



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

DOCUMENTO REGIONALE DI INDIRIZZO

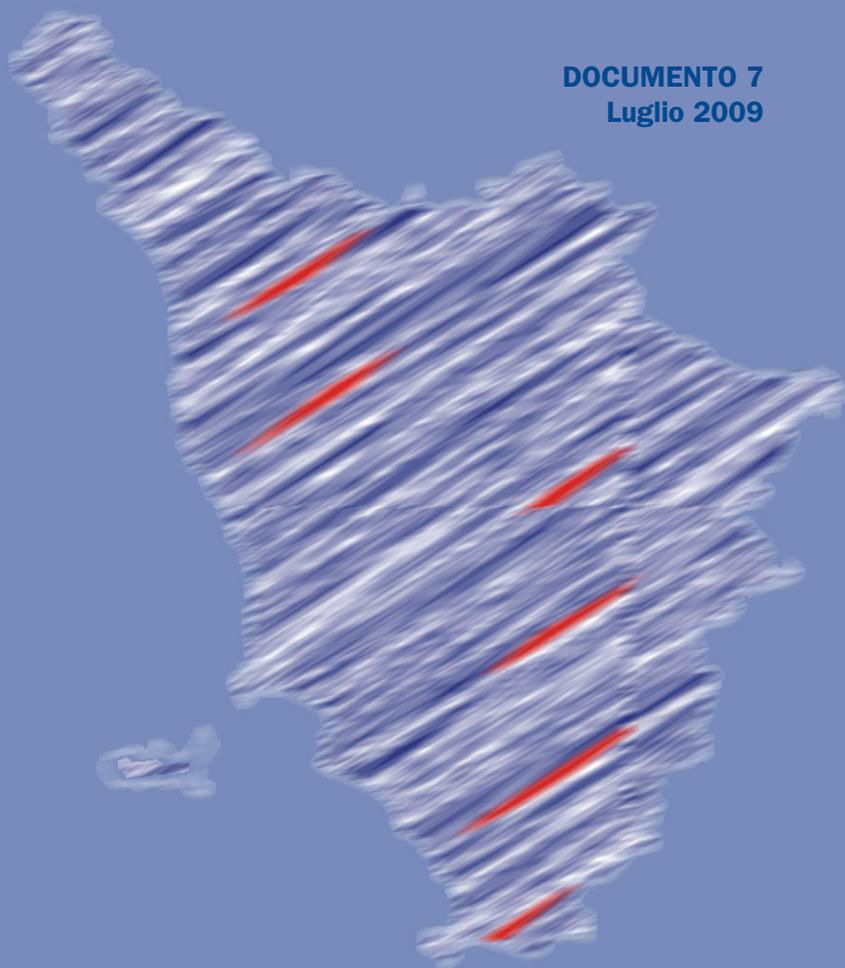
CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE



Sistema Nazionale
per le Linee Guida
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Linee guida di prevenzione oncologica Tabagismo

DOCUMENTO 7
Luglio 2009



Linee guida di prevenzione oncologica
Tabagismo

LINEA GUIDA

Consiglio Sanitario Regionale

REGIONE
TOSCANA



Data di pubblicazione: luglio 2009

Data di aggiornamento: 2013

Autori

Elisabetta Chellini, ISPO, Firenze
Arcangelo Alfano, Regione Toscana
Matteo Ameglio, ASL 7, Siena
Laura Carrozzi, CNR, Pisa
Anna Maria Giannoni, Regione Toscana
Giuseppe Gorini, ISPO, Firenze
Sandra Nutini, AOU Careggi, Firenze
Francesco Pistelli, CNR, Pisa
Mauro Ruggeri, medico di medicina generale, Prato
Fabio Voller, ARS, Firenze

Regione Toscana - Giunta Regionale

Direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà

Coordinamento «Processo Regionale Linee Guida»

Pierluigi Tosi

Consiglio Sanitario Regionale - Ufficio di Presidenza

Antonio Panti
Alberto Auteri
Mario Barresi
Giancarlo Berni
Giuseppe Figlini
Gian Franco Gensini
Danilo Massai
Laura Radice
Pierluigi Tosi

Settore Assistenza Sanitaria

Valerio Del Ministro

Istituto Toscano Tumori - Direzione Operativa

Gianni Amunni

Hanno collaborato

Maria Bailo
Giuseppina Agata Stella

SNLG - ISS

Alfonso Mele (responsabile)
Letizia Sampaolo
Giulia Candiani

Realizzazione redazionale

Simonetta Pagliani (redazione)
Giovanna Smiriglia (grafica)
Zadig srl - via Calzecchi 10, 20133 Milano - www.zadig.it

Stampa

Centro stampa Giunta Regione Toscana
Tiratura 6.000 copie - Distribuzione gratuita

Estensori delle linee guida sulla prevenzione del tabagismo

Elisabetta Chellini (coordinatore del gruppo estensore di queste linee guida, coordinatore del gruppo estensore delle linee guida 2002, componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo - ISPO, Firenze)

Arcangelo Alfano (coordinatore Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo - Direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà, Settore integrazione socio sanitaria e non autosufficienza, Regione Toscana)

Matteo Ameglio (estensore delle linee guida 2002, componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo, referente aziendale, referente HPH, Centro antitabagico integrato - ASL 7 Siena)

Laura Carrozi (estensore delle linee guida 2002, componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo, Centro per lo studio e il trattamento dell'abitudine al fumo di tabacco, Pneumologia 1 universitaria, Dipartimento cardiotoracico, AOU Pisana - Unità di epidemiologia ambientale polmonare, Istituto fisiologia clinica, CNR, Pisa)

Anna Maria Giannoni (Direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà, Settore igiene pubblica, P.O. alimentazione e salute, Regione Toscana)

Giuseppe Gorini (estensore delle linee guida 2002 - ISPO, Firenze)

Sandra Nutini (componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo, referente HPH, Centro Antifumo - AOU Careggi, Firenze)

Francesco Pistelli (estensore delle linee guida 2002, componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo, Centro per lo studio e il trattamento dell'abitudine al fumo di tabacco, Pneumologia 1 universitaria, Dipartimento cardiotoracico, AOU Pisana - Unità di epidemiologia ambientale polmonare, Istituto fisiologia clinica, CNR, Pisa)

Mauro Ruggeri (componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo - medico di medicina generale, Prato)

Fabio Voller (componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo - ARS, Firenze)

Gruppo di Consultazione allargato

Fanno parte di questo gruppo coloro che sono stati consultati e hanno sottoscritto queste linee guida, fornendo anche commenti e suggerimenti che sono stati discussi dagli estensori e per la gran parte riportate nella versione finale. Sono stati consultati operatori del settore presso servizi e istituti sia regionali sia extraregionali. A livello toscano sono stati consultati:

- i componenti dei due gruppi di lavoro delle LG 2002 e delle Raccomandazioni ITT non direttamente coinvolti nella stesura di queste LG;
- i componenti del Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo, istituito ai sensi della deliberazione Giunta regionale toscana n. 894 del 12/09/2005;
- i referenti aziendali per il tabagismo;
- i componenti della rete regionale dei Centri Antifumo delle Aziende sanitarie toscane;
- i referenti HPH - «Ospedali senza fumo».

Qui di seguito sono elencati in ordine alfabetico coloro che hanno aderito a queste linee guida sul tabagismo:

Mojgan Azdegan, referente aziendale per il tabagismo, referente aziendale HPH, AOU Pisana

Emanuela Balocchini, Settore igiene pubblica, Dip. Diritto alla salute, Regione Toscana

Elena Canneti, CAF Grosseto, referente HPH, ASL 9 Grosseto

Valerio Cellesi, componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo, CAF Pontedera e Volterra, ASL 5 Pisa

Luigi Di Palma, CAF Zona Apuane, referente aziendale HPH, ASL 1 Massa

Fabrizio Faggiano, Università Avogadro del Piemonte orientale e Osservatorio epidemiologico delle Dipendenze, OED Piemonte

Daniela Galeone, Ministero del Welfare, Roma

Paolo Giovannetti, referente aziendale per il tabagismo, CAF Lucca, referente aziendale HPH, ASL 2 Lucca

Cinzia Groppi, UFC Assistenza tossicodipendenti e alcolisti, CAF territoriale Pistoia, ASL 3 Pistoia

Giovanni Invernizzi, Istituto Tumori Milano

Enrico Lombardi, referente aziendale per il tabagismo, referente aziendale HPH, AOU Meyer

Andrea Melani, CAF Policlinico Le Scotte, AOU Senese

Beatrice Palmerani, CAF Firenze, ASL 10 Firenze

Sandra Pedone, referente aziendale per il tabagismo, ASL 8 Arezzo

Daniele Pieralli, componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo, CAF Arezzo, referente aziendale HPH, ASL 8 Arezzo

Renzo Piz, referente aziendale HPH, ASL 5 Pisa

Claudio Porciatti, CAF Firenze, ASL 10 Firenze

Nolita Pulerà, referente aziendale per il tabagismo, CAF Livorno, ASL 6 Livorno

Cinzia Raffaelli, componente Gruppo regionale di coordinamento tecnico sul tabagismo, ASL 12 Versilia

Serenella Sassoli, CAF Zona Casentino, ASL 8 Pisa

Stefano Scuotto, referente aziendale per il tabagismo, CAF Empoli e Fucecchio - referente aziendale HPH, ASL 11 Empoli

Adele Seniori Costantini, ISPO, Firenze

Biagio Tinghino, Commissione tabagismo della Regione Lombardia, ASL Milano 3, Milano

Conflitti di interesse

Tutti gli estensori della presente linea guida sul tabagismo, scelti in base alla loro competenza ed esperienza specifica sul tabagismo, hanno compilato un'autocertificazione relativa a eventuali conflitti di interesse intervenuti nel lavoro di elaborazione. Non sono stati rilevati conflitti di interesse per nessuno di coloro che ha steso o sottoscritto la linea guida. Ciascuno di loro ha interamente svolto il lavoro nell'ambito della propria attività lavorativa per il Sistema sanitario regionale.

Presentazione

Con il processo Linee guida, la Regione Toscana non ha voluto soltanto rispondere alle esigenze di appropriatezza delle decisioni cliniche bensì accompagnare i professionisti nel loro autonomo percorso di responsabilizzazione sul miglioramento continuo della qualità dei servizi e sulla salvaguardia di elevati standard di assistenza. Si è voluto in sostanza promuovere, all'interno di una strategia complessiva di governo clinico, un sistematico sostegno alla cultura della qualità che si può tradurre anche in un miglior utilizzo delle risorse.

Il processo Linee guida ha visto il coinvolgimento e la collaborazione di tanti operatori del Servizio sanitario regionale perché le linee strategiche del processo prevedevano il loro coinvolgimento, la formazione e la comunicazione. I numeri a oggi di operatori coinvolti in questo processo sono davvero significativi.

Le scelte metodologiche e procedurali hanno richiesto un grosso impegno organizzativo a tutto il sistema e la regia complessiva è stata del Consiglio sanitario regionale, organismo di consulenza in materia sanitaria della Giunta e del Consiglio regionale. Il processo non è a termine perché, per porsi quale elemento centrale nel miglioramento continuo della qualità dei servizi, è necessario assicurarne lo sviluppo e la messa a regime anche con l'implementazione delle linee guida e la costruzione di una Banca dati di LG aggiornate in tempo reale.

A tutti gli operatori sanitari toscani, che sono considerati la «regia locale» del cambiamento, la risorsa culturale e professionale indispensabile per non chiudere il potenziale innovativo del processo Linee guida nella mera cornice dell'adempimento e della formalità, vanno i miei più sentiti ringraziamenti.

Enrico Rossi
Assessore al Diritto alla Salute
Regione Toscana

Prevenzione: linee guida e valutazione degli interventi

Nel 2001, su mandato del Consiglio sanitario regionale toscano, furono predisposte linee guida sulla prevenzione oncologica, come materiale di formazione agli operatori del Sistema sanitario regionale. Nel maggio 2004 fu pubblicato dall'ITT un volume di Raccomandazioni di prevenzione primaria in oncologia. Il Consiglio sanitario regionale e l'ITT hanno richiesto di aggiornare tali documenti di interesse per l'intero Sistema sanitario regionale. L'argomento è la prevenzione: screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, prevenzione del tabagismo e promozione di stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica e prevenzione dell'obesità). È stata, inoltre, preparata una linea guida relativa ai cancerogeni professionali.

Sono stati coinvolti, dal gruppo iniziale di coordinamento, colleghi che operano nella Regione Toscana ed esprimono le competenze del Servizio sanitario regionale. I testi sono un aggiornamento sia del motivo di interesse sia delle valutazioni su specifiche questioni e affrontano anche temi non esaminati precedentemente. Gli estensori hanno discusso le bozze di ciascuna linea guida, sottoponendole poi ad altri operatori che hanno aderito al testo proposto.

Per la formulazione della valutazione di specifiche pratiche o interventi, pur avendo ogni estensore la possibilità di utilizzare la metodologia ritenuta più adeguata, è stato suggerito il sistema GRADE sotto descritto, punto di più elevata condivisione finora disponibile della valutazione delle prove scientifiche. Questo sistema valutativo ha il suo principale uso nella questioni medico cliniche e non è sempre adeguato ai temi di tipo preventivo: nelle linee guida sugli stili di vita e sulla cancerogenesi professionale si è dovuto quindi fare riferimento a sistemi valutativi validati internazionalmente per lo specifico argomento.

Ha coordinato la preparazione delle linee guida il gruppo di lavoro dell'ISPO composto da Elisabetta Chellini (tabagismo), Giovanna Masala (nutrizione), Paola Mantellini (screening), Adele Seniori Costantini (cancerogeni ambientali e coordinazione prevenzione primaria ITT) ed Eugenio Paci (coordinatore).

Schema delle raccomandazioni GRADE

Valutazioni della forza della raccomandazione

- Forte raccomandazione *a favore* dell'intervento
- Debole raccomandazione *a favore* dell'intervento
- Debole raccomandazione *contro* l'intervento
- Forte raccomandazione *contro* l'intervento

Determinanti della forza della raccomandazione

1) Bilancio tra effetti desiderabili e non desiderati

Una differenza ampia tra l'entità degli effetti desiderati e quella degli effetti non desiderati conferisce forza a una raccomandazione (pro o contro l'intervento). Se la differenza è piccola, la raccomandazione è debole.

2) Qualità della prova

Maggiore è la qualità della prova, più forte è una raccomandazione.

3) Valori e preferenze

Quanto più divergono i valori attribuiti e le preferenze o quanto maggiore è l'incertezza in merito a essi, tanto maggiore è la possibilità che la raccomandazione sia debole.

4) Costi (allocazione di risorse)

Più alti sono i costi di un intervento (cioè maggiori le risorse consumate), minore è la possibilità di considerare forte una raccomandazione.

Riferimenti bibliografici

- Guyatt GH et al. GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ* 2008; 336: 1049-51.
- Schünemann HJ et al. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ* 2008; 336: 1106-10.
- Guyatt GH et al. GRADE working group. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *BMJ* 2008; 336: 1170-1173.

Nota

La bibliografia per esteso sul sistema GRADE è rinvenibile su Pubmed.

Indice

Presentazione	pag.	5
Introduzione	«	9
Prove scientifiche sui danni per la salute umana del tabagismo con particolare riferimento ai tumori	«	11
Gli effetti del fumo attivo	«	11
Patologie oncologiche	«	11
Patologie non oncologiche	«	11
Gli effetti del fumo passivo	«	13
Stima degli andamenti temporali delle patologie attribuibili a fumo, con particolare riferimento a quelle oncologiche	«	14
La prevalenza dell'abitudine al fumo in Italia e in Toscana	«	16
La normativa nazionale e regionale	«	18
Le linee guida sul tabagismo prodotte a livello internazionale, nazionale e regionale	«	24
I problemi aperti nella prevenzione del tabagismo	«	27
La dipendenza da fumo come malattia cronica e recidivante	«	27
L'approccio globale	«	27
Campagne mediatiche rivolte ai giovani	«	28
Campagne mediatiche rivolte ai fumatori	«	29
Le donne	«	29
Linee telefoniche di supporto: Quitlines	«	30
Ridurre il costo dei trattamenti per smettere di fumare	«	30
L'ambiente domestico (e le auto private)	«	31
L'ambiente ospedaliero e la formazione del personale sanitario	«	31
La validazione degli interventi	«	32
Altri prodotti del tabacco	«	32
Le raccomandazioni e gli obiettivi da perseguire in Toscana per la prevenzione del tabagismo e dell'esposizione a fumo passivo	«	33
Prevenire l'instaurarsi dell'abitudine al fumo, specialmente tra i giovani	«	33
La famiglia	«	34
Gli ambienti di aggregazione giovanile, ambienti sportivi e culturali	«	34
La scuola	«	34
Ridurre fino all'eliminazione il fumo passivo	«	36
Luoghi pubblici (in particolare esercizi di ristorazione)	«	37
Luoghi di lavoro	«	37
Ambiente domestico	«	38

Incentivare la cessazione dell'abitudine al fumo	pag	38
Interventi di primo livello	«	39
Ruolo del medico di famiglia	«	40
Ambulatorio senza fumo	«	41
Gestione del paziente	«	41
Interventi di secondo livello: i CAF	«	43
La rete territoriale per la prevenzione e cura del tabagismo	«	46
Il trattamento farmacologico	«	46
Interventi offerti a particolari categorie di fumatori	«	46
Interventi per fumatori affetti da patologie respiratorie e cardiache fumo correlate	«	46
Interventi per fumatori affetti da patologie oncologiche	«	48
Interventi per fumatori inseriti in programmi di screening oncologico	«	48
Interventi per fumatrici	«	49
Interventi per fumatrici in gravidanza	«	50
Interventi per fumatori carcerati	«	51
Interventi per fumatori con disturbi psichiatrici	«	52
Sintesi delle raccomandazioni	«	56
Bibliografia	«	60

Introduzione

Il fumo è la principale causa di malattia e morte nella società attuale. Vari tipi di tumore, malattie cardiovascolari e respiratorie, complicazioni della gravidanza, nonché altre patologie sia dell'adulto sia del bambino sono associati all'esposizione a fumo, attivo o passivo. Nonostante queste conoscenze siano per la gran parte ormai disponibili da molti anni e vi sia una consapevolezza diffusa, anche al di fuori del mondo scientifico e sanitario, degli effetti dannosi sulla salute del fumo, del tabacco si fa ancora molto uso. Ciò è da mettere in relazione sia alla dipendenza che si viene a sviluppare nel fumatore per l'effetto farmacologico della nicotina, sia per l'accettabilità dell'abitudine nel contesto socio culturale del fumatore o potenziale fumatore. Proprio per questi motivi, in queste linee guida sulla prevenzione primaria in oncologia, benché il fattore di rischio oncologico considerato sia il fumo, si parla di tabagismo.

