essere valutata tramite test in forma scritta, mentre la competenza è più difficile da valutare e potrebbe richiedere un test di tipo pratico o l'osservazione di una seduta, successivamente al corso.

6.2 ► Raccomandazioni per sviluppare in Europa, programmi di formazione (curricula) sulla cessazione dal fumo per gli studenti dei corsi di laurea in medicina

Razionale

Il consumo di tabacco è uno dei problemi più importanti per la salute pubblica, essendo causa di più di 6 milioni di decessi globalmente, numero destinato a raggiungere gli 8 milioni nel 2030². Nella sola Europa, il tabacco uccide circa 700.000 persone ogni anno. La ricerca dimostra che la metà degli attuali fumatori morirà a causa di problemi correlati al tabacco, e che molti moriranno precocemente³. A parte il numero di morti, l'uso del tabacco danneggia l'ambiente e costringe a un importante onere economico. Quindi c'è urgente bisogno di controllare il consumo di tabacco e di ridurre il numero dei fumatori. A tal fine, un approccio è quello di aiutare i fumatori a smettere di fumare. Molti paesi implementano programmi di controllo del tabacco efficaci, compreso il trattamento dei pazienti, e così hanno ridotto il consumo di tabacco e il numero dei morti dovuti al suo consumo².

Contenuti del programma di formazione

- l'epidemia del tabacco in Europa e nel Mondo
- i fattori favorenti il consumo di tabacco
- le basi farmacologiche della dipendenza da tabacco
- i rischi per la salute dovuti al consumo di tabacco

- le altre conseguenze del consumo di tabacco (es. ambiente, economia)
- gli approcci per un controllo del tabacco
- il ruolo del medico nel controllo del tabacco
- la legislazione sul controllo del tabacco

Metodi di formazione

La formazione è teorica durante i primi anni del corso di laurea in medicina, mentre esercizi più pratici sono svolti durante la fase degli studi clinici (dal 4° al 6° anno). La durata della formazione teorica è di 10-12 ore (minime), integrata nel programma curriculare dei primi tre anni (periodo pre-clinico). Nella formazione teorica sono previste lezioni frontali, discussioni in piccoli gruppi, discussioni in tavola rotonda o esempi di casi clinici.

Lo scopo della formazione frontale è di incrementare tra gli

studenti, la consapevolezza a sviluppare un'attenzione verso i problemi tabacco correlati (vedi Tabella 6.2). Durante il periodo della formazione clinica, è previsto lo studio e la discussione dei casi, per sviluppare un'attitudine ed un comportamento "anti-fumo". Bisogna sottolineare che tutti i medici devono indagare il comportamento relativo al fumo di tabacco di tutti i pazienti (compreso il comportamento tabagico dei genitori dei pazienti pediatrici) e devono consigliare ed aiutare i fumatori a smettere di fumare. Quindi, nella fase clinica degli studi, si discutono i casi e in trattamenti relativi alla dipendenza da tabacco.

Descrizione livell

Campo cognitivo

B1: Sapere (ricordare, contare, definire), es. conoscenza della prevalenza del consumo di tabacco, prevalenza dei fattori

Tabella 6.2: Dettagli del programma

SCOPI GENERALI	OBIETTIVI	Periodo e Livello (*)		
		Preclinico	Clinico	Internship
Informazioni sulla prevalenza di consumo di tabacco e fattori di iniziazione	Caratteristiche epidemiologiche del consumo di tabacco (persona, luogo, tempo, modalità, etc.)	B2		
Informazioni sui rischi per la salute del consumo di tabacco	Composizione del fumo di tabacco ed effetti sulla salute	B1		
	Effetti del fumo di tabacco sul sistema respiratorio	B1	B2	
	Effetti del fumo di tabacco sul sistema cardiovascolare	B1	B2	
	Effetti del fumo di tabacco sul cancro e sul sistema emopoietico	B1		
	Effetti del fumo di tabacco sul sistema urogenitale	B1		
	Effetti del fumo di tabacco sulla gravidanza e sui bambini	B1		
La dipendenza da tabacco e la sua importanza per gli individui e per la popolazione	Le basi neurobiologiche della dipendenza da tabacco	B1	B2	
	Aspetti cognitivi e comportamentali della dipendenza da tabacco	B1	B2	
Effetti ambientali del consumo di tabacco	La qualità dell'aria negli ambienti interni e gli inquinanti	B1		
	Inquinamento ambientale e rischio di incendi	B1		
Effetti sociali ed economici del consumo di tabacco	Effetti sugli individui	B2		
	Effetti sulla comunità	B2		

Continua

Table 6.2 Continua

Legislazione sul controllo del tabacco	Livello Internazionale (FCTC Framework Convention on Tobacco Control)	B2		
	Livello nazionale (legislazione nazionale)	B2		
Il concetto del controllo del tabacco e le sue strategie	Strategie MPOWER	B2		
	Rilevanti legislazioni nazionali, per es. il Programma Nazionale sul Controllo sul Tabacco	B2		
Il ruolo del medico nel controllo del tabacco e il comportamento adeguato	Il comportamento senza fumo come un modello di ruolo	B2	B2 D2	B3 D3
	Aiutare i fumatori a smettere, implementando i principi delle 5A e 5R	B1	B3 D3	B3 D3
	Metodi basati sull'evidenza per la cessazione		B2	
	La cessazione nella pratica clinica			B3
	La prevenzione della ricaduta	B2	B3	B3
	Advocacy e leadership nelle strategie di controllo del tabagismo		D3	B3
	Prevenire e contrastare le manipolazioni dell'industria del tabacco		B3	D3
	La cessazione dal fumo di tabacco in popolazioni specifiche: pazienti chirurgici, con BPCO, con disturbi cardiaci, con disturbi psichiatrici			D3
Il ruolo dei media nel controllo del tabacco	B2			
Il controllo del tabacco nella quotidianità e al lavoro	Istituzioni governative e non governative per il controllo del tabacco	B2		

favorevoli; elencare gli effetti sulla salute del consumo di tabacco per organi e per sistemi

B2: Capire, implementare, analizzare e valutare es. meccanismi biologici e psicologici degli effetti sulla salute del consumo di tabacco, spiegare gli effetti ambientali e l'onere economico del consumo di tabacco.

B3: Usare le conoscenze di B2 per migliorare l'approccio in situazioni reali (su pazienti) (fare un'anamnesi, valutare, decidere) es. mettere in pratica le 5A, offrire aiuto al fumatore, dare informazioni sulle diverse opzioni del trattamento.

Campo percettivo

D1: Consapevolezza, es. conoscere i metodi di marketing

dell'industria del tabacco

D2: Atteggiamento, es. considerare i metodi di marketing dell'industria del tabacco e l'importanza di contrastarli.

D3: Comportamento, es. elaborare un piano per contrastare i metodi di marketing dell'industria ed attuarlo.

Valutazione

L'effetto del programma è valutato attraverso un pre-post test. Un pre-test è distribuito agli studenti prima dell'inizio del programma (es. primo anno), e un post-test prima della laurea (ultimo anno). I pre- e post- test comprendono domande a scelta multipla specifiche rispetto agli obiettivi del programma di formazione. Inoltre, feed-back verbali e scritti sono richiesti alla

fine di ogni corso. I nominativi degli studenti non sono registrati; viene valutato il risultato di gruppo.

6.3 ► **Raccomandazioni per sviluppare in Europa programmi di formazione (curricula) sulla cessazione dal fumo, per gli studenti delle scuole di specializzazione mediche - Programma di certificazione**

Razionale

Il consumo di tabacco è uno dei problemi più importanti per la salute pubblica, essendo causa di più di 6 milioni di decessi nel mondo, numero destinato a raggiungere gli 8 milioni nel 2030². Nella sola Europa, il tabacco uccide circa 700.000 persone ogni anno. La ricerca dimostra che la metà degli attuali fumatori morirà a causa di problemi correlati al tabacco e che molti moriranno precocemente³. A parte il numero di morti, l'uso del tabacco danneggia l'ambiente e costringe a un importante onere economico. Quindi c'è urgente bisogno di controllare il consumo di tabacco e di ridurre il numero dei fumatori. A tal fine, un approccio è quello di aiutare i fumatori a smettere di fumare. Molti paesi implementano programmi di controllo del tabacco efficaci, compreso il trattamento dei pazienti, e così hanno ridotto il consumo di tabacco e il numero dei morti dovuti al suo consumo².

Scopi del programma di formazione

Lo scopo del programma di formazione è di insegnare la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della dipendenza da tabacco ai partecipanti. Alla fine della formazione, i partecipanti devono essere in grado di prestare servizio in un centro per il trattamento del tabagismo. Per raggiungere tale obiettivo, all'interno del programma è prevista la discussione dei seguenti argomenti:

- l'epidemia del tabacco in Europa e nel Mondo
- i fattori favorevoli al consumo di tabacco
- le basi farmacologiche della dipendenza da tabacco
- i rischi per la salute dovuti al consumo di tabacco

- le altre conseguenze del consumo di tabacco (es. ambiente, economia)
- gli approcci per un controllo del tabacco
- il ruolo del medico nel controllo tabacco
- la legislazione sul controllo del tabacco
- i Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) in Italia
- l'istituzione e la gestione di un centro per la cessazione dal fumo.

Metodi di formazione

Il programma è condotto in due parti: apprendimento a distanza e apprendimento faccia a faccia. Il materiale di apprendimento è disponibile su una pagina web, a cui i partecipanti accedono utilizzando la propria password per un numero definito di giorni. Una volta completato il corso, effettuano un esame. Coloro che superano l'esame ricevono una formazione faccia a faccia di due giornate. Questo programma può essere organizzato dal Ministero della Salute o da università accreditate. Il numero massimo di partecipanti è di 25 persone.

Dettagli sul programma della formazione faccia a faccia

- pre-test, aspettative dei partecipanti, obiettivi del programma formativo
- epidemiologia del consumo di tabacco, cifre e tendenze nazionali;
- il consumo di tabacco in gruppi particolari: bambini e giovani, donne, donne gravide, pazienti con malattie, operatori sanitari;
- dipendenza da tabacco, meccanismi, misurazione del livello di dipendenza: Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), criteri dell' European Medical Association Smoking and Health (EMASH);
- approcci per intervenire sui fumatori: le 5 A e le 5 R;
- casi resistenti / problematici, fumatori pesanti, fumatori leggeri, fumatori con co-morbidità, etc.
- supporto psicosociale;
- trattamento farmacologico, comprese le farmacoterapie di prima linea;
- legislazione: legislazione sul controllo del tabacco, legislazione per i Centri di Trattamento del Tabagismo (CTT)

(capienza, manodopera, etc.)

- studi di casi e role play etc.
- visita ad un Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT)
- post-test di valutazione della formazione, raccomandazioni dei partecipanti per programmi futuri.

Valutazione

Il successo è valutato per mezzo di pre- e post- test ed i partecipanti promossi ricevono una certificazione dal Ministero della Salute od altra istituzione governativa. E' fornito un feedback verbale. I medici che hanno ricevuto la certificazione, hanno il diritto di istituire e gestire un Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT).

Il programma di formazione per medici specialisti in medicina toracica

L'ERS (European Respiratory Society) ha pubblicato una

Figure 6.2: Un esempio di programma di formazione sulla cessazione dal fumo di tabacco per operatori sanitari in Turchia.

Il programma è stato condotto dalla Società Toracica Turca con il supporto finanziario della International Pfizer Foundation (controllo del tabacco e politica delle micro-sovvenzioni). Il programma di formazione standardizzato "modulare" è stato preparato dai membri del Gruppo di Lavoro sul Controllo del Tabacco della Società Toracica Turca. Quindi un gruppo di 40 medici di medicina toracica sono stati formati come formatori, dando vita a una squadra centrale di formazione. Il programma è stato messo a disposizione di tutti i membri della Società tramite i media elettronici. L'obiettivo di questo corso e-learning è stato quello di integrare le prime due A (ask ed advice) (chiedere e consigliare) dei principi delle 5 A nella pratica clinica quotidiana. Alla fine di ciascun modulo, i partecipanti hanno risposto alle domande sui punti cardini del modulo. Dopo il completamento del corso e-learning, i partecipanti che volevano migliorare la loro pratica hanno partecipato a una formazione faccia a faccia di una giornata (in realtà tutti i 765 partecipanti hanno preso parte alla formazione faccia a faccia). Questi programmi di formazione sono stati condotti dai membri della "squadra centrale di formazione" in 18 province della Turchia. Alla fine di questi programmi di formazione sul campo, i partecipanti hanno sviluppato la loro capacità di gestire i fumatori e di aiutarli a smettere, mettendo in pratica i metodi scientifici per la smoking cessation. Tutti i partecipanti hanno valutato molto positivamente il programma, sia per il contenuto che per la rilevanza.

monografia sulla cessazione dal fumo in pazienti con BPCO nel 2007 e una nuova versione sarà a breve disponibile²⁴. La Figura 2 illustra l'esperienza Turca in questo campo.

Bibliografia (paragrafi 6.1, 6.2, 6.3)

1. Rigotti NA, Bitton A, Richards AE, Reyen M, Wassum K, Raw M. An international survey of training programs for treating tobacco dependence. *Addiction*. 2009;104(2):288-96.
2. WHO Report on the Global Tobacco Control Report, 2008. The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at :<https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
4. Nardini S. Smoking Cessation. *European Respiratory Society Monographs*, 2008. 10.1183/1025448x.ERM4208. <http://erspublications.com/content/smoking-cessation>.
5. P. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO., Gratzou C., Jimenez-Ruiz C., Nardinie S., Viegi G., Lazzaro, C., Campell IA., Dagli E., and R. West. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*. 2007;29:390-417.

6.4 > Raccomandazioni per sviluppare in Europa programmi di formazione (curricula) sulla cessazione dal fumo, per altre categorie di professionisti coinvolti nella gestione della cessazione: psicologi, infermieri, responsabili politici della salute

Oltre ai medici, tutte le categorie di personale che lavorano nei centri per il trattamento del tabagismo e che sono coinvolte nell'assistenza dei fumatori, necessitano di acquisire conoscenze di base e competenze sul trattamento del consumo e sulla dipendenza da tabacco¹. Ciò è essenziale per assicurare le migliori pratiche per la smoking cessation. Un modulo formativo di base per la cessazione dal fumo è raccomandato a: infermieri, ostetriche, facilitatori, operatori sociali e farmacisti o qualsiasi altra categoria o gruppo che assiste i fumatori nella cessazione, a seconda dei regolamenti vigenti in ciascun paese. I programmi dovrebbero comprendere un insegnamento minimo sui disturbi tabacco correlati, sulla neurobiologia della

dipendenza da nicotina, sulla dipendenza (in riferimento a fattori psicologici e psicosociali), sui processi legati al tabagismo e allo smettere di fumare, sui diversi interventi di cessazione, sulla valutazione dei fumatori e sulle terapie contro il consumo di tabacco basate su evidenze scientifiche. La formazione deve essere supportata da sistemi governativi, che ne garantiscano l'accessibilità ai professionisti sanitari. Questo è un problema per i commissari e dirigenti delle autorità sanitarie nazionali, che dovrebbero finanziare la formazione sulla cessazione dal fumo come un'attività di assistenza sanitaria centrale. Allo scopo di comprendere meglio tali bisogni e meglio disegnare questi programmi, raccomandiamo vivamente che sia offerto un modulo minimo sulla cessazione dal fumo anche ai professionisti che occupano posizioni di autorità. Attraverso l'acquisizione di nozioni elementari sulla morbilità e sulla mortalità correlate al tabacco, ed anche sulla costo-efficacia della prevenzione del tabagismo e della terapia per smettere di fumare, i politici sanitari avranno maggiore consapevolezza dell'entità del problema e potranno fissare le priorità allo scopo di migliorare la situazione.

Il livello 2 di formazione è idoneo per tutti gli operatori sanitari. Il livello 1, invece, è disegnato per coloro che vogliono diventare specialisti della cessazione dal tabacco.

Raccomandazioni

- Il fumo di tabacco e la cessazione dal fumo dovrebbero fare parte essenziale del programma di formazione di base di tutti i professionisti sanitari che lavorano con i tabagisti.
- La formazione dovrebbe essere parte fondamentale di un programma di smoking cessation per tutte le autorità sanitarie. Sia il tempo da dedicare alla formazione che il finanziamento devono essere incorporati nell'ambito di tale programma (livello di evidenza B).
- La cessazione dal fumo deve essere finanziata e resa prioritaria nell'ambito dei budget di formazione già esistenti (livello di evidenza B).

Bibliografia (paragrafo 6.4)

1. West R., McNeill A., and M. Raw. Smoking cessation clinical guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999.

6.5 Standard formativi per i medici addetti alla cessazione dal fumo di tabacco.

Informazioni di base

La smoking cessation è spesso un trattamento complesso e ci sono diversi metodi di formazione per acquisire le relative competenze. Nonostante la dipendenza da tabacco abbia molte caratteristiche comuni in tutto il mondo, l'ambiente e la cultura che circondano il consumatore possono variare sostanzialmente. Possono inoltre variare anche le risorse e le priorità dei sistemi sanitari. In questa sezione parliamo di fumatori di sigarette, essendo il prodotto del tabacco più frequentemente consumato. La cessazione dagli altri prodotti del tabacco è molto meno indagata, quando i consumatori dipendenti da altri prodotti del tabacco richiedono un'assistenza per la cessazione, generalmente vengono utilizzati gli stessi metodi usati per la cessazione dal fumo di sigaretta. La smoking cessation non deve necessariamente far parte del servizio sanitario, ma lo schema qui proposto è rivolto agli operatori sanitari. Le competenze sulla cessazione dal fumo dovrebbero essere oggetto di formazione per tutti quei clinici che siano in grado di dedicare tempo (incluso un follow-up di almeno 6 mesi) e risorse allo scopo.

Il contenuto della formazione

La formazione è articolata in tre giorni:

1. Certificato base (2 giorni). Per ottenere l'attestato, è obbligatoria la presenza per entrambi i giorni del corso. Il contenuto del corso è costituito da: 50% di attività teoriche e 50% di attività pratiche (terapia cognitivo-comportamentale, colloquio motivazionale e pratica nella cessazione dal tabacco).
2. Certificato avanzato (1 giorno di follow-up). Per ottenere il certificato avanzato, occorre, oltre al certificato base:
 - effettuare un giorno di formazione (3° giorno) di follow-up da 3 a 6 mesi dopo la formazione di base (vedi sopra);
 - sottoporsi ad un esame scritto sulle conoscenze, di circa 30 minuti, (3° giorno);
 - discutere 3 casi di pazienti, attraverso report clinici scritti, seguendo uno schema prefissato;
 - aver effettuato 3 sessioni di trattamento di gruppo o individuale con supervisione (dal vivo o telefonica).

Il certificato avanzato è consegnato quando tutte le parti sono completate con successo, vale a dire sono stati fatti 2+1 giorni di formazione, è stato superato il test scritto, sono stati presentati 3 report clinici scritti (di cui almeno uno seguito con follow-up fino a due mesi), sono stati seguiti, con supervisione, 3 casi (in gruppo o individuali, dal vivo o per telefono). Il certificato avanzato deve evidenziare che la formazione è stata effettuata osservando standard nazionali per la formazione della cessazione dal fumo di tabacco (vedi in seguito). È possibile rilasciare un logotipo speciale (un marchio di certificazione, n.d.t) per dimostrare che la formazione ha seguito lo standard nazionale (compresa una descrizione dettagliata). Un certificato di formazione di base, se appropriato, deve essere preferibilmente meno elaborato e chiaramente distinguibile dal certificato avanzato.

Contenuto obbligatorio del curriculum formativo

Contenuto della formazione di base (giorni 1 e 2)

T = teoria; P = pratica

- T. Introduzione: Una veduta d'insieme delle maggiori conseguenze sulla salute causate dal consumo di tabacco, i costi, la dipendenza, e una veduta d'insieme dei diversi aspetti della prevenzione del tabagismo e del consumo di tabacco.
- T. Rischi del consumo di tabacco, con maggiore dettaglio, e i benefici della cessazione.
- T. Metodi per la cessazione dal tabacco (Cochrane Library, www.treatobacco.net), metodi per la valutazione degli esiti.
- P. Metodi per il counselling e per le sessioni formative.
- P. La cessazione dal tabacco nella pratica, procedure di counselling individuali, la prevenzione della ricaduta, sessioni di follow-up e formative.
- T. La dipendenza da tabacco, l'astinenza, la farmacoterapia.
- T. I diversi metodi di setting/gruppi, materiali ed altre risorse.
- T. Contenuto opzionale: legislazione, la pubblicità del tabacco e/o problemi globali.

