

Ministero della Salute  
Istituto Superiore di Sanità

# Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

Aggiornamento 2008

*Guida breve per la realizzazione degli interventi*

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga



## **Osservatorio Fumo, Alcol e Droga**

Dipartimento del Farmaco  
Istituto Superiore di Sanità  
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma  
[www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad)  
E-mail: [osservatorio.fad@iss.it](mailto:osservatorio.fad@iss.it)

in collaborazione con:

## **Cochrane Drugs and Alcohol Group**

Dipartimento di Epidemiologia ASL RM/E  
Via di Santa Costanza, 53 - 00198 Roma  
[www.cdag.cochrane.org](http://www.cdag.cochrane.org)

Le Linee Guida in formato integrale possono essere consultate e scaricate dal sito web [www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad) oppure possono essere richieste contattando il Telefono Verde 800554088 dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità.

# Guida rapida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

**Aggiornamento 2008**

---

## **Autori**

Piergiorgio Zuccaro (coordinatore), Laura Amato, Graziella Caraffa, Fiorenzo Massimo Corti, Marina Davoli, Domenico Enea, Vincenzo Fogliani, Daniela Galeone, Elena Malvezzi, Silvia Minozzi, Stefano Nardini, Roberta Pacifici, Diego Vanuzzo.

## **Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga**

Giordano Carosi, Alessandra Di Pucchio, Laura Martucci, Luisa Mastrobattista, Donatella Mattioli, Monica Mazzola, Gabriele Modigliani, Claudia Mortali, Enrica Pizzi, Silvia Rossi, Giulia Scaravelli, Renata Solimini.

## **Revisori**

Giuseppe Benagiano, Roberto Bertolini, Germano Bettoncelli, Giulio Bigotti, Massimo Chiariello, Carlo Cis, Claudio Cricelli, Vincenzo Cuomo, Roberto De Marco, Mario De Palma, Carlo Di Clemente, Fabrizio Faggiano, Francesco Forastiere, Silvio Garattini, Marinella Gattone, Simona Giampaoli, Donato Greco, Gabriella Greco, Roberto Grilli, Giovanni Invernizzi, Maurizio Laezza, Carlo La Vecchia, Giacomo Leopardi, Alessandro Liberati, Franco Macagno, Giacomo Mangiaracina, Roberto Masironi, Antonino Mazzone, Alfonso Mele, David Mocini, Anna Maria Moretti, Michele Muggeo, Gian Luigi Nicolosi, Carlo Alberto Perucci, Giorgio Flavio Pintus, Michele Quaranta, Pio Enrico Ricci Bitti, Eugenio Sabato, Giulia Scaravelli, Francesco Schittulli, Francesco Tancredi, Benedetto Terracini, Umberto Veronesi.





# Indice

<b>Introduzione</b>	<b>pag. 7</b>
<b>Intervento clinico minimo</b>	<b>pag. 10</b>
• <b>ASK: chiedere se fuma</b>	<b>pag. 12</b>
• <b>ADVICE: raccomandare di smettere</b>	<b>pag. 14</b>
• <b>ASSESS: identificare i fumatori motivati a smettere</b>	<b>pag. 16</b>
• <b>ASSIST: aiutare a smettere</b>	<b>pag. 16</b>
• <b>ARRANGE: pianificare follow up</b>	<b>pag. 20</b>
<b>Popolazioni oggetto di intervento</b>	<b>pag. 24</b>
<b>Suggerimenti per il fumatore</b>	<b>pag. 27</b>
<b>Carta del rischio cardiovascolare</b>	<b>pag. 31</b>
<b>Carta del rischio di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</b>	<b>pag. 36</b>
<b>Sintesi delle raccomandazioni</b>	<b>pag. 40</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>pag. 43</b>





## Introduzione

Queste Linee Guida, che sono un aggiornamento al 31 dicembre 2007, sono rimaste sostanzialmente invariate nella struttura e per il tipo di intervento raccomandato rispetto alle Linee Guida pubblicate nel 2002. Obiettivo delle Linee Guida è quello di promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nella popolazione italiana. Questo obiettivo si colloca all'interno di un progetto più ampio legato alla promozione di stili di vita salutari, della prevenzione e della comunicazione pubblica sulla salute. La prevenzione, attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria, di alcune malattie legate a stili di vita non corretti rimane uno degli obiettivi prioritari indicati dal Ministero della Salute e sottolineato anche nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008.

La prevenzione del tabagismo e la lotta contro il consumo di tabacco sono obiettivi delle politiche sanitarie non solo nel nostro Paese, ma anche della comunità internazionale. Di fatto sia l'Unione Europea che l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandano la necessità di un approccio multisettoriale a tutte le problematiche relative al consumo di tabacco e l'implementazione di politiche che abbiano un impatto misurabile sulla riduzione dell'uso di tabacco.

In particolare viene data molta importanza agli interventi che favoriscono la disassuefazione dal fumo, tramite il contributo dei Medici di Medicina Generale (MMG), e i Centri Antifumo già operanti su tutto il territorio nazionale.

Il MMG, al quale sono indirizzate queste Linee Guida, può essere determinante per combattere la dipendenza da tabacco, anche semplicemente attraverso interventi brevi, attuabili nel corso della propria attività clinica quotidiana. Tali interventi, la cui efficacia è ampiamente dimostrata dalla letteratura, sono di importanza fondamentale soprattutto se attuati dal medico di famiglia o anche dai farmacisti, per il particolare rapporto di fiducia che li lega al pubblico e per il numero rilevante dei loro contatti.

Questa guida rapida nella quale sono riassunti i punti salienti della versione integrale delle Linee Guida è stata realizzata con la speranza e la fiducia che possa rappresentare uno strumento agile ed efficace per la realizzazione degli interventi di contrasto all'abitudine al fumo di tabacco.