Il fumo deve essere considerato induttore di malattia (dipendenza da tabacco) e come tale prevenuto e trattato

Questo documento offre, agli operatori sociosanitari, agli amministratori del Sistema sanitario regionale toscano e a tutti coloro che sono interessati all'argomento, una sintesi condivisa, più che dello stato delle conoscenze sui danni oncologici da fumo, ormai ben noti, degli interventi per contrastare la diffusione del tabagismo e l'esposizione a fumo passivo in Toscana.

Sono considerati sia gli interventi di provata efficacia, la cui implementazione è fortemente raccomandata, sia gli interventi per i quali sono necessari ulteriori studi prima di poter essere estesamente attivati. Queste linee guida intendono dare indicazioni su tutte gli aspetti della prevenzione primaria e secondaria dei danni da fumo e sul trattamento del tabagismo. La loro stesura è avvenuta coinvolgendo figure professionali diverse, che operano sul territorio regionale toscano nei vari ambiti considerati. Quanto scritto è supportato da riferimenti bibliografici specifici e aggiornati. Lo sforzo maggiore è stato quello di applicare alla realtà toscana ogni riferimento epidemiologico, normativo e di intervento, così che gli operatori sanitari e tutti gli interessati all'argomento possano trovare nel documento una fotografia aggiornata e criticamente valutata, sulla base delle prove scientifiche, del tabagismo in Toscana.

Al fine di snellire le linee guida e favorirne la consultazione, mantenendo esaurienti le sintesi riportate, sono stati realizzati tabelle e riquadri contenenti i messaggi ritenuti più importanti. Nel documento viene inizialmente riportata una sintesi delle prove scientifiche sui danni per la salute derivanti dall'esposizione a fumo attivo e passivo.

Successivamente, sono descritti i dati più significativi dell'epidemiologia del fumo in Italia e in Toscana e la normativa più recente a proposito. Sono quindi riportate le linee guida sul tabagismo prodotte a livello internazionale, nazionale e regionale e i criteri seguiti per valutare l'efficacia degli interventi.

Vengono, infine, più estesamente elencati gli obiettivi conoscitivi e di intervento raccomandati e reputati di rilievo in Toscana e la forza di ogni singola raccomandazione è valutata utilizzando il recente sistema GRADE. Tale valutazione è stata effettuata dagli estensori del documento basandosi sia sulle prove di efficacia già valutate in altri documenti analoghi, sia su un

esame delle esigenze e del contesto di loro applicazione (Toscana) che tiene conto delle attuali strategie di intervento implementate o in corso di implementazione, nella convinzione che gli interventi di prevenzione e quelli di cessazione del fumo abbiano la stessa importanza.

Prove scientifiche sui danni del tabagismo per la salute umana, con particolare riferimento ai tumori

Gli effetti del fumo attivo

E' noto ormai sin dal primo rapporto del 1964 (Smoking and health:report of the advisory committee to the surgeon general of the Public Health Service. PHS publication n 1103, il cosiddetto Surgeon General) che nel fumo di tabacco sono presenti più di 4.000 sostanze, alcune delle quali con provata azione cancerogena, sia come promotori sia come iniziatori. Da allora, la lista delle malattie associate a fumo si è allungata notevolmente, poiché qualsiasi organo o apparato è risultato subire danni da esposizione a fumo attivo.

Patologie oncologiche

Sin dalla fine del 1800, numerosi studi hanno evidenziato il rapporto fra il tabagismo e un elevato numero di tumori. Nella monografia IARC del 2004 è riportata una revisione delle prove disponibili dell'associazione tra fumo e tumori. A partire dagli studi considerati in tale monografia, è stata effettuata recentemente una stima della grandezza delle associazioni per le singole sedi tumorali (Gandini 2008): l'associazione maggiore è risultata quella con il tumore del polmone (rischio relativo, RR, per i fumatori rispetto ai non fumatori pari a circa 9,0), cui seguono quelle con i tumori della laringe (RR=7,0), della faringe (RR=6,8), dell'apparato digestivo superiore (RR=3,6), della cavità orale (RR=3,4), del tratto inferiore dell'apparato urinario (RR=2,8), dell'esofago (RR=2,5), delle cavità nasale (RR=1,9), della cervice uterina (RR=1,8), del pancreas (RR=1,7), dello stomaco (RR=1,6), del fegato (RR=1,6) e del rene (RR=1,5).

La tabella 1 a pagina 12 riporta le conclusioni dell'ultimo rapporto del Surgeon General del 2004 relativamente alle conoscenze disponibili sugli effetti oncogeni da fumo attivo.

Patologie non oncologiche

Molte altre patologie, oltre ai tumori, sono associate a questo fattore di rischio. Le più frequenti o di particolare impatto nella popolazione sono:

- le cardiopatie ischemiche acute e croniche, le malattie cerebrovascolari e le malattie del sistema circolatorio periferico;
- le malattie respiratorie (pneumopatie croniche ostruttive, asma e bronchiti);
- le alterazioni del sistema riproduttivo (ridotta fertilità e complicazioni della gravidanza).

E' importante notare che:

Smettere di fumare a qualsiasi età riduce sensibilmente i rischi, sia a breve sia a lungo termine.

I benefici della cessazione sono tanto maggiori quanto più essa è precoce.

Il consumo di sigarette cosiddette leggere (a basso contenuto di nicotina e catrame) non sembra comportare una minore entità del rischio.

Tabella 1 - Stato delle conoscenze sugli effetti oncogeni del fumo attivo [Fonte: Surgeon General 2004]

Tumore	Prove scientifiche
<i>Polmone</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e tumore del polmone. Il fumo causa alterazioni genetiche a livello del tessuto polmonare che esitano nello sviluppo di un tumore. Anche se nel corso degli anni sono cambiate le caratteristiche delle sigarette e il loro contenuto in catrame e nicotina si è ridotto notevolmente, il rischio di tumore del polmone nei fumatori non si è ugualmente ridotto.</p> <p>L'adenocarcinoma è attualmente l'istotipo più comune nei fumatori. Anche dopo molti anni dalla cessazione, il rischio negli ex-fumatori è più elevato di quello registrato nei non fumatori.</p> <p>Il tasso di incidenza e quello di mortalità per tumore del polmone negli uomini si sta riducendo, in relazione alla riduzione del numero dei fumatori, mentre i tassi nelle donne stanno ancora aumentando.</p>
<i>Laringe</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e tumore del laringe. Il rischio aumenta con l'esposizione congiunta a prodotti alcolici.</p>
<i>Cavità orale e faringe</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e tumore della cavità orale e della faringe.</p>
<i>Esofago</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e tumore dell'esofago, sia a cellule squamose sia adenocarcinoma.</p>
<i>Pancreas</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e tumore del pancreas.</p>
<i>Vescica e rene</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e tumore del rene, della pelvi renale e della vescica.</p>
<i>Cervice uterina</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e tumore della cervice uterina.</p>
<i>Ovaio</i>	<p>Inadeguata prova di associazione causale tra fumo e tumore dell'ovaio.</p>
<i>Endometrio</i>	<p>Sufficiente prova di riduzione del rischio di cancro endometriale nelle donne in post-menopausa che fumano.</p>
<i>Stomaco</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e tumore dello stomaco. Suggestiva e non sufficiente prova dell'associazione tra fumo e tumore gastrico non cardiale, specialmente modificando la persistenza o la patogenicità dell'infezione da <i>Helicobacter pylori</i>.</p>
<i>Colon-retto</i>	<p>Suggestiva e non sufficiente prova di associazione causale tra fumo e polipi adenomatosi o tumore del colon-retto.</p>
<i>Prostata</i>	<p>Suggestiva prova di assenza di associazione tra fumo e tumore della prostata. Ciononostante, i tassi di mortalità da questo tumore sembrano più elevati nei fumatori rispetto ai non fumatori.</p>
<i>Leucemia acuta</i>	<p>Sufficiente prova di associazione causale tra fumo e leucemia mieloide acuta. Il rischio di leucemia mieloide acuta aumenta con l'aumentare del numero di sigarette fumate e con la durata dell'abitudine.</p>
<i>Fegato</i>	<p>Suggestiva, ma non sufficiente, prova di associazione causale tra fumo e tumore epatico.</p>
<i>Cerebrale nell'adulto</i>	<p>Suggestiva prova di assenza di associazione tra fumo e tumore cerebrale sia nell'uomo sia nella donna.</p>
<i>Mammella</i>	<p>Suggestiva prova di assenza di associazione tra fumo e tumore della mammella. Non è stato provato che una donna fumatrice a elevato rischio di tumore della mammella per la presenza di mutazioni genetiche BRCA1 o BRCA2 possa ridurre il suo rischio di tumore della mammella smettendo di fumare.</p>

Gli effetti del fumo passivo

Il fumo passivo o ETS (environmental tobacco smoke) è una miscela del fumo esalato e non trattenuto dal fumatore (il cosiddetto mainstream smoke) e del fumo direttamente emesso nell'ambiente da una sigaretta accesa (il cosiddetto sidestream smoke). Una recente metanalisi di 50 studi epidemiologici ha evidenziato che chi è esposto a ETS ha un rischio relativo pari a 1,2-1,3 di contrarre tumore polmonare, cioè un rischio del 20-30% più alto di chi non subisce tale esposizione (IARC 2004).

La plausibilità biologica di tale associazione deriva dal fatto che il mainstream smoke e il sidestream smoke contengono le stesse sostanze cancerogene, se pur in concentrazioni inferiori.

Dai primi anni novanta, varie agenzie internazionali hanno prodotto rassegne sugli effetti del fumo passivo. Si citano le principali:

- il documento dell'Environmental Protection Agency (EPA) statunitense, del 1992;
- il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1999;
- il rapporto dell'EPA (Environmental Protection Agency) della California del 1999;
- la monografia IARC del 2004 nella quale il fumo passivo viene definito «agente cancerogeno certo per l'uomo» e classificato nel gruppo 1;
- il recente Report del Surgeon General del 2006 nel quale viene riportata anche una prova suggestiva di associazione tra fumo passivo e tumore della mammella.

La tabella 2, tratta dall'ultimo documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2008, riporta sinteticamente le patologie da fumo passivo sia nei bambini sia negli adulti e le prove disponibili di nesso causale.

Tabella 2 – Stato delle conoscenze sugli effetti del fumo passivo nei bambini e negli adulti per forza della prova disponibile [Fonte: OMS 2008]

Età	Prove sufficienti	Prove suggestive
<i>Bambini</i>	Sintomi respiratori Alterazioni della funzionalità respiratoria Malattie delle basse vie respiratorie SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) Malattie dell'orecchio medio Basso peso alla nascita	Asma Leucemie Linfomi Tumore cerebrale
<i>Adulti</i>	Cardiopatia ischemica Tumore del polmone Irritazione nasale	Pneumopatie cronico-ostruttive Sintomi respiratori cronici Asma Alterazioni della funzionalità respiratoria Aterosclerosi Ictus Tumore della mammella Tumori dei seni paranasali Parto pretermine

Stima degli andamenti temporali delle patologie attribuibili a fumo, con particolare riferimento a quelle oncologiche

Il tumore del polmone rappresenta il paradigma dell'azione cancerogena del fumo e circa l'80-90% di tumori polmonari che si verificano nella popolazione è imputabile a tale fattore. I tassi di incidenza e mortalità per tumore polmonare, pertanto, riflettono fortemente il consumo di tabacco e sono utilizzati per valutare l'andamento temporale e il livello epidemico del tabagismo nella popolazione.

Il recente trend decrescente che si registra nella maggior parte dei paesi industrializzati, e anche in Italia nel sesso maschile, è verosimilmente il frutto di una riduzione dell'abitudine al fumo che si è realizzata nel corso degli anni, in particolare a partire dagli anni novanta. Le caratteristiche dell'abitudine al fumo di maggiore importanza per la definizione del rischio sono la sua durata e la quantità di sigarette fumate. È comunque da sottolineare che il rischio tende a diminuire in maniera significativa in chi smette di fumare, anche se ha fumato molte sigarette. Dopo circa 30 anni, il rischio tende a essere uguale a quello di chi non ha mai fumato (Peto 2000).

In Italia, la quota di tumori attribuibili al fumo è molto alta: stime effettuate per la popolazione italiana hanno indicato che i decessi per tumore attribuibili al fumo, nei maschi, sono andati crescendo dal 1955 fino alla metà degli anni ottanta, mentre nelle femmine il numero dei decessi attribuibili al fumo ha mostrato una tendenza a crescere fino al 2000, pur rimanendo assai inferiore a quello degli uomini (Peto 2004). Nel 2000, i decessi per tumore attribuibili al fumo sono stati stimati essere: 34.000 negli uomini, pari al 39% dei decessi per tutti i tumori nel sesso maschile; 4.300 nelle donne, pari al 7% di tutti i tumori registrati nelle donne (Peto 2004).

In Toscana (ARS 2005) si stima che:

- nella popolazione generale di età superiore a 35 anni la percentuale di decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi verificatisi nella regione si sia mantenuta sostanzialmente stabile negli ultimi 10 anni, anche se è evidente una lieve tendenza alla riduzione: è passata dal 15,5% nel 1994, al 15,1% nel 2000 e al 15% nel 2005;
- nei maschi, negli stessi anni, si sono ridotti i tassi standardizzati di mortalità (standard: popolazione toscana 2000) per tutte le patologie fumo correlate (1994: 625,4/100.000; 2005: 499,1/100.000) e anche quelli per tumore del polmone (1994: 190,7/100.000; 2005: 163,9/100.000);
- anche nelle donne, i tassi standardizzati di mortalità (standard: popolazione toscana 2000) relativi a tutte le patologie fumo correlate si sono ridotti (1994: 97,8/100.000; 2005: 93/100.000), ma è aumentata la mortalità attribuibile al fumo per tumore del polmone (1994: 17,5/100.000; 2005: 23,7/100.000) così come quella per tutti i tumori attribuibili a fumo (1994: 30,8/100.000; 2005: 53,2/100.000) e per tutte le malattie respiratorie non neoplastiche (1994: 23,8/100.000; 2005: 27,8/100.000)
- complessivamente, la mortalità per fumo di tabacco risulta da ascrivere soprattutto alle patologie neoplastiche; stime per l'anno 2005 mostrano che le patologie neoplastiche rappresentano nel genere maschile oltre il 50% di tutti i decessi fumo correlati e il 35,5% dei decessi fumo correlati nel genere femminile.

Il rischio di tumore del polmone è inoltre più elevato negli uomini toscani nati fra il 1915 e il 1934 (RMR 2007) e diminuisce progressivamente nei nati negli anni successivi; nelle donne, invece, il rischio è più elevato tra quelle nate attorno al 1955 e residenti in aree urbane, a dimostrare una diffusione più recente del fumo tra le donne toscane (Chellini 2006).

La prevalenza dell'abitudine al fumo in Italia e in Toscana

In Italia, la percentuale di fumatori si è dimezzata nel corso degli ultimi 40 anni. Secondo le indagini campionarie condotte dalla DOXA per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale dei fumatori maschi è passata dal 65% del 1957 al 26,4% del 2008. Nelle donne, l'andamento è stato diverso: la percentuale delle fumatrici è aumentata inizialmente dal 6,2% del 1957 al 25,9% del 1990 e in seguito si è progressivamente ridotta: nel 2007 fumava il 19,3% delle donne (Pacifci 2008).

In Toscana, i dati più recenti sui fumatori sono del 2006 (fonte: elaborazioni dell'ARS toscana dei dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT). Relativamente ad alcune specifiche sottocategorie (come operatori sanitari, studenti di professioni sanitarie, genitori) i dati più recenti provengono invece da indagini effettuate precedentemente, tra la fine degli anni novanta e l'inizio di questo decennio. Nella tabella 3 sono riportati i dati recenti più significativi sulla diffusione del fumo in Toscana.

Tabella 3 - Il fumo in Toscana

Categoria	Prevalenze registrate	Fonte
<i>Maschi (M) (età >14 anni)</i>	27,5%* (27,5% in Italia)	ISTAT 2007
<i>Femmine (F) (età >14 anni)</i>	18,7%* (16,3% in Italia)	ISTAT 2007
<i>Fumatori (M+F; età >14 anni)</i>	22,6% (21,8% in Italia)	ISTAT 2007
<i>Ex-fumatori (M+F; età >14 anni)</i>	23,2% (21,6% in Italia)	ISTAT 2007
<i>Mai fumatori (M+F; età >14 anni)</i>	53,3% (56,7% in Italia)	ISTAT 2007
<i>Andamento temporale</i>	Trend in riduzione del consumo di tabacco, fondamentalmente tra gli uomini (-8,6% dal 1986 al 2006), mentre, nello stesso periodo, la percentuale di fumatrici si è mantenuta sostanzialmente stabile (+0,9%), tanto in Toscana che in Italia. In Toscana, aumentano gli ex-fumatori (da 11,4% del 1986 a 25,5% del 2006), mentre diminuiscono i mai fumatori (da 59,5% nel 1986 a 51,6% nel 2006)	ISTAT 2006*
<i>Soggetti 18-65 anni</i>	In Toscana: - 29% i fumatori (31% in Italia) - 22% gli ex-fumatori - 1,5% quelli che hanno smesso di fumare da meno di 6 mesi - 48% i mai fumatori	Studio PASSI 2007 (Garofalo 2008)
<i>Giovani adulti (20-59 anni)</i>	Le maggiori prevalenze di fumo in Toscana si registrano in: - uomini 30-39 anni (39,9%) - donne 20-29 anni (34,6%)	ISTAT 2006*
<i>Adolescenti (14-19 anni)</i>	- 14,1% (11,9% in Italia) - 15,0% dei maschi, come in Italia - 13,0% delle femmine (8,6% in Italia)	ISTAT 2006*

Categoria	Prevalenze registrate	Fonte
<i>Ragazzi e adolescenti (11, 13 e 15 anni)</i>	Fumano tutti i giorni: - a 11 anni: 0,3% (0,7% maschi) - a 13 anni: 3,8% (3% maschi e 4,5% femmine) - a 15 anni: 19,7% (16,8% maschi e 22,5% femmine)	Studio HBSC, 2° rapporto dati toscani 2005-2006
<i>Età media di inizio</i>	15 anni in entrambi i generi. Ha provato a fumare il 61,9% dei ragazzi e il 67,5% delle ragazze che frequentano le scuole medie superiori; 1/3 di costoro diventa un consumatore regolare di sigarette.	Studio EDIT: ARS Toscana, 2005
<i>Classe sociale e livello di istruzione</i>	La percentuale di uomini fumatori aumenta nelle classi sociali e a livello di istruzione più bassi Per le donne, in Toscana sono meno marcate le differenze tra le classi sociali e la scolarità, mentre in Italia la prevalenza di fumatrici è maggiore in contesti sociali di grado più elevato e che hanno un più alto livello di istruzione	Elaborazioni ARS su dati ISTAT (dati non pubblicati)
<i>Personale sanitario</i>	La prevalenza di fumo è più elevata di quella osservata nella popolazione generale: nell'AO Careggi alla fine anni novanta riguardava il 40,5% dei maschi e il 42,6% delle femmine Percentuali inferiori, ma comunque più elevate di quelle della popolazione generale della stessa età, sono state registrate nel 1998 tra il personale dell'AO Pisana: 33,8% tra i maschi e 38,3% tra le femmine Tra i medici di medicina generale delle province di Firenze, Pisa, Pistoia e Prato nel 1998 fumava il 27,8% dei maschi e il 30,3% delle donne	Indagine CAF Careggi 1998 (dati non pubblicati) Matteelli 2001 Gorini 1998
<i>Studenti di Medicina e della laurea infermieristica (età media 19,8 anni)</i>	Studenti di Medicina: - 30% fumatori - 5% ex-fumatori Studenti di Infermieristica: - 43% fumatori - 11,5% ex-fumatori	Indagine Università Siena: Melani 2000
<i>Fumo passivo in ambito domestico</i>	Analogia con la situazione nazionale: - circa il 25% degli italiani convive con fumatori; più esposte le fasce giovanili (fino al 50% tra 0 e 14 anni) - nel 2002 la prevalenza di fumo tra i genitori dei bambini (6-7 anni) e dei ragazzi (13 anni) andava dal 24 al 29% per le madri e dal 34 al 39% per i padri; si sommava un 7% circa di altri fumatori in famiglia	ISTAT 1999 SIDRIA 2: Chellini 2005
* elaborazioni ARS toscana dei dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT 2006		

La normativa nazionale e regionale

In Italia la legislazione sul fumo è tra le più avanzate. Si richiama in particolare:

- la legge 11 novembre 1975, n. 584 *Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico*;
- la legge 28 dicembre 2001, n. 448, art. 52, comma 20, che inasprisce le sanzioni per chi viola il divieto di fumo;
- la legge 16 gennaio 2003, n. 3, art. 51 *Tutela della salute dei non fumatori*, che estende il divieto di fumo anche ai locali privati, a eccezione di quelli privati non aperti a utenti o al pubblico e di quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati; tale normativa è entrata in vigore il 10 gennaio 2005.