Contenuto del follow up (terzo giorno)

Elementi obbligatori:

1. Test sulle conoscenze 0,5 h, 10 domande, 5 domande a scelta multipla + 5 domande a risposta elaborata.
2. Trattamento di gruppo: Discussione con domande e risposte

per 2,5 h sulla pianificazione, il ruolo del conduttore del gruppo, la struttura degli incontri, i problemi di reclutamento, la composizione del gruppo, la documentazione.

3. Trattamento individuale: Scambio di esperienze/discussioni in piccoli gruppi su casi di pazienti forniti dagli studenti (2 h).

Discussioni opzionali:

4. Problemi della giornata (1 h), per es. risultati di nuove indagini regionali, il fumo di pipa ad acqua, altri prodotti del tabacco, nuove legislazioni, ETS (esposizione a fumo ambientale), terapia farmacologica, i giovani/la scuola, il genere, problemi globali, nuovi materiali.

La valutazione della formazione

I partecipanti devono avere l'opportunità di valutare (a) i primi due giorni della formazione e poi (b) i tre giorni per coprire tutto il corso.

- I. Moduli formativi che devono essere inclusi nella valutazione dei giorni 1 e 2.

Domande su:

1. Background, setting/professione
2. Contenuto della parte teorica
3. Contenuto della parte pratica

- II. Moduli formativi che devono essere inclusi nella valutazione del giorno 3

Domande su:

- Contenuto della parte teorica, giorno 3
- Contenuto della parte pratica, giorno 3
- training tra giorni 1-2, e giorno 3 – organizzazione e contenuto.
- training complessivo
- Quanti pazienti sono stati trattati dal partecipante a partire dalla formazione di base (giorni 1-2)?

Materiali utilizzati nella formazione

- Un insieme di domande per il test sulle conoscenze
- Schede per rispondere alle lezioni da casa e per la registrazione dei pazienti
- Casi scritti di pazienti, da usare per le discussioni
- Informazioni (presentazione) sui farmaci
- Informazioni (presentazione) su come fare un follow-up e valutare la ricaduta

I clinici che vogliono riaggiornarsi perchè hanno competenze datate, dovrebbero frequentare il giorno 3 della formazione e dovrebbero presentare , in forma scritta, tre casi di pazienti, che possono qualificarli per l'assegnazione del certificato di tipo avanzato.

Autorizzazione a condurre i corsi di formazione per la cessazione

Dovrebbe essere costituito un consiglio nazionale di esperti, insieme alle autorità, per valutare le proposte per i corsi. Il consiglio nazionale deve esaminare il programma dettagliato ed la descrizione delle competenze degli insegnanti e degli istruttori. I nuovi corsi vengono autorizzati dopo tutti gli aggiustamenti necessari.

6.6 > Standard di qualità nel trattamento della dipendenza da tabacco

Definizione

Uno specialista del trattamento della dipendenza da tabacco Tobacco Dependence Treatment Specialist - (TDTS)¹, è un professionista che possiede le competenze, le conoscenze, la formazione per fornire interventi efficaci, basati su evidenze per il trattamento della dipendenza da tabacco, attraverso una gamma di intensità. Il TDTS può avere varie affiliazioni professionali e lavorare in vari ambiti, che includono ma non si limitano a ospedali, centri di salute di comunità, organizzazioni per il mantenimento della salute (HMO), ambulatori medici ed odontoiatrici, ambiti educativi, agenzie di servizi sociali, organizzazioni di salute pubblica, centri per il trattamento del tabagismo, linee telefoniche per la cessazione, programmi di trattamento delle dipendenze da droghe e centri di salute mentale. Il TDTS si può impegnare non soltanto nel trattamento, ma anche nella formazione di altri (operatori professionali, amministratori, scienziati, fumatori e non fumatori) sui trattamenti della dipendenza da tabacco.

Ruolo e responsabilità dello specialista del trattamento della dipendenza da tabacco

La dipendenza da tabacco – conoscenze e formazione

Il TDTS fornisce chiara ed accurata informazione sul consumo di tabacco, sulle strategie per la cessazione e sull'obiettivo dell'impatto generale sulla popolazione, sulle cause e sulle conseguenze del consumo di tabacco.

1. Descrive la prevalenza e le modalità del consumo di tabacco, la dipendenza e la cessazione nel paese e nella regione dove il trattamento è fornito, e come quelle prevalenze variano in sottogruppi demografici, economici e culturali.
2. Spiega il ruolo del trattamento per il consumo di tabacco e per la dipendenza nell'ambito di un programma globale di controllo del tabacco.
3. Utilizza i dati dei report nazionali, degli studi scientifici e le linee guida sul trattamento della dipendenza da tabacco.
4. Spiega i fattori sociali ed ambientali che favoriscono e che frenano la diffusione del consumo di tabacco e della dipendenza.
5. Spiega le conseguenze sanitarie del consumo di tabacco, ma anche i benefici della cessazione e i meccanismi di base più comuni dei disturbi indotti dal tabacco.
6. Descrive come la dipendenza da tabacco si sviluppa ed è in grado di spiegare le cause sociali, psicologiche e biologiche della dipendenza da tabacco.
7. Riassume ed è in grado di applicare criteri validi ed affidabili per la dipendenza da tabacco.
8. Descrive la natura cronica e recidivante della dipendenza da tabacco, comprese le tipiche modalità della ricaduta e dei fattori predisponenti.
9. Fornisce informazioni che siano sensibili per genere, età e cultura, ed appropriate alle modalità di apprendimento ed alle abilità.
10. Identifica strategie di trattamento basate sull'evidenza ed i pro e i contro di ogni strategia.
11. E' in grado di discutere su terapie alternative come riduzione del danno, ipnosi, agopuntura, sigarette sottili.
12. Dimostra capacità di accedere alle informazioni sugli argomenti sopra menzionati.

Competenze di counselling

Il TDTS dimostra una efficace applicazione delle teorie del counselling e delle strategie per stabilire una relazione

collaborativa, per facilitare il coinvolgimento del paziente nel trattamento e nell'impegno al cambiamento.

1. Dimostra competenze di counselling efficace, come l'ascolto attivo e l'empatia che facilitano il processo terapeutico.
2. Dimostra di stabilire un contesto di counselling accogliente, confidenziale e non giudicante.
3. Descrive e dimostrare l'uso di un metodo basato sull'evidenza per interventi brevi per il trattamento del consumo di tabacco e della dipendenza, come descritto in queste linee guida.
4. Descrive l'uso dei modelli sul cambiamento comportamentale, incluso il colloquio motivazionale, la terapia cognitivo-comportamentale e il counselling per il sostegno.
5. Dimostra l'uso efficace di strategie clinicamente valide per migliorare la motivazione ed incoraggiare l'impegno al cambiamento.
6. Dimostra competenze in almeno una delle modalità di counselling empiricamente supportate come il counselling individuale, di gruppo o al telefono.

Colloquio di valutazione

Il TDTS conduce un colloquio di valutazione per ottenere dati accurati e globali necessari per la pianificazione di un trattamento.

1. Dimostra la capacità di condurre un colloquio di valutazione della presa in carico, che comprende:
 - (a) storia relativa al consumo di tabacco;
 - (b) modalità validate per motivare alla cessazione;
 - (c) misure validate per la valutazione del consumo e della dipendenza da tabacco;
 - (d) attuali difficoltà ed ostacoli per raggiungere l'astinenza permanente;
 - (e) attuali punti di forza per sostenere l'astinenza;
 - (f) precedenti tentativi di cessazione, comprese le esperienze di trattamenti, i successi e gli ostacoli;
 - (g) disponibilità di sistemi di sostegno sociale;
 - (h) preferenze per il trattamento;
 - (i) fattori culturali che possano influenzare un tentativo di cessazione.
2. Dimostra la capacità di raccogliere informazioni sulla storia clinica di base e condurre una breve valutazione relativa a problemi psichiatrici e di abuso di sostanze.

3. Descrive quando consultare gli operatori delle cure mediche primarie e fa gli invii appropriati prima di pianificare il trattamento.
4. Descrive le misurazioni oggettive rilevate rispetto al consumo di tabacco, come il monitoraggio del CO e le valutazioni dei livelli di cotinina.

La pianificazione del trattamento

1. Dimostra la capacità di sviluppare un piano terapeutico individualizzato usando strategie basate sull'evidenza.
2. In collaborazione con il paziente, identifica obiettivi terapeutici specifici e misurabili.
3. Pianifica trattamenti individualizzati, che tengano conto dei fattori specifici del paziente, valutati ed identificati durante la valutazione di presa in carico e durante la raccolta anamnestica.
4. In modo collaborativo sviluppa un piano terapeutico che adoperi strategie basate sull'evidenza per assistere il paziente nel cammino verso un tentativo di cessazione e/o astinenza continuata dal tabacco.
5. Descrive un piano di follow-up per fronteggiare potenziali problematiche, inclusi eventuali esiti negativi.
6. Mostra le procedure per gli invii ad altri attori dell'assistenza sanitaria o per raccomandare ulteriori cure.

Farmacoterapia

Il TDTS fornisce chiare ed accurate informazioni sulle opzioni di farmacoterapia disponibili e il loro uso terapeutico.

1. Descrive i benefici del combinare farmacoterapia e counselling.
2. Fornisce informazioni sul corretto uso, efficacia, eventi avversi, controindicazioni, effetti collaterali conosciuti ed esclusioni su tutti i farmaci per la dipendenza da tabacco approvati dalle agenzie nazionali di regolamentazione.
3. Identifica le informazioni rilevanti nell'anamnesi patologica prossima e remota del paziente e raccoglie le informazioni di interesse tabaccologico (compresi i trattamenti pregressi) che possano influenzare le decisioni sulla terapia farmacologica.
4. Fornisce una appropriata spiegazione rispetto alle scelte

terapeutiche e ai dosaggi per un'ampia gamma di situazioni che il paziente possa presentare.

5. Riferisce sui sintomi, durata, incidenza e dimensione dell'astinenza da nicotina.
6. Descrive l'uso di combinazioni di farmaci e farmaci a più alto dosaggio per aumentare la probabilità di astinenza.
7. Identifica medicinali di seconda scelta ed è in grado, se occorre, di trovare informazioni su di essi.
8. Rileva possibili reazioni avverse e complicanze correlate all'uso della farmacoterapia per la dipendenza da tabacco, facendo invii tempestivi ai professionisti / servizi medici competenti.
9. Dimostra la capacità di discutere su effetti collaterali minori e/o temporanei di queste terapie farmacologiche.
10. Dimostra l'abilità di collaborare con altri operatori per coordinare l'uso appropriato dei medicinali, specie in presenza di comorbidità mediche o psichiatriche.
11. Fornisce informazioni sull'efficacia delle terapie alternative basate su rassegne riconosciute.

Prevenzione delle ricadute

Il TDTS propone metodi per ridurre la ricaduta e provvedere a un sostegno lungo il percorso, per le persone con dipendenza da tabacco.

1. Identifica fattori di rischio personali e ne tiene conto nella stesura del piano terapeutico.
2. Descrive strategie e abilità di coping che possano ridurre il rischio di ricaduta.
3. Fornisce una guida per modificare il piano terapeutico, al fine di ridurre il rischio di ricaduta nel corso del trattamento.
4. Descrive un piano per un supporto successivo, da effettuarsi dopo il trattamento iniziale.
5. Descrive come fare invii verso risorse aggiuntive per ridurre il rischio di ricaduta.
6. Implementa le strategie di trattamento per qualcuno che abbia avuto una ricaduta temporanea o abbia ripreso a fumare.

L'Approccio alle categorie di fumatori difficili / particolari

Il TDTS dimostra competenza nel lavorare con diversi sottogruppi

della popolazione e con quelle categorie di fumatori che hanno problemi di salute particolari.

1. Fornisce un counselling culturalmente competente.
2. Descrive indicazioni sul trattamento specifico per gruppi particolari di popolazione (es. donne gravide, adolescenti, giovani adulti, anziani, pazienti ospedalizzati, con comorbidità psichiatrica, condizioni respiratorie croniche, etc.).
3. Dimostra la capacità di rispondere a situazioni ad alto rischio.
4. Da raccomandazioni di trattamenti efficaci per consumatori di prodotti del tabacco diversi dalle sigarette.
5. Descrive le raccomandazioni per coloro che sono esposti a inquinamento da fumo di tabacco ambientale.

Documentazione e valutazione

Il TDTS descrive e utilizza metodi per monitorare i progressi individuali, gli aggiornamenti della cartella, la documentazione del programma, la misurazione dei risultati e l'elaborazione dei dati.

1. Aggiorna le cartelle accuratamente, utilizzando codificazioni accettate, che sono in linea con il setting in cui il servizio è erogato.
2. Sviluppa e implementa un protocollo per il monitoraggio dei progressi e il follow-up del paziente.
3. Descrive metodi standardizzati per misurare gli esiti riconosciuti del trattamento della dipendenza da tabacco per i pazienti ed i programmi.

Risorse Professionali

Il TDTS utilizza le risorse disponibili per il sostegno del paziente e per la formazione o la consultazione professionale.

1. Descrive le risorse (basate sulla rete, sulla comunità, sulle quit line) disponibili per il sostegno continuo per l'astinenza da tabacco dei pazienti.
2. Identifica le risorse di comunità per fare riferimento a qualsiasi concomitante condizione medica, psichiatrica o psico-sociale.
3. Nomina ed utilizza riviste peer-reviewed, società di professionisti, siti web e newsletters correlati alla ricerca sul trattamento della dipendenza da tabacco.
4. Descrivere come i pazienti possono accedere al rimborso dei trattamenti.

Legislazione ed Etica

Il TDTS utilizza coerentemente il codice etico e aderisce ai regolamenti specifici dell'assistenza sanitaria o dei luoghi di lavoro.

1. Usa costantemente il codice etico stabilito dalla propria professione per gli specialisti del trattamento della dipendenza da tabacco, se disponibile.
2. Descrivere le implicazioni e utilizza i regolamenti che si applicano ai setting di trattamento del tabagismo (confidenzialità, privacy, regolamenti specifici dei luoghi di lavoro).

Sviluppo Professionale

Il TDTS si assume la responsabilità per un continuo progresso professionale e contribuisce allo sviluppo di quello degli altri

1. Mantiene gli standard professionali, come richiesto dalla licenza o dalla certificazione professionale.
2. Utilizza la letteratura ed altre fonti di informazione/indagine per aggiornare le conoscenze e le competenze relativamente al trattamento della dipendenza da tabacco.
3. Descrive i contributi della ricerca nel trattamento della dipendenza da tabacco.
4. Diffonde la conoscenza ed i risultati del trattamento ad altri, attraverso canali formali ed informali.

Bibliografia (paragrafi 6.5, 6.6)

1. ATTUD Core competencies for evidence-based treatment of tobacco dependence. Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence, April 2005. <http://www.attud.org/docs/Standards.pdf>

6.7 > Requisiti per l'accreditamento di un servizio specialistico per la cessazione dal tabacco

Il Servizio per la Cessazione dal Tabacco Tobacco Cessation Service - (TCS)¹ è definito come qualsiasi luogo dove un operatore sanitario pratica il trattamento per la cessazione dal tabacco come obiettivo o come uno degli obiettivi del servizio.

Secondo la stima e.SCCAN ci sono 2500 servizi per la cessazione

dal tabacco in Europa². Tutti questi servizi dichiarano che la cessazione dal tabacco è uno degli obiettivi del servizio sanitario. I servizi per la cessazione dal tabacco svolgono un ruolo importante per svolgere le seguenti mansioni:

- trattare i casi di dipendenza da tabacco e focalizzarsi sui casi più difficili;
- educare/formare operatori sanitari sul tema della cessazione dal tabacco;
- effettuare interventi di valutazione/ricerca sulla cessazione dal tabacco;
- diffondere buone pratiche per la cessazione dal tabacco tra operatori sanitari e la popolazione generale ed eliminare le pratiche inefficaci;
- promuovere la salute.

6.7.1 I tre livelli dei Servizi per la Cessazione dal Tabacco (TCS)².

La definizione dei servizi per la cessazione dal tabacco copre tre sottogruppi:

- Le unità specializzate per la cessazione dal tabacco (Centri per il Trattamento del Tabagismo)
- ambulatori medici specialistici per la cessazione dal tabacco;
- centri di counselling per la cessazione dal tabacco.

Le unità specializzate per la cessazione dal tabacco (STCU, in italiano CTT, Centri per il Trattamento del Tabagismo, n.d.t.)

Il CTT è un centro dedicato alla cessazione dal fumo di tabacco che prevede la presenza come minimo di un medico e due operatori sanitari, uno di questi deve essere uno specialista per la cessazione dal tabacco, con pieno accesso alla prescrizione medica e al sostegno comportamentale, alle attrezzature per il monitoraggio del CO per tutti i pazienti, alla conservazione standard della documentazione clinica, deve seguire procedure standard per il follow-up e per la valutazione dell'attività.

Gli ambulatori medici specialistici per la cessazione dal tabacco (TCSP)

Il TCSP è un ambulatorio medico dedicato a tempo parziale o pieno al trattamento della dipendenza da tabacco con la capacità di prescrivere un trattamento, ma senza la completa gamma di opzioni offerta da una clinica per la cessazione dal tabacco.

I centri di counselling per la cessazione dal tabacco (TCCC)

Si tratta di centri dedicati al trattamento della dipendenza, dove è richiesta la presenza di uno specialista per la cessazione dal tabacco, ma non di un medico. Di norma c'è la presenza di uno psicologo, un infermiere o altre figure sanitarie che svolgono il lavoro di counsellor. Non viene fornita una prescrizione medica, ma è possibile avere un consiglio per il supporto farmacologico. Vedere Figura 6.3.

Come in tutti i luoghi dove si pratica la cessazione dal tabacco, ad esempio negli ambulatori di Medicina Generale, nelle farmacie etc., anche nei servizi per il tabagismo si devono seguire le linee guida per le migliori pratiche per il trattamento della dipendenza da tabacco. Al fine di ottenere l'accreditamento come servizio specializzato per la cessazione dal tabacco, è fondamentale avere i requisiti elencati qui sotto.

6.7.2 Accredimento dei servizi specializzati per la cessazione dal tabacco

E' fortemente consigliato avere centri accreditati come unità specializzate per la cessazione, al fine di ottimizzare materiali e risorse umane.³ Questi centri devono dimostrare di avere criteri di eccellenza in relazione all'assistenza sanitaria, all'insegnamento e alla ricerca.

Risorse Umane

- Secondo l'evidenza scientifica un'équipe formata da più di un operatore sanitario aumenta i tassi di cessazione³.
- Un'équipe multidisciplinare, comprendente medici, infermieri, psicologi, nutrizionisti è ottimale per coprire i bisogni della maggioranza dei consumatori di tabacco durante la cessazione.
- E' necessaria, in ciascun servizio per il tabagismo, la presenza di uno specialista per la cessazione dal tabacco. Secondo l'OMS, uno specialista per la cessazione dal tabacco è una persona formata e pagata per erogare sostegno competente ai fumatori che hanno bisogno di aiuto per smettere di fumare, al di là e oltre al puntuale minimal advice; il personale coinvolto non necessita di una formazione di tipo medico.
- I medici possono ricoprire tutte le mansioni di un servizio per la cessazione dal tabacco.

Figura 6.3: I tre livelli di servizi per la cessazione dal tabacco (adattato da e.SCCAN)².