### Il fumo in Italia

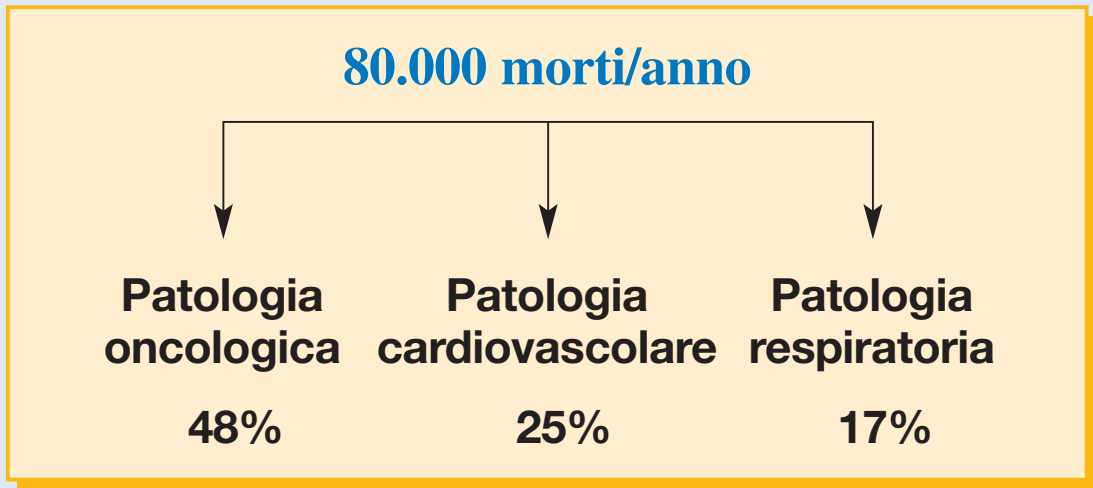
**M >15 anni**  
**27,9%**

**F >15 anni**  
**19,3%**

- Chi inizia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che inizia fumare all'età di 20 anni
- L'abitudine al fumo dei ragazzi dipende fortemente dall'esempio fornito dai genitori
- Più del 50% dei bambini è correntemente esposto al fumo passivo nelle mura domestiche, soprattutto nelle famiglie di condizione sociale più bassa
- L'esposizione al fumo passivo è causa di aumento del rischio per malattie respiratorie (particolarmente tra i bambini), per infarto del miocardio e per tumore polmonare.



### Sono attribuibili al fumo di tabacco in Italia



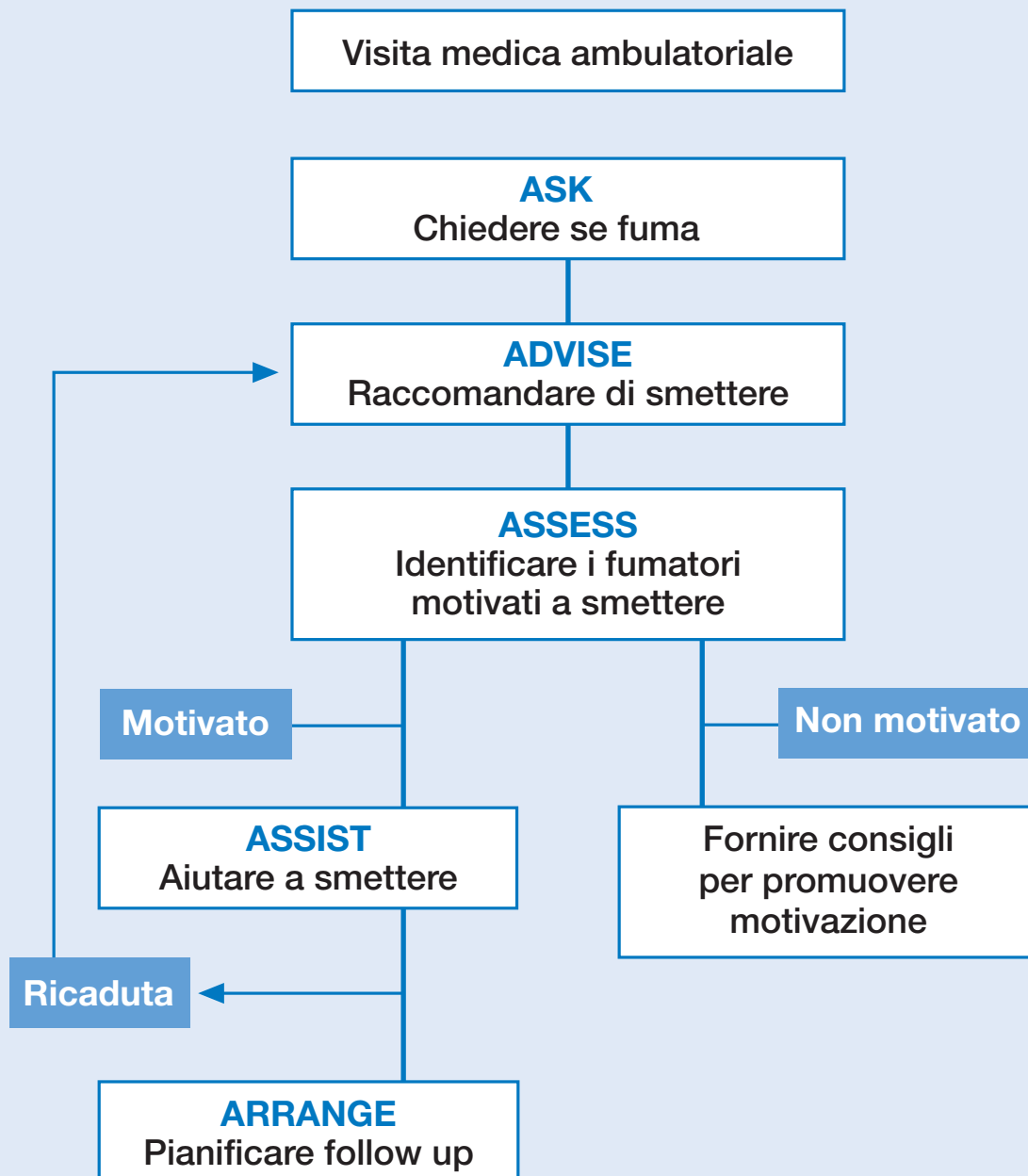
- Oltre il **34%** dei decessi attribuibili al fumo è compreso tra i **35 ed i 69** anni.

Il fumo è un potente fattore sinergico nella determinazione del rischio globale.

Consulta la carta del rischio cardiovascolare a pag. 31 e la carta del rischio per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) a pag. 36 .

## Intervento clinico minimo

### Diagramma di flusso dell'intervento



## Schema di interpretazione dei Livelli di evidenza e della Forza delle raccomandazioni

### Livelli di evidenza

- 1 - Revisioni sistematiche di studi controllati randomizzati
- 2 - Studi controllati randomizzati
- 3 - Studi controllati non randomizzati
- 4 - Studi osservazionali
- 5 - Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia

### Forza delle raccomandazioni

**A = molto forte**

*Basata su prove di efficacia di livello 1 o 2*

**B = abbastanza forte**

*Basata su prove di efficacia di livello 3 o 4 o su revisioni sistematiche o studi controllati randomizzati con risultati contrastanti o campioni di piccole dimensioni*

**C = debole**

*Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia*

**ASK**  
**Chiedere se fuma**

**Forza della raccomandazione A**

**Livello evidenza 1**

1. Domanda a tutti i soggetti che si presentano in ambulatorio se sono fumatori.  
Affronta l'argomento con tutti, vecchi e giovani, indipendentemente dal motivo della visita.
- *Ripeti la domanda ad ogni visita anche a chi ha smesso di fumare nell'ultimo anno.*

**Forza della raccomandazione A**

**Livello evidenza 1**

2. Registra la condizione e la storia di fumatore (Si/No/Ex fumatore) tra i dati del paziente.
- *Utilizza questionari prestampati oppure registra la condizione di fumatore in cartella, insieme ai segni vitali.*
  - *Rinforza la scelta di chi ha smesso di fumare ed evidenziane i vantaggi: migliore performance fisica, miglioramento del gusto e dell'olfatto, aumento della stima di sé, senso di libertà dalla dipendenza, risparmio economico.*

**Forza della raccomandazione B**

**Livello evidenza 3**

3. Chiedi ai fumatori quanto fumano e da quanto tempo.  
Utilizza il Test di Fagerström per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina.