L'applicazione dell'art. 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, ha portato l'Italia al terzo posto tra i paesi europei per estensione del divieto.

L'Italia ha ratificato il 18 marzo 2008 la *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC), una convenzione promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 2003), approvata nel marzo 2003 dall'Assemblea mondiale della sanità e siglata da 168 paesi nel mondo. La FCTC mette in evidenza la necessità di azioni di controllo del tabacco per motivi di sanità pubblica: prevede che siano attivati sia programmi per la riduzione del fumo attivo mediante anche regolamenti sui prezzi, sulle tasse e sull'etichettatura dei prodotti a base di tabacco, sia programmi per la riduzione del fumo passivo con l'obiettivo di «proteggere le generazioni presenti e future dai devastanti effetti sanitari, sociali, ambientali ed economici legati al consumo di tabacco e all'esposizione a fumo di tabacco» (art.3, FCTC). Le misure previste mirano alla riduzione sia della domanda sia dell'offerta del tabacco (art.6-17) e riguardano: il prezzo e la tassazione dei prodotti da fumo; la regolamentazione del contenuto di tali prodotti, delle confezioni e della loro etichettatura; interventi di prevenzione e di incentivazione alla cessazione; misure sulla vendita ai minori; controllo del contrabbando; sostegno allo sviluppo di attività economiche alternative a quelle relative a questi prodotti.

La Regione Toscana è impegnata da anni nella tutela della salute dai danni derivanti dal fumo di tabacco: la normativa, le progettazioni regionali, nonché l'organizzazione del sistema di prevenzione e cura sviluppate, la pongono all'avanguardia nel panorama nazionale.

La legge regionale (LR) del 4 Febbraio 2005, n 25 *Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivanti da fumo* e i successivi provvedimenti attuativi, hanno attivato sul territorio toscano un processo di cambiamento che ha permesso di sviluppare un lavoro sinergico tra i servizi territoriali e ospedalieri impegnati nella lotta al tabagismo.

Tale strategia di lavoro è anche suggerita dall'OMS, che ribadisce la necessità, per facilitare il contrasto al tabagismo, di un approccio globale e multisettoriale.

La delibera GRT del 28 febbraio 2005, n.338 *Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione al fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti termali* rende, tra l'altro, omogenee sul territorio toscano le prestazioni erogate dai Centri Antifumo delle Aziende sanitarie toscane, sulla base delle prove scientifiche riportate nelle principali linee guida nazionali e internazionali e individua standard minimi organizzativi per i Centri Antifumo.

La delibera GRT del 12 settembre 2005, n 894, istituisce il Gruppo regionale di coordinamento tecnico intersettoriale sul tabagismo, quale organismo di supporto tecnico all'azione regionale sulle tematiche del tabagismo, facilita lo sviluppo di azioni intersettoriali, rafforzando l'integrazione tra le varie componenti territoriali per perseguire obiettivi condivisi di prevenzione primaria e secondaria del tabagismo. Favorisce, inoltre, la formazione universitaria degli operatori del settore promuovendo e finanziando la loro partecipazione al master di I° livello *Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate* istituito dall'Università degli studi di Firenze e al master di II° livello *Dipendenze patologiche* istituito dall'Università degli studi di Pisa.

Il PSR 2008-2010 consolida gli scopi e le finalità della LR 25/2005, impegnando la Giunta a emanare linee di indirizzo sulla prevenzione del tabagismo, tenendo conto delle seguenti linee direttrici previste dalla legge regionale, della precedente programmazione sanitaria e sociale, nonché dei seguenti contenuti di *Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari*:

- favorire azioni di protezione dal fumo passivo;
- prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani;
- aiutare i fumatori a smettere di fumare (Centri Antifumo);
- promuovere il coinvolgimento della società civile e delle istituzioni, della scuola e della famiglia;
- rendere liberi dal fumo gli ambienti di lavoro e in particolare gli ospedali e le strutture sanitarie (Rete HPH: progetto *Ospedale e servizi sanitari liberi dal fumo*).

La pluriennale attività regionale in questo settore ha fornito sostegno a iniziative svolte in ambiti molto diversificati, quali la formazione, la ricerca, il carcere, la gravidanza, le farmacie, la rete dei servizi sanitari, i medici di medicina generale, eccetera.

Nella tabella 4 a pagina 20 sono elencate le principali norme e i più significativi provvedimenti adottati dalla Regione Toscana, con indicazione sintetica del loro contenuto.

Si ricorda in particolare che, a seguito delle indicazioni condivise di buone prassi espresse dal workshop regionale sul tabagismo tenutosi a Grosseto il 23 marzo 2007, la Giunta regionale ha approvato e finanziato un progetto che prevede, in ciascuna Azienda del sistema sanitario regionale, la costituzione di un gruppo di coordinamento aziendale per la messa punto di un percorso preventivo assistenziale integrato per il paziente fumatore.

Tabella 4 - Norme e regolamenti regionali toscani dal 1996 al giugno 2008

Norma/regolamento regionale

Legge regionale n. 65 del 7/8/1996 (abrogata dalla LR n 25 del 4 Febbraio 2005)

Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivati dal fumo

- detta disposizioni applicative della legge 584/1975 *Divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico*
- promuove la tutela della salute dei cittadini dai danni derivanti dal fumo, attraverso azioni di educazione sanitaria, informazione, intervento sui fumatori (Centri Antifumo, formazione del personale sanitario)

Delibera del Consiglio regionale n. 41 del 17/2/99

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

- dispone lo sviluppo della rete dei Centri Antifumo e la promozione dell'integrazione tra Aziende ospedaliere, SERT e MMG

Norma/regolamento regionale

Legge regionale n. 22 del 8/03/2000

Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale

In particolare l'art. 5 *Promozione della cultura della salute*

Delibera del Consiglio regionale n. 3 del 16/1/2001

Programma di educazione, informazione, intervento per l'anno 2001 per la prevenzione primaria e secondaria dei rischi derivanti dal fumo di tabacco (ex-art. 5 e 6 LR 7/8/96, n. 65)

Delibera di Giunta regionale n. 681 del 26/6/2001

Programma annuale 2001 per le attività di educazione alla salute in attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001

Delibere di Giunta regionale n. 786 e n. 787 del 16/7/2001

Interventi formativi connessi alla lotta al tabagismo rivolti al personale dipendente e convenzionato delle Aziende sanitarie

Delibera di Giunta regionale n. 937 del 6/8/2001

Indicazioni operative per la prevenzione primaria e secondaria del tabagismo e dei rischi derivanti dal fumo di tabacco

Stabilisce la costituzione a livello di ogni Azienda USL di uno specifico gruppo di lavoro, con possibilità di raccordo interaziendale, per la promozione e il coordinamento di interventi di prevenzione del tabagismo, al fine di favorire l'integrazione operativa fra le diverse risorse, interne ed esterne all'Azienda, presenti a livello territoriale.

Individua, inoltre, le seguenti aree privilegiate di intervento:

- scuole medie inferiori e superiori
- personale sanitario con particolare attenzione ai medici di medicina generale
- «Rete toscana degli ospedali che promuovono salute»
- ambienti di vita, di lavoro e sportivi
- uffici della Pubblica amministrazione
- Centri Antifumo territoriali e ospedalieri

e le seguenti indicazioni operative :

- lotta al fumo passivo
- formazione degli operatori
- sviluppo della rete dei servizi per aiutare il cittadino a smettere di fumare

- strategie di comunicazione, informazione ed educazione alla salute
- valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi

Piano sanitario regionale 2002-2004

Ribadisce gli indirizzi programmatici dei precedenti Piani sanitari regionali e impegna la Giunta regionale a:

- realizzare una campagna informativa ed educativa sul fumo di tabacco
- rafforzare e sviluppare la rete dei Centri Antifumo

Delibera di Giunta regionale n. 114 del 4/2/2002

Adesione della Regione Toscana al progetto nazionale *Progetto per lo sviluppo e il potenziamento dei Centri Antifumo* con la decisione di:

- sostenere lo sviluppo dei Centri Antifumo toscani e l'inserimento di 22 operatori (OCA) ex-LSU
- costituire il Gruppo regionale di Coordinamento tecnico intersettoriale
- monitorare l'attività dei Centri Antifumo annualmente (protocollo già in essere dal 1/07/2001)

Delibera di Giunta regionale n. 1122 del 14/10/2002, Delibera di Giunta regionale n. 1386 del 29/12/2003 e Delibera di Giunta regionale n. 641 del 13/6/2005:

- Prosecuzione del progetto istituito dalla Delibera di Giunta regionale n. 114

Delibera di Giunta regionale n. 1386 del 29/12/2003

Progetto regionale per lo sviluppo e il potenziamento dei Centri Antifumo toscani: prosecuzione e ampliamento attività con la quale si dispone:

- prosecuzione del *Progetto per lo sviluppo e il potenziamento dei Centri Antifumo toscani* fino al 2007
- ampliamento della convenzione con il consorzio Equilibria e inserimento di ulteriori 4 lavoratori (disoccupati di lunga durata)

Piano sanitario regionale 2005-2007

Ribadisce gli indirizzi programmatici dei precedenti Piani sanitari regionali e impegna la Giunta regionale a:

- sviluppare le iniziative di formazione del personale che opera nei Centri Antifumo, anche attraverso accordi con le Università toscane
- realizzare iniziative innovative di prevenzione mirate alle fasce di popolazione maggiormente a rischio (giovani e adolescenti)
- ottimizzare la rete dei Centri Antifumo attraverso la definizione dei requisiti minimi organizzativi, l'omogeneizzazione dei programmi di trattamento e del sistema tariffario
- realizzare interventi di disassuefazione dal fumo che facilitino la cura di sé e il benessere della persona (per esempio in stabilimenti termali)
- realizzare iniziative di sostegno negli ambienti di lavoro per l'applicazione della normativa sul divieto di fumo (consulenza ai datori di lavoro, attività di sensibilizzazione e informazione sui rischi da fumo attivo e passivo)

Legge regionale n. 25 del 4/2/2005

Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivati dal fumo:

- recepisce la cd legge Sirchia (n. 3 del 16/1/2003)
- sostiene gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e provvede alla formazione
- stanziare risorse economiche per il tema specifico (euro 500.000 /anno)

Delibera di Giunta regionale n. 338 del 28/2/2005

Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco e sperimentazione programmi antibagici negli stabilimenti termali

- individua standard minimi organizzativi dei CAF
- rende omogenee sul territorio toscano le prestazioni erogate dai CAF
- stabilisce:
 - a) la definizione del sistema tariffario delle prestazioni
 - b) la prima visita e parte del trattamento individuale a carico della Regione
 - c) l'inserimento delle prestazioni nel nomenclatore tariffario

Delibera di Giunta regionale n. 641 del 13/6/2005

Progetto regionale per lo sviluppo e il potenziamento dei Centri Antifumo delle Aziende sanitarie toscane - Acquisizione e utilizzo cofinanziamento Ministero del lavoro e delle politiche sociali

- destina la somma di euro 2.582.284,00 al progetto regionale per lo sviluppo e il potenziamento dei Centri Antifumo delle Aziende sanitarie toscane
- dà mandato al competente settore della Direzione generale del Diritto alla salute e delle politiche di solidarietà di provvedere agli atti di impegno necessari

Delibera di Giunta regionale n. 655 del 20/6/2005

Livello di assistenza della specialistica ambulatoriale. Integrazione al nomenclatore tariffario regionale

La Giunta regionale toscana stabilisce così di modificare il nomenclatore regionale e approva:

- l'inserimento di un allegato 5 denominato *Dipendenze*
- l'inserimento, nello stesso allegato, delle prestazioni riportate nella tabella 2 dell'allegato A, con il codice e la tariffa ivi segnalate

Delibera di Giunta regionale n. 894 del 12/9/2005 qualche stabilisce:

- l'istituzione del Gruppo regionale di coordinamento tecnico intersettoriale sul tabagismo
- un sostegno economico per la partecipazione degli operatori del SSR al Corso di perfezionamento sul tabagismo (Università di Firenze), divenuto dall'anno accademico 2007/8 Master primo livello su tabagismo e alcolismo (*Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate*)

Decreto dirigenziale n. 7400 del 30/12/2005

Approvazione progetti per interventi di prevenzione e cura del tabagismo previsti dalla LR 25/2005 - Impegno di spesa

Approva i seguenti progetti:

- fumo e giovani: *Percorsi di salute nella prevenzione del tabagismo a favore della popolazione giovanile*
- fumo e gravidanza: *Valutazione e intervento sul fumo di tabacco in gravidanza per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino*
- fumo e carcere: *Interventi di prevenzione e disassuefazione in ambito penitenziario*
- fumo e lavoro: *Studio epidemiologico sui determinanti oncogeni nelle aree di Massa Carrara e Viareggio con particolare attenzione al fumo di tabacco*
- fumo e medicina alternativa: *Azioni sperimentali di disassuefazione con l'utilizzo della Medicina alternativa e valutazione degli interventi*
- counseling antibagico: *Studio, implementazione e diffusione di strumenti idonei a favorire l'attività di counseling antibagico da parte dei medici di medicina generale*
- *Centro di documentazione regionale sul tabagismo*
- cartella clinica informatizzata: *Ampliamento del Sistema informativo regionale sulle tossicodipendenze con la costruzione di una cartella clinica individuale sul tabagismo in grado di fornire dati e indicatori comparabili a livello regionale*

- interventi di prevenzione 31 maggio
- definizione e realizzazione del Percorso preventivo assistenziale per pazienti fumatori

Delibera di Giunta regionale n. 669 del 25/9/2006. E' l'atto che, nell'ambito dei posti previsti per il Corso di perfezionamento post laurea sul tabagismo istituito dall'Università degli studi di Firenze e di Pisa, facoltà di Medicina e chirurgia, per l'anno accademico 2006/2007, riserva 16 posti agli operatori delle Aziende sanitarie toscane, nella misura di uno per Azienda. Le quote di iscrizione ai corsi sono a carico della Regione.

Nota dell'assessorato alla salute ai Direttori delle Aziende sanitarie con indicazioni scaturite dai lavori del workshop sul tabagismo (Grosseto il 23/3/2007) con la quale la Regione definisce la realizzazione del percorso preventivo assistenziale integrato per il paziente fumatore attraverso la:

- costruzione di una rete integrata a livello territoriale locale e nell'ambito del Sistema sanitario regionale che operi per la realizzazione di un percorso preventivo assistenziale per il contrasto al tabagismo, assicurando interventi appropriati e iniziative specifiche rivolte a particolari gruppi di popolazione a rischio (adolescenti, donne, soggetti affetti da patologie a elevato rischio, eccetera)
- indicazione delle linee generali per la predisposizione dei progetti da inviare in Regione per finanziamento

Decreto dirigenziale Regione Toscana n. 6323 del 18/12/2006

Finanziamento alle Aziende sanitarie per lo sviluppo del Progetto *Percorso preventivo assistenziale integrato per il paziente fumatore*.

Con questo decreto la Regione approva e finanzia tutti i progetti delle ASL (che si trovano nell'allegato A): la spesa complessiva è di euro 471.750,00

Piano sanitario regionale 2008-2010

Dispone di:

- rafforzare l'aspetto di integrazione delle varie componenti territoriali. La Giunta regionale si impegna a emanare linee di indirizzo sulla prevenzione del tabagismo, tenuto conto delle seguenti linee direttrici, in armonia con la LR sul tabagismo e della precedente programmazione sanitaria e sociale, nonché dei contenuti del Piano nazionale *Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari*
- favorire le azioni di protezione dal fumo passivo

Delibera di Giunta regionale n. 622 del 03-09-2007

Partecipazione operatori del Servizio sanitario regionale a master universitari sulle dipendenze organizzati dalle Università degli studi di Pisa e Firenze. Finanziamento alle Aziende sanitarie e ospedaliere toscane della quota d'iscrizione.

- è l'atto con cui la Regione, proseguendo quanto già stabilito con la Delibera di Giunta regionale n. 669 del 25/9/2006 nell'ambito dei posti previsti per il Corso di perfezionamento post laurea sul tabagismo istituito dall'Università degli studi di Firenze e di Pisa, facoltà di Medicina e Chirurgia, anche per l'anno accademico 2007/2008, indica una riserva di 16 posti per operatori delle Aziende sanitarie toscane, nella misura di uno per Azienda
- le quote di iscrizione ai corsi sono a carico della Regione che stanziava per questo euro 36.800,00

Delibera di Giunta regionale n. 800 del 13-10-2008

Guadagnare salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari – Linee di indirizzo e istituzione dell'Osservatorio sugli stili di vita. E' l'atto che, nell'ambito del programma ministeriale *Guadagnare salute*, individua come azione progettuale sul fumo a livello toscano il progetto *Percorsi di benessere per gli adolescenti*

Le linee guida sul tabagismo prodotte a livello internazionale, nazionale e regionale

Negli anni novanta sono state pubblicate le prime linee guida per la disassuefazione da fumo: US Dept. Health and Human Services 1994 (USA); Raw 1998 e Parrott 1998 (UK). Attualmente, molti paesi hanno predisposto linee guida per la prevenzione del tabagismo attraverso appropriati interventi. In Italia, le prime linee guida sono state predisposte nel 2002 dall'Istituto Superiore di Sanità e sono state recentemente aggiornate (ISS 2008). Recentemente sono state aggiornate anche le linee guida americane che avevano già avuta una revisione intermedia nel 2000 (Fiore 2000, Fiore 2008).