- I professionisti sanitari non medici possono fornire sostegno comportamentale e formazione per la cessazione dal tabacco in un'équipe medica o in una unità non medica.
- I professionisti non sanitari formati per il trattamento della dipendenza da tabacco possono avere un ruolo specifico sotto supervisione.
- Professionisti sanitari specializzati, come le ostetriche nei reparti di maternità, gli anestesisti in chirurgia, gli psichiatri per i consumatori di tabacco con patologie mentali, possono avere un ruolo specifico per le specifiche popolazioni.
- Lo staff deve essere in numero sufficiente per assicurare una prima visita non più tardi di tre settimane dopo la richiesta di presa in carico per il trattamento di una dipendenza da tabacco.
- Il centro deve essere dotato di un'équipe multi-disciplinare di professionisti sanitari specializzati nel trattamento del tabagismo. Questi professionisti sono definiti come operatori sanitari altamente qualificati in questo campo ed esperti rispetto a competenze nel campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento della dipendenza da fumo di sigarette e di tabacco, che lavorano a tempo pieno e che sono pagati per queste attività.
- E' necessario che i professionisti sanitari che operano nei centri specializzati per la cessazione dal tabacco abbiano una formazione specifica e certificata nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento della dipendenza da fumo di sigarette e di tabacco.
- Idealmente, il centro dovrebbe anche avere personale amministrativo per rispondere e smistare le chiamate dei

pazienti, per mantenere i documenti sanitari ed eseguire le funzioni amministrative di rilievo.

- La disponibilità di queste risorse deve essere adeguatamente documentata. La certificazione sarà richiesta dalle autorità competenti e deve dimostrare l'esistenza di un'équipe multidisciplinare con caratteristiche specifiche e con caratteristiche di lavoro a tempo pieno nel centro. Similmente, la certificazione sarà richiesta per dimostrare una adeguata formazione nella prevenzione, diagnosi e trattamento del fumo di tabacco.

Risorse materiali

- La disponibilità di stanze dedicate a tempo pieno: stanza per i colloqui, stanza per l'effettuazione degli esami strumentali, ufficio amministrativo, sala d'attesa, sala riunioni.
- Database supportati da computer e file per la documentazione specifica sul fumo e sul consumo di tabacco.
- Cartelle cliniche specifiche per il fumo e il consumo di tabacco.
- Protocolli di intervento clinico.
- Materiale di auto-aiuto.
- Propri materiali da ufficio.
- Materiale per proiezioni audio-video.
- Materiale clinico: stetoscopio, dispositivo per la registrazione della pressione sanguigna, dispositivo per la misurazione del CO nell'aria espirata, spirometro, elettrocardiografo, sistemi di valutazione dell'altezza e del peso del paziente, per la misurazione dell'indice di massa corporea (BMI). Campioni

Tabella 6.3: Questionari per i servizi per il tabagismo.

Questionari auto-somministrati obbligatori
- Profilo del consumo del tabacco
- Test per la dipendenza del tabacco: Fagerström test.
Questionari auto-somministrati raccomandati:
- Questionario per la valutazione dell'Umore (HAD od altri)
- Questionario sulla motivazione alla cessazione e/o ostacoli percepiti.
Questionario non auto-somministrato:
- Questionari come il Beck Depression Inventory (BDI).

o materiali esplicativi sui farmaci.

- Possibilità di misurazione della nicotina o della cotinina nei fluidi corporei.
- Numero telefonico dedicato.

La disponibilità di queste risorse deve essere adeguatamente documentata. La certificazione è richiesta dall'autorità competente per dimostrare la disponibilità per uso proprio di materiale clinico, di database supportati da computer, di file per la documentazione specifica sul consumo di sigarette / tabacco. È inoltre necessario documentare la possibilità di misurare la nicotina e la cotinina nei fluidi corporei. E' richiesta la disponibilità di una cartella clinica specifica per il fumo di tabacco, come pure di questionari specifici, di protocolli clinici di intervento e materiale di auto-aiuto.

Categorie di tabagisti che dovrebbero essere inviate ai servizi per la cessazione dal tabacco

Consumatori ad alto rischio

Il ruolo principale dei servizi per la cessazione dal tabacco è di garantire un elevato standard di trattamento per i consumatori di tabacco ad alto rischio come donne gravide, fumatori in attesa di intervento chirurgico, fumatori con malattie concomitanti psicologiche, cardiovascolari, respiratorie e tumorali, consumatori di tabacco con altre dipendenze (alcol o altre droghe), fumatori socialmente svantaggiati e fumatori che hanno una storia di tentativi assistiti di cessazione falliti.

Tutti i fumatori

Tutti i fumatori che necessitano di assistenza nel loro processo di cessazione possono essere inviati ai servizi di cessazione da operatori sanitari, linee telefoniche dedicate alla cessazione o attraverso un accesso spontaneo.

Pubblico specifico

I servizi per la cessazione dal tabacco possono essere specializzati per un solo gruppo specifico di persone, come le donne in gravidanza, gli adolescenti o i fumatori con dipendenza per altre sostanze. In questo caso la specificità del servizio di cessazione dal tabacco deve essere chiaramente dichiarata.

Attività sanitarie

L'accreditamento come centro specializzato per la cessazione del fumo è basato principalmente sui criteri di qualità dell'assistenza sanitaria. I criteri che definiscono la qualità nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento della dipendenza da fumo di sigarette / tabacco sono i seguenti.

L'assistenza sanitaria deve essere garantita in tre forme:

- Individuale
- Di gruppo
- Telefonica

I centri devono avere protocolli di gestione per l'assistenza individuale, di gruppo e telefonica. Questi protocolli devono contemplare un numero minimo di visite nel corso del follow-up che dovrebbe coprire almeno i 12 successivi alla data della cessazione.

- Nel caso di visite individuali, i pazienti sono visitati almeno in sei occasioni, e ciascuna visita non dovrebbe durare meno di 15 minuti. La prima visita non dovrebbe durare meno di 30 minuti.
- Nel caso di trattamenti di gruppo, i pazienti verranno visitati nell'ambito del percorso in un numero di sessioni compreso tra 5 e 9, ciascuna della durata tra 45 e 90 minuti.
- I colloqui telefonici devono essere condotti in quei casi in cui il paziente ha difficoltà a recarsi al centro, o è richiesto solo un intervento meno intensivo o è necessario un intervento singolo diretto.

L'attività di assistenza deve essere portata avanti da un'équipe multidisciplinare di medici, infermieri e psicologi. Ognuno deve essere un esperto qualificato nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento del fumo di sigaretta.

Le attività di assistenza sanitaria di questi servizi non devono essere limitate al centro medesimo; in realtà i professionisti del servizio dovrebbero essere disponibili a fornire consulenza per quesiti posti anche da altri professionisti sanitari che trattano consumatori di tabacco con specifiche difficoltà.

E' richiesta la presentazione della necessaria documentazione che dimostri l'esistenza di protocolli di assistenza che rispondano alle caratteristiche finora discusse. La documentazione, rilasciata

Tabella 6.4: Esempio di organizzazione delle visite per la cessazione del fumo di sigarette

Prima visita:

- dovrebbe essere individuale (face-to-face) e/o avere luogo nel contesto di una visita di gruppo;

- è l'occasione per valutare il consumatore di tabacco, registrarne il consumo ed educarlo, sulle conseguenze del consumo di tabacco e sulla cessazione

- dovrebbe essere approfondita: dai 30 ai 60 minuti

Visite successive:

- Il numero di visite successive/follow-up di norma va da 5 a 9, per esempio le visite possono essere effettuate alla 2°, 4°, 8°, 12° e 26° settimana. Altri schemi sono possibili, per es. visita aggiuntiva alla prima settimana o visita dopo un anno.

- La durata è generalmente di 15-30 minuti;

- Le visite possono essere adiate da un supporto telefonico, un sostegno telematico e test somministrati tramite internet, come pure da visite non programmate.

- Devono essere adattate, in durata e per il sostegno fornito, alla situazione ed ai bisogni individuali.

dalle autorità competenti, contiene i seguenti dati: numero di nuovi pazienti visitati in un anno (minimo richiesto = 300), numero di visite effettuate per anno (minimo richiesto = 1000), numero di misurazioni di CO effettuate per anno (minimo richiesto = 1000), numero di determinazione della nicotina/cotina nei fluidi corporei per anno (minimo richiesto = 100), numero di indagini spirometriche eseguite e numero di ECG effettuati per anno.

I servizi per la cessazione dovrebbero rispettare le linee guida internazionali e nazionali in proposito. I servizi per la cessazione del tabacco dovrebbero anche rispettare le buone pratiche generali per tutte le procedure, i diritti dei pazienti e accettare le regole sulla protezione dei dati. Inoltre dovrebbero presentare la documentazione rilasciata dalle autorità competenti, attestante l'attività di coordinamento delle attività del centro con altri centri o dipartimenti per aspetti correlati alla prevenzione e al trattamento del fumo di sigarette.

Il servizio per la cessazione dal tabacco dovrebbe diffondere le

buone pratiche relative al trattamento e alla prevenzione della dipendenza da tabacco ad altri servizi sanitari e al pubblico in generale.

Attività di insegnamento

- E' fortemente raccomandato agli operatori sanitari dei centri per la cessazione del fumo di tabacco di avere un grado sufficiente di qualificazione ed accreditamento per condurre delle attività di insegnamento correlate alla prevenzione, diagnosi e trattamento del fumo di tabacco nelle facoltà di medicina, psichiatria e scienze della salute, come pure nelle scuole per infermieri.
- Questi centri dovrebbero anche soddisfare i bisogni di formazione degli altri dipartimenti sanitari. I professionisti del centro dovrebbero essere in grado di tenere corsi di formazione per la prevenzione e il controllo del fumo di tabacco, rivolti ad altri operatori sanitari con minore formazione in queste aree.
- I centri specializzati per la cessazione del fumo di tabacco devono essere pronti ad accettare la responsabilità di fornire formazione volta alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento del consumo di tabacco, per gli specializzandi in malattie respiratorie, in igiene e sanità pubblica, altre specializzazioni cliniche e chirurgiche, come pure per gli specializzandi di psicologia.

E' richiesta la presentazione della documentazione per i sanitari che lavorano a tempo pieno nel centro, per dimostrare che abbiano le qualifiche accademiche necessarie per insegnare ai laureandi. Saranno particolarmente apprezzate le collaborazioni con docenti onorari, ricercatori e docenti universitari rettori.

Dovrebbe essere valutata, in particolare, la presentazione della documentazione rilasciata dalle autorità competenti, che dovrebbe indicare che il centro abitualmente effettua attività di insegnamento per la formazione continua di professionisti sanitari sugli aspetti legati alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento del fumo. Dovrebbero essere specificati il numero di corsi, le conferenze e altri incontri di insegnamento tenuti dai membri del centro negli ultimi due anni. Sarebbe opportuno che fossero svolte ogni anno almeno quattro attività di formazione

continua per ottenere l'accreditamento come centro specializzato per la cessazione del fumo.

Dovrebbe essere valutata con particolare attenzione la certificazione della commissione didattica di un centro sanitario o ospedaliero che confermi che gli studenti interni in formazione in medicina o in psicologia frequentano il centro.

Attività di ricerca

Il centro specializzato per il tabagismo dovrebbe certificare lo svolgimento di una adeguata attività di ricerca, sotto forma di studi epidemiologici e clinici o studi di ricerca di base.

I servizi per la cessazione del consumo del tabacco dovrebbero valutare la propria attività e fornire i rispettivi dati. Questi ultimi stimoleranno eventuali progetti di ricerca e miglioreranno le pratiche relative a diagnosi, prevenzione e trattamento della dipendenza dal tabacco. I servizi per la cessazione del tabacco dovrebbero partecipare alla ricerca accademica.

I servizi per il tabagismo dovrebbero rendicontare le loro attività annualmente, in particolare garantendo che:

- sia registrato il numero dei nuovi pazienti e le visite di follow-up;
- sia registrato lo stato di cessazione del tabacco a sei mesi, per tutti i pazienti che accedono al servizio e raggiungono la cessazione;
- siano adoperate cartelle computerizzate standardizzate per la registrazione della cessazione del tabacco.

Per un accreditamento "Gold level", dovrebbe essere presentata la documentazione necessaria al fine di dimostrare l'attività di ricerca del centro negli ultimi cinque anni. In particolare, dovrebbe essere presentata la seguente documentazione: pubblicazioni scientifiche (almeno tre in riviste nazionali o internazionali), comunicazioni a congressi internazionali (almeno tre) e comunicazioni a congressi nazionali (almeno sei).

Ruolo dei servizi per la cessazione del consumo del tabacco nella promozione della salute

I CTT dovrebbero promuovere stili di vita sani, senza il consumo di tabacco, nella popolazione generale, e in particolare tra i consumatori di tabacco con o senza malattie associate.

Continued

Dovrebbero farlo per i pazienti che accedono al servizio ma anche nell'ambito della comunità.

Raccomandazione:

- Nell'attuazione del sistema europeo di accreditamento standardizzato basato sugli Standard di Qualità dell' ENSP, dovrebbero essere consapevolmente rispettate le diversità dei 53 Stati membri della Regione Europea dell'OMS⁴, relativamente alle diverse strutture e organizzazioni dei sistemi sanitari e formativi.

Bibliografia

1. Jiménez-Ruiz CA., Solano-Reina S., Rebollo-Serrano JC., Esquinas C. for the Executive Committee, Smoking Cessation Group., Spanish Respiratory Society (SEPAR). Guide for the Accreditation of Smoking Cessation Services. www.separ.es
2. e.SCANN 2010 Report :The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project. www.ofta-asso.fr/escann
3. http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf
4. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>

Tabella 6.5: Audit di auto-valutazione per la Smoking Cessation

Audit di auto-valutazione della cessazione del fumo		Nessuna implementazione (0)	Minima implementazione (0)	Media implementazione (0)	Quasi totale implementazione (0)	Totale implementazione (0)	Non applicabile (NA)	Osservazioni
1. Il servizio per la cessazione del consumo di tabacco dichiara che la propria missione è dedicata alla presa in carico dei consumatori di tabacco e che si occupa della cessazione del tabacco.								OBIETTIVO
1.01	La parola "tabacco" (o equivalente) è presente sui documenti stampati del CTT e all'ingresso dell'edificio.	0	1	2	3	4	NA	
1.02	La parola "tabacco" (o equivalente) è presente nella presentazione del servizio su internet.	0	1	2	3	4	NA	
1.03	Esiste un numero di telefono specifico per raggiungere lo staff degli operatori sanitari del servizio per il tabagismo.	0	1	2	3	4	NA	
1.04	Se esiste a livello regionale o nazionale un elenco dei CTT, il CTT è nell'elenco.	0	1	2	3	4	NA	
2. Il Servizio per la cessazione del tabagismo compie il massimo sforzo per avere sufficienti risorse umane e materiali per realizzare la propria missione.								RISORSA
2.01	L'orario di apertura del servizio e la numerosità dello Staff sono sufficienti per garantire meno di tre settimane di attesa per la prima visita.	0	1	2	3	4	NA	
2.02	Tutto lo staff è ben formato per la cessazione del fumo di tabacco.	0	1	2	3	4	NA	
2.03	Almeno la metà dello staff è certificato come specialista per la cessazione del fumo.	0	1	2	3	4	NA	

Continua

Table 6.5 Continua

2.04	Nel servizio è possibile la prescrizione di farmaci.	0	1	2	3	4	NA	
2.05	E' presente un locale tranquillo di superficie >10m ² per le visite/colloqui	0	1	2	3	4	NA	
2.06	C'è un misuratore di CO per circa 600 visite l'anno	0	1	2	3	4	NA	
2.07	C'è un computer nella stanza delle visite/colloqui	0	1	2	3	4	NA	
2.08	Ci sono questionari di auto-valutazione come il test di Fagerstrom Nicotine Dependence	0	1	2	3	4	NA	
2.09	Sono disponibili farmaci o campioni di farmaci da mostrare al fumatore	0	1	2	3	4	NA	
3. Il CTT accoglie tutti i fumatori ma particolarmente i casi più gravi. Se il servizio decide di accogliere solo una popolazione specifica, ad esempio donne in gravidanza, questa decisione è chiaramente indicata.								UTENZA
3.01	Più del 50% dei nuovi pazienti hanno comorbidità, co-dipendenze, gravidanza o reddito basso.	0	1	2	3	4	NA	
3.02	Le caratteristiche specifiche dei pazienti che possono accedere al CTT sono chiaramente indicate (NB: se non ci sono restrizioni all'accesso, considerare un punteggio di 4)	0	1	2	3	4	NA	
4. Il servizio per la cessazione del tabagismo rispetta le migliori pratiche e le linee guida validate in tema di cessazione del fumo.								MIGLIORE PRACTICA
4.01	Le raccomandazioni per le buone pratiche sono elencate ed applicate.	0	1	2	3	4	NA	
4.02	La prima visita dura almeno mezz'ora.	0	1	2	3	4	NA	
4.03	Il CTT diffonde le buone pratiche per la cessazione nei confronti di operatori sanitari che non sono specialisti per la cessazione del tabacco	0	1	2	3	4	NA	
5. Il servizio per la cessazione del tabagismo partecipa all'educazione e alla formazione del personale sanitario sulla cessazione del tabacco.								FORMAZIONE
5.01	Il CTT partecipa alla formazione dei medici sulla valutazione della dipendenza da tabacco e sulla cessazione	0	1	2	3	4	NA	

Continua

Table 6.5 Continua

5.02	Il CTT partecipa all'educazione e alla formazione di personale sanitario non medico sulla cessazione del tabacco.	0	1	2	3	4	NA		
6. Il servizio per la cessazione del tabagismo registra e fornisce dati locali e/o nazionali di valutazione della cessazione del fumo								RICERCA	
6.01	Il CTT registra e fornisce dati locali e/o nazionali di valutazione della cessazione del fumo	0	1	2	3	4	NA		
6.02	Il CTT partecipa alla ricerca accademica sulla dipendenza da tabacco.	0	1	2	3	4	NA		
7. Il servizio per la cessazione del tabagismo conduce su base routinaria azioni di promozione della salute in connessione con la comunità								PROMOZIONE DELLA SALUTE	
7.01	Il CTT conduce su base annuale azioni di promozione della salute.	0	1	2	3	4	NA		
8. Il servizio per la cessazione del tabagismo valuta la propria attività e procede a un miglioramento continuo secondo l'esito della valutazione.								VALUTAZIONE	
8.01	L'astinenza a 6 mesi è registrata e valutata.	0	1	2	3	4	NA		
8.02	Sono disponibili, per consultazione, le statistiche sull'attività e i risultati del centro	0	1	2	3	4	NA		
TOTALE /100									
CENTRO					DATA			TOTALE	

QUARTA PARTE | Capitolo 7

La cessazione del tabacco nei
gruppi ad alto rischio



Questo capitolo è un riepilogo delle linee guida sviluppate attraverso la TOB.g - Linee guida per la cessazione del tabacco nelle popolazioni ad alto rischio. Questo lavoro fa parte del progetto 664292 - "Linee guida per la cessazione del tabacco nei gruppi ad alto rischio (TOB.g)", che ha ricevuto finanziamenti dal Programma Sanitario dell'Unione Europea (2014-2020).

Gli autori di queste linee guida sono: Anastasios Fotiou, Christina-Maria Gavriescu, Anna Kokkevi, Lucia Maria Lotrean, Andriani Loukopoulou, Myrto Stavrou, Antigona Carmen Trofor, Victoria Vivilaki.



Cofinanziato dal
Programma Sanitario
dell'Unione Europea

Il contenuto di questo documento è di esclusiva responsabilità dell'autore e non riflette necessariamente la posizione della Commissione Europea e/o dell' Agenzia Esecutiva dei Consumatori, della Salute, dell' Agricoltura e dell' Alimentazione o di qualsiasi altro organo dell'Unione Europea. La Commissione Europea e l' Agenzia non si assumono alcuna responsabilità per l' uso che può essere fatto delle informazioni in esso contenute.

Gli editori delle linee guida TOB-G sono:

- Prof. Panagiotis Behrakis, Investigatore Principale del progetto TOB.g ed editore delle linee guida TOB.g
- Constantine Vardavas, coordinatore scientifico del progetto TOB.g e co-direttore delle linee guida TOB.g
- Sophia Papadakis, esperta scientifica del progetto TOB.g e co-direttrice del TOB.g

Questo capitolo è stato aggiunto alle linee guida ENSP 2018 per il trattamento della dipendenza da tabacco, facente parte del numero di finanziamento CHAFEA: 824213.

7.0 La cessazione del tabacco nei gruppi ad alto rischio

7.1 Effetti sulla salute del fumo in gravidanza

Questo capitolo speciale della Linea Guida Europea per il trattamento del tabacco ha lo scopo di sintetizzare l'evidenza scientifica sui rischi per la salute associati all'utilizzo di tabacco e all'esposizione al fumo passivo durante la gravidanza e durante il periodo postparto, così come sugli approcci efficaci nel sostenere la cessazione e nel prevenire ricadute.