### Test di Fagerström

Domande	Risposte	Punti
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Entro 6-30 minuti	2
	Entro 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?	Si	1
	No	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino	1
	Tutte le altre	0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Si	1
	No	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Si	1
	No	0

Punteggio totale 0-2 = livello di dipendenza **lieve**  
 Punteggio totale 3-4 = livello di dipendenza **media**  
 Punteggio totale 5-6 = livello di dipendenza **forte**  
 Punteggio totale 7-10 = livello di dipendenza **molto forte**

**ADVISE**  
**Raccomandare di smettere**

**Forza della raccomandazione A**

**Livello evidenza 1**

1. Raccomanda a tutti i fumatori di smettere di fumare.
  - *Dedica tempo: l'intervento è tanto più efficace, quanto maggiore è la sua durata.*

**Forza della raccomandazione C**

**Livello evidenza 5**

2. Dedica più tempo ai soggetti portatori di altri fattori di rischio oltre al fumo e con i fumatori portatori di malattia legata o aggravata dal fumo.

**Forza della raccomandazione A**

**Livello evidenza 1**

3. Dai al soggetto materiale scritto di supporto agli altri interventi (manuali, opuscoli, etc.).

**Forza della raccomandazione C**

**Livello evidenza 5**

4. Valuta la presenza di malattie legate o aggravate dal fumo; evidenziane gli effetti dannosi ai pazienti affetti da patologie dell'apparato respiratorio o cardiovascolare.
  - *Personalizza l'intervento in base alla storia e ai dati anamnestici e clinici.*

**ADVISE**  
**Raccomandare di smettere**

**Suggerimenti per la realizzazione dell'intervento**

Fai in modo che il soggetto ti percepisca come suo “alleato”.

- *Digli che sei consapevole di quanto sia difficile smettere*
- *Evita di entrare in conflitto verbale o psicologico con lui*
- *Aiutalo a trovare le proprie motivazioni per smettere*
- *Accetta di parlare anche degli aspetti “piacevoli” del fumare*
- *Fai osservare anche i vantaggi estetici, economici ed affettivi (rispetto per la salute dei familiari e dei conviventi, miglioramento dell'autostima: sentirsi orgogliosi per essere riusciti in un'impresa importante)*

Sottolinea che la cessazione del fumo può aiutare a prevenire molte malattie gravi: neoplasie, malattie respiratorie e cardiovascolari.

Ricorda i fattori di rischio associati, le possibili interazioni con l'assunzione di farmaci e la necessità di interrompere l'abitudine al fumo durante la gravidanza e il puerperio.

## ASSESS

### Identificare i fumatori motivati a smettere

Forza della raccomandazione C

Livello evidenza 5

1. Accertati che il soggetto voglia smettere.
2. Se non è intenzionato: dedicagli un po' di tempo per cercare di stimolarlo a smettere.
3. Se è intenzionato: approfittane per fornirgli subito consigli comportamentali e proponigli di tornare entro due settimane.

## ASSIST

### Aiutare a smettere

Forza della raccomandazione C

Livello evidenza 5

1. Concorda con il soggetto una strategia per aiutarlo a smettere: stabilisci con lui una data per smettere che sia vicina nel tempo (possibilmente entro le due settimane).
- **Insegnagli a riconoscere i sintomi da astinenza nicotinic:** desiderio impellente di fumare (*craving*), difficoltà a concentrarsi, sintomi di frustrazione e rabbia, insonnia, sensazione di deprivazione, aumento di peso, stipsi.
  - **Spiegagli che i sintomi sono più forti nei primissimi giorni di astinenza, ma si attenuano nel tempo.**



- *Informalo che può cercare di controllare questi sintomi con la terapia farmacologica e forniscigli alcuni pratici consigli per superare le situazioni più difficili.*

### Forza della raccomandazione A

Livello evidenza 1

2. Proponi la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino fortemente dipendenti al test di Fagerström (punteggio  $\geq 5$ ).

### Forza della raccomandazione A

Livello evidenza 1

3. I farmaci di prima scelta sono i sostitutivi della nicotina (NRT) nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, preparati per inalazione, gomme da masticare, compresse sublinguali) gli agonisti parziali della nicotina (citisina e vareniclina) e gli antidepressivi (bupropione e nortriptilina).
  - *I sostitutivi della nicotina sono indicati, per esempio, per chi:*
    - fuma 10 o più sigarette
    - ha già avuto esperienza di crisi d'astinenza in precedenti tentativi di smettere
    - fuma la prima sigaretta entro mezz'ora dal risveglio
  - *Il Bupropione (150 mg due volte al giorno) e la Nortriptilina (75-100 mg al giorno) attenuano il desiderio impellente di fumare e riducono la sintomatologia propria della sindrome di astinenza. In Italia per la nortriptilina non vi è indicazione terapeutica per la cessazione dal fumo. Il bupropione è disponibile solo su presentazione di ricetta medica.*
  - *La Vareniclina e la Citisina sono agonisti parziali dei recettori cerebrali. Come tali provocano una modesta stimolazione che mima gli effetti piacevoli della nicotina attraverso la dopamina e un successivo blocco che impedisce che la nicotina comunque assunta provochi ulteriori effetti sui recettori.*

*In tal modo la vareniclina alla dose di 1 mg due volte al giorno e la citisina alla dose di 1,5 mg al giorno, riducono i sintomi di astinenza e si sono dimostrati efficaci per aiutare i fumatori a smettere. I risultati relativi alla vareniclina provengono da numerosi studi. La citisina non è commercializzata in Italia. La vareniclina è disponibile solo su presentazione di ricetta medica.*

Scegli la terapia tenendo conto di alcuni fattori: storia clinica del paziente, età e presenza di eventuali co-patologie, tipologia di fumo, preferenze manifestate dal paziente, presenza di controindicazioni. La durata media dei trattamenti è di circa 3 mesi.

### ASSIST Aiutare a smettere

#### Forza della raccomandazione A

Livello evidenza 1

4. L'associazione di cerotti con inalatori, gomme o compresse sublinguali di nicotina è più efficace di una singola formulazione e si può utilizzare nei pazienti resistenti.