Anche diverse società scientifiche hanno stilato proprie linee guida per la prevenzione del tabagismo e dell'esposizione a fumo passivo (per esempio: APS 1996, ATS 1996, ICSI 2000, AIPO 2000, Invernizzi 2002, Tønnesen 2007).

Da segnalare anche la recente pubblicazione (2007) da parte della Regione Piemonte, di proprie linee guida a titolo *Cessazione del fumo di tabacco. linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte*.

Tutti questi documenti sono stati esaminati al fine di cogliere gli aspetti che sono stati valutati rilevanti da altri gruppi simili a quello che ha stilato le presenti linee guida per la Regione Toscana.

Nei documenti più recenti, oltre a esaminare e diffondere i risultati inerenti l'efficacia di interventi da rivolgere a singoli individui, sono stati presi in considerazione anche interventi di comunità. Nel report del Surgeon General del 2000 veniva riportata sinteticamente, l'efficacia dei vari interventi preventivi sul tabagismo, inclusi quelli di comunità (educativi, normativi e quelli comprensivi di più forme di intervento, definiti più semplicemente come interventi «comprensivi»). Nelle conclusioni maggiori di tale report, che sinora non è stato aggiornato, si affermava che era difficile fornire una scala gerarchica di efficacia dei vari interventi preventivi, poiché questi differivano in modo sostanziale riguardo alla metodologia di svolgimento e alla valutazione della misura del loro effetto. Tuttavia, si concludeva che gli interventi d'ampio impatto, come quelli economici, normativi e comprensivi, sembravano avere gli effetti più importanti sulla popolazione generale nel lungo periodo, a differenza di quelli di piccolo impatto, come quelli educativi e clinici, che risultavano avere una maggiore importanza nell'aiutare i singoli individui nell'evitare o abbandonare l'uso del fumo di tabacco.

In generale, sia nelle linee guida sia nelle rassegne più recenti, viene affermato che il controllo del fumo è dimostrato essere tanto più efficace quanto più affrontato con interventi diversificati, estesi e condotti allo stesso tempo (approccio globale, vedi la tabella 5 a pagina 25).

In merito agli interventi di prevenzione su comunità, una revisione del 2000 della Cochrane Collaboration affermava che vi erano prove sufficienti per strategie globali e ben finanziate di intervento per prevenire il fumo nei locali pubblici, nonostante che tutti gli studi allora disponibili fossero stati condotti negli USA e presentassero un disegno di studio debole. Negli anni successivi, la Cochrane Collaboration ha ulteriormente esaminato l'efficacia di vari interventi di comunità, ma spesso il giudizio è stato di prova limitata, perché la Cochrane Collaboration reputa che solo gli studi randomizzati e controllati con un adeguato gruppo di controllo (Randomized Control-

led Trial - RCT) forniscano un livello forte di prova. Gli RCT sono utilizzati correntemente nella pratica clinica per valutare l'efficacia di trattamenti diagnostici e terapeutici, ma difficilmente per valutare l'efficacia di interventi di comunità; in questi casi, però, la mancanza di RCT non deve essere confusa con la provata mancanza di efficacia. Nella tabella 6 a pagina 26 sono riassunti i livelli di efficacia dei vari interventi preventivi sul tabagismo a livello di comunità, esaminati sinora dalla Cochrane Collaboration (<http://www.cochrane.org>).

E' di questi ultimi anni l'attenzione all'applicazione di interventi per contenere e ridurre la diffusione del fumo da parte dei vari paesi e la conseguente classifica degli stessi. Si ricorda quella stilata sui paesi europei (Joossens 2006, Jossens 2007), che ha utilizzato 6 indicatori di performance di intervento su comunità:

- il prezzo delle sigarette;
- l'implementazione di leggi per ambienti liberi da fumo, come la legge 3/2003 italiana;
- gli investimenti statali per campagne mediatiche anti fumo;
- il grado di limitazione alla pubblicità delle sigarette;
- la presenza di scritte o immagini sul pacchetto di sigarette che informino sui rischi per la salute;
- lo sviluppo di aiuti per la cessazione (rete di Centri Antifumo, linea telefonica gratuita per fumatori, rimborso dei farmaci per smettere di fumare).

In tale classifica, attualmente, la Gran Bretagna risulta prima con 9,3 punti su 10; l'Italia si pone in decima posizione con 5,7 punti, e potrebbe sicuramente fare meglio. L'Austria, con 3,5 punti, è ultima in trentesima posizione. A parte i paesi dell'Est Europa, anche Germania, Grecia, Danimarca e Portogallo totalizzano punteggi più bassi, mentre prima dell'Italia si classificano oltre alla Gran Bretagna, l'Irlanda, la Scandinavia e la Francia.

Tabella 5 - Effetti evidenziati dei vari tipi di intervento sul fumo [Fonte: Surgeon General 2000].

Interventi	Effetto evidenziato
<i>Strategie educative</i>	Quando condotte insieme ad attività basate su comunità o mezzi d'informazione, possono ritardare o prevenire l'inizio dell'abitudine al fumo nel 20-40% degli adolescenti
<i>Gestione della dipendenza da nicotina e counseling</i>	In combinazione col supporto comportamentale, aiutano il 20-25% dei fumatori a rimanere astinenti dal fumo a un anno dall'inizio del trattamento Il semplice consiglio del medico ai propri pazienti può produrre tassi di cessazione del 5-10%
<i>Attività regolatorie:</i>	
<i>Pubblicità e promozione</i>	Riduzione della prevalenza e dell'uso del fumo di tabacco
<i>Qualità dell'aria interna</i>	Modificazione dei comportamenti sociali e riduzione della prevalenza dell'uso del fumo di tabacco
<i>Restrizioni nell'accesso dei minori al tabacco</i>	Modificazione dei comportamenti sociali e riduzione indiretta della prevalenza nell'uso del fumo di tabacco
<i>Tassazione sul tabacco</i>	Riduzione della prevalenza di fumo e del consumo di tabacco e, nel lungo termine, delle conseguenze per la salute causate dal fumo di tabacco
<i>Programmi comprensivi</i>	Possibile effetto sinergico dei vari interventi usati in combinazione

Tabella 6 - Valutazioni della Cochrane Collaboration su interventi preventivi di comunità sul tabagismo per anno di ultima revisione [Fonte: <http://www.cochrane.org>; accesso del 15/7/2008]

Tipo d'intervento	Prova di efficacia	N. studi esaminati*	Ultimo aggiornamento
<i>Interventi dei mass media per prevenire il fumo nei giovani</i>	Limitata	6	26-10-1998
<i>Interventi di comunità per prevenire il fumo nei giovani</i>	Limitata	17	24-9-2002
<i>Interventi di comunità per ridurre il fumo negli adulti</i>	Limitata riguardo all'effetto sulla prevalenza (2 studi rigorosi)	37	22-7-2002
<i>Finanziamento del sistema sanitario per aumentare i trattamenti di disassuefazione</i>	Gli studi a riguardo presentano limitazioni metodologiche: necessari ulteriori studi	6	24-1-2005
<i>Interventi nei posti di lavoro per incentivare la cessazione</i>	Forte per interventi individuali sui fumatori Limitata in caso di concorsi e incentivi forniti dai datori di lavoro Provata per attivazione di politiche specifiche di bando. Assente per programmi comprensivi condotti nei luoghi di lavoro Assente per costo-efficacia	33	19-2-2005
<i>Quit and Win</i>	Effetto sulla prevalenza di fumo piccolo Probabile efficacia nei paesi in via di sviluppo, ma sono necessari studi meglio disegnati	5	20-4-2005
<i>Programmi scolastici per prevenire l'abitudine al fumo</i>	Limitata: risultati contrastanti anche in studi ben disegnati. Non efficacia nel lungo termine. Necessari ulteriori studi	23	20-4-2006
<i>Programmi rivolti alle famiglie per prevenire il fumo nei ragazzi</i>	Solo ben condotti trial hanno mostrato un effetto; vi è pertanto necessità di disegnare bene questi studi	16	24-1-2007
<i>Interventi dei media per aumentare la disassuefazione tra gli adulti</i>	L'intensità e la durata della campagna mediatica pare possano influire, ma la lunghezza dei follow-up e i trend secolari rendono difficile la valutazione. Nessun effetto in relazione all'età, sesso o livello di istruzione	11	23-1-2008
<i>Concorsi e incentivi per smettere di fumare</i>	Nessuna prova di efficacia	17	29-4-2008
<i>Interventi sui tabaccai per prevenire la vendita di tabacco ai minori</i>	Gli studi disponibili hanno limiti di partecipazione adeguata	35	1-5-2008

* Studi considerati, che hanno soddisfatto i criteri di selezione della Cochrane Collaboration

I problemi aperti nella prevenzione del tabagismo

Uno degli aspetti più difficili da affrontare del tabagismo è quello definibile culturale, dal quale discendono tutte le altre difficoltà: da quelle politiche, relativamente all'individuazione degli indirizzi e delle risorse, a quelle più specificamente organizzative e gestionali. Il tabagismo, per molti anni vissuto come abitudine voluttuaria socialmente accettata, è attualmente sempre più considerato abitudine dannosa socialmente tollerata. Tutti gli sforzi dovranno essere concentrati al fine di completare la rivoluzione culturale che faccia propria la definizione già accettata a livello scientifico del tabagismo quale malattia (dipendenza da tabacco). Solo così, gli interventi per la prevenzione e cura dei danni da fumo di tabacco potranno uscire completamente da una sorta di marginalità, per assumere pari dignità rispetto a quanto posto in essere, dai servizi sanitari, per le altre condizioni croniche umane.

La dipendenza da fumo come malattia cronica e recidivante

La maggioranza dei fumatori continua a fumare per molti anni e, di solito, alterna periodi di remissione e di ricaduta. Per queste sue caratteristiche, così come avviene per l'ipertensione arteriosa o la broncopneumopatia cronica ostruttiva, la dipendenza da fumo richiede una cura continua, attraverso il counseling, il sostegno e la farmacoterapia (Fiore 2008). È proprio in base a tali peculiarità che devono essere commisurate le risorse del sistema sanitario pubblico per la prevenzione del tabagismo e delle esposizioni a fumo passivo, affinché siano continuative e non sporadiche e adeguate, al fine di prevenire le gravi conseguenze sulla salute del fumo.

L'approccio globale

Le strategie generali di contrasto del tabagismo, ribadite anche dall'OMS nei più recenti documenti, raccomandano di utilizzare un approccio globale e multisettoriale alla lotta al tabagismo: occorre quindi mirare a sviluppare e a coordinare efficacemente, in un'ottica sistemica di rete, tutte le risorse significative della comunità, mediante il coinvolgimento operativo di settori sanitari e di parti interessate non sanitarie. Solo in un'ottica di lavoro multidisciplinare che favorisce la collaborazione culturale e operativa tra le diverse professionalità competenti in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo, potranno essere contrastati e ridotti gli effetti devastanti del fumo.

La pianificazione di interventi globali e intersettoriali è ovviamente lo standard da ricercare. La legge 25/2005 della Regione Toscana e soprattutto il lavoro fatto per il workshop del marzo 2007 con le indicazioni emerse per i vari settori di intervento per la definizione del lavoro da effettuarsi a livello aziendale da parte di ciascuna Rete aziendale, sono un'ottima base di partenza per un progetto integrato specifico sul tabagismo in Toscana. Occorreranno comunque

anni perché sia realizzato e soprattutto sarà necessaria una fattiva azione di monitoraggio, confronto e valutazione.

L'importanza della Rete aziendale e del Coordinamento regionale riguarda in modo strategico il sostegno a tutte le attività del settore. Occorrerà nel prossimo futuro creare occasioni di scambio di esperienze e metodologico, con incontri operativi in occasione dei quali lavorare sulle criticità e sulle eccellenze.

Campagne mediatiche rivolte ai giovani

L'assenza di qualsiasi segnale di riduzione del fumo tra i giovani rappresenta una grande sconfitta per le campagne di educazione sanitaria sul fumo messe in atto negli ultimi anni. Solo le campagne mediatiche statunitensi hanno avuto esiti diversi.

Negli Stati Uniti, una prima campagna pubblicitaria anti fumo è stata sviluppata dal Minnesota nel 1986. Successivamente, vi sono state quella della California nel 1990, del Massachusetts nel 1993, dell'Arizona nel 1995, dell'Oregon e Florida nel 1998. I temi degli spot televisivi erano gli effetti a breve e lungo termine sulla salute, la «deglamourizzazione» della sigaretta, contrastando la convinzione molto diffusa tra gli adolescenti che la maggior parte dei loro coetanei fumi (Ibrahim 2007). Un tema innovativo introdotto nella campagna californiana è stata la divulgazione delle dichiarazioni rilasciate dai manager delle industrie del tabacco che dichiaravano di non essere a conoscenza del potenziale di dipendenza del tabacco: una delle immagini più famose della campagna californiana è la foto che ritrae i rappresentanti delle sette maggiori industrie operanti negli Stati Uniti, mentre testimoniano il 14 aprile 1994, davanti a una sottocommissione del Congresso americano, di non credere che la nicotina sia una droga (Goldman 1998). Nel 1998, la campagna lanciata in Florida, la *truth campaign* (campagna verità) è costata 26 milioni di dollari ed è stata finanziata con parte del risarcimento che le multinazionali del tabacco hanno patteggiato per mettere fine al processo intentato da quello stato contro di loro. La *truth campaign* ha focalizzato l'attenzione sulle strategie manipolatorie delle industrie ed è stata rivolta espressamente ai giovani. La strategia utilizzata è quella tipica dell'industria, ovvero l'utilizzo di un marchio ben identificabile e di uno slogan preciso («Il nostro marchio è la verità, il loro marchio è la menzogna»). Questa campagna ha determinato dopo due anni dal lancio, una caduta significativa della prevalenza di fumatori tra gli adolescenti delle scuole medie inferiori (da 18,5% nel 1998 a 11,1% nel 2000) e delle scuole superiori della Florida (da 27,4% a 22,6%). Inoltre si è ridotta anche la proporzione di coloro che provavano a fumare, sia allievi delle medie (da 21,4% a 16,2%) sia delle scuole superiori (da 32,8% a 28,2%) (Bauer, 2000). L'American Legacy Foundation ha lanciato nel 2000 la *truth campaign* in tutti gli Stati Uniti, finanziata con una parte del risarcimento (1,45 miliardi di dollari) che le industrie hanno dovuto sborsare in base al Master Settlement Agreement, l'accordo del 1998 tra 46 stati americani e le 5 più grandi compagnie del tabacco operanti negli Stati Uniti (Brown & Williamson, Philip Morris, Lorillard, RJ Reynolds, Commonwealth Tobacco), che ha messo fine a quattro anni di processi.

La *truth campaign* si differenzia marcatamente dal tradizionale approccio di educazione sanitaria, in quanto sposta la responsabilità della dipendenza dal fumo sulle compagnie del tabac-

co, smascherando le loro strategie di mercato per attrarre i giovani. Tale approccio fa capire ai giovani che fumando non esprimono autonomia, bensì asservimento alle strategie di multinazionali interessate a farli diventare dipendenti dalla nicotina prima possibile. La *truth campaign* nazionale è stata valutata tramite indagini annuali dal 1997 al 2002, ciascuna su un campione di 50.000 studenti americani di 13, 15 e 17 anni. La prevalenza di fumatori dal 1999 al 2002 è diminuita dal 25,3% al 18%. È stato stimato che, se la campagna non fosse stata implementata, la prevalenza di fumatori nel 2002 sarebbe stata del 19,6%, invece che 18%, e che quindi circa il 22% del declino nella prevalenza sia attribuibile a tale campagna. In termini numerici, questa percentuale si traduce in circa 300.000 adolescenti fumatori in meno negli Stati Uniti (Farrelly 2005).

Campagne mediatiche rivolte ai fumatori

Anche la comunicazione mediatica rivolta ai fumatori di qualsiasi età è risultata negli USA di grande impatto. L'utilizzo dei media per campagne sul tema del tabagismo è stato spesso sporadico e l'impatto di tali campagne non è stato generalmente valutato. Si tratta di uno strumento di intervento importante, che richiede la disponibilità di notevoli risorse finanziarie e il coinvolgimento di esperti dei media, che difficilmente hanno formazione ed esperienza su temi sanitari.

Nel settore sanitario, si è privilegiato da sempre una comunicazione meno costosa (poster e brochure), gestita direttamente da operatori sanitari e che più recentemente si avvale delle nuove disponibilità che offre la rete informatica. Anche in Toscana, il Centro di documentazione regionale sul tabagismo si è dotato di un suo portale (www.infofumo.it) che può costituire un utile strumento di scambio e formazione nell'ambito del sistema sanitario regionale. Nel 2003-2004 è stata effettuata in Toscana una campagna informativa (opuscoli, affissione di manifesti, istituzione di un numero verde) che però non risulta essere stata adeguatamente valutata in termini di impatto sulla prevalenza di fumo o di aumento della domanda di cessazione.

È necessaria una riflessione approfondita sul tema della comunicazione applicata a questo fenomeno e fattore di rischio sanitario.

Le donne

In Italia, si è cominciato a registrare un decremento nella prevalenza di fumo tra le donne dal 2001, sostanzialmente legato a quelle che abitano al Nord Italia e che hanno un livello culturale più elevato. Il numero di donne fumatrici in Italia stimato al 2007 è pari a 4.7 milioni (19,3%), e la più elevata prevalenza di fumo è stata registrata nelle fasce di età più giovani (Pacifi 2008). Poche sono finora le strategie di prevenzione mirate specificamente alle donne, se non a quelle in gravidanza. Una speciale attenzione deve essere sicuramente posta sulle donne più giovani, e non solo a quelle in gravidanza poiché possono rappresentare un rischio per i loro figli in fase fetale, ma anche perché le giovani donne iniziano a fumare alla stessa età degli uomini, ma con un tasso di cessazione minore e un maggior rischio di patologie cardiovascolari, se fanno anche uso di con-

traccettivi orali. Le campagne rivolte alle donne in gravidanza hanno ridotto il numero di fumatrici durante la gestazione, ma due grandi studi multicentrici condotti nel 1994 e nel 2002 hanno evidenziato percentuali ancora troppo elevate di ripresa del fumo dopo il parto (Chellini 2005). In Toscana è in corso il progetto di intervento rivolto alle donne in gravidanza *Valutazione e intervento sul fumo di tabacco in gravidanza per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino* finanziato con Decreto dirigenziale n. 7400 del 30/12/2005 (per altri dettagli vedere più avanti al capitolo 6 gli interventi offerti a particolari categorie di fumatori). Strategie specificamente mirate alle donne devono essere previste perché fattori fisiologici (quali una diversa tolleranza/suscettibilità alla nicotina, un aumento dei sintomi di astinenza nelle donne che smettono di fumare in relazione alle variazioni ormonali mensili), psicologici (come la paura di ingrassare o la scarsa autostima) e anche sociali (quali il convivere con fumatori o avere amici che fumano) hanno una diversa influenza nei due sessi, sia in relazione all’acquisizione dell’abitudine al fumo sia in relazione alla cessazione e alla continuazione dell’astensione da fumo (Amos 1996).