L'utilizzo di tabacco e l'esposizione al fumo passivo durante la gravidanza comportano un rischio significativo per il feto non ancora nato e per il neonato. Il fumo materno è associato a una serie di esiti avversi durante gravidanza. 1 L'utilizzo di tabacco durante la gravidanza è infatti la causa maggiormente prevenibile di eventi avversi durante tale periodo. I tassi di mortalità perinatale sono superiori del 150% quando la madre è una fumatrice e si stima che il fumo sia responsabile del 15% di

tutti i casi di parto prematuro.¹⁻³

E' stato mostrato che gli effetti negativi dell'uso di tabacco e dell'esposizione al fumo passivo si estendono anche durante l'infanzia e sono associati ad un aumento del rischio di: malformazioni congenite, sindrome della morte improvvisa del bambino, malattie genetiche, mortalità e morbilità perinatale, bassa statura, ritardi cognitivi e disturbi neurologici.⁴⁻¹⁰ L'Allegato 1 presenta un riassunto degli effetti sulla salute noti a causa dell'utilizzo di tabacco durante la gravidanza.

Esposizione al fumo passivo

L'esposizione al fumo passivo durante la gravidanza è associata a molteplici rischi per la salute del feto non ancora nato. Ciò include un rischio significativamente maggiore di parto prematuro, di displasia bronco-polmonare, di malformazioni congenite, di respiro sibilante/ asma, eccetera.^{6, 11-13} In particolare, le donne in gravidanza esposte al fumo passivo hanno il 23% in più di probabilità

Allegato: 1 Effetti del fumo materno sulla salute del feto, dei neonati e dei bambini

Periodo di impatto	Effetto sulla salute
Impatto prenatale	Anomalie della placenta
	Gravidanza extrauterina
	Distacco della placenta
	Placenta previa
	Pre-eclampsia
	Morte fetale
	Aborto spontaneo
	Rottura prematura delle membrane
Impatto postnatale	Aumento della mortalità perinatale
	Parto prematuro (rischio due volte maggiore)
	Ritardo nella crescita intrauterina
	Neonato con basso peso alla nascita: 150-250 grammi più piccolo
	Sindrome da morte improvvisa infantile
	Difetti alla nascita
Impatto nella vita futura del bambino	Diabete di tipo 2
	Obesità
	Iperensione
	Riduzione del colesterolo buono HDL (Lipoproteine ad Alta Densità)
	Aumento di ricoveri in ospedale
	Asma bronchiale, infezioni alle basse vie respiratorie, ridotta funzionalità polmonare
	Disturbo del comportamento, disturbo da deficit di attenzione e iperattività
	Prestazioni scolastiche compromesse

di partorire un bambino nato morto e il 13% in più di probabilità di dare alla luce un bambino con una malformazione congenita.^{14,15} Gli ambienti al 100% liberi dal fumo dovrebbero essere una priorità

durante la gravidanza per tutte le donne, comprese le non fumatrici. Gli ambienti liberi dal fumo dovrebbero essere mantenuti durante il periodo postnatale per i neonati e i bambini.

Uso del tabacco in gravidanza

Nonostante l'entità dei rischi associati all'utilizzo di tabacco durante la gravidanza, circa il 6-19% delle donne in Europa continua a fumare durante la gravidanza e una grande parte delle donne che smettono, ricominciano a fumare dopo la gravidanza. 16 Smettere di fumare può essere estremamente difficile e pochi riconoscono che, sia a causa di fattori fisiologici che di altri fattori, può essere ancora più difficile smettere di fumare per le donne in gravidanza. Ad esempio, i tassi di metabolismo della nicotina durante la gravidanza aumentano del 60-140% e contribuiscono a una maggiore astinenza dalla nicotina e difficoltà a smettere.¹⁷

Le fumatrici incinte rientrano in tre gruppi:

- Coloro che hanno smesso spontaneamente di fumare quando hanno scoperto di essere incinte.
- Coloro che hanno diminuito quando hanno scoperto di essere incinte.
- Coloro che continuano a fumare durante la gravidanza.

Interventi per la cessazione del fumo in gravidanza

Non esiste un livello sicuro di fumo in gravidanza e le donne dovrebbero essere incoraggiate a smettere completamente di fumare. Più specificamente, è stato riscontrato che il rischio relativo di gravidanza extrauterina è aumentato fino a 1,6 volte per coloro che fumavano da 1-5 sigarette al giorno rispetto a quello delle donne non fumatrici, e fino a 2,3 volte per le donne che fumavano 11-20 sigarette al giorno.¹⁸ L'aumento dei benefici per la salute deriva dalla completa interruzione dell'abitudine al fumo durante la gravidanza, piuttosto che dalla riduzione del fumo.^{19,20} Inoltre, le donne dovrebbero essere incoraggiate a smettere di fumare, prima di rimanere incinte, per garantire risultati ottimali in gravidanza. È importante sottolineare che i gravi effetti collaterali del fumo sono reversibili se il fumo viene interrotto all'inizio della gravidanza. Vari studi hanno dimostrato che le donne che hanno smesso di fumare durante il primo trimestre di gravidanza danno alla luce bambini di peso simile a

quelli nati da donne che non hanno mai fumato.^{21,22}

La crescente preoccupazione dei genitori in attesa sui rischi di eventi avversi causati dal fumo durante la gravidanza e la salute del loro neonato crea un "momento in cui è possibile insegnare". In questo momento, la futura mamma può avere una maggiore ricettività a smettere di fumare.²³ Lo stesso vale per i padri in attesa e per gli altri membri della famiglia.

Il personale sanitario ha un ruolo importante da svolgere nel sostenere la cessazione del fumo nelle donne in gravidanza e negli altri membri della famiglia. Dati i significativi rischi per la salute imposti al feto non nato e ai neonati, a causa dell'utilizzo di tabacco, è fondamentale che il personale sanitario che lavora con donne incinte, inclusi i medici di famiglia, le ostetriche, i ginecologi e gli infermieri, conosca le ultime evidenze scientifiche e sia pronto nell'intervenire e supportare le donne al raggiungimento della cessazione.

Il modello "le 5A" (chiedere (Ask), consigliare (Advise), valutare (Assess), assistere (Assist), pianificare (Arrange)) può essere utilizzato come modello clinico per supportare la cessazione in gravidanza (vedi Allegato 2). Come previsto dal modello "le 5A", tutte le donne in gravidanza devono valutare il proprio stato di fumo e l'esposizione al fumo passivo durante gli esami di routine. Le donne incinte spesso non rivelano il loro stato di fumo, probabilmente a causa dello stigma sociale sull'utilizzo di tabacco durante la gravidanza.

La rivelazione onesta dello stato di fumo può essere aumentata fino al 40%, utilizzando domande a scelta multipla anziché una semplice domanda sì/no.²⁴⁻²⁶ Si raccomanda la convalida dell'esposizione all'uso del tabacco con il test del monossido di carbonio. I consigli non giudicanti per smettere e sostenere la cessazione dovrebbero essere proposti in modo proattivo alle donne in gravidanza e i fornitori dovrebbero organizzare un follow-up con i pazienti.²⁴⁻²⁶

Interventi di consulenza

È spesso necessaria una consulenza intensiva per supportare la cessazione nelle donne in gravidanza che non sono in grado di smettere da sole. È stato dimostrato che un piano di trattamento intensivo aumenta in modo significativo l'interruzione del fumo nelle donne in gravidanza rispetto al trattamento standard (30

studi; rischio relativo (RR) 1,44, intervallo di confidenza al 95% (IC) da 1,19 a 1,73).²⁷ Nella maggior parte degli studi, un intervento intensivo della durata di oltre 15 minuti è risultato più efficace degli interventi più brevi e meno individualizzati (18 studi; RR 1,25 medio, IC 95% da 1,07 a 1,47). Si raccomanda di fare riferimento a centri specializzati per smettere di fumare, se disponibili. Interventi basati su internet, incentivi finanziari o interventi che coinvolgono il coniuge o gli amici sono promettenti strategie di intervento esplorate per supportare la cessazione nelle fumatrici in gravidanza, tuttavia sono necessarie ulteriori ricerche per comprenderne meglio l'efficacia.

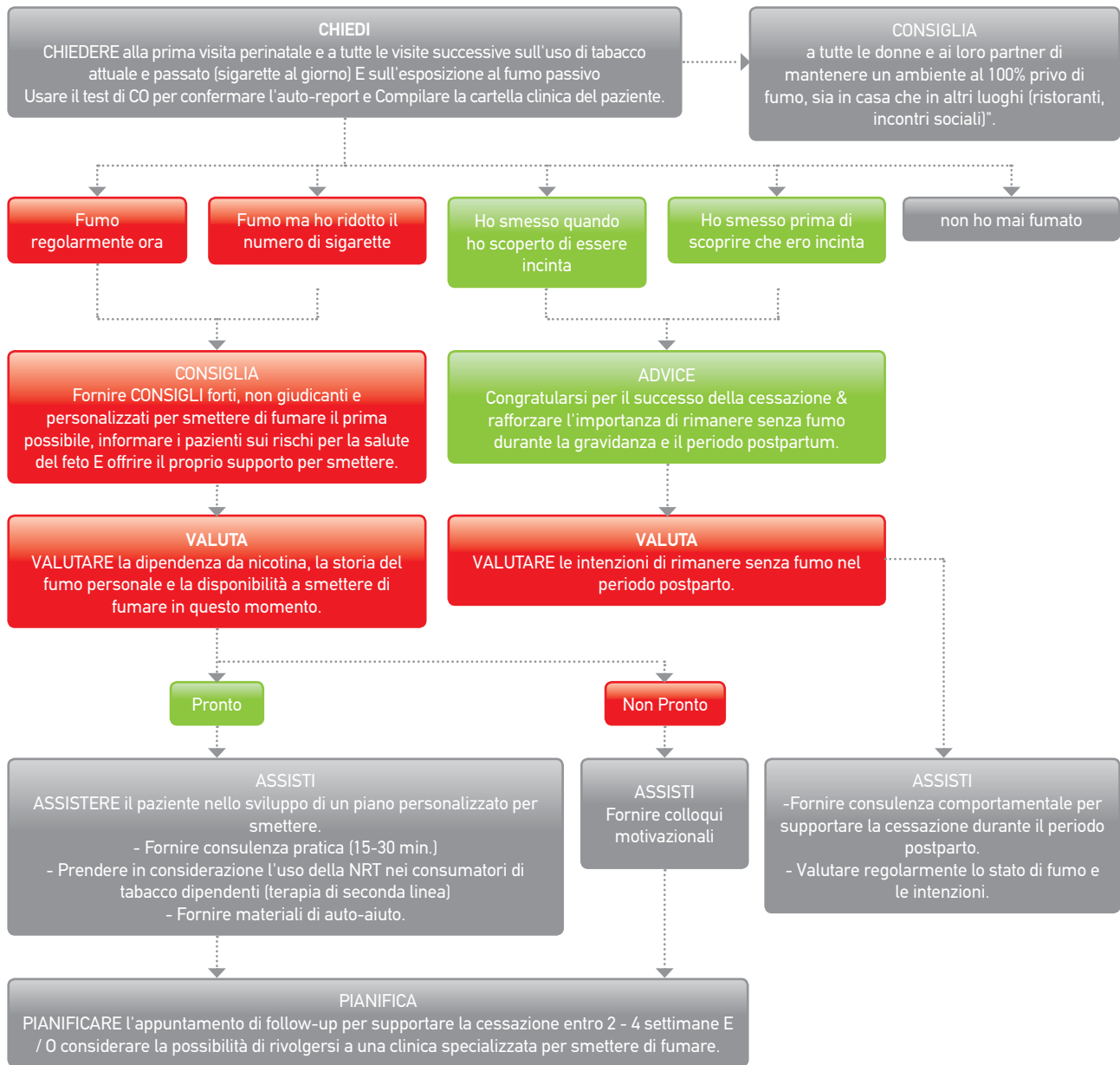
Farmacoterapia

Mentre la terapia sostitutiva con nicotina (NRT) è considerata una terapia di prima linea per smettere di fumare nelle popolazioni adulte, l'uso della NRT durante la gravidanza è stato oggetto di controversie nelle Linee Guida Internazionali sulla pratica clinica. Una revisione Cochrane del 2015 non ha trovato evidenza del fatto che l'uso della NRT per smettere di fumare in gravidanza abbia un effetto benefico o dannoso sul nascituro.²⁸ Questa revisione, tuttavia, non ha trovato prove a sostegno di un aumento dei tassi di cessazione nelle donne in gravidanza che hanno usato la NRT per smettere di fumare rispetto alla popolazione di controllo.²⁸ La scarsa aderenza al trattamento NRT è comunemente segnalata negli studi condotti fino ad oggi e limita la nostra capacità di comprendere con precisione l'efficacia della NRT nelle donne in gravidanza. Nonostante i limiti delle evidenze scientifiche, il potenziale rischio derivante dall'uso della NRT è considerato di entità inferiore rispetto al continuo utilizzo di tabacco. I rischi e i benefici derivanti dall'uso della NRT dovrebbero essere quindi discussi con quelle donne che non sono in grado di smettere da sole. Data la mancanza di prove sull'efficacia, la NRT dovrebbe essere considerata una terapia di seconda linea. Un dosaggio e una durata adeguati della terapia con NRT probabilmente possono migliorare gli effetti. L'uso di Vareniclina o di Bupropione non è raccomandato durante la gravidanza a causa della mancanza di prove sulla sicurezza e sull'efficacia.²⁸

Tassi di ricaduta postparto

I tassi di ricidiva postparto sono estremamente alti (29-85%)

Allegato 2: Le "5A": Protocollo per il trattamento del tabacco - donne in gravidanza e postparto



nelle donne che hanno smesso di fumare in gravidanza. Molte donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza, lo fanno con l'intenzione di riprendere a fumare dopo il parto. Lo stress, la depressione postparto, le preoccupazioni sull'aumento di peso, la presenza di un partner fumatore e un basso stato socioeconomico contribuiscono anch'essi alla ricaduta. Supportare il mantenimento della cessazione dopo la gravidanza è un importante obiettivo secondario di intervento.^{29,30} Si raccomanda che i medici pianifichino un programma per la cessazione prolungata durante le prime fasi del processo di cessazione in gravidanza e che il supporto di consulenza si estenda nel periodo postparto.

Riepilogo delle raccomandazioni chiave per i professionisti della salute:

- Non esiste un livello sicuro di fumo in gravidanza e le donne devono essere incoraggiate a smettere completamente di fumare (Livello di Evidenza A).
- Le donne in gravidanza devono smettere di fumare il prima possibile durante il primo trimestre di gravidanza e rimanere libere dal fumo anche dopo la nascita del bambino (Livello di Evidenza A).
- Il personale sanitario dovrebbe informare i futuri genitori sui rischi per la salute del fumo passivo e del fumo di terza mano per la madre, per il feto e per il neonato (Livello di Evidenza D).
- Il personale sanitario dovrebbe consigliare alle donne in gravidanza di mantenere gli ambienti liberi dal fumo al 100%, vietando il fumo nelle loro case e nelle loro automobili ed evitando ambienti in cui potrebbero essere esposte al fumo passivo (Livello di Evidenza A).
- Il personale sanitario che lavora con le donne in gravidanza, inclusi medici di famiglia, ostetriche, ginecologi e infermieri dovrebbe essere a conoscenza delle evidenze scientifiche più recenti ed essere pronto nell'intervenire e supportare le donne al raggiungimento della cessazione (Livello di Evidenza A).
- Le "5A" (chiedere (Ask), consigliare (Advise), valutare (Assess), assistere (Assist), pianificare (Arrange)) può essere usato come modello clinico per supportare la cessazione

nelle donne in gravidanza (Livello di Evidenza B).

- Tutte le donne in gravidanza devono valutare lo stato di fumo e l'esposizione al fumo passivo durante gli esami di routine (Livello di Evidenza A).
- Il personale sanitario dovrebbe fornire una forte consulenza non giudicante per smettere di fumare a tutte le donne che fumano e assistere i consumatori di tabacco con la cessazione, includendo il follow-up per tutta la durata della gravidanza e anche durante l'inizio del periodo postparto (Livello di Evidenza A).
- Le donne che non sono in grado di smettere di fumare devono ricevere una consulenza e un supporto intensivi al fine di smettere di fumare il prima possibile durante la gravidanza (Livello di Evidenza A).
- Gli interventi di consulenza sono efficaci nell'aumentare i tassi di cessazione e nel ridurre significativamente il basso peso alla nascita, aumentando il peso medio alla nascita e riducendo i ricoveri in terapia intensiva neonatale (Livello di Evidenza A).
- Se disponibili, le donne che non sono in grado di smettere di fumare devono essere indirizzate a un supporto specializzato per la cessazione. Il personale sanitario dovrebbe seguire nel tempo le pazienti per garantire che venga intrapreso il trattamento (Livello di Evidenza A).
- L'uso della terapia sostitutiva con nicotina (NRT) è preferito rispetto a continuare a fumare durante la gravidanza. Le prove in termini di efficacia tra le donne in gravidanza sono tuttavia contrastanti. Pertanto, la NRT può essere considerata una terapia di seconda linea per le donne in gravidanza che non sono in grado di smettere con il solo supporto di consulenza (Livello di Evidenza B).
- A causa della mancanza di evidenze scientifiche, il Bupropione e la Vareniclina non sono raccomandati per smettere di fumare durante la gravidanza (Livello di Evidenza - nd).
- I genitori dovrebbero essere incoraggiati a rimanere senza fumo nel periodo postparto, inclusi negli ambienti sociali condivisi da una donna incinta e dal neonato (Livello di Evidenza D).
- L'assistenza postparto dovrebbe riguardare la prevenzione

delle ricadute per entrambi i genitori prima della dimissione dall'ospedale e durante le visite domiciliari post-natale (Livello di Evidenza A).

- I genitori che continuano a fumare nel momento in cui i loro bambini sono ricoverati in unità di terapia intensiva neonatale, devono essere indirizzati a programmi locali per smettere di fumare (Livello di Evidenza C).

References

1. Kramer M.S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 1987;65(5):663-737.
2. Kleinman JC, Pierre MB J, Madans JH, Land GH, Schramm WF. The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. *Am J Epidemiol.* 1988;127(2):274-82.
3. Ventura S MJ, Taffel S, Mathews T, Clarke S. . Advance report of final natality statistics. *Monthly Vital Stat Rep* 1995;44((suppl 5) 44):1-88.
4. Lai M.C., Chou F.S., Yang Y.J., Wang C.C., Lee M.C. Tobacco use and environmental smoke exposure among taiwanese pregnant smokers and recent quitters: Risk perception, attitude, and avoidance behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(9):4104-16.
5. Lawrence W.T., Haslam C. Smoking during pregnancy: Where next for stage-based interventions? *J Health Psychol.* 2007;12(1):159-69.
6. Leonardi-Bee J., Jere M.L., Britton J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Thorax.* 2011;66(10):847-55.
7. Miyake Y., Tanaka K., Arakawa M. Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: The kyushu okinawa maternal and child health study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:157-2393-13-157.
8. Nordentoft M, Lou HC, Hansen D, et al. Intrauterine growth retardation and premature delivery: The influence of maternal smoking and psychosocial factors. *Am J Public Health.* 1996;86(3):347-54.
9. Pallotto EK, Kilbride HW. Perinatal outcome and later implications of intrauterine growth restriction. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(2):257-69.
10. Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, et al. Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *Eur J Pediatr.* 2010;169(6):741-8.
11. Blaakman S, Borrelli B, Wiesenthal E, al. e. Secondhand smoke exposure reduction after NICU discharge: Results of a randomized trial. *Acad Pediatr.* 2015;15(6):605-12.
12. El-Mohandes AA, Kiely M, Blake SM, Gantz MG, MN. E-K. An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes. *Pediatrics.* 2010;125(4):721-8.
13. Wagjio MA, Sheikh A DL, JV. B. Reducing tobacco smoking and smoke exposure to prevent preterm birth and its complications. *Paediatr Respir Rev.* 2015.
14. General ARotS. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US). 2006.
15. Leonardi-Bee J., Britton J., Venn A. Secondhand Smoke and Adverse Fetal Outcomes in Nonsmoking Pregnant Women: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;127(4).
16. Euro-Peristat. European perinatal health report: The health and care of pregnant women and babies in europe in 2010. 2013.
17. Dempsey D., Jacob P., Benowitz N.L. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *J Pharmacol Exp Ther.* 2002;301(2):594-59.
18. Saraiya M, Berg CJ, Kendrick JS, Strauss LT, Atrash HK, YW. A. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178(3):493-8.
19. HealthHealth CoE. Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, Committee on Native American Child. From the american academy of pediatrics: Policy statement--tobacco use: A pediatric disease. *Pediatrics.* 2009;124(5):1474-87.
20. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. 2010.
21. Centres for Disease Control (CDC). Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life Lost—United states. morbidity and mortality weekly report. 1993.
22. USDHHS. The health benefits of smoking cessation. A report of the surgeon general. 1990.
23. McBride C.M., Emmons K.M., Lipkus I.M. Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Educ Res.* 2003;18(2):156-70.
24. Clinical Practice Guidelines Antenatal care – Module 1. Department of Health and Ageing. 2012 [cited 24 June 2013]; Available from: www.health.gov.au
25. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
26. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, MC. G. Improving disclosure of smoking by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:409-13.
27. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10:CD001055.
28. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, J. L-B. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. 2015. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(12):No. CD010078.
29. Colman GJ, T. J. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *American journal of preventive medicine.* 2003;24(1):29-35.
30. Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, al. e. Smoking cessation in pregnancy: A review of postpartum relapse prevention strategies. *J Am Board Fam Pract.* 2004;17(4):264-75.