#### Forza della raccomandazione A

Livello evidenza 1

5. Il bupropione associato a NRT ne rafforza l'efficacia, mentre non avviene il contrario.
- *L'associazione può aumentare il rischio di crisi ipertensive*

#### Forza della raccomandazione A

Livello evidenza 1

6. La vareniclina è efficace per smettere di fumare. Anche la citisina è efficace ma i risultati provengono da un solo trial.

**Forza della raccomandazione A**

**Livello evidenza 1**

7. Proponi a tutti i soggetti che vogliono smettere, per i quali è indicato un intervento più intenso, o che lo desiderino, la terapia cognitivo-comportamentale o il counseling professionale individuale.

- *Tali interventi possono essere realizzati sia a livello individuale che come terapia di gruppo. Nella terapia di gruppo alle strategie comportamentali si aggiunge la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori. La presenza di ex-fumatori può fornire un rinforzo positivo. Tali trattamenti devono essere condotti da psicologi, da medici o da altri operatori sanitari appositamente formati. Questi tipi di interventi vengono solitamente realizzati presso i centri specializzati (ambulatori specializzati, centri anti-fumo). I soggetti possono essere indirizzati presso i centri specializzati del Servizio Sanitario Nazionale o presso le Associazioni purchè erogino trattamenti basati sulle prove di efficacia e rispondano a requisiti minimi di organizzazione e formazione del personale come quelli organizzati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.*
- *L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OSSFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità pubblica un elenco dei centri che può essere richiesto al Telefono Verde contro il Fumo (800554088) oppure scaricato dal sito internet [www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad) nella sezione "Servizi".*

## ARRANGE

### Pianificare follow up

**Forza della raccomandazione C**

**Livello evidenza 5**

1. Proponi al soggetto un incontro entro la prima settimana dalla data fissata per la cessazione possibilmente il giorno stesso. Un ulteriore contatto dovrebbe essere preso entro un mese e quindi, con cadenza regolare, entro l'anno successivo.
  - *Durante questi contatti, che possono essere anche telefonici, è importante complimentarsi con il paziente per i risultati ottenuti.*
  - *Verifica la compliance del paziente ai trattamenti prescritti (comportamentale e/o farmacologico).*
  - *Controlla l'esistenza di situazioni che hanno posto il paziente a rischio di ricaduta e analizzale con l'interessato.*

## Ricadute

**Forza della raccomandazione C**

**Livello evidenza 5**

1. Contatta i soggetti che hanno ripreso a fumare per vedere se sono disponibili ad un altro tentativo.
  - *Tieni presente che la recidiva non deve essere intesa né vissuta dal fumatore come un fallimento e va quindi trattata come tutte le riacutizzazioni di una patologia cronica: con una terapia maggiormente intensa.*
  - *Ricorda di fornire sostegno e incoraggiamento, di evitare di colpevolizzare il soggetto, e analizza con lui le cause più frequenti di ricaduta: stress, aumento di peso, ansia, depressione, riduzione della motivazione, fattori sociali.*
  - *Spiegagli che ogni tentativo, conferendo nuove esperienze e conoscenze, avvicina al successo.*

## Donne in gravidanza

### Forza della raccomandazione C

Livello evidenza 5

1. Consigliare di smettere di fumare alle donne che hanno deciso di avere un figlio.

### Forza della raccomandazione B

Livello evidenza 2

2. Nelle donne in gravidanza effettuare l'intervento sia alla prima visita, sia nelle visite successive in fasi più avanzate della gravidanza.

### Forza della raccomandazione A

Livello evidenza 1

3. Alle donne in gravidanza offrire un intervento sociale e comportamentale più intenso degli interventi minimi di raccomandazione.

### Forza della raccomandazione C

Livello evidenza 5

4. Per le donne in gravidanza la terapia farmacologica andrebbe presa in considerazione solo se la donna non riesce a smettere con gli interventi di tipo sociale e comportamentale.
- *Poiché il foglietto illustrativo della terapia sostitutiva con nicotina NRT riporta in Italia la gravidanza come controindicazione, è necessario fare un accurato bilancio con la paziente dei rischi e dei benefici attesi, ottenendone un consenso informato.*

Tabella per il confronto dei farmaci

Principio Attivo	Nicotina				Bupropione	Vareniclina
	Compresse Sublinguali	Gomme	Inalatori	Cerotti		
<b>Forma Farmaceutica</b>	Compresse Sublinguali	Gomme	Inalatori	Cerotti	Compresse	Compresse
<b>Disponibilità</b>	Da banco	Da banco	Da banco	Da banco	Solo su prescrizione	Solo su prescrizione
<b>Durata minima del trattamento</b>	Almeno 12 settimane, poi ridurre gradualmente	Almeno 12 settimane, poi continuare "al bisogno"	Fino a 8 settimane, poi ridurre la dose alla metà per due settimane	preferibilmente 8 settimane: almeno 4	dalle 7 alle 9 settimane	12 settimane
<b>Costo indicativo per trattamento standard</b>	500-800 €	300-400 €	350-400 €	200 €	200 €	300 €
<b>Dosi</b>	16-24 compresse al giorno per i forti fumatori; da 8 a 12 per i fumatori leggeri; dosaggio massimo 30 compresse/die	1 gomma per 1 sigaretta. 4 mg per i forti fumatori; 2 mg per quelli "leggeri"; 10-15 gomme al giorno	il soggetto fa una o più "tirate" tutte le volte che lo desidera. Dalle 6 alle 12 "cartucce" al giorno	15 mg almeno per i forti fumatori; 10 mg per i fumatori leggeri; riservare il cerotto da 24h a chi soffre di notte o al mattino di sintomi da astinenza.	1 compressa da 150 mg al dì per i primi 6 giorni, poi 2 al giorno distanziate di almeno otto ore per 7-9 settimane	1 mg x 2 proto-collo posologico: 0.5 mg x 1 x 3 gg 0.5 x 2 x 3-7 gg 1 mg x 2 a partire dall'8° giorno per un totale di 12 settimane (iniziare 1-2 settimane prima dello stop)



## Popolazioni oggetto di intervento

È compito del medico quello di scegliere all'interno della popolazione i fumatori da trattare e quelli da destinare ad interventi più intensi presso centri specializzati.

### *Fumatori senza altri fattori di rischio.*

Ad essi dovrà essere destinato almeno il trattamento **ASK + ADVISE**.

### *Fumatori portatori di altri fattori di rischio (oltre al fumo).*

Questo gruppo di pazienti richiede un intervento mediamente intenso quale può essere fornito dallo stesso medico, dedicando più tempo alla fase **ADVISE** che motiva il paziente. Il paziente può anche essere inviato ad ambulatori dedicati o ad associazioni qualificate.

### *Fumatori portatori di malattia (legata al/o aggravata dal fumo).*

È indicato, una volta fallito il trattamento breve, un trattamento specialistico che deve essere fornito da un ambulatorio dedicato.