Linee telefoniche di supporto: Quitlines

Una linea telefonica gratuita dedicata ai fumatori con somministrazione di counseling telefonico e anche la possibilità di accedere a terapia farmacologica, è stata dimostrata efficace da numerosi studi (Zhu 2002, Stead 2007). E’ fortemente raccomandata in tutte le linee guida sul tabagismo, perché riesce a raggiungere strati della popolazione che di solito non chiedono supporto per smettere di fumare, in particolare fumatori di bassa condizione socioeconomica ed extracomunitari. Negli USA, sin dal 2005 è attiva una linea telefonica gratuita su tutto il territorio nazionale. Studi che effettuano follow-up sui fumatori che telefonano hanno dimostrato che le quitlines determinano un aumento di circa il 30% dei tassi di cessazione a lungo termine. La linea telefonica è uno strumento flessibile che può essere disegnato per venire incontro a varie esigenze (servizi in più lingue; operatività per orari prolungati o nei giorni festivi): ha quindi un potenziale elevato nel raggiungere un’ampia fascia di fumatori. La linea telefonica dovrebbe determinare l’accesso anche alla terapia farmacologica con pieno rimborso della spesa. Negli USA è stato stimato che se il tasso di utilizzo della linea telefonica da parte dei fumatori fosse del 10% in un anno, con un tasso di cessazione a lungo termine (un anno) di circa il 20%, questo determinerebbe circa un milione di fumatori in meno ogni anno.

In Italia, sono presenti due quitlines o telefoni verdi, uno della Lega italiana contro i tumori (800 998877) e uno gestito dall’Istituto Superiore di Sanità (800 554088), che forniscono supporto telefonico e informazioni sui servizi per la cessazione presenti sul territorio.

Ridurre il costo dei trattamenti per smettere di fumare

Nelle linee guida della Task Force on Community Preventive Services (Task Force on Community Preventive Services 2001) si raccomanda la riduzione dei costi diretti della cessazione per il

fumatore. Questo determina un aumento assoluto dei fumatori che tentano di smettere, un aumento dei fumatori che ci provano utilizzando trattamenti efficaci e quindi una percentuale più elevata di fumatori che riescono a smettere.

In Toscana, l'accesso ai centri specialistici per la disassuefazione prevede (DGR 655 del 20/6/05) un ticket di euro 36,15 per il trattamento individuale e di euro 35 per i trattamenti di gruppo. Questi ultimi hanno attualmente un costo più elevato (pari a euro 100 a partecipante): la parte non coperta dal ticket viene pagata dal Sistema sanitario regionale, che copre anche il costo previsto per la valutazione iniziale (euro 26).

Tutto ciò suggerisce la necessità anche in Toscana di favorire e pubblicizzare la disponibilità dei trattamenti per smettere di fumare non solo presso i Centri Antifumo, ma in qualsiasi setting sanitario.

L'ambiente domestico (e le auto private)

L'entrata in vigore in Italia della legge 3/2003 ha portato a una drastica riduzione del fumo passivo negli ambienti pubblici e nei luoghi di lavoro e ha ridotto il numero dei fumatori e la quantità di tabacco venduto e quindi fumato. L'ambiente domestico è quindi diventato quello nel quale i fumatori possono continuare a fumare indisturbati continuando ad arrecare danni a sé e alle persone che convivono con loro.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per l'auto privata. L'ambiente domestico in Italia non è sinora stato oggetto di campagne specifiche di prevenzione, come invece sta accadendo negli USA e in Canada, dove sono in corso campagne per case e auto libere da fumo (Blumenfeld 2007).

L'ambiente ospedaliero e la formazione del personale sanitario

L'ambiente ospedaliero è uno dei primi ambienti sanitari a essere stato interessato da interventi specifici sul tabagismo, anche per il fatto che in questo ambiente passano in genere tutti i fumatori affetti da patologie fumo correlate. Negli anni è mancata una sinergia tra chi si occupava di contrastare il tabagismo in ambiente ospedaliero e chi si occupava di analoghi interventi al di fuori dell'ospedale.

Occorrerà continuare a sensibilizzare il personale sanitario ospedaliero ed extraospedaliero, attraverso iniziative informative e formative, al fine di metterlo in grado di attuare durante la quotidiana attività lavorativa tutti quegli interventi considerati efficaci (dalla semplice individuazione del fumatore al consiglio breve riguardo alla cessazione, all'utilizzo di strumenti di registrazione e gestione dei pazienti e assistiti, come indicato nel capitolo 6).

L'attuale evoluzione dei progetti HPH «ospedali senza fumo» in Toscana, ha visto una significativa crescita nello sviluppo di sinergie con le restanti iniziative regionali di prevenzione secondaria nei confronti del tabagismo. Tali sinergie costituiscono inoltre l'aspetto essenziale dell'approccio di rete che è stato fortemente promosso dalle iniziative regionali.

La validazione degli interventi

E' importante discriminare tra interventi validati e non: nell'ambito del servizio sanitario pubblico è essenziale che le risorse siano dedicate in maniera privilegiata a quegli interventi che risultano validati. In particolare:

- gli interventi offerti dai servizi del SSR devono possedere solide prove di efficacia;
- gli interventi privi di prove di efficacia, cioè quelli non studiati, ma dotati di una giustificazione teorica solida, possono essere utilizzati nell'ambito dei servizi del SSR, ma limitatamente all'ambito di studi sperimentali rigorosi, capaci di fornire prove scientifiche di efficacia;
- gli interventi dotati di prove di inefficacia, così come quelli che non sono dotati di una giustificazione teorica solida, possono essere attuati presso un Centro Antifumo esclusivamente con un ruolo di affiancamento nei confronti degli interventi validati, che dovranno costituire la principale offerta di trattamento del Centro.

Da tutto ciò consegue che per tutti gli interventi attuati dovrebbe essere prevista una valutazione di adeguatezza rispetto sia al contesto nel quale vengono offerti sia al loro impatto. Per questo è necessaria una procedura accreditata di studio, che preveda il coinvolgimento di operatori anche non direttamente implicati nella implementazione degli interventi (epidemiologi e statistici esperti). Per raggiungere l'obiettivo di efficacia ed efficienza dei servizi e degli interventi implementati occorre inoltre che questi concetti e modalità di lavoro siano oggetto di riflessione e formazione per gli operatori sanitari.

Le prove disponibili in letteratura sull'efficacia, per esempio, delle terapie alternative o non convenzionali proposte per la cessazione del fumo, quali l'agopuntura e l'ipnositerapia, non documentano una loro efficacia: carenze e debolezze degli studi finora attuati non consentono di evidenziare un effetto certo di disassuefazione nei fumatori. E' pertanto auspicabile che interventi di questo tipo siano ancora oggetto di ricerca e monitoraggio come quello attualmente in corso nell'area fiorentina, *Azioni sperimentali di disassuefazione con l'utilizzo della medicina alternativa e valutazione degli interventi*, finanziato con Decreto dirigenziale n. 7400 del 30/12/2005.

Altri prodotti del tabacco

Dal punto di vista delle conoscenze, ancora oggi non sono chiari i rischi legati al consumo di alcuni prodotti a base di tabacco, non da fumo, propagandati come sicuri poiché non vengono sottoposti a fenomeni di combustione: sono i cd *smokeless tobacco* presenti nei mercati del Nord Europa e in America (SCENIHR 2008).

Le raccomandazioni/obiettivi da perseguire in Toscana per la prevenzione del tabagismo e dell'esposizione a fumo passivo

La prevenzione del tabagismo si articola su un ampio spettro di interventi, che spazia dai provvedimenti legislativi fino ai programmi educazionali individuali. In sintesi, gli interventi preventivi sul tabagismo possono essere raggruppati individuando tre obiettivi strategici:

Prevenire l'inizio dell'abitudine al fumo, specialmente tra i giovani

Proteggere i non fumatori dal fumo passivo

Aiutare i fumatori a smettere di fumare

Le prime due strategie si concretizzano in attività volte a impedire l'instaurarsi dell'abitudine al fumo e della dipendenza da tabacco o a proteggere la salute dei non fumatori dai suoi effetti (prevenzione primaria). L'aiuto per la cessazione del fumo è da intendersi come attività di prevenzione secondaria rivolta ai fumatori abituali. Nell'ambito della prevenzione oncologica tutti e tre gli obiettivi possono essere considerati di prevenzione primaria.

In generale, come peraltro sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 2008), **data la complessità del fenomeno tabagismo, caratterizzato da aspetti di tipo socioculturale e medicopsicologici, occorre che venga sviluppata una strategia di approccio globale per la prevenzione del tabagismo e degli effetti sanitari a esso correlati.**

Tale approccio comprende sia azioni di tipo educativo che favoriscano l'adozione di stili di vita sani, sia azioni di sostegno alla disassuefazione che aumentino il numero di fumatori che intraprendono programmi di cessazione, sia azioni di tipo normativo per il controllo del fumo negli ambienti di vita e lavoro.

Prevenire l'instaurarsi dell'abitudine al fumo, specialmente tra i giovani

Il problema del fumo nei giovani adolescenti va a interfacciarsi con le diverse realtà, sociale, cognitiva e culturale. In questo contesto è necessario intervenire con una strategia globale che tenga conto dei maggiori livelli di riferimento sociale dei giovani; in particolare occorre considerare con attenzione oltre alla famiglia e alla scuola, anche i luoghi di aggregazione giovanile.

Si ricorda la necessità di considerare il fumo in un'ottica trasversale, anche con attenzione agli altri aspetti dello stile di vita (alimentazione, attività fisica e alcol).

Si rende necessario attivare e promuovere percorsi educativi per promuovere la cultura del non fumare. In particolare, si individuano i principali ambiti di intervento quali la famiglia, la scuola, gli ambienti sportivi e di aggregazione giovanile.

Finora, gli interventi raccomandati nelle più importanti linee guida per ridurre l'acquisizione dell'abitudine al fumo nei giovani (Task Force Community Preventive Services 2001) sono due e di tipo generale:

Interventi legislativi a livello statale per aumentare il prezzo delle sigarette con aumento delle accise sulle sigarette.

E' stato stimato in USA che un aumento del 10% del prezzo delle sigarette può determinare una diminuzione del 3,7% nella prevalenza di abitudine al fumo tra gli adolescenti e una diminuzione del 2,3% nel numero di sigarette fumate al giorno tra gli adolescenti fumatori

Campagne di educazione attraverso i media per scoraggiare le persone a iniziare a fumare, da condursi in concomitanza a interventi educativi nella comunità o nella scuola.

E' stato provato che questo tipo di intervento determina a distanza di almeno 2 anni una diminuzione significativa della prevalenza dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti

La famiglia

La famiglia svolge un ruolo determinante nel sostenere e indirizzare i figli adolescenti, caratterizzandosi come importante e valido riferimento nell'evitare errati stili di vita, come appunto l'inizio dell'abitudine al fumo.

Gli ambienti di aggregazione giovanile, ambienti sportivi e culturali

Tali ambienti rappresentano per il giovane un importante livello di riferimento sociale considerato il loro impatto sul processo evolutivo e di crescita personale.

E' importante considerare l'attivazione di accordi con le associazioni di categoria in collegamento anche con altre azioni di livello regionale e locale per facilitare la cultura del non fumo.

La scuola

La scuola e la famiglia rappresentano il continuo nel quale sviluppare strumenti cognitivi e capacità di relazione sociale, per favorire la diffusione di messaggi condivisi e condivisibili diretti a facilitare nei giovani atteggiamenti e comportamenti in un percorso rivolto all'autotutela della salute. A tale proposito si ricorda che il Piano sanitario regionale 2008-2010 individua, per le azioni nella scuola, la strategia promossa dall'OMS *Scuola che promuove salute*. Tale strategia ha i suoi fondamenti in un modello sociale di salute che mette in evidenza da un lato il ruolo dell'intera organizzazione scolastica nei confronti delle esigenze del territorio e dall'altro l'attenzione sugli individui e sulle loro competenze e capacità di scelta, nell'intento di comprendere e favorire il rapporto tra educazione e salute.

La Regione Toscana con la DGR del 19 marzo 2007, *Promozione di azioni per favorire tra i giovani stili di vita sani e consapevoli per il benessere e il successo formativo nella scuola e nella comunità*, ha stipulato il protocollo di intesa tra Regione Toscana e la Direzione generale dell'Ufficio scolastico regionale. Il protocollo prevede di programmare annualmente azioni, inter-

venti e strumenti innovativi non settoriali, al fine di fornire alle istituzioni scolastiche un'unica proposta integrata di lavoro che prenda in considerazione il benessere complessivo dello studente.

Tale collaborazione ha permesso in questi anni di programmare iniziative condivise tra il mondo della scuola e quello della salute, sviluppando azioni e progetti regionali e territoriali. Con la DGR 426 del 3 giugno 2008 *Educazione alla cittadinanza attiva e responsabile: indirizzi alle istituzioni scolastiche per la quota oraria del 20% dei piani di studio*, oltre a dare attuazione alla normativa statale (DLgs n. 226 del 17 ottobre 2005, art. 27), ha emanato indirizzi finalizzati a coordinare l'offerta regionale rivolta alle scuole. L'obiettivo principale è quello di supportare la scuola, contribuendo al miglioramento degli apprendimenti che concorrono a sostenere il diritto alla cittadinanza, attraverso l'offerta formativa coordinata per la quota oraria del 20% dei piani di studio (POF). In tale ambito si inseriscono a pieno titolo le iniziative per la scuola collegate ai temi della salute tra cui l'azione *Percorsi di benessere per la prevenzione del tabagismo*. Tale azione trova riscontro e dettagli progettuali in particolare nella scheda n. 11 della deliberazione sopra citata.

Le scuole sono quindi un ambito adatto all'attivazione di programmi di prevenzione del fumo, anche perché circa l'80% dei fumatori inizia a fumare prima di raggiungere l'età adulta. La prevenzione deve perciò focalizzarsi sui bambini e gli adolescenti in età scolare, prima che le loro opinioni e aspettative sul fumo si siano radicate. Le scuole inoltre offrono il modo più sistematico ed efficiente per raggiungere un numero significativo di giovani ogni anno e hanno la possibilità di attivare e sostenere politiche scolastiche articolate che, se applicate con coerenza, possono aiutare gli studenti a decidere di non fumare o, se fumano, a decidere di smettere (Task Force Community Preventive Services 2001, EU-Dap 2004).

Le politiche scolastiche dovrebbero:

- spiegare la logica che sta alla base della prevenzione dell'uso di droghe (compreso il tabacco);
- proibire il consumo di tabacco in qualsiasi ambiente scolastico (compresi aule docenti, giardini e cortili) e in tutte le strutture e servizi esterni ubicati all'interno del perimetro scolastico;
- proibire la pubblicità del tabacco nella scuola, nelle strutture e nelle pubblicazioni finanziate dalla scuola;
- permettere agli studenti e al personale di accedere a programmi che li aiutino a smettere di utilizzare tali sostanze;
- includere procedure per comunicare la politica per il contrasto del tabagismo agli studenti, al personale, ai genitori o alle famiglie, ai visitatori e alla comunità.

Nella revisione della Cochrane Collaboration relativa alla prevenzione a scuola dell'uso di droghe, incluso il tabacco (Faggiano 2005), i programmi che cercano di aumentare le abilità degli studenti (*skilled-focused model*) risultano i migliori.

I modelli su cui si basano tali programmi possono essere classificati nel modo seguente:

1. Knowledge model, basato sulla conoscenza: presuppone che fornendo agli adolescenti tutte le informazioni disponibili sui comportamenti potenzialmente distruttivi, come il tabagismo, si presenterà di tali comportamenti (EU-Dap 2004). E' stato dimostrato come questo metodo, che si fonda sul tentativo di spaventare gli adolescenti, abbia effetti limitati o non ne abbia affatto.

2. *Affective model*: segue un approccio più ampio, essendo mirato a fattori legati all'autostima, alle capacità di prendere decisioni e di definizione degli obiettivi; spesso esclude l'impiego di informazioni dettagliate sulle conseguenze del comportamento stesso in termini di salute.

3. *Social influence model*: riconosce l'uso di droghe, tra cui il tabacco, come un comportamento essenzialmente sociale (WHO 1994; EU-Dap 2004). A questo tipo di modello si rifanno due tipi di approccio:

- a) l'approccio *Social Norm*, che si basa sul fatto che molti giovani sovrastimano la frequenza dell'uso di droghe tra i pari. La sovrastima del consumo tra adolescenti di fumo e alcol è molto diffusa tra studenti delle scuole medie e superiori (Sussman 1988, Beck 1996, Thombs 1997, Botvin 2001, D'Amico 2001, Perkins 2002, Perkins 2003), ed è un predittore significativo dell'uso di alcol e tabacco tra gli adolescenti (Graham 1991, Botvin 2001, D'Amico 2001). È stato dimostrato che l'inizio dell'abitudine al fumo e dell'abuso di alcol tra gli adolescenti può essere significativamente postposto riducendo la percezione di sovrastima del consumo di alcol e tabacco tra pari (Hansen 1991, Perkins 2003). Una componente importante di questo approccio è la cosiddetta educazione alla norma, che mira tramite varie strategie di comunicazione a informare sul consumo reale tra gli adolescenti di tabacco, alcol, e droghe e quindi a modificare la percezione del consumo tra gli adolescenti ai livelli reali;
- b) l'approccio *Life-skill education* (educazione a rafforzare le competenze di vita) che si concentra sulle capacità intra e interpersonali e migliora l'autodisciplina dei giovani, il rispetto di se stessi, degli altri e dei loro sentimenti, la fiducia, la riservatezza e l'individualità. Programmi di intervento che utilizzano tale approccio riguardano comportamenti come l'assumersi le proprie responsabilità, il sapere come adempiere ai doveri verso sé e gli altri, la capacità di comunicare in modo aperto, onesto e chiaro e di agire in modo indipendente (WHO 1994).

Relativamente alla formazione degli insegnanti e degli studenti, prevista nell'ambito del programma *Guadagnare salute* della Regione Toscana, si individua la metodologia della peer-education e life-skills education anche in raccordo con il progetto del CCM *Utilizzo della strategia di prevenzione di comunità nel settore delle sostanze d'abuso*, di cui la Regione Toscana ha il coordinamento. Tale metodologia sarà di riferimento per i progetti relativi ai giovani anche in ambiti di intervento extrascolastici. Si ricorda il sito web regionale www.stammibene.net come opportunità per gli insegnanti e i ragazzi di un facile strumento di comunicazione sugli stili di vita.