7.2 > La cessazione del fumo tra gli adolescenti

Questo capitolo speciale delle Linee Guida Europee sul trattamento del tabacco ha lo scopo di sintetizzare la letteratura pubblicata riguardante i trattamenti per la cessazione del tabacco negli adolescenti, definiti in linea di massima tra i 10 e i 18 anni. Questo capitolo riporta il riassunto dell'evidenza scientifica, proveniente da una revisione sistematica della letteratura, relativa ai trattamenti per la cessazione del tabacco negli adolescenti, e descrive l'efficacia di vari interventi per la cessazione tra i fumatori adolescenti in vari contesti, tra cui: contesti sanitari, scuole, strumenti tecnologici, e comunità. Gli approcci di intervento trattati in ogni contesto includono: approcci comportamentali, farmacologici e combinati. Questo capitolo non è noto per l'introduzione all'uso di tabacco tra gli adolescenti, ma piuttosto per la cessazione.

L'esperienza dell'uso di tabacco è comune durante l'adolescenza.¹ Più della metà degli studenti europei ha riportato di aver provato a consumare tabacco, e circa il 21% degli studenti sedicenni in Europa sono fumatori attuali (cioè che hanno fumato durante gli ultimi 30 giorni).² Anche l'uso delle sigarette elettroniche è diventato sempre più popolare negli adolescenti in Europa, con il 23% degli adolescenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni che hanno dichiarato di aver usato una sigaretta elettronica contenente nicotina e l'8% che ha riportato l'uso di sigarette elettroniche non contenenti nicotina.³

La dipendenza da nicotina si sviluppa rapidamente durante l'adolescenza e una grande percentuale di adolescenti che fumano regolarmente continueranno a fumare anche in età adulta.^{4,5} L'identificazione e il trattamento precoci dell'utilizzo di tabacco da parte degli adolescenti sono fondamentali per prevenire conseguenze sulla salute più gravi a breve o lungo termine. Esiste una preoccupazione significativa che l'uso di sigarette elettroniche possa portare al fumo quotidiano e compromettere quindi gli sforzi per smettere di fumare.⁶

Cessazione del fumo negli utenti adolescenti

Una serie di fattori personali, ambientali e sociali sembrano

Fattori che influenzano la cessazione del fumo negli adolescenti

Meno propensi a smettere	Più propensi a smettere
Femmine	Maschi
Maggiore dipendenza da nicotina	Età avanzata
Uso di droghe o alcol	Alta motivazione per smettere
Avere degli amici fumatori	Successo scolastico
Utilizzo di tabacco da parte di familiari (genitori e fratelli)	Metabolizzazione lenta della nicotina
Malattie mentali	
Sovrappeso	
Inattività fisica	
Stress familiare	

Source: Adapted from Harvey J, Chadi N. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. *Pediatric Child and Health* 2016;21(4);201-204.⁸

contribuire agli esiti della cessazione durante l'adolescenza (vedi tabella). Per esempio, i fumatori adolescenti con un alto consumo giornaliero di sigarette e con un consumo di alcol hanno meno probabilità di smettere di fumare.^{7,8} Avere amici che fumano è anche associato a scarsi risultati nella cessazione.^{9,10}

Interventi di trattamento del tabagismo nei consumatori di tabacco adolescenti

Sebbene negli ultimi dieci anni sia stato condotto un numero crescente di studi, identificare interventi efficaci per smettere di fumare negli adolescenti è ancora estremamente difficile.¹²⁻¹⁴ Vi è una notevole variabilità tra le strategie di intervento testate fino ad oggi che rendono difficile l'identificazione di prove di alta qualità.^{11,13,15,16} È noto che i consumatori di tabacco adolescenti sono una popolazione unica e richiedono approcci su misura per sostenere la cessazione del fumo.¹⁷ Il personale sanitario e gli educatori che lavorano con gli adolescenti dovrebbero essere consapevoli dei bisogni e delle preferenze dei consumatori di tabacco adolescenti.¹⁸ Messaggi di cessazione dovrebbero essere adattati in base alle opinioni specifiche, agli interessi personali e alle caratteristiche degli adolescenti al fine di

essere più persuasivi.¹⁹ Per esempio, una ricerca ha scoperto che gli studenti valutano "effetti a lungo termine sulla salute", "prestazioni sportive compromesse" e "essere meno attraenti" come le ragioni più importanti per smettere di fumare.¹⁹ Gli effetti a breve termine del fumo sembrano più convincenti degli effetti a lungo termine.¹⁹

Consulenza comportamentale

Vi è evidenza che la consulenza è l'intervento di cessazione più efficace nei consumatori di tabacco adolescenti.^{11,13,15,16} È stato dimostrato che le strategie di consulenza riducono l'astinenza a breve termine del consumo di sigarette negli adolescenti e ci sono prove che indicano che la consulenza può aumentare la probabilità di astinenza da fumo anche a lungo termine.^{11,13,15} Gli interventi per la cessazione basati sulla consulenza, che sono supportati dal più alto livello di evidenza scientifica, sono quelli che impiegano il potenziamento motivazionale, gli interventi abbinati allo stadio e la terapia cognitivo - comportamentale (CBT).^{11,13-15,17}

Farmacoterapia

Sono stati condotti pochissimi studi per valutare la cessazione del fumo con l'utilizzo di farmacoterapie nelle popolazioni adolescenti.¹³ La terapia sostitutiva della nicotina (NRT) è sicura nelle popolazioni adolescenti e alcuni effetti avversi sulla salute sono stati riportati, tra cui irritazione cutanea locale, mal di testa,²⁰⁻²² nausea/vomito,^{21,23} stanchezza, disturbi del sonno, dolori articolari/muscolari,²⁴⁻²⁶ e vertigini.¹³ Esistono prove che indicano che le NRT sono efficaci nel ridurre il numero di sigarette fumate al giorno, ma mancano prove chiare sull'efficacia delle NRT nel mantenere l'astinenza da fumo a lungo termine nei consumatori di tabacco adolescenti.^{13,20,21,24-26} Come tale, la NRT è raccomandata come terapia di seconda linea nei consumatori di tabacco adolescenti che sono dipendenti dalla nicotina. La NRT non è raccomandata per i consumatori occasionali di tabacco adolescenti. Si raccomanda di utilizzare la NRT in combinazione con la consulenza per massimizzare i risultati nella cessazione. Al momento non ci sono prove sufficienti per raccomandare l'uso di Bupropione e di Vareniclina per smettere di fumare nelle popolazioni adolescenti.¹³ Sono necessarie ulteriori ricerche per

rafforzare le prove a supporto delle raccomandazioni sull'uso della farmacoterapia nei consumatori di tabacco adolescenti.¹³

Strutture sanitarie

In Europa, due terzi dei bambini e degli adolescenti di età compresa tra gli 8 e i 18 anni visitano un operatore sanitario almeno una volta all'anno, con un numero medio di visite pari a 2.5.²⁷ Le strutture sanitarie (assistenza primaria, assistenza secondaria, dentisti) offrono importanti opportunità per fornire interventi di cessazione rivolti ai fumatori adolescenti.¹⁶ Gli operatori sanitari hanno un ruolo molto importante in termini di prevenzione dell'uso di tabacco e di supporto alla cessazione negli adolescenti. Il modello "le 5A" (chiedere (Ask), consigliare (Advise), valutare (Assess), assistere (Assist), pianificare (Arrange)) è la strategia raccomandata per fornire il trattamento di cessazione in contesti clinici, compreso l'intervento con gli adolescenti (vedi figura).^{28,29} In particolare, gli operatori sanitari dovrebbero documentare l'utilizzo di tabacco e della sigaretta elettronica in tutti gli adolescenti.

I medici dovrebbero fornire assistenza per smettere di fumare, comprese la consulenza e la farmacoterapia, come indicato per tutti gli adolescenti che riportano l'uso di tabacco o di sigarette elettroniche.^{15,16}

Interventi scolastici

Gli interventi scolastici hanno diversi vantaggi tra cui un maggiore accesso alle popolazioni adolescenti. C'è anche evidenza che le strutture scolastiche siano preferite dagli utilizzatori di tabacco adolescenti rispetto a contesti sanitari o ad altre strutture per ricevere il supporto per la cessazione.³⁰ I risultati provenienti da una meta-analisi mostrano che i programmi di cessazione dell'abitudine al fumo negli adolescenti sono maggiormente efficaci se offerti all'interno di ambienti scolastici.³¹ È stato riscontrato che i programmi di intervento per la valorizzazione specificamente motivazionale e quelli che impiegano tecniche cognitive comportamentali, erogati nelle scuole per un lungo periodo di tempo e che comprendono componenti multipli, sono efficaci nel sostenere la cessazione del fumo a breve termine e nella riduzione del fumo.^{13,31} La durata dell'intervento sembra essere un importante fattore predittivo di esiti positivi nella

cessazione del fumo con tassi di cessazione più elevati rilevati nei programmi della durata di almeno cinque sessioni.^{31,32}

"Project EX" (www.projectex.usc.edu) e "Not on Tobacco -NOT" (www.lung.org/associations/states/colorado/tobacco/not-on-tobacco) sono due programmi per smettere di fumare, basati su gruppi di studenti, che forniscono le migliori pratiche internazionali.^{13,33-35}

Interventi tecnologici

C'è stato un crescente interesse nell'uso della tecnologia per intervenire sui consumatori di tabacco adolescenti. In particolare, in letteratura sono stati testati interventi che utilizzano messaggi di testo, materiali digitali di auto-aiuto e altre applicazioni tecnologiche. Sebbene si tratti di strategie promettenti, i dati a sostegno dell'efficacia degli interventi basati sulla tecnologia sono limitati, e come tali si raccomanda che vengano utilizzati in combinazione con la consulenza.^{13,17,36-38}

Interventi politici

A livello di paese, nazione o Unione Europea, gli sforzi legislativi e politici possono contribuire a sostenere la cessazione del fumo nell'adolescenza. L'aumento del prezzo delle sigarette è particolarmente efficace negli adolescenti e nei giovani ed è correlato alla riduzione dell'iniziazione all'abitudine al fumo nei non fumatori e alla cessazione o riduzione del fumo per i fumatori.³⁹⁻⁴² Esiste evidenza che l'esposizione alla pubblicità di sigarette è associata a una maggiore probabilità che gli adolescenti inizino o continuino a consumare tabacco.⁴³ Allo stesso modo, c'è evidenza che restrizioni e divieti sulla vendita di tabacco a bambini e adolescenti riducono il consumo di sigarette in questa fascia di età.⁴⁴

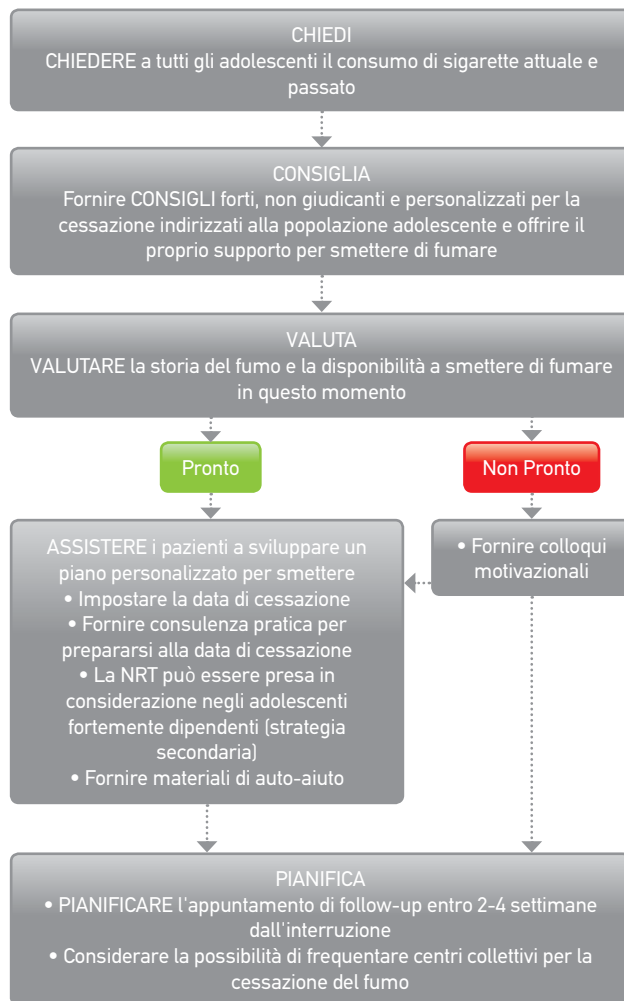
Raccomandazioni chiave per i professionisti della salute

Riassumiamo qui le raccomandazioni basate sull'evidenza scientifica per sostenere la cessazione nei consumatori di tabacco adolescenti.

Linea di condotta

- L'aumento del prezzo delle sigarette è particolarmente efficace per ridurre l'inizio del fumo e per smettere o ridurre

Protocollo per il trattamento del tabacco - Adolescenti



il fumo nei consumatori di tabacco adolescenti e dovrebbe essere considerato come priorità da tutti i governi (Livello di Evidenza A/B).

- L'esposizione alla pubblicità di sigarette è associata a una maggiore probabilità che gli adolescenti inizino o continuino a consumare tabacco. I governi dovrebbero pertanto vietare

- la pubblicità sul tabacco come priorità (Livello di Evidenza B).
- I governi/ministri della salute dovrebbero limitare la vendita di tabacco a bambini e adolescenti, al fine di ridurre il consumo di fumo e sigarette in questa fascia di età (Livello di Evidenza B).

Consulenza comportamentale

- Esiste evidenza del fatto che la consulenza è l'intervento di cessazione più efficace per i consumatori di tabacco adolescenti (Livello di Evidenza A).
- Gli interventi di consulenza supportati dal più alto livello di evidenza scientifica sono il potenziamento motivazionale e la terapia cognitivo - comportamentale (CBT) (Livello di Evidenza B).

Farmacoterapia

- La terapia sostitutiva della nicotina (NRT) è raccomandata come terapia di seconda linea nei consumatori di tabacco adolescenti giornalieri che dipendono dalla nicotina (Livello di Evidenza B).
- Si raccomanda di utilizzare la NRT in combinazione con la consulenza per massimizzare i risultati di cessazione (Livello di Evidenza A).
- Non ci sono prove sufficienti per raccomandare l'uso di Bupropione e Vareniclina nelle popolazioni adolescenti per smettere di fumare (Livello di Evidenza C).

Terapie alternative

- L'agopuntura non è un trattamento raccomandato in ambito sanitario/medico, negli adolescenti, per smettere di fumare (Livello di Evidenza C).

Strutture sanitarie

- Il personale sanitario dovrebbe chiedere a tutti i pazienti adolescenti sia se utilizzano tabacco sia se utilizzano sigarette elettroniche (Livello di Evidenza A).
- Gli attuali consumatori di tabacco dovrebbero essere informati sulla cessazione del fumo e fare riferimento a risorse basate sull'evidenza scientifica per supportare la cessazione quando indicato (Livello di Evidenza B).

- Gli operatori sanitari dovrebbero personalizzare i consigli per smettere di fumare nei consumatori di tabacco adolescenti, concentrandosi sugli effetti sulla salute a breve e lungo termine, sull'igiene personale (odore, alitosi), sulle implicazioni per le prestazioni atletiche, sull'essere attraenti e sul costo dell'uso del tabacco nel breve e lungo termine (Livello di Evidenza C).
- Gli operatori sanitari dovrebbero ricevere una formazione sulla cessazione del fumo per aumentare le capacità di rivolgersi ai consumatori adolescenti di tabacco (Livello di Evidenza A).
- Il colloquio motivazionale fornito dai medici ha dimostrato essere efficace nel ridurre l'uso quotidiano di tabacco negli adolescenti e come tale è una strategia di intervento raccomandata (Livello di Evidenza B).

Impostazioni della scuola

- Gli interventi per smettere di fumare a scuola, che si basano su strategie cognitive - comportamentali o di miglioramento motivazionale e che vengono erogati in qualsiasi periodo di tempo prolungato, sono efficaci nel ridurre il consumo giornaliero di tabacco e nell'aumentare l'astinenza dal fumo a breve termine. Difatti, questi interventi dovrebbero essere offerti in tutti gli ambienti scolastici (Livello di Evidenza B).
- Esistono prove del fatto che interventi complessi che combinano approcci di intervento (come la consulenza di gruppo a scuola con il supporto telefonico nel tempo o con incentivi) possono aumentare i tassi di astinenza fino a 4 mesi dopo il trattamento, nonché ridurre il numero di sigarette fumate al giorno e sono raccomandate come pratiche promettenti per intervenire con i consumatori di tabacco adolescenti (Livello di Evidenza C).

Tecnologia dell'informazione e della comunicazione

- Gli interventi basati sulla tecnologia della comunicazione dell'informazione (TIC) sono una strategia efficace per ridurre l'uso quotidiano di tabacco negli adolescenti, tuttavia le prove disponibili non possono supportare l'uso delle TIC a sostegno della cessazione del fumo a lungo termine, pertanto, si consiglia di utilizzare gli interventi di tecnologia

dell'informazione in combinazione con altre strategie di intervento basate sulla consulenza (Livello di Evidenza B).