### *Fumatori “difficili”.*

Fumatori che avevano smesso e hanno ricominciato e fumatori che non riescono a smettere nonostante la motivazione. In questa categoria rientrano anche i soggetti con patologie psichiatriche, dipendenza da alcol o droghe, ove la prevalenza dell'abitudine al fumo è superiore che nella popolazione generale. Costoro vanno indirizzati ad un ambulatorio dedicato o ad associazioni che eroghino trattamenti basati sulle prove di efficacia.

### *Fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo.*

I bambini esposti al fumo di membri della famiglia presentano un



aumentato numero di infezioni del tratto respiratorio e una aumentata incidenza di asma. Negli asmatici adulti l'esposizione al fumo di sigaretta di membri della famiglia si traduce in un aumento del numero delle riacutizzazioni, in un aumento dell'uso di farmaci e in un aumento delle visite in Pronto Soccorso. Per queste ragioni è particolarmente importante l'intervento di disassuefazione sui fumatori conviventi con bambini e adulti asmatici.

### *Donne in gravidanza.*

Il fumo di sigaretta è la principale causa di basso peso alla nascita nei paesi sviluppati. Il basso peso alla nascita è a sua volta causa di aumentata morbosità e mortalità dei neonati. Il fumo in gravidanza è anche associato ad un aumentato rischio di parto prematuro, sindrome da distress respiratorio e morte improvvisa del neonato. È fondamentale pertanto realizzare con tutte le donne gravide fumatrici interventi per promuovere la cessazione del fumo.





## Suggerimenti per il fumatore

### Sintomi d'astinenza

Si definisce “craving” il desiderio, la necessità impellente di fumare. A volte il paziente avverte la sensazione di non poter superare i momenti in cui il “craving” si presenta.

#### *Al paziente va spiegato che:*

- Il desiderio impellente di sigaretta dura solo pochi minuti, circa 5, dopo diventa nettamente inferiore.
- Bere un bicchiere d'acqua a piccoli sorsi, lentamente, tenendo l'acqua in bocca per un attimo prima di deglutire aiuta a “spegnere” il desiderio.
- Distrarsi nel modo che più piace fa superare questo momento.

#### *Situazioni in cui si può manifestare il craving.*

- *La mattina al risveglio o dopo il caffè*
- *Alla fine dei pasti*  
Lavarsi i denti immediatamente dopo il pasto riduce molto il desiderio di fumare.
- *Al telefono*
- *In automobile*  
Fondamentale è che in auto non ci siano “ricordi di fumo”: pacchetti di sigarette, accendini, odore di fumo, etc.
- *Con gli amici*  
Se è possibile, frequentare amici che non fumano, almeno nei primi tempi.

### **Nervosismo, frustrazione, rabbia**

Consigliare al paziente di fare alcuni respiri profondi.

Una passeggiata, una chiacchierata con un amico, un bagno rilassante, sono espedienti che possono essere consigliati per ridurre la tensione.

### **Difficoltà a concentrarsi**

Consigliare al paziente di rilassarsi e fargli capire che questa situazione è solo momentanea.

### **Insonnia**

Consigliare al paziente di evitare di bere il caffè dopo cena e di ridurre il consumo di bevande ricche di caffeina come tè e coca cola. Un bicchiere di latte caldo prima di coricarsi può essere rilassante.

Anche un incremento della attività fisica aiuta a prendere sonno più facilmente.

### **Aumento di peso**

L'aumento di peso è una preoccupazione molto frequente per chi decide di smettere di fumare soprattutto nelle donne: a volte è il più importante dei motivi per cui si ritorna a fumare.

L'aumento di peso, quasi inevitabile, non è superiore ai due o tre chili e comunque non tutti ingrassano.

Non è necessario seguire una dieta rigida, che soprattutto nelle prime settimane sarebbe troppo difficile da sostenere, è importante cambiare gradatamente le proprie abitudini alimentari.

Verrà quindi suggerito di:

- *Mangiare con tranquillità, lentamente, il senso di sazietà insorge dopo 15 minuti.*
- *Preferire ai dolci, alcol e cibi ricchi di grassi (non necessari ai fini nutrizionali) frutta e verdura fresche. Preferire ai fritti, cibi alla griglia o bolliti.*
- *Consumare caramelle e gomme senza zucchero e bere molta acqua.*
- *Consumare cibi a basso contenuto calorico, come latte scremato, alimenti a basso contenuto di zuccheri.*
- *Praticare una anche minima attività fisica: salire le scale a piedi, andare in bicicletta, scendere dal mezzo di trasporto urbano una fermata prima, parcheggiare la macchina un po' più lontano del solito in modo da camminare almeno 30 minuti al giorno a passo svelto.*

### **Stipsi**

Il disturbo è superabile bevendo molta acqua, mangiando cibi ricchi di fibre: frutta, verdura, alimenti integrali.





## Carta del rischio cardiovascolare

([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it))

La carta del rischio cardiovascolare serve a stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

La carta del rischio:

- *deve essere usata dal medico*
- *è valida se i fattori di rischio vengono misurati seguendo la metodologia standardizzata*
- *è utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari*
- *non è utilizzabile nelle donne in gravidanza*
- *non può essere applicata per valori estremi dei fattori di rischio: pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg e colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl.*

Al fine della valutazione del rischio cardiovascolare, i valori degli esami clinici di glicemia e colesterolemia sono utilizzabili se eseguiti da non più di tre mesi.

Si consiglia di eseguire la valutazione del rischio cardiovascolare attraverso la carta almeno:


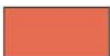




- *ogni sei mesi per persone a elevato rischio cardiovascolare (rischio superiore o uguale al 20%)*
- *ogni anno per persone a rischio da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (rischio superiore o uguale al 5% e inferiore al 20%)*

- ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (rischio inferiore al 5%).

### Come utilizzare la carta?

Identificare la carta corrispondente al genere e allo stato di diabete: **uomo diabetico, uomo non diabetico, donna diabetica, donna non diabetica**. Per ognuna di queste quattro categorie le carte sono suddivise per fumatori e non fumatori. Identificare quindi il decennio di età e posizionarsi nella casella in cui ricadono i valori di colesterolemia e pressione arteriosa. Il rischio cardiovascolare è espresso in sei categorie di **rischio MCV** (da I a VI): la categoria di rischio MCV indica quante persone su 100 con quelle stesse caratteristiche sono attese ammalarsi nei 10 anni successivi.