Ridurre fino all'eliminazione il fumo passivo

Alcuni ambienti di vita risultano particolarmente importanti: i locali pubblici, in particolare quelli dediti alla ristorazione, i luoghi di lavoro e l'ambiente domestico. I primi due sono stati oggetto di una specifica regolamentazione: la legge 3/2003 (cd legge Sirchia, dal nome del ministro della Sanità che l'ha proposta), entrata in vigore il 10 gennaio 2005. Attualmente, il CCM, in

collaborazione con la Regione Veneto, sta organizzando una serie di eventi formativi rivolti a operatori sanitari e tecnici dei servizi di prevenzione e sanità pubblica, per implementare e sviluppare programmi di controllo della legge Sirchia.

Prima dell'entrata in vigore di tale legge era stato stimato che, in Italia, circa 806.500 lavoratori erano esposti per almeno il 75% dell'orario di lavoro a fumo passivo, di cui il 17% nei lavori manuali, il 36% nel settore impiegatizio, il 47% nell'industria alberghiera e di ristorazione (Mira-belli 2005).

Luoghi pubblici (in particolare esercizi di ristorazione)

La legge Sirchia ha determinato una drastica riduzione all'esposizione a fumo passivo in particolare nei locali di intrattenimento, come testimoniato da diversi studi, alcuni dei quali condotti a Firenze, che hanno misurato la nicotina ambientale o il particolato atmosferico prima dell'entrata in vigore della legge e dopo uno e due anni (Gorini 2005, Gorini 2008a). Tra i locali di intrattenimento, quelli che hanno mostrato valori in qualche caso ancora elevati sono le discoteche. Nell'ultimo studio di misurazione di fumo passivo in discoteche dopo due anni dalla legge Sirchia, circa il 25% delle misure erano al di sopra di valori di concentrazione comprovanti la presenza di qualche fumatore (Gorini 2008a).

Dalle interviste, circa il 90% del campione intervistato nell'indagine DOXA del 2005 ha dichiarato che la legge era rispettata nei bar e ristoranti (Gallus 2006). Anche nell'inchiesta condotta nel 2005 tra i proprietari di circa 1.600 locali di intrattenimento in Italia (Ministero della salute 2005), il 92% dei rispondenti dichiara che tutti gli avventori rispettano il bando; solo l'11% ha dovuto chiedere a qualche cliente di spegnere la sigaretta. Dalle indagini DOXA successive del 2006, 2007 e 2008 la percentuale dei rispondenti che dichiarano che la legge è rispettata diminuisce (rispettivamente 88,2%; 83,2%; 81,5%).

Nell'indagine telefonica (Gorini 2008b) condotta su un campione rappresentativo di non fumatori di Firenze (1.073 persone), dopo un anno dall'entrata in vigore della legge Sirchia, solo il 10% dei rispondenti dichiara di essere ancora esposto a ETS (Environmental Tobacco Smoking) nei locali di intrattenimento. Inoltre quasi tutti i rispondenti (97%) sono favorevoli alla legge, anche se la percentuale di coloro che dichiarano che è rispettata è un po' più bassa (88%).

Occorre mantenere elevato il livello di controllo dell'applicazione della legge Sirchia nei luoghi pubblici, con particolare riferimento ai locali di intrattenimento come le discoteche

Luoghi di lavoro

Per quanto riguarda i luoghi di lavoro diversi dai locali di intrattenimento, nelle indagini DOXA del 2005, 2006, 2007, 2008, la percentuale del campione intervistato che ha dichiarato che la legge è rispettata si è sempre attestata solo intorno al 70%. A conferma di questo dato, nell'indagine telefonica condotta su un campione rappresentativo di non fumatori a Firenze (Gorini 2008b), circa il 39% dei rispondenti dichiara di essere ancora esposto a fumo passivo sul posto di lavoro.

I risultati conseguiti nei luoghi di lavoro suggeriscono la necessità di sviluppare programmi di

controllo per il rispetto della legge anche in questi ambienti. Una particolare attenzione deve essere posta alle discoteche quale luogo di lavoro.

Data l'alta prevalenza di fumo in età lavorativa, negli ambienti di lavoro è possibile contattare un grande numero di fumatori ai quali offrire interventi di disassuefazione. E' pertanto ritenuto importante inserire nella programmazione degli interventi di tutela e promozione della salute, svolti dai Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, iniziative informative e formative sui rischi connessi al fumo, sull'interazione con i fattori di rischio professionale e sulle modalità efficaci per smettere di fumare.

E' necessario sviluppare specifici programmi di controllo per il rispetto della legge Sirchia nel posto di lavoro, associando, laddove possibile, l'offerta di interventi di disassuefazione ai lavoratori

Ambiente domestico

Data l'elevata prevalenza di fumo nella popolazione italiana e toscana e dato il divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro, l'ambiente domestico per il fumatore è diventato il luogo di elezione dove poter continuare a fumare indisturbato, arrecando, però, danno a sé e alle persone che abitano con lui. Data inoltre la maggiore prevalenza di fumo nel genere maschile, verosimilmente sono le donne a essere più esposte a fumo passivo in ambiente domestico. Nell'indagine condotta a Firenze (Gorini 2008b), il 12% dei rispondenti dichiara di essere esposto a fumo passivo a casa.

Data anche l'alta prevalenza di fumo tra i giovani adulti, anche genitori, i bambini e i ragazzi sono, oltre alle donne, un gruppo a rischio di esposizione a ETS.

Tutto ciò suggerisce la necessità di sviluppare e validare programmi di intervento per la riduzione del fumo passivo in ambiente domestico, rivolti in particolare alle donne e ai minori. In alcune aree degli USA e del Canada sono in corso campagne per la promozione di ambienti di vita quali case e auto liberi da fumo (Blumenfeld 2007). In Italia non risultano sinora attivate campagne analoghe, a eccezione di due progetti in corso in Toscana: è del 2008 il finanziamento da parte dell'ITT (Istituto Toscano Tumori) di un progetto dell'ISPO (Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica) di intervento in fase di avvio su ambienti domestici rivolto a donne, con e senza figli, di 3 città toscane (Firenze, Pisa e Siena); è inoltre da citare il progetto dell'AOU Meyer di promozione di ambienti domestici liberi da fumo rivolto ai genitori dei bambini e ragazzi che vengono visitati e trattati presso i servizi della AOU.

E' necessario sviluppare e validare specifici programmi di intervento per la riduzione del fumo passivo in ambiente domestico

Incentivare la cessazione dell'abitudine al fumo

Nel marzo 2008, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato un documento (WHO 2008) che individua le sei politiche raccomandate per invertire l'andamento dell'epidemia di fumo

nel mondo. *Aiutare a smettere di fumare* è una delle sei politiche sulle quali i governi e i sistemi sanitari sono invitati a investire; nel documento viene ribadita l'efficacia della terapia farmacologica e la necessità di implementarne l'uso nella pratica clinica, tenendo conto delle diverse realtà culturali locali e delle preferenze e necessità dei singoli individui.

Nel maggio 2008 è stato pubblicato l'aggiornamento delle linee guida statunitensi sul trattamento del tabagismo (Fiore 2008).

In tale documento è stata riportata la prova scientifica di oltre 8.700 pubblicazioni dal 1975 al 2008, riguardanti argomenti selezionati sulla cessazione del fumo di tabacco. Sulla base di questa rigorosa revisione metanalitica, le linee guida forniscono raccomandazioni su counseling, trattamenti farmacologici e politiche istituzionali efficaci per interventi clinici, specialistici e di politica sanitaria sul tabagismo.

Le raccomandazioni chiave di rilevanza clinica, sulle base delle quali impostare e basare il trattamento di disassuefazione, sono riassunte nella tabella 7 a pagina 40.

Gli interventi sono distinguibili in:

- interventi di primo livello, offerti in qualsiasi struttura sanitaria, da personale sanitario, medico e non;
- interventi di secondo livello offerti di preferenza in strutture specialistiche, per situazioni di particolare dipendenza.

In Italia, l'Istituto Superiore di Sanità ha reso disponibile on line l'aggiornamento delle linee guida italiane (ISS 2008). In esse sono dettagliatamente descritte le procedure operative di 1° e 2° livello che possono essere utilizzate per la disassuefazione. In queste linee guida regionali tali raccomandazioni vengono sinteticamente riportate e contestualizzate alla realtà toscana.

Interventi di primo livello

Il tasso annuo di persone che smettono stabilmente di fumare corrisponde, per le cessazioni spontanee, a percentuali del 2% circa, ma questo tasso può raggiungere percentuali del 5% quando vengono attuati i cosiddetti «interventi brevi» o di «primo livello» da parte dei medici di medicina generale (MMG), ma anche di altri sanitari che ne hanno l'opportunità. Purtroppo, la maggior parte delle cessazioni spontanee non si stabilizza nel tempo.

I MMG rappresentano il principale legame tra la popolazione e il sistema dei servizi e i loro ambulatori sono diffusi in maniera capillare su tutto il territorio nazionale. Si stima che almeno dieci milioni di fumatori potrebbero essere raggiunti dai MMG ogni anno in Italia. Ogni medico, in media, ha in carico dai duecento ai quattrocento fumatori e di questi, in un anno, vede circa i due terzi. Il numero dei contatti (circa 13.000/anno) del MMG con i propri pazienti è estremamente elevato e l'occasione di parlare di fumo con i pazienti si può presentare ogni 2-3 visite.

In letteratura è ampiamente provato che un consiglio breve (di circa 2-3 minuti) ai pazienti incrementa il numero dei fumatori che fanno seri tentativi di smettere. Questo approccio ha il grande vantaggio di poter facilmente raggiungere un gran numero di persone, ottenendo risultati a livello di popolazione di grande rilevanza: una pur minima riduzione della percentuale dei fumatori tra gli assistiti di ogni MMG porterebbe a un significativo risultato globale.

Tabella 7. Raccomandazioni di rilevanza clinica chiave sulla cessazione del fumo di tabacco

[Fonte: Fiore 2008]

- La dipendenza da tabacco è una malattia cronica, che spesso richiede interventi ripetuti per multipli tentativi di cessazione. Tuttavia, sono disponibili trattamenti efficaci che possono aumentare in modo significativo i tassi di astinenza a lungo termine
- I medici dovrebbero svolgere su ogni paziente tabagista almeno un intervento breve, dimostrato efficace per favorire la cessazione del fumo di tabacco
- Se un tabagista non è intenzionato a smettere di fumare, il medico dovrebbe svolgere un intervento motivazionale efficace nel favorire un tentativo di cessazione in futuro
- I medici dovrebbero incoraggiare ogni paziente che desidera smettere di fumare a seguire un intervento assistito di counseling e ad assumere farmaci raccomandati per la disassuefazione dal fumo
- Il counseling e i farmaci sono di per sé efficaci per il trattamento della dipendenza da tabacco. La loro combinazione, comunque, è più efficace dell'impiego separato. I medici dovrebbero incoraggiare tutti i fumatori che compiono un tentativo di cessazione a utilizzare entrambi
- Due componenti di counseling sono particolarmente efficaci e i medici dovrebbero usarli quando i pazienti compiono un tentativo di cessazione:
 - counseling pratico (risoluzione di problemi / addestramento ad abilità)
 - supporto sociale come parte del trattamento
- Sono disponibili numerosi farmaci efficaci per la dipendenza da tabacco e i medici dovrebbero incoraggiarne l'uso per tutti i pazienti che compiono un tentativo di cessazione, eccetto quando controindicato per motivi clinici o per popolazioni per le quali non c'è prova sufficiente di efficacia (donne in gravidanza, fumatori «leggeri» e adolescenti)

Ci sono 7 farmaci di prima linea (5 presidi nicotinici e 2 non-nicotinici) che aumentano i tassi di astinenza a lungo termine:

- bupropione cloridato a lento rilascio (comprese)
- vareniclina (comprese)
- inalatore alla nicotina
- pastiglia alla nicotina
- spray nasale alla nicotina (non disponibile in Italia)
- cerotto transdemico alla nicotina
- gomma da masticare alla nicotina

I medici dovrebbero prendere in considerazione anche l'uso di combinazioni di farmaci dimostrate efficaci

Ruolo del medico di famiglia

Il medico di famiglia vedendo frequentemente i propri assistiti può facilmente individuare tra questi i fumatori e consigliare loro la cessazione del fumo; seguendo i pazienti nel tempo e conoscendone le caratteristiche patologiche e psicologiche, le abitudini di vita, il contesto familiare e lavorativo, è in grado di valutare la determinazione dei fumatori a smettere; può fornire con interventi personalizzati assistenza adeguata ai motivati, promuovere la motivazione nei non motivati, sostenere nel tempo gli ex fumatori, prevenire e individuare precocemente le ricadute.

Il medico di famiglia è inoltre in grado di realizzare interventi di educazione sanitaria, al fine di impedire l'instaurarsi dell'abitudine al fumo tra i non fumatori, in particolare tra i giovani.

Ambulatorio senza fumo

La prima regola che ogni medico dovrebbe porsi è quella di dare il buon esempio, proponendosi come modello di non fumatore. Tale obiettivo è più difficilmente perseguibile dal medico che fuma, il quale non dovrebbe, in ogni caso, fumare in ambulatorio o in presenza dei pazienti; lo stesso vale per il personale infermieristico e i collaboratori di studio, che hanno anche il compito di far rispettare il divieto di fumo. E' necessario esporre in sala d'aspetto i cartelli di divieto, poster di campagne anti fumo e soprattutto deve essere disponibile materiale di consultazione (pieghevoli, riviste, pubblicazioni) che possono aiutare il paziente a smettere di fumare. Naturalmente, come in ambulatorio, non devono esserci posacenere nemmeno in sala di attesa.

Gestione del paziente

Il medico di medicina generale deve chiedere in maniera chiara ed esplicita a ogni suo paziente se fuma e annotare sulla cartella i dati sul fumo. Se il paziente è fumatore, chiederà inoltre da quanto tempo fuma, il tipo e il numero di sigarette fumate al giorno.

In questa fase, il medico definisce anche il grado di dipendenza da nicotina del paziente; a tale scopo possono essere utilizzati test specifici come quello di Fagerstrom, oppure, con notevole risparmio di tempo, può essere sufficiente chiedere al paziente quando accende la prima sigaretta della giornata, se entro mezz'ora dal risveglio o più tardi.

Dare a tutti i fumatori il consiglio chiaro e inequivocabile di smettere di fumare, anche con un intervento di soli 3 minuti, è una raccomandazione molto forte, così come fornire materiale scritto di supporto.

L'intervento deve essere personalizzato secondo le caratteristiche del paziente: in particolare si dovrà tenere conto dell'età, del genere, di eventuali sintomi o malattie correlate con il fumo che costituiscono per il medico buone opportunità per parlare dei danni che da esso derivano. Comunque, è indispensabile illustrare a tutti i fumatori le buone ragioni per smettere e cercare di stabilire un'alleanza con il paziente; esprimere la comprensione che si tratta di una scelta difficile, accettare lo stato di ambivalenza e la resistenza del fumatore, senza entrare in conflitto con lui, aiutarlo a trovare motivazioni proprie e accettare anche di parlare degli aspetti «positivi» del fumare.

Chiedere a tutti se fumano e raccomandare a chi lo fa di smettere sono due azioni irrinunciabili e obbligatorie per tutti i medici di famiglia; andare oltre e, individuati i fumatori motivati a intraprendere un tentativo di cessazione, fornire loro supporto e assistenza è sicuramente un momento operativo che, oltre alle indispensabili abilità relazionali, richiede una maggiore disponibilità di tempo, un'organizzazione del lavoro idonea e precise conoscenze per poter prescrivere e gestire correttamente la terapia farmacologica.

Se il medico non dispone delle risorse necessarie, è opportuno che invii i pazienti fumatori motivati alle strutture di secondo livello. I fumatori portatori di altri fattori di rischio oltre al fumo, i fumatori portatori di malattie legate o aggravate dal fumo, i fumatori con patologie psichiatriche, dipendenza da alcool o droga, o, comunque, quelli che non riescono a smettere o ricadono frequentemente, devono essere particolarmente seguiti e valutati dal medico curante e se necessario inviati ai servizi di secondo livello.

Gli interventi di primo livello, la cui effettuazione è auspicabile da parte di tutti i sanitari, dovreb-

bero, quindi, nei casi più difficili, esitare in un invio ai centri di secondo livello, con l'obiettivo di incidere più significativamente sul fenomeno. L'offerta di una rete organizzata e diffusa di strutture pubbliche per il trattamento del tabagismo è fondamentale per contribuire alla riduzione dei fumatori nella popolazione; la Regione Toscana non si è sottratta a questo compito, implementando il progetto regionale *Percorsi preventivo assistenziali per il paziente fumatore*. In ogni Azienda sanitaria si è costituito un gruppo di lavoro coordinato da un referente aziendale direttamente nominato dai Direttori generali su richiesta dell'assessore al Diritto alla salute, con il principale compito di realizzare a livello locale il percorso preventivo assistenziale per il fumatore.

Le buone prassi condivise da utilizzare per promuovere e realizzare il percorso locale sono state individuate nel workshop regionale sul tabagismo tenutosi a Grosseto il 23 marzo 2007, in cui si sono confrontati tutti gli operatori toscani coinvolti nel contrasto del tabagismo. Secondo quanto emerso in quella sede, gli interventi di primo livello, forniti dal curante, risultati efficaci e che sono, quindi, fortemente raccomandati sono i seguenti:

In ogni occasione pertinente di visita e anamnesi clinica, il MMG dovrebbe chiedere se il paziente fuma, registrare l'informazione e, se fuma, consigliare di smettere

Ove possibile e appropriato, il MMG dovrebbe valutare la motivazione del paziente a smettere di fumare e mettere in atto il trattamento più adeguato o inviarlo al CAF (Centro Antifumo)

Dovrebbe essere favorita la realizzazione dell'attività anti fumo nella medicina di gruppo e di UCP; ove praticabile, vanno eseguite misure funzionali (monossido di carbonio nell'espriato, spirometria, saturimetria, eccetera)

Il MMG dovrebbe contribuire, con accordi aziendali, alla creazione di interventi territoriali più complessi e integrati nell'ambito delle cure primarie

In Toscana, è stato recentemente messo a punto il software *Winsmoke*, che verrà distribuito a tutti i MMG toscani e che rappresenta un valido aiuto per realizzare i primi due interventi sopra riportati. In particolare, il software permette al MMG di:

- attuare un counseling guidato per il paziente fumatore (utilizzando indicazioni terapeutiche e consigli comportamentali);
- raccordarsi più agevolmente con i servizi di secondo livello;
- registrare l'attività antitabagica svolta nei confronti dei propri pazienti fumatori;
- ottenere immediatamente un report aggiornato dei propri pazienti fumatori suddivisi secondo il loro stadio motivazionale rispetto alla cessazione dal fumo;
- inviare i dati raccolti, opportunamente criptati, a un centro di elaborazione dati.