Impostazioni della comunità

- Le strutture comunitarie, come campi estivi o centri ricreativi di quartiere, dovrebbero essere prese in considerazione per l'attuazione di interventi per la cessazione del fumo negli adolescenti (Livello di Evidenza C)

References

1. Fidler J, Wardle J, Brodersen NH, Jarvis M, West R. Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more. *Tob Control*. 2006;15(3):205-9.
2. Palmer R, Young S, Hopfer C, Corley R, Stallings M, Crowley T, et al. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug Alcohol Depend*. 2009;102(1):78-87.
3. Sussman S. Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tob Induc Dis*. 2002;1(1):35-81.
4. Branstetter SA, Horn K, Dino G, Zhang J. Beyond quitting: predictors of teen smoking cessation, reduction and acceleration following a school-based intervention. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1):160-8.
5. Stanton W, Baade P, Moffatt J. Predictors of smoking cessation processes among secondary school students. *Subst Use Misuse*. 2006;41(13):1683-94.
6. Balch GI, Tworek C, Barker DC, Sasso B, Mermelstein RJ, Giovino GA. Opportunities for youth smoking cessation: Findings from a national focus group study. *Nicotine and Tobacco Research*. 2004;6(1):9-17.
7. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. Sex differences in predictors of adolescent smoking cessation. *Health Psychol*. 2001;20(3):186-95.
8. Harvey J, Nicholas Chadi N. for the Canadian Paediatric Society. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. *Pediatr Child Health* 2016;21(4):201-04.
9. Berra S, Tebé C, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Auquier P, Detmar S, et al. Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries. *Med Care*. 2009;47(2):161-7.
10. Sussman S, Sun P. Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tobacco Induced Diseases*. 2009;5:3.
11. Sussman S, Sun P, Dent CW. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychol*. 2006;25(5):549-57.
12. Sussman S, Dent CW, Lichtman KL. Project EX. Outcomes of a teen smoking cessation program. *Addict Behav*. 2001;26(3):425-38.
13. Sussman S, McCuller WJ, Zheng H, Pfingston YM, Miyano J, Dent CW. Project EX: A Program of Empirical Research on Adolescent Tobacco Use Cessation. *Tob Induc Dis*. 2004;2(3):119-32.
14. Sun P, Miyano J, Rohrbach LA, Dent CW, Sussman S. Short-term effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addict Behav*. 2007;32(2):342-50.
15. Liang L, Chaloupka F, Nichter M, Clayton R. Prices, policies and youth smoking, May 2001. *Addiction*. 2003;98(s1):105-22.
16. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *J Public Health Manag Pract*. 2004;10(4):338-53.
17. Guindon GE, Tobin S, Yach D. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tob Control*. 2002;11(1):35-43.
18. Lewit EM, Hyland A, Kerrebrock N, Cummings KM. Price, public policy, and smoking in young people. *Tob Control*. 1997;6(suppl 2):S17.
19. Lovato C, Linn G, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; Oct 5;(10):CD003439. doi: 10.1002/14651858.CD003439.pub2.
20. Sims TH. The Committee on Substance Abuse. Technical Report—Tobacco as a substance of abuse. *Pediatrics*. 2009;124:e1045-53.
21. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); Stockholm, Sweden May 2012.
22. Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Use of ecstasy, heroin, synthetic marijuana, alcohol, cigarettes declined among US teens in 2015. *Ann Arbor, MI*. <http://www.monitoringthefuture.org>: University of Michigan News Service 2015.
23. Office for National Statistics-Social and Vital Statistics Division. General Lifestyle Survey, 2011: Special Licence Access. [data collection]. UK Data Service, 2014. SN: 7475, <http://dx.doi.org/10.5255/UKDA-SN-7475-1>.
24. Arday DR, Giovino GA, Schulman J, Nelson DE, Mowery P, Samet JM. Cigarette smoking and self-reported health problems among US high school seniors, 1982-1989. *Am J Health Promot*. 1995;10(2):111-6.
25. Arnett JJ. Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addict Behav*. 2000;25(4):625-32.
26. European Commission. Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans toward tobacco and electronic cigarettes. May 2015; European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm
27. Tworek C, Schauer GL, Wu CC, Malarcher AM, Jackson KJ, Hoffman AC. Youth tobacco cessation: quitting intentions and past-year quit attempts. *Am J Prev Med*. 2014;47(2):S15-S27.
28. Bachmann M, Znoj H, Brodbeck J. Smoking behaviour, former quit attempts and intention to quit in urban adolescents and young adults: A five-year longitudinal study. *Public Health*. 2012;126(12):1044-50.
29. Ministry of Health. Background and recommendations of The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. Wellington: Ministry of Health: Ministry of Health; 2014.

30. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Clinical Practice Guideline – Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services 2008.31..... European Network for Smoking and Tobacco Prevention [ENSP]. European Smoking Cessation Guidelines. Brussels: European Network for Smoking and Tobacco Prevention [ENSP]v2012.
32. CAN-ADAPTT. Canadian Smoking Cessation Guideline Version 2.0: Specific Populations: Youth (Children and Adolescents), March 31, 2011.
33. Committee on Environmental Health & Committee on Substance Abuse & Committee on Adolescence and Committee on Native American Child Health. From the American Academy of Pediatrics: policy statement—tobacco use: a pediatric disease. Pediatrics. 2009;124(5):1474-87.
34. McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand smoking cessation guidelines. NZ Med J. 2008;121(1276):57-70.
35. Ministry of Health. Background and recommendations of The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. Wellington: Ministry of Health: Ministry of Health; 2014.
36. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London (UK): NICE, 2008.
37. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). AJ Psychiatry. 2011;168(5):495-501
38. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.
39. Leatherdale ST. What modifiable factors are associated with cessation intentions among smoking youth? Addict Behav. 2008;33(1):217-23.
40. McCuller WJ, Sussman S, Wapner M, Dent C, Weiss DJ. Motivation to quit as a mediator of tobacco cessation among at-risk youth. Addict Behav. 2006;31(5):880-8.
41. White HR, Bray BC, Fleming CB, Catalano RF. Transitions into and out of light and intermittent smoking during emerging adulthood. Nicotine & Tobacco Research. 2009;11(2):211-9.
42. Chenoweth MJ, O'Loughlin J, Sylvestre MP, Tyndale RF. CYP2A6 slow nicotine metabolism is associated with increased quitting by adolescent smokers. Pharmacogenet Genomics. 2013;23(4):232–235
43. Dijk F, Reubsmaet A, de Noijer J, de Vries H. Smoking status and peer support as the main predictors of smoking cessation in adolescents from six European countries. Nicotine and Tobacco Research. 2007;9(SUPPL. 3):S495-S504.
44. Kleinjan M, Engels RC, van Leeuwe J, Brug J, van Zundert RM, van den Eijnden RJ. Mechanisms of adolescent smoking cessation: Roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. Drug Alcohol Depend. 2009;99(1):204-14.

7.3 La cessazione del fumo nei pazienti diabetici

Questo capitolo speciale della Linea Guida Europea per il trattamento del tabacco ha lo scopo di riassumere le evidenze in termini di rischio per la salute associato all'uso di tabacco nei pazienti con diabete, nonché di approcci efficaci per sostenere la cessazione e la prevenzione delle ricadute.

Effetti del fumo sulla salute nei pazienti diabetici

- L'utilizzo di tabacco è associato a un aumento significativo del rischio di diabete di tipo 2, che è indipendente dal livello di istruzione, dall'attività fisica, dal consumo di alcol e dalla dieta. Il rischio di diabete aumenta con un maggiore consumo di tabacco.
- Il fumo nei pazienti diabetici aumenta significativamente il rischio di malattie coronariche, di infarto miocardico, di insufficienza cardiaca, di ictus, di arteriopatia periferica, di mortalità cardiovascolare e di mortalità totale.
- L'utilizzo di tabacco aumenta anche le complicanze microvascolari nei pazienti diabetici, incluso un effetto avverso sulla nefropatia diabetica.
- È stato dimostrato che l'esposizione al fumo passivo aumenta il rischio di sviluppare la sindrome metabolica, l'intolleranza al glucosio e il diabete mellito (DM) di tipo 2.¹⁻¹⁵

Benefici per la salute della cessazione del fumo

- Mentre essere ex fumatori, rispetto a essere non fumatori, risulta essere associato a un rischio più elevato di incidenza di diabete di tipo 2, questo rischio diminuisce in modo sostanziale con l'aumentare del tempo trascorso dalla cessazione.
- Smettere di fumare ha dimostrato essere efficace nel ridurre sostanzialmente il rischio di mortalità cardiovascolare e nel ridurre il numero di eventi cardiovascolari nei pazienti diabetici; tuttavia gli ex fumatori hanno ancora un rischio maggiore di malattie cardiovascolari e mortalità rispetto ai non fumatori.^{1,4,9,16}

Considerazioni importanti per i pazienti diabetici

- È essenziale sottolineare ai giovani pazienti diabetici quanto

sia importante non iniziare a fumare, perché, una volta acquisita l'abitudine, si può avere difficoltà a smettere.

- Nonostante l'importanza dell'utilizzo di tabacco nello sviluppo e nella gestione del diabete, la prevalenza di fumo nei pazienti diabetici rimane molto elevata in Europa.
- I consumatori di tabacco con diabete sono spesso informati in modo inadeguato sui benefici della cessazione e/o delle opzioni disponibili a supporto della cessazione.
- Nei pazienti con diabete di tipo 2, la cessazione del fumo è associata a un peggioramento del controllo glicemico che può durare 2-3 anni e non è correlato all'aumento di peso. Dopo la cessazione del fumo è necessario un attento monitoraggio dei pazienti diabetici e un aggiustamento dei farmaci antidiabetici per mantenere un efficace controllo glicemico.^{1,10,17-19}

Interventi per la cessazione del fumo nei pazienti diabetici

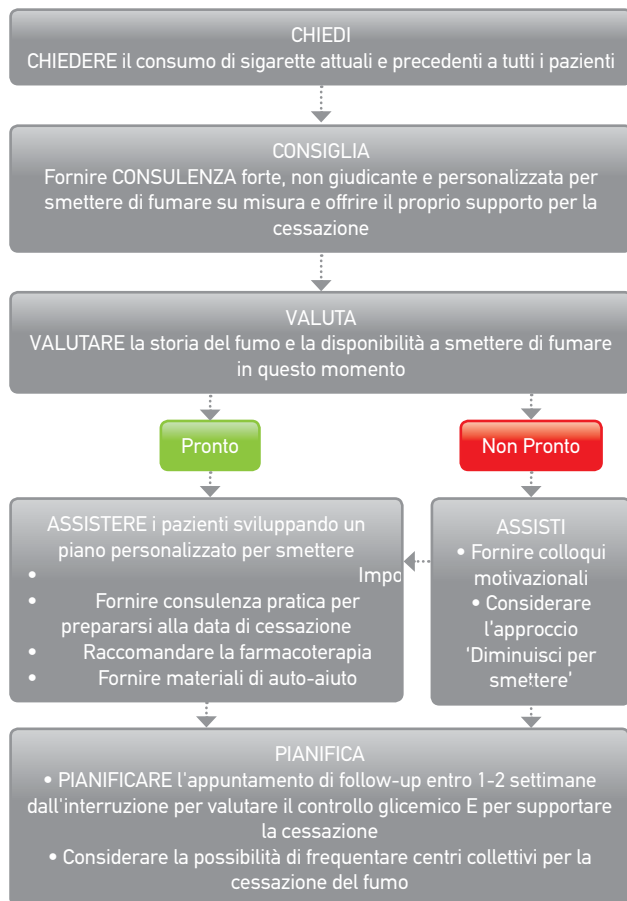
- L'evidenza suggerisce che i pazienti con diabete non adottano facilmente interventi per smettere di fumare e che i tassi di successo della cessazione sono spesso bassi. La prevenzione e la cessazione dell'uso di tabacco sono componenti importanti nella cura clinica del diabete. Tutti i pazienti diabetici dovrebbero avere documentato il loro consumo di tabacco attuale e passato. Ai pazienti che segnalano l'attuale consumo di tabacco dovrebbe essere offerto un sostegno, considerando la cessazione come una priorità. Gli interventi per smettere di fumare dovrebbero includere una combinazione tra la consulenza comportamentale e la farmacoterapia.
- Le raccomandazioni riguardanti l'efficacia degli interventi di consulenza, che sono basati su interventi per la cessazione del fumo, nella popolazione di pazienti con diabete, sono limitate dal numero esiguo di studi, dalla dimensione relativamente piccola del campione utilizzata negli studi pubblicati, nonché dall'eterogeneità degli interventi testati fino ad oggi. Esistono diversi esempi di programmi per smettere di fumare, implementati in strutture sanitarie primarie o secondarie, che hanno mostrato effetti benefici sulla cessazione del fumo nei pazienti diabetici.

- Le evidenze per indirizzare le migliori pratiche in merito all'efficacia e alla sicurezza del trattamento farmacologico per smettere di fumare sono limitate. Finora, non sono stati pubblicati studi clinici su larga scala che riportano l'efficacia e la sicurezza della terapia sostitutiva con nicotina, del Bupropione o della Vareniclina, nei pazienti con diabete. Non ci sono, tuttavia, prove per mitigare l'uso di questi farmaci di prima scelta per smettere di fumare nei pazienti diabetici. A causa dell'aumentato rischio di convulsioni, l'uso di Bupropione non è raccomandato nei pazienti con DM che usano agenti ipo-glicemici o insulina. Si raccomanda un monitoraggio più attento dei livelli degli zuccheri nel sangue, quando si usano per la prima volta dei medicinali per smettere di fumare. Inoltre, potrebbe essere necessario un adeguamento dei medicinali.²⁰⁻²²

Raccomandazioni chiave per i professionisti della salute

- L'uso attivo di tabacco e l'esposizione al fumo passivo sono associati ad un aumentato rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 e dovrebbero essere considerati importanti fattori di rischio modificabili per il diabete di tipo 2 (Livello di Evidenza A).
- I medici devono comunicare chiaramente a tutti i pazienti che fumano la forte connessione tra fumo ed esposizione al fumo passivo e il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2. Il rischio è maggiore per quelli con un'intensità di fumo più elevata; un'attenzione speciale dovrebbe essere data ai pazienti con altri fattori di rischio per il diabete (Livello di Evidenza A).
- I medici dovrebbero garantire la valutazione dell'uso di tabacco nei pazienti diabetici e la cessazione del fumo dovrebbe essere una priorità clinica nei pazienti diabetici che fumano (Livello di Evidenza A).
- Gli interventi per smettere di fumare devono essere avviati come una componente essenziale nel piano di trattamento del diabete nel paziente fumatore. Gli interventi dovrebbero includere una combinazione di consulenza comportamentale e farmacoterapia (Livello di Evidenza A).
- Le strategie "5A" sono un metodo efficace per affrontare la cessazione del fumo in ambito clinico e sono appropriate

Protocollo per il trattamento del tabacco - Pazienti diabetici



per l'uso nei pazienti diabetici (Livello di Evidenza B).

- Gli interventi per smettere di fumare che vengono implementati nell'assistenza sanitaria primaria e/o secondaria da diversi membri del team sanitario possono avere un effetto benefico sulla cessazione del fumo nei pazienti diabetici, tuttavia il numero complessivo di studi è limitato (Livello di Evidenza B).
- Nonostante il numero limitato di studi che hanno testato l'efficacia delle farmacoterapie di prima linea nei pazienti

diabetici, non vi sono prove per mitigare l'uso di farmaci di prima linea per smettere di fumare (NRT, Bupropione e Vareniclina) nei pazienti diabetici (Livello di Evidenza C).

- A causa dell'aumentato rischio di convulsioni, l'uso di Bupropione non è raccomandato nei pazienti diabetici che usano agenti ipo-glicemici o insulina (Livello di Evidenza C).
- A causa del possibile deterioramento del controllo glicemico nei primi 2-3 anni dopo l'interruzione, i medici devono monitorare attentamente la glicemia e regolare i farmaci antidiabetici per mantenere un efficace controllo glicemico dopo l'interruzione del fumo (Livello di Evidenza B).
- Si raccomanda un monitoraggio più attento dei livelli degli zuccheri nel sangue quando si usano per la prima volta i farmaci per smettere di fumare e può essere necessario un adeguamento dei farmaci (Livello di Evidenza B).^{9-15,20-34}

References

1. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus A Meta-Analysis and Systematic Review. *Circulation* 2015 published online before print doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017926.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A report of the Surgeon General. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-yearsof-progress>. Accessed December 2016.
3. The Interact consortium. Smoking and Long-Term Risk of Type 2 Diabetes: The EPI CInterAct Study in European Populations. *Diabetes Care* 2014; 37:3164–3171.
4. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 958–67.
5. Zhang L, Curhan GC, Hu FB, Rimm EB, and JP Forman. Association Between Passive and Active Smoking and Incident Type 2 Diabetes in Women. *Diabetes Care* 2011 Apr; 34(4):892-897. <https://doi.org/10.2337/dc10-2087>.
6. Wei X, Meng E., and S Yu. A meta-analysis of passive smoking and risk of developing Type Diabetes Mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2015; 107(1): 9–14.
7. S un K, Liu D, Wang C, Ren M, Yang C, and L Yan. Passive smoke exposure and risk of diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Endocrine* 2014; 47(2): 421-427.
8. Houston TK, Person SD, Pletcher MJ, Liu K, Iribarren C, Cl Kiefe. Active and passive smoking and development of glucose intolerance

- among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. *BMJ* 2006; 332:1064. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38779.584028.55>.
9. Qin R, Chen T, Lou Q, Yu D. Excess risk of mortality and cardiovascular events associated with smoking among patients with diabetes: Meta-analysis of observational prospective studies *International Journal of Cardiology* 2013;167: 342–50.
 10. Tonstad S. Cigarette smoking, smoking cessation, and diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2009;85:4–13.
 11. Chang SA. Smoking and Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab J* 2012; 36:399–403.
 12. Biesenbach G, Grafinger P, Janko O, Zazgornik J. Influence of cigarette-smoking on the progression of clinical diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients. *Clin Nephrol* 1997;48:146–50.
 13. Chuahirun T, Wesson DE . Cigarette smoking predicts faster progression of type 2 established diabetic nephropathy despite ACE inhibition. *Am J Kidney Dis* 2002; 39:376–82.
 14. Chuahirun T, Khanna A, Kimball K, Wesson DE . Cigarette smoking and increased urine albumin excretion are interrelated predictors of nephropathy progression in type 2 diabetes. *Am J Kidney Dis* 2003;41:13-21.
 15. Guillausseau PJ, Massin P, Charles MA, Allaguy H, Guvenli Z, Virally M, Tielmans D, Assayag M, Warnet A, Lubetzki J. Glycaemic control and development of retinopathy in type 2 diabetes mellitus: a longitudinal study. *Diabet Med* 1998; 15:151–5.
 16. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA* 2013;309:1014–1021.
 17. Fowler PM, Hoskins PL , McGill M, Dutton SP , Yue DK, Turtle JR. Anti-smoking Programme for Diabetic Patients: The Agony and the Ecstasy. *Diabetic Medicine* 1989;6: 698–702.
 18. Ian A. MacFarlane. The smoker with diabetes: a difficult challenge. *Postgrad Med J* 1991;67:928–930.
 19. Regber S, Kelly KB. Missed opportunities adolescents with a chronic condition (insulin dependent diabetes mellitus) describe their cigarette-smoking trajectories and consider health risks. *Acta Paediatr* 2007;96:1770–1776.
 20. Schauer GL, Halperin C, Manc LA . Health professional advice for smoking and weight in adults with and without diabetes: findings from BRFSS *Journal of Behavioral Medicine* 2013;36: 10–19.
 21. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2013. *Diabetes Care* 2013; 36:11–66.
 22. American Diabetes Association Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2016. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl. 1):S1–S112.
 23. US Department of Health and human Services. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/cliniciansproviders/guidelines-ecommandations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf. Accessed December 2015.
 24. Thankappan KR1, Mini GK, Daivadanam M, Vijayakumar G, Sarma PS, Nichter M. Smoking cessation among diabetes patients: results of a pilot randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2014;37(12):e256–e257.
 25. Thankappan KR, Mini GK, Hariharan M, Vijayakumar G, Sarma PS, Nichter. M. Smoking Cessation Among Diabetic Patients in Kerala, India: 1-Year Followup Results From a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Nursing* 2015;24:2545–2553.
 26. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews *Addiction*. 2013;108(10):1711–21.
 27. Perez-Tortosa S, Roig L, Manresa JM, Martin-Cantera C. Continued smoking abstinence in diabetic patients in primary care: A cluster randomized controlled multicenter study. *Diabetes res clinic practice* 2015;107:9 4 –1 0 3.
 28. NG, Nichter M, Padmawati RS, Prabandari YS , Muramoto M, Nichter M. Bringing smoking cessation to diabetes clinics in Indonesia. *Chronic Illn*. 2010;6(2):125–35.
 29. Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes *CMAJ*. 2007;176:1705–10.
 30. Jansink, R, Braspenning J, van der Weijden T, Elwyn G, Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis *BMC Family Practice* 2010; 11:41.
 31. American Diabetes Association Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2016. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl. 1):S1–S112.
 32. US Department of Health and human Services. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/cliniciansproviders/guidelines-ecommandations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf. Accessed December 2015.
 33. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network metaanalysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI:10.1002/14651858.CD009329.pub2.
 34. Mays D, Streisand R, Walker LR, Prokhorov AV , Tercyak KP. Cigarette smoking among adolescents with type 1 diabetes: Strategies for behavioural prevention and intervention. *Journal of Diabetes and Its Complications* 2012; 26:148–153.

7.4 > La cessazione del fumo nei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Questo capitolo speciale della Linea Guida Europea per il trattamento del tabacco ha lo scopo di sintetizzare le evidenze relative al rischio per la salute associato all'uso di tabacco in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), nonché di approcci efficaci per sostenere la cessazione in questa importante popolazione di consumatori di tabacco.