Le categorie di rischio sono espresse in:

rischio MCV	VI		oltre 30%
rischio MCV	V		20% - 30%
rischio MCV	IV		15% - 20%
rischio MCV	III		10% - 15%
rischio MCV	II		5% - 10%
rischio MCV	I		meno 5%

I fattori di rischio considerati sono:

- 1) **genere** espresso in due categorie, uomini e donne;
- 2) **diabete** espresso in due categorie, diabetico e non diabetico; viene definita diabetica la persona che presenta, in almeno due misurazioni successive nell'arco di una settimana, la glicemia a digiuno **uguale o superiore a 126 mg/dl** oppure è sottoposta a trattamento con **ipoglicemizzanti orali o insulina** oppure **pre-**



**senta storia clinica personale** di diabete;

3) **età** espressa in anni e considerata in decenni, 40-49, 50-59, 60-69;

4) **abitudine al fumo** di sigaretta espressa in due categorie, fumatori e non fumatori; si definisce fumatore chi fuma regolarmente ogni giorno (anche una sola sigaretta) oppure ha smesso da meno di 12 mesi. Si considera non fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da più di 12 mesi;

5) **pressione arteriosa sistolica** espressa in mmHg; rappresenta la pressione sistolica come media di due misurazioni consecutive eseguite secondo la metodologia standardizzata.

È suddivisa in quattro categorie:

- uguale o superiore a 90 mmHg e inferiore a 130 mmHg
- uguale o superiore a 130 mmHg e inferiore a 150 mmHg
- uguale o superiore a 150 mmHg e inferiore a 170 mmHg
- uguale o superiore a 170 mmHg e inferiore o uguale a 200 mmHg.

Per persone che hanno il valore della pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg non è possibile utilizzare la carta per la valutazione del rischio;

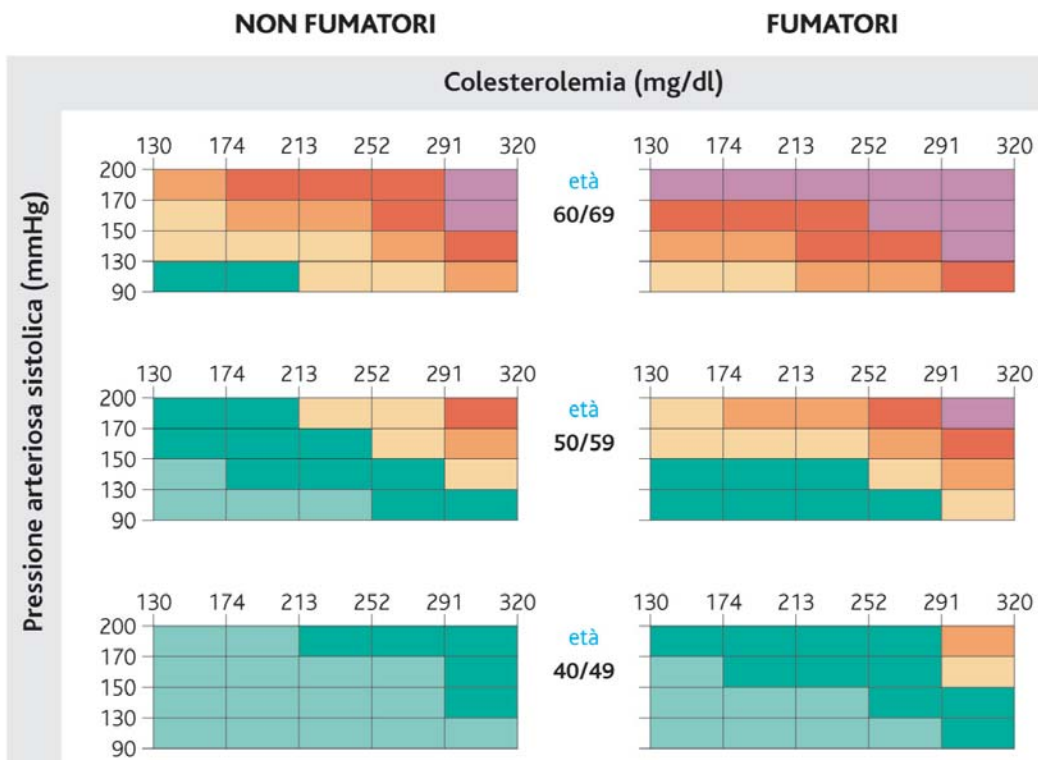
6) **colesterolemia** espressa in mg/dl; è suddivisa in cinque intervalli:

- uguale o superiore a 130 mg/dl e inferiore a 174 mg/dl
- uguale o superiore a 174 mg/dl e inferiore a 213 mg/dl
- uguale o superiore a 213 mg/dl e inferiore a 252 mg/dl
- uguale o superiore a 252 mg/dl e inferiore a 291 mg/dl
- uguale o superiore a 291 mg/dl e inferiore o uguale a 320 mg/dl.

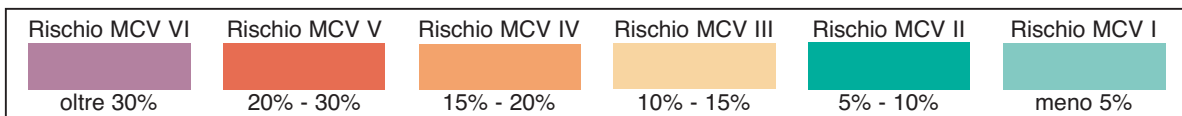
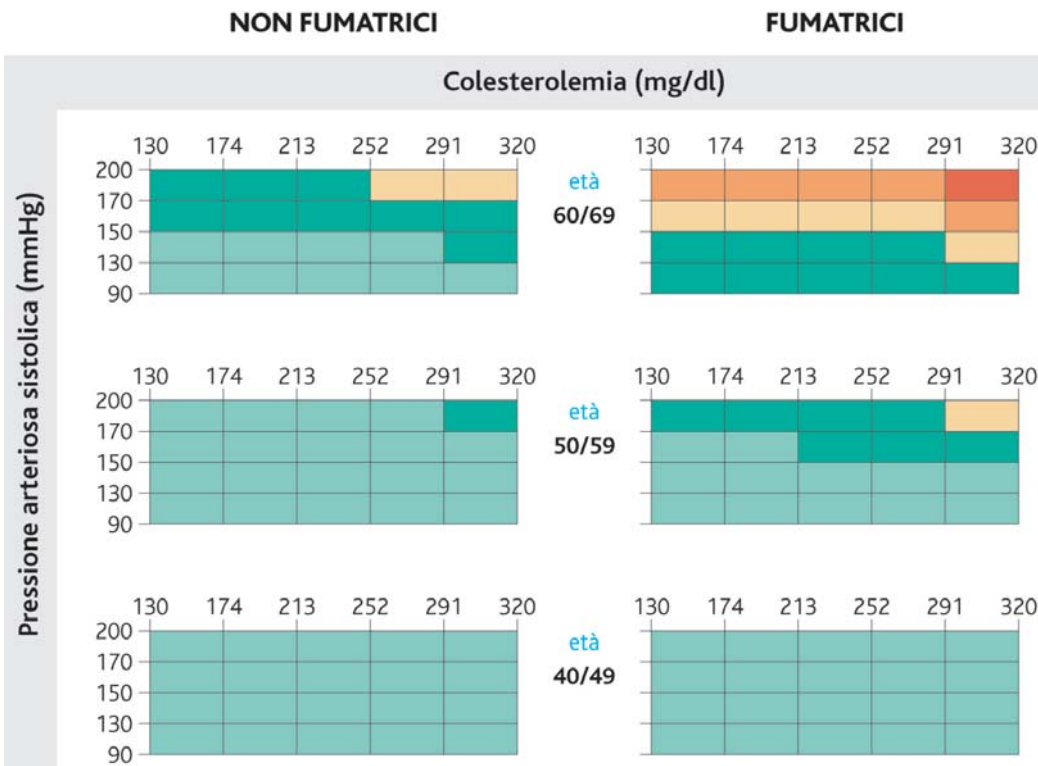
Per persone che hanno il valore della colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl non è possibile utilizzare la carta per la valutazione del rischio.