Possono fornire efficaci interventi di primo livello anche altre figure professionali, in particolare gli infermieri, che rappresentano il gruppo più numeroso di sanitari e sono presenti in vari ambienti del Servizio sanitario: opportunamente addestrati, possono fornire un primo consiglio ai fumatori con cui vengono in contatto durante la loro attività professionale. Secondo l'ultima revisio-

ne della Cochrane Collaboration di 42 RTC, gli interventi degli infermieri sono di provata efficacia, specialmente se forniti all'interno delle strutture ospedaliere, mentre la prova d'efficacia è più debole se l'intervento è breve e non inserito nelle attività standard del personale infermieristico (Rice 2007). Tra le figure professionali diverse dal medico che sono state inserite in programmi di prevenzione primaria del tabagismo, vanno ricordate le ostetriche, nell'ambito di specifici programmi rivolti alle donne fumatrici in gravidanza (come il programma *Mamme senza fumo* della LILT; il programma *Valutazione e intervento sul fumo di tabacco in gravidanza per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino* condotto congiuntamente dalle AOU Careggi, AOU Pisana e AO Senese).

Tutti gli operatori sanitari, medici e non, devono fornire interventi di primo livello

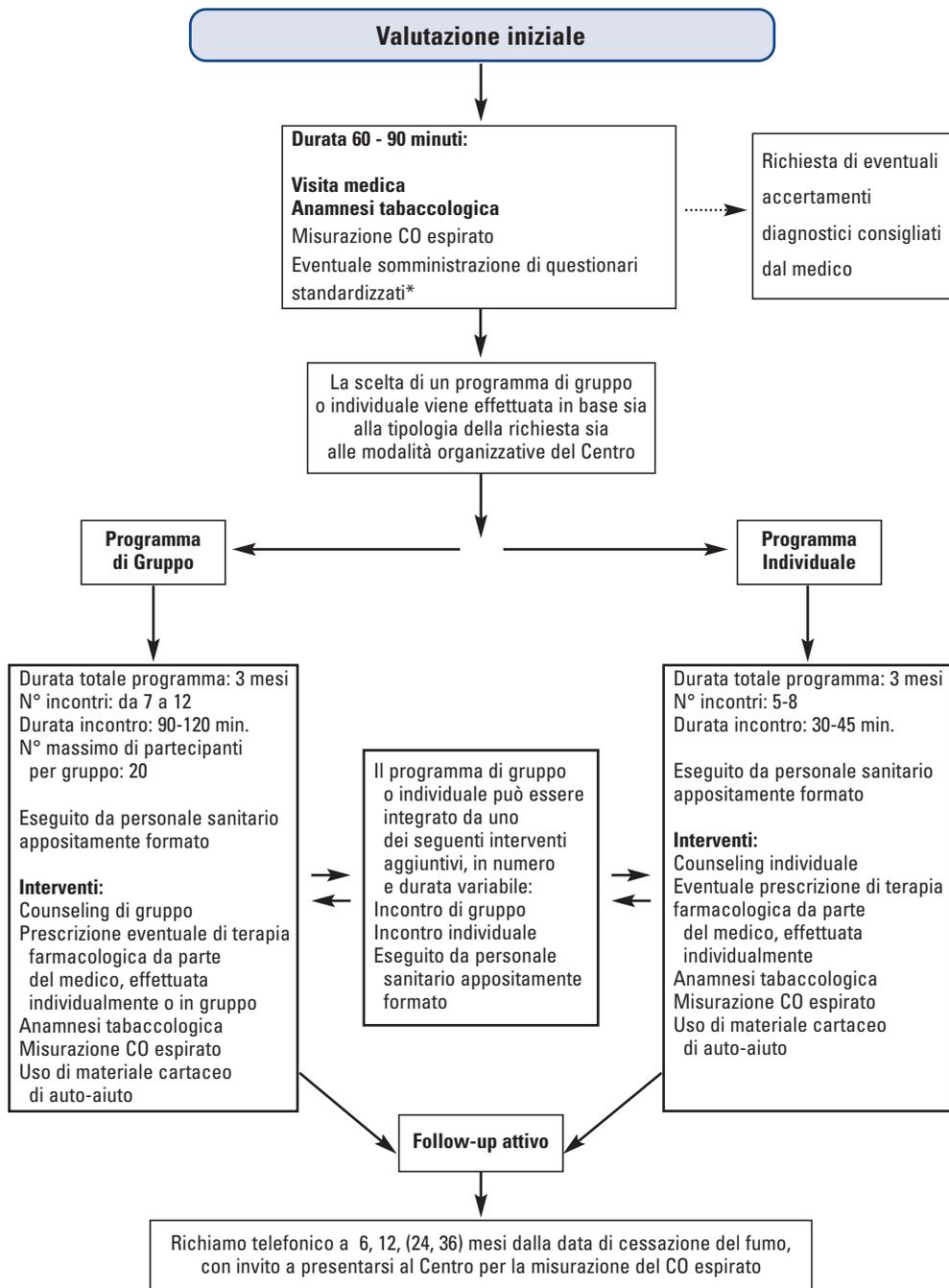
Interventi di secondo livello: i CAF

Gli interventi specialistici di secondo livello vanno considerati nell'ottica di una rete di facilitazioni per la cessazione che deve essere resa disponibile per i fumatori, i quali presentano gradi molto diversi di difficoltà a smettere di fumare, nonché di motivazione a tentare di smettere.

Lo sviluppo di strutture pubbliche specialistiche per il trattamento del tabagismo è soltanto uno degli aspetti necessari per affrontare un fenomeno così complesso e trasversale, che richiede l'implementazione di politiche di controllo articolate su più livelli. La Toscana ha adottato da molti anni questo approccio, già manifestato con la LR 65/1996 e perfezionato successivamente attraverso numerose iniziative regionali e con il progressivo ampliamento della rete dei Centri specialistici per la disassuefazione (CAF, Centri Antifumo), che sono attualmente 26, collocati sia nelle Aziende universitarie ospedaliere, sia negli ospedali delle Aziende USL o presso sedi territoriali, quali SerT, distretti e poliambulatori (Ameglio 2007a, Ameglio 2007b). Attualmente, l'offerta dei trattamenti tende a diventare sempre più omogenea e ampia: oggi tutte le Aziende sanitarie della Toscana sono dotate di almeno un CAF. Presso i Centri ospedalieri è rintracciabile un più frequente approccio individuale clinico farmacologico e presso i Centri territoriali un approccio maggiormente multidisciplinare (farmacologico, psicologico individuale e di gruppo). Nell'ambito dell'offerta territoriale dei trattamenti per la disassuefazione, vi sono anche i corsi per smettere di fumare ad approccio cognitivo comportamentale di gruppo, forniti dalle sezioni provinciali della LILT.

Un concreto sostegno ai CAF, affiancato da un puntuale monitoraggio della loro attività attraverso uno specifico protocollo, è giunto attraverso la DGRT 114/2002, *Progetto regionale per lo sviluppo e il potenziamento dei Centri Antifumo toscani*. L'esigenza di definire un'offerta di percorsi assistenziali omogenei e appropriati nell'ambito dei Servizi pubblici specialistici per il tabagismo, ha visto la sua realizzazione nel DGR 338/2005 *Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti terminali*. La Del. GRT n.655 del 20/6/2005 *Livello di assistenza della specialistica ambulatoriale. Integrazione al nomenclatore tariffario regionale*, ha quindi inserito le prestazioni erogate dai CAF nel nomenclatore regionale, mettendole a disposizione della cittadinanza con un ticket molto accessibile. Qui di seguito viene riportato il protocollo dei Programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco dei CAF toscani (come concordato in data 1 marzo 2004).

Disassuefazione dal fumo di tabacco: protocollo dei CAF toscani



Nota. L'attività di tipo coadiuvante degli operatori (OCA – ex Lsu) dei Centri Antifumo è sottintesa per tutti i programmi di cessazione

Nel corso del workshop svoltosi a Grosseto il 23 marzo 2003 sono state discusse le criticità nell'attività dei CAF e sono state identificate le principali azioni per superarle di cui si riporta una sintesi in tabella 8.

Tabella 8. Strumenti e metodi di miglioramento dei CAF

1. Qualificare l'attività dei CAF quale intervento di secondo livello:
 - valorizzando il ruolo del CAF soprattutto per interventi intensivi e specialistici
 - qualificando il ruolo del CAF in attività di ricerca, formazione, e promozione della salute in collaborazione con la competente UO Educazione alla salute
 - favorendo gli interventi di 1° livello presso altri servizi aziendali e non

2. Migliorare la collaborazione tra CAF e MMG, con azioni dirette a:
 - favorire momenti di confronto tra specialisti del CAF e MMG
 - trasferire ai MMG informazioni sull'attività dei CAF (sede, orari, attività, modalità di accesso)
 - trasferire ai MMG le informazioni cliniche sui loro assistiti presi in carico dal CAF

3. Migliorare la collaborazione tra CAF e strutture specialistiche aziendali:
 - definendo e diffondendo le modalità di accesso per i fumatori ricoverati o afferenti agli ambulatori specialistici
 - favorendo momenti di incontro tra specialisti dei CAF e di altri servizi ASL
 - esplicitando il ruolo del CAF nell'ambito dei Piani integrati di salute

4. Migliorare la distribuzione geografica dei CAF sul territorio e valutare la migliore collocazione del CAF tra i presidi aziendali per facilitare l'accesso dell'utenza

5. Diminuire l'eterogeneità delle caratteristiche e della dotazione di risorse dei CAF sulla base dell'applicazione dei protocolli di intervento stabiliti dalla Regione Toscana (Del 338 del 2005) e aumentando i percorsi formativi aziendali per le diverse qualifiche professionali dei CAF

6. Razionalizzare l'impiego degli operatori del CAF, anche utilizzandoli maggiormente nella diffusione delle informazioni sull'attività del CAF (distribuzione di materiale nei poliambulatori, nelle farmacie, con la presenza nei Distretti, eccetera)

7. Adottare in tutti i CAF una Cartella clinica informatizzata creata appositamente dal gruppo di lavoro regionale (progetto *Ampliamento del Sistema informativo regionale sulle tossicodipendenze con la costruzione di una Cartella clinica individuale sul tabagismo in grado di fornire dati ed indicatori comparabili a livello regionale*, Decreto n° 7400/ 2005)

8. Garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni offerte dai CAF del fumo secondo le linee guida internazionali

La rete territoriale per la prevenzione e la cura del tabagismo

La necessità di implementare una rete integrata a livello territoriale nell'ambito del sistema sanitario regionale degli interventi di primo e secondo livello sopra riportati ha visto un impegno specifico della Regione Toscana, concretizzatosi nei lavori di Grosseto del 23 marzo 2007. Le azioni previste per concretizzare tale rete sono:

Avviare, a livello di ciascuna Azienda sanitaria, una ricognizione sull'offerta esistente e sul fabbisogno territoriale di Servizi per la cessazione del fumo

Realizzare protocolli e procedure operative per la consulenza e per la gestione integrata dei pazienti tra il Servizio per la cessazione del fumo, i MMG e gli altri operatori della rete

Svolgere, in collaborazione con i media locali, attività di informazione sul tabagismo volta a favorire l'accesso dei fumatori ai programmi di disassuefazione

Realizzare attività che vedano il coinvolgimento attivo degli ex fumatori nei programmi di contrasto del tabagismo

Il trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico può essere prescritto dal MMG, ma, in particolare, deve essere disponibile presso i CAF.

Il trattamento farmacologico per la disassuefazione dal fumo di tabacco, da solo o in combinazione con attività di counseling, è uno strumento di provata efficacia per supportare la cessazione del fumo. Le prove scientifiche al riguardo sono oggetto di continue conferme e aggiornamenti.

La tabella 9 a pagina 47 riassume il meccanismo d'azione, i principali effetti collaterali e l'efficacia dei farmaci di prima e seconda linea raccomandati per il trattamento della dipendenza da tabacco. Per ognuno dei farmaci riportati in tabella occorre valutare le possibili controindicazioni: per l'uso di sostituti nicotinici, recenti episodi di aritmia o la presenza di ischemia miocardica; per bupropione, una storia di episodi convulsivi, di traumi cranici o di disturbi della sfera alimentare; per vareniclina, la presenza di disturbi depressivi maggiori e di insufficienza renale.

Interventi offerti a particolari categorie di fumatori

Interventi per fumatori affetti da patologie respiratorie e cardiache fumo correlate

Una particolare attenzione deve essere posta nei confronti degli interventi rivolti a soggetti già portatori di una patologia fumo correlata, in primo luogo malattie respiratorie e cardiovascolari (Fiore 2008).

In questi casi, il trattamento del tabagismo deve essere considerato una vera e propria terapia della malattia di base, con la stessa dignità del trattamento farmacologico o di altri interventi e deve essere integrato nel percorso assistenziale destinato alla gestione della patologia di base.

La disassuefazione deve essere parte integrante della terapia

Tabella 9. Denominazione, caratteristiche ed efficacia dei principali trattamenti farmacologici per la disassuefazione dal fumo [Fonte: Carrozzi 2008]

Farmaco	Meccanismo d'azione	Effetti collaterali comuni	Efficacia in studi di meta-analisi [voce bibliografica]
Terapia di sostituzione con nicotina	Agonista dei recettori nicotinici Sostituzione nicotinica	Irritazione localizzata	Dopo almeno 6 mesi di follow-up [Stead 2008]: cerotto: OR 1.81 (95% CI 1.63-2.02) gomma: OR 1.66 (95% CI 1.52-1.81) inalatore: OR 2.14 (95% CI 1.44-3.18) pastiglia: OR 2.05 (95% CI 1.62-2.59) spray nasale: OR 2.35 (95% CI 1.63-3.38)
Bupropione a rilascio controllato	Inibizione del re-uptake neuronale di noradrenalina e dopamina, con minimo effetto sul re-uptake della serotonina	Insomnia, secchezza delle fauci	Dopo almeno 6 mesi di follow-up [Hughes 2007]: OR 1.94 (95% CI 1.72-2.19)
Vareniclina	Agonista parziale dei recettori neuronali colinergici nicotinici sottotipo $\alpha 4\beta 2$	Nausea, cefalea, sogni agitati	A 12 mesi dopo l'inizio del trattamento [Cahil 2007]: RR 3.22 (95% CI 2.43-4.27)
Nortriptilina	Inibizione del re-uptake di serotonina e noradrenalina	Secchezza delle fauci, visione offuscata, stipsi, ritenzione urinaria, sedazione, sonnolenza, aumento di peso, ipotensione ortostatica	Dopo almeno 6 mesi di follow-up [Hughes 2007]: OR 2.34 (95% CI 1.61-3.41)
Clonidina	Alfa-2 agonista noradrenergico	Secchezza delle fauci, sonnolenza, capogiri, sedazione, stipsi	Almeno 12 mesi dopo la fine del trattamento [Gourlay 2004]: OR 1.89 (95% CI 1.30-2.74)

Un intervento di primo livello deve essere fornito dal medico di medicina generale e dallo specialista di riferimento, ma, qualora non si ottenga la cessazione, deve essere previsto un livello di trattamento più intensivo presso i Centri Antifumo.

L'obiettivo del trattamento deve essere la completa astensione dal fumo. La riduzione (quando di almeno il 50% del numero di sigarette giornaliere fumate) può essere presa in considerazione come momento di passaggio verso la completa astensione per quei soggetti che non intendono smettere di fumare, tenendo presente che al momento attuale è stato evidenziato (Stead 2007) che:

- coloro che riducono il numero di sigarette, invece che smettere completamente, hanno una elevata probabilità di riprendere il numero abituale;
- non esiste una chiara prova che la riduzione porti a un reale vantaggio in termini di salute.

Alcune recenti revisioni della Cochrane Collaboration hanno dimostrato:

Efficacia di interventi psicosociali (comportamentali, supporto telefonico e self help) nel trattamento del tabagismo in soggetti affetti da malattia coronarica (Barth 2008)

Efficacia degli interventi iniziati in ambito ospedaliero e con supporto almeno nel 1° mese dopo la dimissione nei pazienti ricoverati per qualsiasi patologia (Rigotti 2007)

Sono state pubblicate raccomandazioni specifiche di interventi su particolari popolazioni di soggetti affetti da patologie fumo correlate. In particolare, la Task Force della European Respiratory Society ha pubblicato nel 2007 raccomandazioni specifiche rivolte al trattamento del tabagismo in pazienti con malattie respiratorie, definendo la cessazione del fumo una priorità elevata e una parte integrante della terapia (Tonnesen 2007). Sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.iss.it/ofad/>) è disponibile la traduzione italiana di questo documento, curata da alcuni estensori delle presenti linee guida.

Il medico deve avere un ruolo attivo nel promuovere la cessazione e deve offrire un intervento di tipo intensivo (farmacologico e motivazionale). Stesse indicazioni vengono rivolte dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2007) nell'ambito della prevenzione secondaria per i pazienti con recente infarto miocardico.

Interventi per fumatori affetti da patologie oncologiche

Una nota particolare va riservata al problema del trattamento di disassuefazione nei fumatori con patologia oncologica, in considerazione del ruolo del fumo, sia come fattore di rischio per ripresa di malattia o insorgenza di nuovo cancro, sia come fattore condizionante l'efficacia della chemioterapia e la qualità della vita durante il trattamento. La ricerca di strategie e trattamenti mirati in questo gruppo di fumatori è ancora da proseguire (Fiore 2008).

La cessazione del fumo dopo intervento chirurgico con intento radicale per neoplasia polmonare è fortemente sostenuta dalle evidenze scientifiche (Rubeins 2007).

Interventi per fumatori inseriti in programmi di screening oncologici

L'intervento di disassuefazione dal fumo dovrebbe essere sempre proposto e realizzato tra i fumatori arruolati in programmi di screening oncologici e, in particolare, nei programmi di valutazione dell'efficacia dello screening per il tumore polmonare. L'esperienza toscana, che sta al momento maturando nell'ambito del progetto ITALUNG-CT (Lopes Pegna 2008) sembra offrire, al riguardo, risultati interessanti, che richiedono di conferme e ulteriori valutazioni (Pistelli 2007). Un setting in cui fornire un intervento di disassuefazione specifico alle donne è stato sperimentato in Toscana (Chellini 2007): si tratta dei servizi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della cervice uterina. Questi servizi danno l'opportunità di contattare un largo numero di donne giovani, che raramente hanno necessità per motivi di salute di contattare altri operatori sanitari, compreso il medico curante. Lo studio pilota ha dato risultati promettenti e attualmente è in corso un RCT per una valutazione più formale di questo tipo di intervento.

Interventi per fumatrici

Una speciale attenzione deve essere posta nei confronti delle donne fumatrici. Per loro infatti non appare la stessa tendenza alla riduzione mostrata tra gli uomini, anche se, da pochi anni, si osserva un aumento delle ex fumatrici tra coloro che hanno un livello di istruzione più elevato.

Il fumo si è diffuso tra le donne grazie anche a una massiccia campagna promozionale delle industrie del tabacco, che per decenni hanno presentato il fumo come un modo per affermare libertà ed emancipazione. La prima sigaretta indirizzata alle donne fu la Marlboro che l'industria produttrice propagandò come *mild as May* (leggera come maggio). Le sigarette con filtro e quelle cosiddette leggere, introdotte negli anni cinquanta e sessanta proprio per il mercato femminile, hanno rappresentato un mezzo formidabile per la diffusione del fumo tra le donne che speravano in tal modo di accedere a un piacere tradizionalmente maschile con poco rischio per la salute.