Effetti sulla salute del fumo nei pazienti con BPCO

- L'uso di tabacco è il principale fattore di rischio per lo sviluppo della BPCO. I fumatori hanno un rischio maggiore del 50% di sviluppare BPCO durante la loro vita.
- L'esposizione al fumo passivo è associata a una riduzione dello stato di salute e ad un aumento del peggioramento nei pazienti con BPCO. Diversi studi hanno documentato un legame tra il fumo passivo nell'infanzia e lo sviluppo di BPCO in età adulta.¹⁻¹³

Benefici per la salute della cessazione del fumo

- La cessazione del fumo è il trattamento più efficace per ridurre il tasso di progressione della BPCO nei pazienti che fumano ed è altamente conveniente.
- La cessazione del fumo è benefica in qualsiasi momento per i fumatori con BPCO ed è stato dimostrato che: rallenta la progressione della BPCO, riduce i tassi di peggioramento, aumenta l'efficacia dei trattamenti per la BPCO e migliora la qualità della vita generale. I sintomi respiratori migliorano 3-9 mesi dopo aver smesso di fumare e la funzione polmonare può aumentare del 10%.^{2,14-25}

Benefici della cessazione nei fumatori con BPCO

- Diminuzione della prevalenza dei sintomi respiratori
- Numero ridotto di ricoveri
- I sintomi respiratori migliorano nel primo anno post-arresto
- Il declino annuale del FEV1 è ridotto, con un calo cumulativo in 5 anni di 72 ml dopo la cessazione rispetto ai 301 ml dei

fumatori che continuano a fumare

- Riduzione della mortalità per tutte le cause
- Risulta la misura più efficace per ridurre la progressione della BPCO
- Migliora le risposte ai farmaci broncodilatatori e ai corticosteroidi per via inalatoria
- Riduce le infezioni ai bronchi

Profilo dei fumatori con BPCO

- I consumatori di tabacco con BPCO fumano di più, inalano più a fondo e sono più dipendenti dal tabacco rispetto alla popolazione generale di fumatori. Infatti, la concentrazione di monossido di carbonio (CO) espirata dai fumatori con BPCO risulta più elevata rispetto alla popolazione generale.
- I fumatori con BPCO trovano più difficile smettere di fumare rispetto alla popolazione generale di fumatori. La coesistenza della malattia BPCO con depressione, ansia, eccetera è associata a una mancanza di motivazione e di fiducia in sé stessi per smettere di fumare, riducendo così le probabilità di cessazione.
- Comprendere queste differenze e personalizzare gli interventi per smettere di fumare può aiutare ad aumentare l'efficacia dei trattamenti per la cessazione nei fumatori con BPCO.^{6,21,26-39}

Interventi di cessazione del fumo nei pazienti con BPCO

- Gli interventi per smettere di fumare devono essere integrati alle cure di routine dei pazienti con BPCO che fumano, sia in ambito di cure primarie che specialistiche. Ricoveri, peggioramenti e controlli regolari costituiscono momenti ideali per organizzare interventi per smettere di fumare.
- Tutti i pazienti devono avere una valutazione completa della storia del fumo, inclusi dipendenza da nicotina, fattori scatenanti e abitudini quotidiane. La convalida biochimica tramite esami del sangue può servire come strumento per valutare il fumo e per aumentare la motivazione dei pazienti con BPCO a smettere di fumare. Il monossido di carbonio (CO) ad aria espirata può essere utilizzato in contesti clinici per valutare lo stato del fumo e monitorare la cessazione del fumo. L'"età polmonare" può anche essere usata come

strategia secondaria di intervento nei fumatori.

- La combinazione della consulenza con la farmacoterapia è più efficace per affrontare la dipendenza da nicotina nei pazienti con BPCO rispetto a non utilizzare nessuno dei due metodi.
- I pazienti con BPCO, in particolare quelli che segnalano livelli elevati di dipendenza da nicotina, hanno più difficoltà a smettere di fumare rispetto alla popolazione generale di fumatori e richiedono un supporto strutturato e intenso.
- La farmacoterapia disponibile con comprovata efficacia per supportare la cessazione nei pazienti con BPCO che fumano include: Bupropione e Nortryptilline, Vareniclina e terapia sostitutiva della nicotina. NRT ad alte dosi, Vareniclina e Bupropione sono raccomandati nei pazienti con BPCO che riportano livelli di dipendenza da nicotina da moderati a elevati, misurati con il test di Fagerstrom per la dipendenza da nicotina.
- Quando si utilizza NRT, si consiglia vivamente la combinazione di due tipi di NRT, assunti con modalità differenti. Aumentare il periodo di tempo in cui i farmaci per smettere di fumare vengono usati, fino a sei o dodici mesi, rispetto alle 10 settimane standard di terapia NRT, può essere efficace nell'aumentare i tassi di astinenza nei fumatori con BPCO.
- Dovrebbe essere fornito un follow-up frequente per supportare la cessazione e la visita da uno specialista per la cessazione del fumo dovrebbe essere presa in considerazione.^{30,40-48}

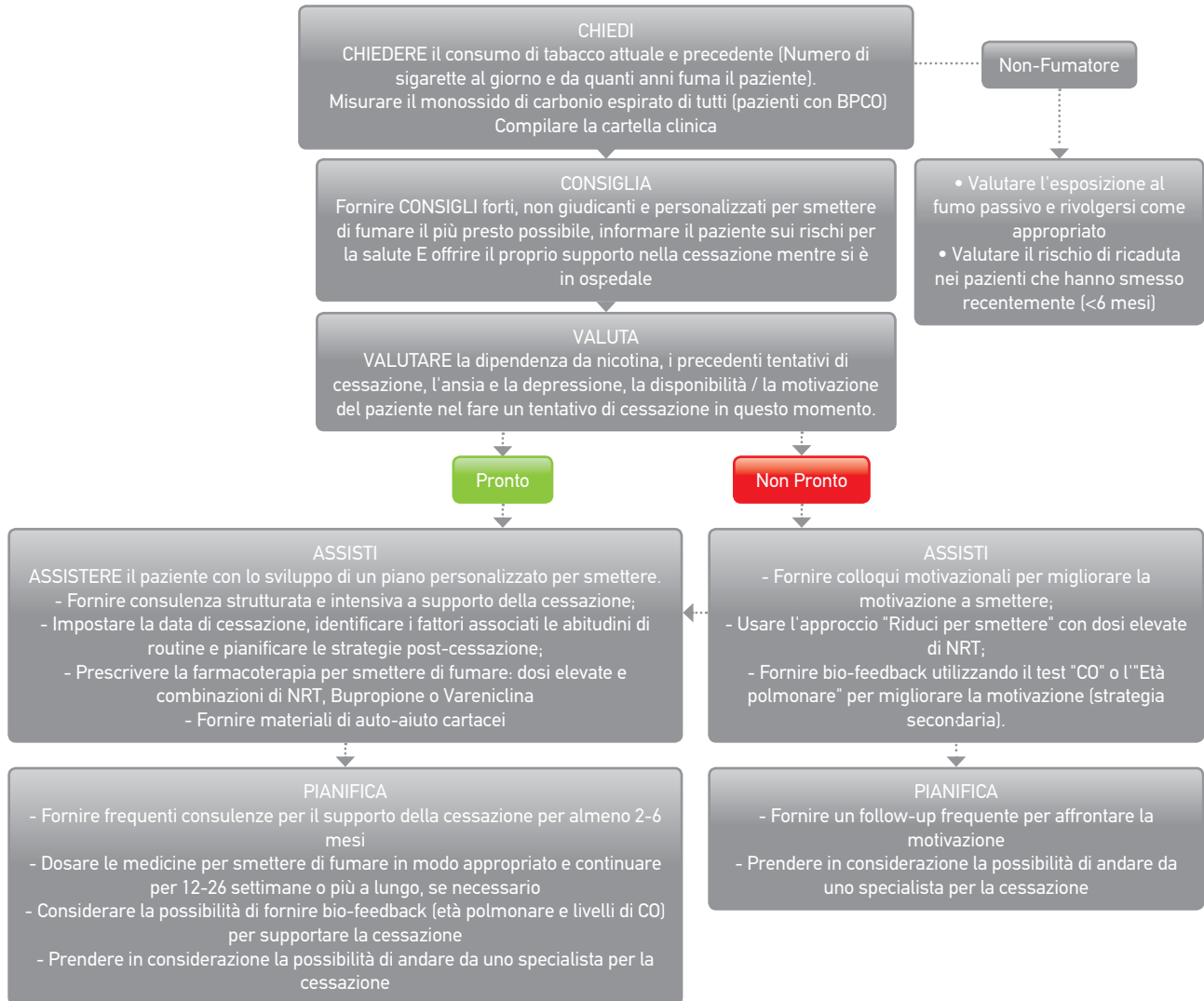
Raccomandazioni chiave per i professionisti della salute

- Nei pazienti con BPCO che continuano a fumare, la cessazione del fumo è l'intervento clinico chiave per ridurre la progressiva distruzione polmonare e il deterioramento della funzione polmonare e dovrebbe essere una priorità clinica per tutti i pazienti (Livello di Evidenza A).
- I conviventi e le famiglie di pazienti con BPCO dovrebbero essere istruiti a non esporre i pazienti con BPCO al fumo passivo e dovrebbero essere inclusi nei programmi per smettere di fumare (Livello di Evidenza D).
- Tutti gli operatori sanitari che trattano pazienti affetti da BPCO che fumano devono essere consapevoli del consumo

specifico di tabacco e delle modalità di cessazione di questo gruppo di pazienti, al fine di personalizzare le strategie di intervento e aumentare il successo della cessazione (Livello di Evidenza D).

- Gli interventi per smettere di fumare devono essere integrati nelle cure di routine dei pazienti affetti da BPCO che fumano, sia nelle cure primarie che in contesti specialistici (Livello di Evidenza A).
- I fornitori di cure primarie, gli pneumologi e gli altri operatori sanitari, coinvolti nel trattamento della BPCO, dovrebbero essere addestrati nel trattamento della cessazione del fumo, basandosi sull'evidenza scientifica, ed essere preparati a fornire farmacoterapie e consulenza per la cessazione del fumo ai loro pazienti con BPCO o possono indirizzarli a un collega addestrato nella cessazione del fumo (Livello di Evidenza A).
- Una combinazione di consulenza ad alta intensità e farmacoterapia è la strategia più efficace per il trattamento dell'uso di tabacco nei pazienti con BPCO (Livello di Evidenza B).
- Il monossido di carbonio (CO) dell'aria espirata e la cotinina sono utili biomarcatori non invasivi dell'esposizione al fumo di tabacco e possono essere utilizzati in contesti clinici per valutare lo stato del fumo e monitorare la cessazione del fumo (Livello di Evidenza A).
- I medici che supervisionano la cura dei fumatori con BPCO dovrebbero cogliere l'occasione per valutare i valori di CO ogni volta che è possibile nelle visite di follow-up e usarlo come uno strumento motivazionale per supportare i tentativi di cessazione, essendo allo stesso tempo consapevoli dei livelli più alti di CO dovuti al processo di infiammazione delle vie aeree (Livello di Evidenza B).
- Il ruolo dell'"età polmonare" per aumentare la motivazione del paziente a smettere di fumare merita ulteriori indagini (Livello di Evidenza C).
- Un numero crescente di prove suggerisce che la maggior parte dei pazienti con BPCO, in particolare quelli che segnalano alti livelli di dipendenza da nicotina, hanno bisogno di un supporto strutturato e intensivo per smettere di fumare (Livello di Evidenza C).

Protocollo per il trattamento del tabacco - Pazienti con BPCO



- La NRT può essere utilizzata per supportare l'interruzione del fumo nei pazienti con BPCO; tuttavia il dosaggio standard di NRT nelle popolazioni di BPCO ha prodotto tassi di cessazione più bassi rispetto alla popolazione generale di

fumatori (Livello di Evidenza A).

- La NRT a dosi elevate è raccomandata per i pazienti con BPCO che riportano livelli di dipendenza da nicotina da moderati a elevati, misurati con il test di Fagerstrom per la dipendenza

da nicotina. La combinazione di due tipi di NRT con diverse modalità di assunzione è altamente raccomandata (Livello di Evidenza A).

- L'aumento del tempo dell'utilizzo della NRT fino a sei o dodici mesi, rispetto alle 10 settimane standard di terapia NRT, può essere efficace nell'aumentare i tassi di astinenza nei fumatori con BPCO (Livello di Evidenza A).
- Nei pazienti con BPCO con bassa motivazione a smettere, la NRT può essere utilizzata per supportare la riduzione graduale del fumo (Livello di Evidenza B).
- La Vareniclina è un farmaco di prima linea per smettere di fumare, che si è dimostrato efficace nel sostenere la cessazione nei fumatori con BPCO, indipendentemente dalla gravità della malattia o dal numero di sigarette fumate (Livello di Evidenza B).
- Il Bupropione è un aiuto efficace per sostenere la cessazione del fumo nei pazienti con BPCO ed è sicuro usare il Bupropione in questa popolazione di fumatori (Livello di Evidenza B).^{21,28,34,40,47-69}

References

1. de Marco R, Accordini S, Anto JM, et al. Long-term outcomes in mild/moderate chronic obstructive pulmonary disease in the European community respiratory health survey. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180(10):956-63.
2. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J.* 1977;1(6077):1645-8.
3. Garcia Rodriguez LA, Wallander MA, Tolosa LB, Johansson S. Chronic obstructive pulmonary disease in UK primary care: incidence and risk factors. *COPD.* 2009;6(5):369-79.
4. Lundback B, Lindberg A, Lindstrom M, et al. Not 15 but 50% of smokers develop COPD?--Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med.* 2003;97(2):115-22.
5. Marsh S, Aldington S, Shirtcliffe P, Weatherall M, Beasley R. Smoking and COPD: what really are the risks? *Eur Respir J* 2006;28:883-6.
6. Walters N, T. C. Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers who attribute respiratory symptoms to smoking with those who do not. *Br J Gen Pract.* 2002;52(475):132-4.
7. EPA California. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Sacramento, CA; 2005.
8. Johannessen A, Bakke PS, Hardie JA, Eagan TM. Association of exposure to environmental tobacco smoke in childhood with chronic obstructive pulmonary disease and respiratory symptoms in adults. *Respirology.* 2012;17(3):499-505.
9. Jordan RE, Cheng KK, Miller MR, Adab P. Passive smoking and chronic obstructive pulmonary disease: cross-sectional analysis of data from the Health Survey for England. *BMJ Open.* 2011;1(2):e000153.
10. Eisner MD, Iribarren C, Yelin EH, et al. The impact of SHS exposure on health status and exacerbations among patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2009;4:169-76.
11. Kim WJ, Song JS, Park DW, et al. The effects of second hand smoke on chronic obstructive pulmonary disease in non smoking Korean adults. *Korean J Intern Med.* 2014;29(5):613-9.
12. Calverley PM, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet.* 2003;362(9389):1053-61.
13. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J.* 2006;27(1):188-207.
14. Hersh CP, DeMeo DL, Al-Ansari E, et al. Predictors of survival in severe, early onset COPD. *Chest.* 2004;126(5):1443-51.
15. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176(6):532-55.
16. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist AS. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. *Am J Med.* 1999;106(4):410-6.
17. Makris D, Scherpereel A, Copin MC, et al. Fatal interstitial lung disease associated with oral erlotinib therapy for lung cancer. *BMC Cancer* 2007;150(7):1-4.
18. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS. Smoking Cessation and Lung Function in Mild-to-Moderate Chronic obstructive Pulmonary Disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000;161(2):381-90.
19. Laniado-Laborin R. Smoking and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Parallel Epidemics of the 21st Century. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6(1):209-24.
20. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *Eur Respir J.* 2008;34(4):844-53.
21. Underner M, Perriot J, Peiffer G. Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Mal Respir.* 2014;31(10):937-60.
22. Barnett M. COPD: Smoking cessation *Community Nursing Journal.* 2008;22(11):36-40.
23. van Schayck OC, Haughney J, Aubier M, et al. Do asthmatic smokers benefit as much as non-smokers on budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy? Results of an open label study. *Respir Med.* 2012;106(2):189-96.
24. Finkelstein R, Fraser RS, Ghezzi H, Cosio MG. Alveolar inflammation and its relation to emphysema in smokers. *Am J Respir Crit Care Med.* 1995;152(5 Pt 1):1666-72.

25. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function. *Am Rev Respir Dis.* 1981;123(2):149-55.
26. Davila EP, Zhao W, Byrne M, et al. Correlates of smoking quit attempts: Florida Tobacco Callback Survey, 2007. *Tob Induc Dis.* 2009;5:10.
27. Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberberger R, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control.* 1996;5(1):52-6.
28. Wilson JS, Fitzsimons D, Bradbury I, Stuart Elborn J. Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(4):508-17.
29. Wilson JS, Elborn JS, D. F. 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. *J Clin Nurs* 2011;20:819-27.
30. Jimenez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J.* 2015.
31. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). *European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence.* First Edition; 2012.
32. Jimenez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest.* 2001;119(5):1365-70.
33. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax.* 2006;61(12):1043-7.
34. Wagena EJ, Arrindell WA, Wouters EF, van Schayck CP. Are patients with COPD psychologically distressed? *Eur Respir J.* 2005;26(2):242-8.
35. van Eerd EA, van Rossem CR, Spigt MG, Wesseling G, van Schayck OC, D. K. Do we need tailored smoking cessation interventions for smokers with COPD? A comparative study of smokers with and without COPD regarding factors associated with tobacco smoking. *Respiration.* 2015;90(3):211-9.
36. Devins GM, Edwards PJ. Self efficacy and smoking reduction in COPD. *Behav Ther.* 1988;26c:127-35.
37. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, Wouters EF, Severens JL. The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Addiction.* 2009;104(12):2110-7. 126.
38. Eklund BM, Nilsson S, Hedman L, Lindberg I. Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study. *Tob Induc Dis.* 2012;10(1):17.
39. Hilberink SR. *Smoking cessation support for COPD patients in general practice.* Nijmegen. Holland: Radbound University; 2013.
40. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). *Guidelines for Treating Tobacco Dependence, 2nd Edition.* Brussels, Belgium; 2017.
41. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, MPMH R-vM. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax.* 2010;65:711-8.
42. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD : a network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J.* 2009;34(3):634-40.
43. Thabane M, COPD Working Group. Smoking Cessation for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2012;12(4):1-50.
44. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(2):CD002999.
45. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(10):CD009670.
46. Pires-Yfantouda R, Absalom G, Clemens F. Smoking cessation interventions for COPD: a review of the literature. *Respir Care.* 2013;58(11):1955-62.
47. Lira-Mandujano J, Miguez-Varela MC, Sara E, Cruz-Morales SE. Psychological Approaches to Increase Tobacco Abstinence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. *Respiratory Disease and Infection -A New Insight: InTech;* 2013.
48. West R, McNeill A, Raw A. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax.* 2000;55(12):987-99.
49. Bolman C, Sino C, Hekking P, van Keimpema A, van Meerbeeck J. Willingness of pulmonologists to guide COPD patients in smoking cessation. *Patient Educ Couns.* 2005;57(1):126-33.
50. Kava T, Taylor J, Gamble E, Partridge MR. The availability of smoking cessation advice from health professionals--a census from one East London District. *Respir Med.* 2000;94(10):983-4.
51. Cabana MD, Rand C, Slish K, Nan B, Davis MM, Clark N. Pediatrician self-efficacy for counseling parents of asthmatic children to quit smoking. *Pediatrics.* 2004;113(1 Pt1):78-81.
52. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD000214.
53. Spanou C, Simpson SA, Hood K, et al. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PREEMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *BMC Fam Pract.* 2010;11:69.
54. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd Edition.* New York, NY: Guilford Press.;2002.
55. Lou P, Zhu Y, Chen P, et al. Supporting smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease with behavioural intervention: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2013;14:91.
56. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV 1. The Lung Health Study. *JAMA.* 1994;272(19):1497-505.
57. Hilberink SR, Jacobs JE, Breteler MH, de Vries H, Grol RP. General

practice counseling for patients with chronic obstructive pulmonary disease to quit smoking: impact after 1 year of two complex interventions. *Patient Educ Couns*. 2011;83(1):120-4.