# Carta del rischio cardiovascolare

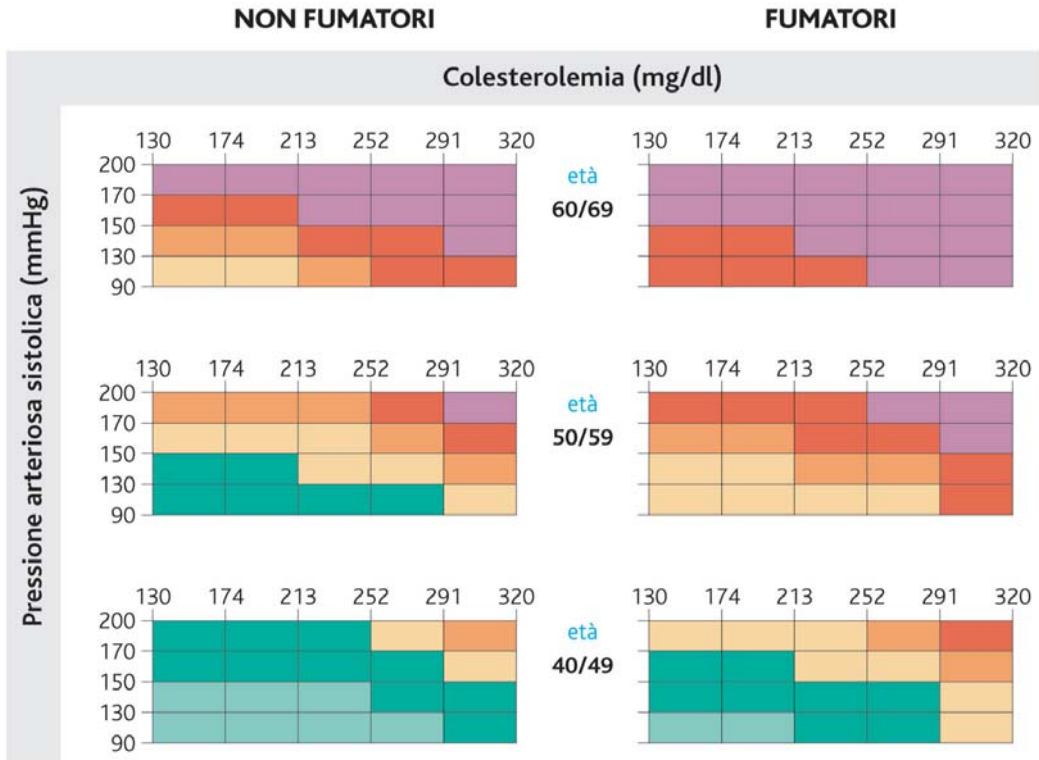
## UOMINI SENZA DIABETE



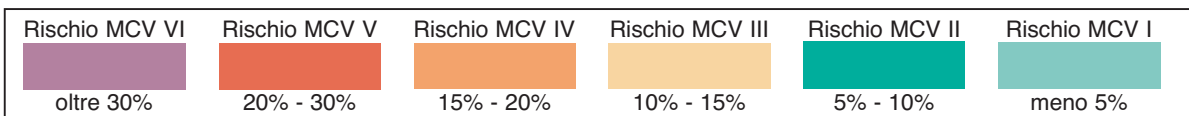
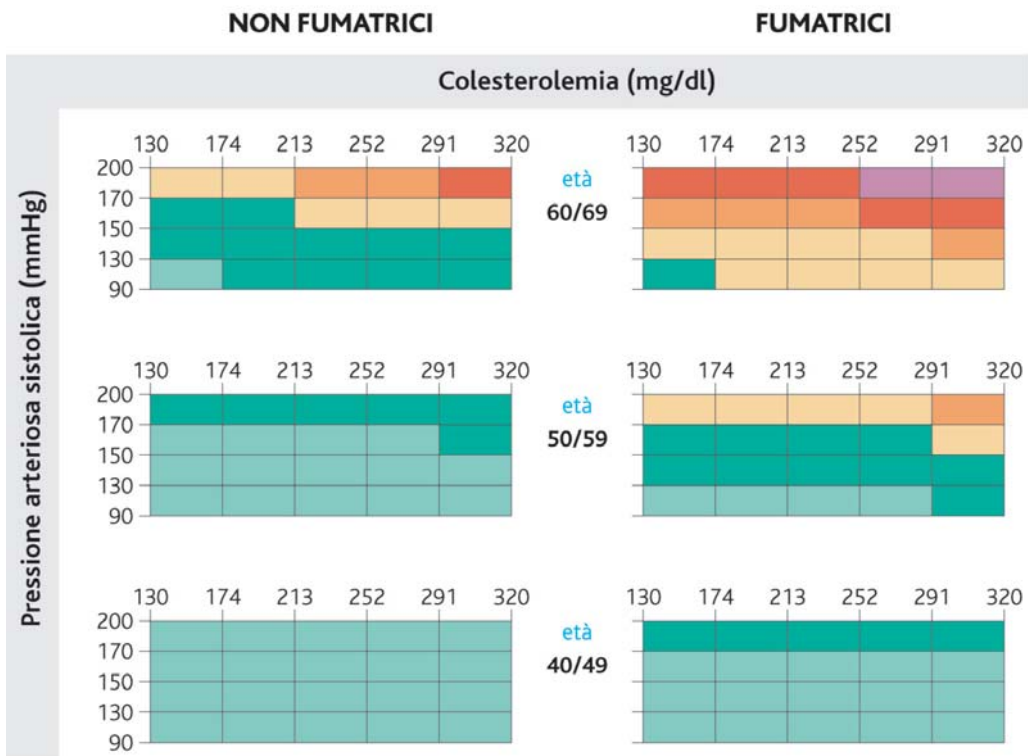
## DONNE SENZA DIABETE



## UOMINI CON DIABETE



## DONNE CON DIABETE





## **Carta del rischio di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva-BPCO ([www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad))**

La carta del rischio respiratorio si propone come uno strumento di educazione sanitaria ed ha lo scopo di fornire al medico e al cittadino una stima quantitativa sia del rischio di sviluppare determinate patologie respiratorie in presenza di date condizioni, sia dei benefici derivanti da variazioni di una o più componenti delle stesse.