58. Willemse B, Lesman-Leegte I, Timens W, Postma D, ten Hacken N. High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD. *Chest*. 2005;128(5):3685-7.
59. van der Molen T, Willemse B WM, Schokker S, ten Hacken NHT, Postma DS, Juniper E. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:13.
60. Papadopoulos G, Vardavas CI, Limperi M, Linardis A, Georgoudis G, Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulmonary Medicine*. 2011;11:13.
61. Tonnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest*. 2006;130(2):334-42.
62. Jimenez Ruiz CA, Cicero Guerrero AM, Mayayo Ulibarri ML, Cristobal Fernandez MI, Gonzalez GL. Phenotypic features in COPD smokers attending a smoking cessation unit. *Eur Respir J*. 2011;38:1562.
63. Trofor A, Mihaltan F, Pop M, Todea D, Mihaicuta S. Romanian Society of Pulmonologists Guideline for Smoking Cessation and Smokers' assistance. Tehnopres Publishing House, Iasi. 2010.
64. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;1:CD000031.
65. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo controlled, randomised trial. *Lancet*. 2001;357(9268):1571-5.
66. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, Wouters EF, van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 2005;165(19):2286-92.
67. Stefanatou A. Smoking Cessation in Cardiovascular Patients. *Hellenic J Cardiol* 2008;49(6):422-31.
68. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest*. 2011;139(3):591-9.
69. Jimenez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, Lopez Gonzalez G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(9):1035-9.

7.5 ▶ La cessazione del fumo nei pazienti con malattie cardiovascolari

Questo capitolo speciale della Linea Guida Europea per il trattamento del tabacco ha lo scopo di sintetizzare le evidenze

relative ai rischi per la salute associati all'uso del tabacco in pazienti con malattie cardiovascolari, nonché di approcci efficaci per sostenere la cessazione in questa importante popolazione di consumatori di tabacco.

Effetti cardiovascolari sulla salute dell'uso del tabacco

- Il fumo è responsabile del 50% di tutti i decessi evitabili tra i fumatori e la metà di questi sono causati da malattie cardiovascolari (CVD).
- L'utilizzo di tabacco contribuisce in modo determinante all'insorgenza e allo sviluppo di ipertensione, di malattia coronarica, di infarto miocardico acuto, di morte cardiaca improvvisa, di insufficienza cardiaca e di loro complicanze.
- Le persone esposte al fumo passivo hanno un aumento dal 20 al 30% del rischio di morbilità e mortalità causate da malattie coronariche.
- La legge antifumo è associata a una ridotta incidenza di infarto miocardico e di mortalità nella popolazione.¹⁻²³

Benefici per la salute della cessazione del fumo

- La cessazione del fumo dopo un infarto miocardico riduce la mortalità cardiovascolare del 36-46%.
- La cessazione del fumo dovrebbe essere una priorità per la prevenzione primaria e secondaria di tutte le forme di malattie cardiache e dovrebbe essere trattata con lo stesso rigore di altri importanti fattori di rischio come diabete, ipertensione e dislipidemia.
- Smettere di fumare provoca maggiori riduzioni della mortalità per malattia cardiovascolare rispetto a qualsiasi altra misura di prevenzione secondaria, incluso l'uso di β-bloccanti, di inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina, di statine o di aspirina. Inoltre, i benefici dei farmaci antipertensivi o ipolipemizzanti sono significativamente ridotti in coloro che continuano a fumare.^{7,24,25-35}

Interventi di cessazione del fumo per pazienti con malattia cardiovascolare

- La combinazione della farmacoterapia con il supporto comportamentale produce una maggiore efficacia rispetto alle terapie singole ed è raccomandata in tutti i pazienti

con malattia cardiovascolare che fumano. Gli interventi comportamentali sono più efficaci nel promuovere l'astinenza se sono di intensità e durata sufficienti.

- La terapia sostitutiva con nicotina, il Bupropione e la Vareniclina sono farmaci di prima linea per smettere di fumare e hanno dimostrato di aumentare significativamente l'astinenza dal fumo nei pazienti con malattie cardiovascolari. Questi farmaci sono sicuri da usare in pazienti con malattie cardiovascolari stabili. Prove emergenti supportano anche il loro uso in pazienti con malattie cardiovascolari acute, tuttavia sono necessarie ulteriori ricerche in questa popolazione di pazienti.
- Il ricovero per malattie cardiovascolari offre l'opportunità di iniziare a smettere di fumare. In questo contesto, è stato dimostrato che una breve consulenza durante il ricovero seguita da una consulenza telefonica o da altri follow-up dopo la dimissione aumentano in modo significativo i tassi di cessazione del fumo. L'inizio della farmacoterapia durante il ricovero in ospedale aumenta i tassi di cessazione dopo la dimissione.
- Dato il ruolo centrale che il fumo svolge nell'aumentare la pressione sanguigna, inducendo l'aterosclerosi e aumentando notevolmente il rischio di infarto miocardico, di ictus e di malattia vascolare periferica, l'interruzione del fumo dovrebbe essere vista come una responsabilità fondamentale di ogni specialista cardiovascolare.^{32,36-62}

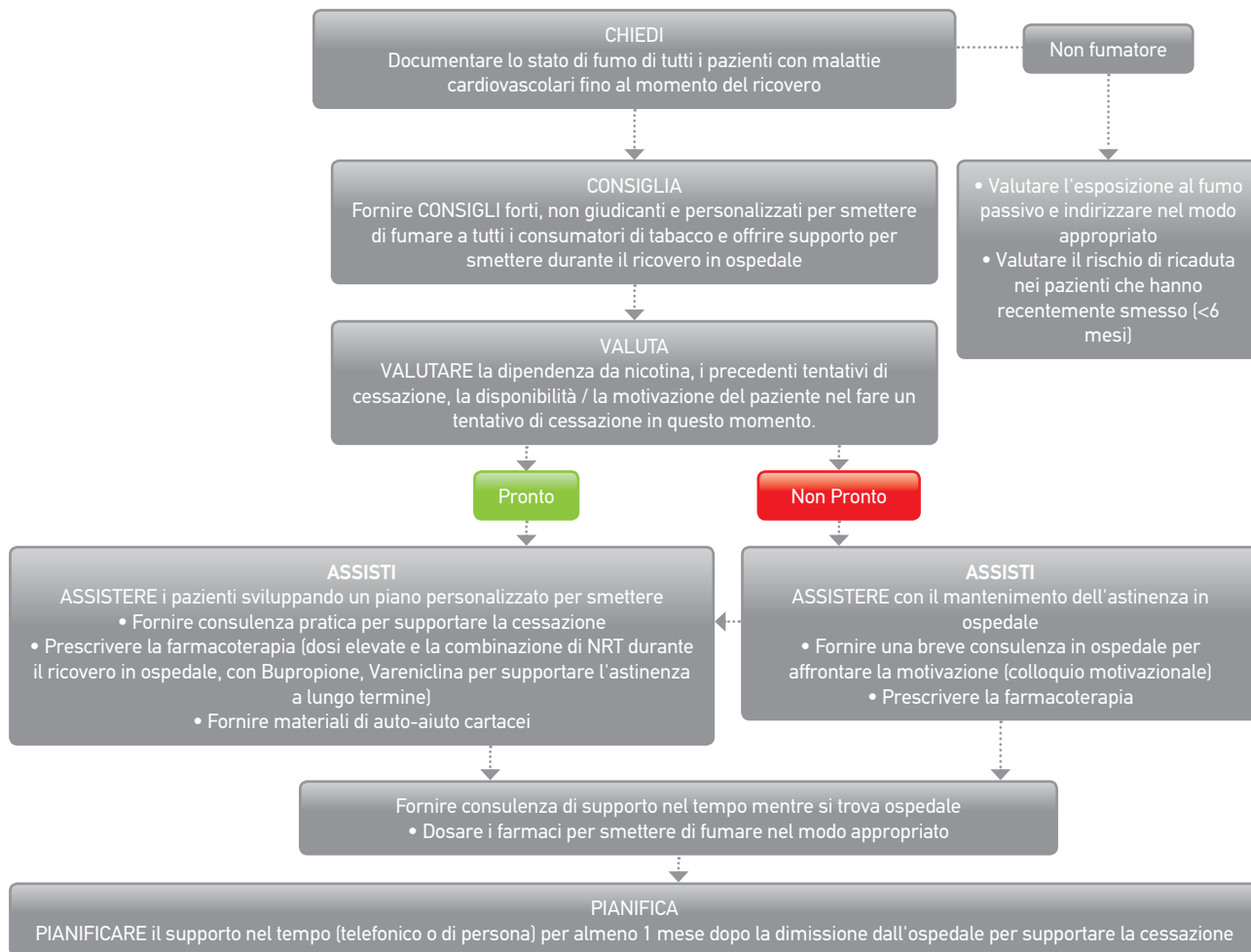
Raccomandazioni chiave per i professionisti della salute

- Il fumo è un importante fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari e deve essere trattato con la stessa importanza di altri fattori di rischio cardiovascolare come ipertensione, dislipidemia o diabete (Livello di Evidenza A).
- L'esposizione al fumo passivo è pericolosa quasi quanto l'uso attivo di tabacco, quindi l'esposizione al fumo passivo dovrebbe essere limitata (Livello di Evidenza B).
- La legge antifumo è associata alla riduzione a livello di popolazione degli eventi di infarto miocardico e di mortalità per le malattie cardiovascolari e dovrebbe essere una priorità per ogni paese (Livello di Evidenza C).
- La cessazione del fumo è una potente strategia per

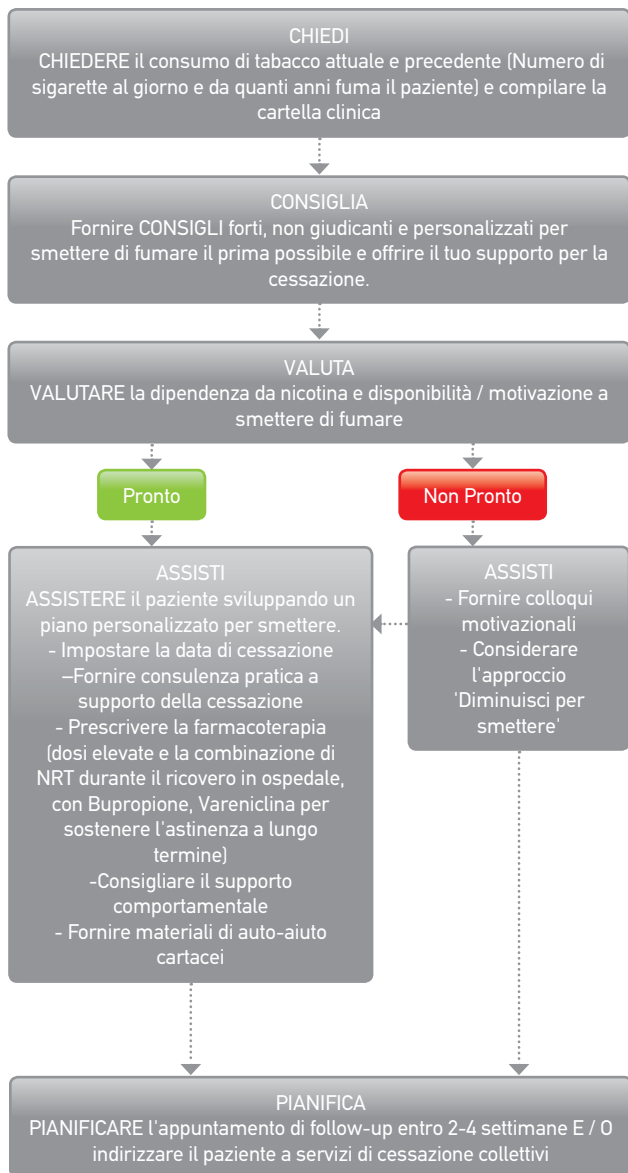
la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari e dovrebbe essere una priorità clinica per tutti i pazienti con malattie cardiovascolari che fumano (Livello di Evidenza A).

- Gli operatori sanitari, che lavorano con pazienti affetti da malattie cardiovascolari, devono ricevere una formazione adeguata ed essere pronti a intervenire sui pazienti che fumano utilizzando approcci terapeutici basati sull'evidenza scientifica (Livello di Evidenza A).
- La combinazione della farmacoterapia con il supporto comportamentale produce una maggiore efficacia rispetto alle terapie singole ed è raccomandata in tutti i pazienti fumatori con malattie cardiovascolari (Livello di Evidenza A).
- Gli interventi comportamentali sono efficaci nel promuovere l'astinenza, purché siano di intensità e durata sufficienti (Livello di Evidenza A).
- Nei pazienti ricoverati in ospedale con una patologia correlata a malattie cardiovascolari, gli interventi per smettere di fumare, inclusa la farmacoterapia, devono essere avviati durante il loro ricovero, come metodo standard di terapia (Livello di Evidenza A). Almeno un mese di supporto post-dimissione aumenterà ulteriormente i tassi di cessazione (Livello di Evidenza A).
- Il modello Le "5A" (chiedere (Ask), consigliare (Advise), valutare (Assess), assistere (Assist), pianificare (Arrange)) deve essere usato nei pazienti con malattie cardiovascolari, in tutti i contesti clinici, per smettere di fumare (Livello di Evidenza A).
- La terapia sostitutiva con nicotina (Livello di Evidenza A), il Bupropione (Livello di Evidenza A) e la Vareniclina (Livello di Evidenza A) sono farmaci di prima linea per smettere di fumare e hanno dimostrato di aumentare significativamente l'astinenza dal fumo in pazienti con malattie cardiovascolari. Inoltre, sono sicuri da usare nei pazienti con malattie cardiovascolari stabili.
- Sebbene non ci siano prove che suggeriscano problemi di sicurezza dell'uso della NRT nei pazienti con sindrome coronarica acuta, sono necessarie ulteriori ricerche per aumentare la forza di questa evidenza (Livello di Evidenza D).^{40,62-64}

Protocollo per il trattamento del tabacco - pazienti con malattie cardiovascolari (CVD) - strutture ospedaliere



Protocollo per il trattamento del tabacco - pazienti con malattie cardiovascolari (CVD)- strutture per la cura primaria e ambulatori di cardiologia



References

1. Mendis S., Puska P., Norrving B. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization (WHO), World Heart Federation (WHF), World Stroke Organization (WSO); 2011.
2. Doll R, Peto R, Boeham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
3. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003(46):11-29.
4. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004(328):217-9.
5. Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum A, et al. Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2003;163(19):2301-5.
6. He J, Ogden LG, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C, Whelton PK. Risk Factors For Congestive Heart Failure In US Men And Women: NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study *Arch Intern Med* 2001(161):996-1002.
7. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation*. 1997;96(9):3243-7.
8. Pujades-Rodriguez M, George J, Shah AD, et al. Heterogeneous associations between smoking and a wide range of initial presentations of cardiovascular disease in 1937360 people in England: lifetime risks and implications for risk prediction. *Int J Epidemiol*. 2015;44(1):129-41.
9. Schroeder SA. New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *N Engl J Med*. 2013(368):389-90.
10. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
11. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, et al. Effect Of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction In 52 Countries (The INTERHEART Study): Case-Control Study. *Lancet* 2004(364):937-52.
12. Mahonen MS, Mcelduff P, Dobson AJ, Kuulasmaa KA, A E. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations. *Tob Control* 2004(13):244-50.
13. Parish S, Collins R, Peto R, et al. Cigarette Smoking, Tar Yields, And Non-Fatal Myocardial Infarction: 14,000 Cases And 32,000 Controls In The United Kingdom. The International Studies Of Infarct Survival (ISIS) Collaborators. *BMJ* 1995(311):471-7.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use: health effects of cigarette smoking. 2012 [cited; Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
15. Wilhelmsson C, Vedin JA, Elmfeldt D, Tibblin G, Wilhelmsen L. Smoking and myocardial infarction. *Lancet*. 1975(1):415-20.

16. Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Miller DR, Stolley PD, Shapiro S. Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age. *JAMA*. 1985(253):2965–9.
17. Hartz AJ, Barboriak PN, Anderson AJ, Hoffmann RG, Barboriak JJ. Smoking, coronary artery occlusion and nonfatal myocardial infarction. *JAMA*. 1981(246):851–3.
18. Mulcahy R, Hickey N, Graham IM, MacAirt J. Factors affecting the five-year survival rate of men following acute coronary heart disease. *Am Heart J* 1977(93):556–9.
19. Rajat SB. Mechanisms of Coronary Thrombosis in Cigarette Smoke Exposure. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2013;7(33):1460-7.
20. Kaptoge S, Di Angelantonio E, Lowe G, et al. Emerging Risk Factors Collaboration. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant meta-analysis. *Lancet*. 2010(375):132–40.
21. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
22. Raupach T, Schafer K, Konstantinides S, Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *European heart journal*. 2006(27):386–92.
23. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med*. 1999(340):920–6.
24. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000;160(7):939-44.
25. Woolf SH. The need for perspective in evidence-based medicine. *JAMA*. 1999;282(24):2356-65.
26. Lightwood J. The economics of smoking and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;46(1):39-78.
27. Eddy DM. David Eddy ranks the tests. *Harv Health Lett*. 1992;17:10-1.
28. Kahn R, Robertson JT, Smith R, Eddy D. The Impact of Prevention on Reducing the Burden of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2008;118:576-85.
29. Hausteil KO, Krause J, Hausteil H, Rasmussen T, Cort N. Changes in hemorheological and biochemical parameters following short-term and long-term smoking cessation induced by nicotine replacement therapy (NRT). *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2004;42(2):83-92.
30. van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DFM, Veldkamp RF, van Herwerden LA, Bogers AJJC. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36(3):878-83.
31. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1990.
32. Barth J, Jacob T, Daha I, Critchley JA. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(7):CD006886.
33. Mohiuddin SM 1, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hilleman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*. 2007;131(2):446-52.
34. Tonstad S, J. A.J. Cardiovascular risks associated with smoking: a review for clinicians. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006;13(4):507-14.
35. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003;290(1):86-97.
36. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European heart journal*. 2012;33(13):1635-701.
37. Editorial. Cardiologists should be less passive about smoking cessation. *The Lancet*. 2009;373:867.
38. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
39. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. First Edition; 2012.
40. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD000165.
41. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London; 2008.
42. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(10):CD009670.
43. Mottillo S, Filion KB, Belisle P, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European heart journal*. 2009;30(6):718-30.
44. Thomson CC, Rigotti NA. Hospital and clinic based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;45(6):459-79.
45. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A randomized controlled trial of smoking cessation counselling after myocardial infarction. *Prev Med*. 2000;30(4):261-8.
46. De Busk RF, Miller NH, Superko R, et al. A case-management system

- for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med.* 1994;120(9):721-9.
47. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction.* 2013;108(10):1711-21.
 48. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.
 49. Mills EJ, Thorklund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular Events Associated With Smoking Cessation Pharmacotherapies. A Network Meta- Analysis. *Circulation.* 2014;129:28-41.
 50. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2008;179:135-44.
 51. Woolf KJ, Zabad MN, Post JM, McNitt S. Effect of Nicotine Replacement Therapy on Cardiovascular Outcomes After Acute Coronary Syndromes. *Am J Cardiol* 2012;110:968-70.
 52. Centers for Disease Control and Prevention. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US); 2010.
 53. Stahl SM, Pradko JF, Haight BR, Modell JG, Rockett CB, S. L-C. A Review of the Neuropharmacology of Bupropion, a Dual Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2004;6(4):159-66.
 54. Mansvellder HD, Fagen ZM, Chang B, Mitchum R, et al. Bupropion inhibits the cellular effects of nicotine in the ventral tegmental area. *Biochem Pharmacol.* 2007;74(8):1283-91.
 55. Lembke A, Johnson K, DeBattista C. Depression and smoking cessation: Does the evidence support psychiatric practice? *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007;3(4):487-93.
 56. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD000031.
 57. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *European heart journal.* 2003;24(10):946-55.
 58. Stefanatou A. Smoking Cessation in Cardiovascular Patients. *Hellenic J Cardiol* 2008;49(6):422-31.
 59. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;296(1):56-63.
 60. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103. DOI:10.1002/14651858.CD006103.pub7.
 61. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomized open-label trial. *Thorax.* 2008;63(8):717-24.
 62. Pipe AL, Eisenberg MJ, Gupta A, Reid RD, Suskin NG, Stone JA. Smoking cessation and the cardiovascular specialist: Canadian Cardiovascular Society position paper. *Can J Cardiol.* 2011;27(2):132-7.
 63. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;16(5):CD001837.
 64. Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, Old W, et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation.* 2016; 133:21-30.



Published by:
ENSP