### **Carta del rischio assoluto**

Serve a calcolare, prendendo in considerazione l'abitudine al fumo, la probabilità del soggetto di ammalarsi di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) nei 10 anni successivi all'età che ha al momento della consultazione. Il rischio è stato calcolato per i non fumatori, gli ex-fumatori e i fumatori, senza nessuna esposizione aggiuntiva e/o con l'esposizione lavorativa a sostanze nocive quali polveri, fumi, sostanze chimiche e con l'esposizione a inquinamento ambientale.

### **Come consultare la carta del rischio di BPCO**

La carta di rischio è costituita da una serie di tabelle colorimetriche suddivise per classi d'età e per le seguenti categorie: non fumatori, ex-fumatori, fumatori.

Una volta scelta la classe di età si identifica la casella colorata incrociando i dati relativi a:

- categoria di abitudine al fumo di tabacco alla quale appartiene il soggetto: non-fumatore, ex-fumatore, fumatore;
- presenza o assenza degli altri fattori di rischio: esposizione lavorativa a polveri, fumi, sostanze chimiche ed esposizione a

inquinamento ambientale.

Il rischio si quantifica confrontando il colore della casella corrispondente alle caratteristiche del soggetto con la legenda presente in ogni pagina.

### **Rischio assoluto**

Il rischio assoluto è espresso in percentuale. Ad esempio, un maschio fumatore di 45 anni con esposizione ambientale e lavorativa nei prossimi 10 anni avrà una probabilità del 20-39% di ammalarsi di BPCO. A livello di popolazione ciò significa che in quella fascia di popolazione considerata, fra dieci anni, probabilmente vi saranno 20-39 casi di BPCO su 100 individui.

## Rischio Assoluto di BPCO nella popolazione maschile

Probabilità di contrarre la malattia nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati.

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
<b>Non-fumatori</b>					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
<b>Ex-fumatori</b>					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
<b>Fumatori</b>					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

Livelli di rischio - in percentuale					
molto basso	basso	lieve	moderato	alto	molto alto
< 3%	3-4%	5-9%	10-19%	20-39%	≥40%

## Rischio Assoluto di BPCO nella popolazione femminile

Probabilità di contrarre la malattia nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati.

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
<b>Non-fumatrici</b>					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
<b>Ex-fumatrici</b>					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
<b>Fumatrici</b>					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

Livelli di rischio - in percentuale					
molto basso	basso	lieve	moderato	alto	molto alto
< 3%	3-4%	5-9%	10-19%	20-39%	≥40%



## Sintesi delle raccomandazioni

Sulla base della forza delle prove di efficacia disponibili, le raccomandazioni contenute in queste Linee Guida sono state suddivise in:

### *Raccomandazioni molto forti: prove di efficacia basate su revisioni sistematiche o su studi controllati randomizzati.*

- Domandare a tutti i soggetti, indipendentemente dal motivo della visita, se sono fumatori.
- Raccomandare a tutti i soggetti fumatori di smettere di fumare, fornendo consigli chiari, forti e personalizzati.
- Fornire materiale cartaceo di supporto (manuali, opuscoli).
- Proporre la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino dipendenti al test di Fagerström (punteggio 5).
- Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, la terapia cognitivo-comportamentale o il counseling professionale.

### *Raccomandazioni abbastanza forti: prove di efficacia basate su studi controllati non randomizzati o studi osservazionali.*

- Riportare in cartella, per ogni assistito, la condizione di fumatore, non fumatore, ex fumatore.
- Valutare il livello di dipendenza attraverso il test di Fagerström.

### *Raccomandazioni deboli: prove di efficacia basate solo su parere di esperti.*

- Identificare i fumatori motivati a smettere.
- Se il soggetto indica chiaramente che non desidera provare a smettere in questo momento fornire un intervento per motivarlo.
- Con i soggetti desiderosi di smettere definire una data per smettere, possibilmente entro le due settimane.



- Prevedere contatti per il follow up che potranno essere tenuti anche per telefono.
- I soggetti che hanno ripreso a fumare vanno valutati per vedere se sono disponibili ad altri tentativi.





## Bibliografia

- 1) Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.
- 2) Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4, beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. JAMA 2006;296:47-55.
- 3) Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. BMJ 1997; 315: 980-988.
- 4) He J, Vupputuri S, Allen K, et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease - A meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med 1999; 340 (12): 920-926.
- 5) Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.
- 6) Il progetto cuore. La Carta del rischio cardiovascolare nella pratica clinica. [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)
- 7) Jorenby DE, Hays T, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4, beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. JAMA 2006;296:56-63.

- 8) Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.
- 9) Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
- 10) Nardini S, Bertoletti R, Sabato E et al. Nuove risorse terapeutiche nell'ambito dell'ambulatorio per controllo del fumo: I- le compresse sublinguali di nicotina a confronto con le altre formulazioni. *Rass Patol App Resp*, 2001; 16: 397-4.
- 11) Pacifici R. Rapporto Nazionale sul Fumo 2006. IX Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 31 Maggio 2007. [www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad).
- 12) Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case control studies. *BMJ* 2000; 321: 323-329.
- 13) Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Mortality From Smoking In Developed Countries 1950-2000, Oxford University Press, 1994 (update June 2006 on [www.ctsu.ox.ac.uk](http://www.ctsu.ox.ac.uk)).
- 14) Rossi S, Carosi G, Spoletini R, Pizzi E, Di Pucchio A, Mattioli D, Mazzola M, Mastrobattista L, Solimini R, Pacifici R. IX Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". *Not Ist Super Sanità* 2007;20(7/8):17-19.

- 15) Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1.
- 16) Simonato L, Agudo A, Ahrens W et al. Lung cancer and cigarette smoking in Europe: an update of risk estimates and an assesment of inter-country heterogeneity. *Int J Cancer* 2001; 91 (6):876-877.
- 17) Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2.
- 18) Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; 52 (10): 905-914.
- 19) Tonstad S, Tønnesen P, Hayek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. *JAMA* 2006;296:64-71.
- 20) Zuccaro et al. Fumo e patologie respiratorie. Le carte del rischio per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e Tumore al Polmone, Istituto Superiore di Sanità [www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad).



Maggio 2008

Centro Stampa De Vittoria srl  
Via degli Aurunci, 19 -00185 Roma  
Tel: +39.06.4456346  
Fax +39.06.490267  
e-mail: [de\\_vittoria@libero.it](mailto:de_vittoria@libero.it)