Una maggiore attenzione agli effetti dannosi del fumo femminile si è posta ai primi anni ottanta, a seguito delle prime prove sul rischio oncogeno per le donne non fumatrici, ma mogli di fumatori. Del 1989 è la campagna dell'Organizzazione Mondiale della Sanità rivolta alle donne in occasione dell'annuale *World No Tobacco Day* (la Giornata senza fumo, celebrata il 31 maggio di ogni anno). Del 2003 è la FCTC (Framework Convention on Tobacco Control), proposta dall'OMS e ratificata ormai in molti paesi (vedi il capitolo 4), nella quale si enfatizza l'importanza di una programmazione politica e di una ricerca specificamente indirizzate al controllo del tabacco nel genere femminile. Come già sottolineato nel capitolo 1.3 il tasso di mortalità per tumore del polmone nelle donne toscane è andato aumentando; si stima che non si ridurrà molto nei prossimi anni, dato l'andamento del fumo tra le donne toscane negli ultimi 10-15 anni. Negli USA, ormai dalla seconda metà degli anni ottanta, il tumore del polmone è la prima causa di morte per tumore non solo per gli uomini, ma anche per le donne. In Italia si è via via posizionato sempre più in alto, ma ancora è in terza posizione, dopo il tumore della mammella e quello del colon. Va comunque considerato che una parte dei casi di tumore della mammella è dovuta a esposizione a fumo passivo, come sottolineato nel Report del Surgeon General del 2006.

Rimane ancora aperto il quesito conoscitivo sul perché per molti anni il tipo istologico più frequente di tumore del polmone sviluppato dalle donne (adenocarcinoma) sia stato diverso da quello sviluppato dagli uomini (squamocellulare). Questa differenza è stata attribuita in parte al diverso tipo di sigarette fumate dalle donne (con filtro e leggere), sigarette che probabilmente stimolavano un'inalazione più profonda facendo così pervenire le sostanze oncogene contenute nel mainstream smoke in quella parte dell'albero respiratorio dove si sviluppano più frequentemente gli adenocarcinomi. Attualmente, l'adenocarcinoma è il tipo istologico più frequente in entrambi i sessi, probabilmente perché non esistono più prodotti da fumo così differenziati per i due sessi (Gazdar 1997).

Gli interventi preventivi sul fumo specificamente rivolti alle donne devono ovviamente tenere conto dello stadio epidemico di diffusione del fumo nel sesso femminile. In Italia, come negli altri paesi a economia avanzata, gli interventi devono privilegiare le basse fasce sociali (e quindi specifici gruppi etnici), le donne in gravidanza e le adolescenti.

Devono essere sviluppati e validati programmi di intervento rivolti alle donne, privilegiando le basse fasce sociali, le donne in gravidanza e le adolescenti

Interventi per fumatrici in gravidanza

In Italia i Piani sanitari nazionali e regionali dal 1998 a oggi si pongono come obiettivo quello di rendere pari a zero la prevalenza di donne fumatrici in gravidanza.

Interventi intensivi, che utilizzano in associazione varie metodologie (counseling da parte di medici od ostetriche, counseling telefonico, materiale di auto aiuto specifico, lettere di richiamo al follow-up), si sono dimostrati efficaci nel promuovere la cessazione del fumo in gravidanza (Fiore 2008), ma non nel promuovere l'astinenza dopo il parto (Hajek 2005).

Per quanto riguarda l'impiego della terapia sostitutiva nicotinic, non ci sono dati certi in letteratura sull'efficacia e sulla sicurezza di impiego in donne in gravidanza. Dati sugli animali mostrano che la nicotina di per sé può causare insufficienza uteroplacentare, neurotossicità e ritardo della maturazione del polmone nel feto. Tenuto conto, però, che nel fumo di sigaretta la nicotina non solo è presente, ma è associata a molte altre sostanze di natura tossica per la madre e per il feto, va valutata caso per caso l'opportunità di prescrivere la terapia sostitutiva nicotinic alle donne che non riescono a smettere di fumare in gravidanza con il solo supporto motivazionale.

Non esistono dati sufficienti in letteratura sull'utilizzo in gravidanza di bupropione e vareniclina (Fiore 2008, Crawford 2008).

Il medico di medicina generale, il ginecologo e l'ostetrica sono figure di riferimento per la donna in gravidanza e devono fornire assistenza per la cessazione del fumo a partire dal primo incontro in previsione o in occasione della gravidanza; l'obiettivo dell'intervento deve essere quello di ottenere una cessazione permanente del fumo, non solo durante la gravidanza.

Numerosi studi evidenziano che età materna più giovane, maggiore durata nel tempo e intensità del fumo prima della gravidanza, basso stato socio economico, basso livello di educazione, minori tentativi di cessazione in passato, presenza di un partner fumatore o essere nubile e carenza di supporto sociale sono fattori che si correlano con la persistenza del fumo in gravidanza e con una maggiore probabilità di recidive dopo il parto (Lu 2001, Fang 2004).

In Toscana, è attualmente in corso il progetto *Valutazione e intervento sul fumo di tabacco in gravidanza per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino*, finanziato con Decreto dirigenziale n. 7400 del 30/12/2005.

Gli effetti benefici legati alla cessazione del fumo si verificano in qualsiasi epoca gestazionale e pertanto la donna va sostenuta durante tutta la gravidanza. E' auspicabile che la cessazione del fumo avvenga nell'epoca gestazionale più precoce possibile (e prima della gravidanza, se essa è programmata)

Se la donna è motivata a smettere e non ci riesce con un intervento di primo livello, deve essere offerto un intervento di tipo intensivo valutando anche la opportunità di inviare la donna presso un ambulatorio specialistico

Nel post parto è necessario un intervento per prevenire le recidive.

E' opportuna l'estensione dell'intervento al partner fumatore

Interventi per fumatori carcerati

Il tabagismo assume nell'ambito degli Istituti di detenzione e pena una gravità significativamente più elevata rispetto all'esterno. Sono numerose le valenze rivestite dalle sigarette in tale ambiente e le difficoltà alle quali può andare incontro un soggetto che intende liberarsene, pur con l'aiuto di un intervento specifico di 1° o 2° livello. Ciononostante, si riscontra in tali ambienti una certa richiesta di sostegno alla cessazione del fumo che merita di non essere disattesa.

Sarebbe auspicabile, come lo è del resto per gli altri ambienti sanitari, che il personale medico e infermieristico che vi opera applicasse opportunamente il collaudato approccio delle "5 A"*. E' altrettanto auspicabile che i detenuti possano contare sull'offerta di trattamenti specialistici, opportunamente realizzati per quella specifica realtà, attraverso l'accesso nella struttura degli operatori dei Centri Antifumo.

Un'azione di indubbia utilità per la protezione dal fumo passivo e come sostegno ambientale ai chi cerca di smettere di fumare, è rappresentata dall'applicazione rigorosa della legge Sirchia, sia da parte delle persone detenute sia di quelle che all'interno degli Istituti lavorano. Eventuali interventi di promozione della salute sono poi da ripetere nel tempo, visto il ricambio della popolazione di tali strutture.

La recente entrata in vigore del DPCM del 1/4/08 e pubblicato in GU il 30/5/08, che sancisce il completo trasferimento delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario dal Ministero di giustizia al Servizio sanitario nazionale, può costituire un'opportunità per incidere più efficacemente in questo settore, coordinando maggiormente la sanità penitenziaria con la rete dei servizi territoriali.

Al momento, non sono disponibili prove derivanti da studi clinici controllati sull'efficacia di programmi di supporto comportamentale in questi contesti (Faggiano 2007), ma sono in corso di valutazione alcuni interventi pilota, tra cui quello effettuato in Toscana nell'ambito dello specifico progetto *Interventi di prevenzione e disassuefazione in ambito penitenziario*, che vede come capofila l'ASL 5 di Pisa.

Devono essere offerti in ambito carcerario interventi di disassuefazione di primo livello da parte del personale medico e infermieristico che opera in tali strutture

Devono essere resi disponibili interventi di secondo livello, avvalendosi dei CAF, anche per i fumatori che si trovano in carcere

* Nota della redazione

Approccio delle cinque A

Ask. Chiedere a ogni paziente se fuma

Advise. Dire fermamente al paziente fumatore che smettere di fumare è l'azione prioritaria per la sua salute

Assess. Prendere atto di quale sia la disposizione del paziente riguardo all'eventualità di smettere

Assist. Fare un piano di cessazione con l'aiuto anche della farmacoterapia per i pazienti che intendono smettere; accettare il punto di vista dei pazienti che non intendono farlo, proponendosi di ritentare a convincerli in altre occasioni

Arrange. Fissare appuntamenti con il paziente per il counseling dopo cessazione e il follow up della stessa

Interventi per fumatori con disturbi psichiatrici

Fra i pazienti psichiatrici adulti, la percentuale di fumatori è superiore che nel resto della popolazione, addirittura doppia, secondo alcuni studi. Tali pazienti hanno, inoltre, tassi di cessazione dal fumo più bassi rispetto al resto dei fumatori, ma non del tutto trascurabili (Hughes 1986, Lasser 2000, El-Guebaly 2002). L'associazione tra la dipendenza grave da nicotina e i disturbi psichiatrici gravi è simile nei diversi paesi (De Leon 2002). Particolare attenzione deve essere posta ai fumatori affetti da disturbi d'ansia, da depressione e da schizofrenia.

Fumatori con disturbi d'ansia

Diversi studi dimostrano che le donne fumatrici sono affette da disturbi d'ansia in percentuale maggiore rispetto ai controlli (Hughes 1986).

Il fumo di sigaretta, diffuso fra i soggetti portatori di un disturbo d'ansia generalizzata in percentuale superiore rispetto alla popolazione generale (Khalida 2000), è stato individuato come un fattore di rischio per tale patologia, quando è presente in quantitativi di uguali o superiori alle 20 sigarette al giorno (Johnson 2000).

Fra le persone affette da disturbo di panico, si riscontra una percentuale di fumatori significativamente superiore rispetto ai pazienti affetti da altri disturbi d'ansia o alla popolazione generale (Pohl 1992, Amering 1999, Breslau 1999). La presenza di un disturbo di panico aumenta la probabilità di iniziare a fumare (Glassman 1990).

I fumatori hanno un rischio di sviluppare nella loro vita il disturbo di panico approssimativamente di 1,6 volte maggiore rispetto a chi non fuma (Breslau 1999), confermando le ricerche che identificano il fumo di sigaretta e il livello di dipendenza dalla nicotina come un fattore di rischio per il disturbo di panico (Breslau 1991, Johnson 2000).

Fumatori affetti da disturbi depressivi

E' dimostrato che le persone affette da depressione maggiore fumano in percentuale superiore ai controlli (Covey 1988, Khalida 2000) e che i fumatori presentano, nella loro storia attuale o pregressa, tassi di depressione maggiore o sintomi distimici minori in percentuale superiore rispetto ai non fumatori (Glassman 1990, Glassman 1993, Kendler 1993, Breslau 1998, Khalida 2000, Vickers 2003).

Le recenti linee guida americane (Fiore 2008) indicano che dal 30 al 60 % dei pazienti che richiedono un trattamento per il tabagismo presenta un'anamnesi positiva per la depressione (Anda 1990, Blalock 2005).

Una storia di depressione maggiore ricorrente o un episodio di depressione maggiore in corso, aumentano il rischio di sviluppare una grave dipendenza da nicotina (Glassman 1993, Breslau 2004). I fumatori con una storia di depressione maggiore presentano spesso un significativo abbassamento del tono dell'umore durante l'astinenza da nicotina e questo aumenta il rischio sia delle ricadute nel fumo (Glassman 1993, Hayford 1999) sia delle ricadute nella condizione depressiva (Breslau 1992, Covey 1998, Glassman 2001, Killen 2003). La letteratura conferma che i fumatori con diagnosi di depressione maggiore hanno tassi di cessazione inferiori al resto dei fumatori (Glassman 1990, Breslau 1991, Glassman 1993, Aubin 1996, Covey 1998, El-Guebaly 2002), anche se non tutti gli studi sembrano confermarlo (Hall 1994, Breslau 1998).

Più in generale, si evince dalle linee guida americane che i tentativi di cessazione dei fumatori con disturbi di tipo psichiatrico presentano insuccessi superiori di quelli degli altri fumatori (Glassman 1993, Brandon 1994, Gilber ,1999, Carton 2002, Ziedonis 2003, Snyder 2006).

Fumatori affetti da schizofrenia

Tra i pazienti schizofrenici sono stati rilevati alti tassi di fumatori che oscillano dal 58% all'88% (O'Farrell 1983, Hughes 1986, Kelly 1999).

Il fumo di sigaretta accelera il metabolismo di molti psicofarmaci e la conseguente riduzione degli effetti sedativi ed extrapiramidali indotti dai neurolettici è probabilmente uno dei motivi che stanno alla base delle elevate percentuali di fumatori presenti fra i soggetti schizofrenici (Decina 1990). La cessazione del fumo in questi pazienti può richiedere pertanto un adeguamento del dosaggio degli psicofarmaci e un attento monitoraggio degli effetti collaterali (University of Toronto 2000).

Le linee guida americane asseriscono, inoltre, che i fumatori con associato disturbo psichiatrico possono essere aiutati nella cura di questo dai trattamenti per la dipendenza da tabacco, nonostante l'aumentato rischio di ricaduta (El-Guebaly 2002, Williams 2004, Evinse 2004, Kisely 2003). I clinici dovrebbero superare le loro resistenze e offrire un trattamento a questi fumatori, sfruttando in particolare i periodi di ricovero, durante i quali i trattamenti si sono dimostrati efficaci e gravati da scarsi sintomi da astinenza (Dalack 1999, Hempel 2002, Lawn 2005, Olivier 2007). La sindrome da astinenza da nicotina va trattata, per evitare che possa venire compromessa la terapia psichiatrica (Prockaska 2004).

I Servizi per la salute mentale dovrebbero prevedere un'attività di counseling per gli assistiti fumatori, per la quale sarebbe opportuno implementare un'adeguata formazione per medici e infermieri (Prockaska 2004, Faggiano 2007, Price 2008); tuttavia, quando possibile, sarebbe opportuno inviare i pazienti a un servizio specialistico quale il Centro Antifumo (Faggiano 2007, Zucaro 2008). E' essenziale che si instauri una fattiva collaborazione fra i Servizi di salute mentale, i Centri Antifumo e i medici di famiglia.

E' importante per i Centri Antifumo rilevare nell'anamnesi, riportandolo nella cartella tabacologica, il dato psichiatrico con particolare attenzione ai disturbi ansiosi, depressivi e dell'alimentazione.

Alcuni autori sostengono che i trattamenti devono essere specificamente adattati per questo tipo di fumatori (University of Toronto 2000), mentre le linee guida americane sostengono che non ci sono sufficienti prove di superiorità di trattamenti particolari rispetto a quelli standard (Orleans 1993, Hall 2006).

Per fumatori portatori di gravi patologie psichiatriche che avrebbero necessità di smettere di fumare per motivi di salute, possono essere presi in considerazione la sospensione temporanea (*temporary cessation*) o la riduzione del fumo (*harm reduction*) messe in atto utilizzando, per esempio, sostituti nicotinici al bisogno quali le gomme o l'inhaler (Le Houezec 2003, Rodu 2006, Stead 2008).

E' attualmente in corso una sperimentazione dei Centri Antifumo toscani relativa a interventi su fumatori con patologie psichiatriche. Tale intervento pilota ha luogo nell'ambito del sotto pro-

getto *Criteria e indicatori utili alla definizione e monitoraggio delle attività dei Servizi per la cessazione del fumo*, coordinato dalla Regione Toscana, che fa parte del più ampio progetto del Ministero della salute – CCM *Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale*, coordinato dalla Regione Emilia Romagna. Il sotto progetto prevede anche la sperimentazione di interventi rivolti a fumatori portatori di patologie somatiche e a fumatori in età adolescenziale. Non meno importante appare l'obiettivo di identificare un adeguato standard di funzionamento per i Centri Antifumo a livello nazionale.

Devono essere offerti a tutti i fumatori affetti da disturbi d'ansia, depressione o schizofrenia interventi di disassuefazione, specialmente al momento del ricovero

E' essenziale che si instauri una fattiva collaborazione fra i Servizi di salute mentale, i Centri Antifumo e i MMG al fine di fornire ai fumatori affetti da disturbi psichiatrici un adeguato supporto alla cessazione anche al di fuori dei periodi di ricovero

Interventi per i fumatori con dipendenza da altre sostanze

Le ricerche dimostrano, pur con percentuali diverse, una forte associazione fra abuso di alcol e di sostanze psicotrope e consumo di tabacco. Livelli di dipendenza da nicotina più elevati sono associati ad anamnesi positive per la dipendenza da alcol (Hayford 1999).

Alcune ricerche hanno stabilito che il 35% dei forti fumatori ha presentato in passato problemi alcol correlati, mentre il 15-20% ha un problema alcol correlato attuale (Hughes 1994, Hughes 1995).

Sia le linee guida americane sia quelle piemontesi (Faggiano 2007) riportano che almeno il 20% dei pazienti che richiedono un trattamento per il tabagismo presenta un'anamnesi positiva per abuso o dipendenza da alcol (Glassman 1988, Hall 1993, Brandon 1994, Breslau 1994, Breslau 1995). Altri studi hanno riscontrato che fra i soggetti che abusano di alcol e sostanze, l'abitudine al fumo di tabacco si presenta con una frequenza molto al di sopra di quella media della popolazione, superando anche il 70% (Di Franza 1990, Budney 1993, Clemmey 1997).

La correlazione fra fumo di tabacco e problemi alcol o droga correlati è particolarmente significativa nella popolazione giovanile (Henningfield 1990). I giovani fumatori mostrano una maggior propensione al consumo di droghe rispetto ai loro coetanei non fumatori, come ha dimostrato nel 2002 il *National Survey on Drug Use and Health*, con una percentuale del 48.1% di giovani fumatori fra i 12 e 17 anni che aveva fatto uso di droghe a fronte del 6.2 % dei non fumatori (National Institute on Drug Abuse 2004).

Il fumo di sigaretta, specie in presenza di alcuni specifici cofattori, sembra rivestire un ruolo significativo nella costellazione di elementi che favoriscono il processo di avvicinamento al consumo di sostanze illecite da parte dei giovani. Il precoce e intenso consumo di tabacco condivide a sua volta con l'abuso droghe numerosi fattori di rischio, sia di tipo individuale sia familiare e ambientale, quali, per esempio: significativa e precoce aggressività, scarso autocontrollo e impulsività, ricer-

ca del rischio o *sensation seeking*, bassa autostima, insuccessi scolastici, comportamenti tabagici dei genitori, compromesso legame genitore figlio, forti influenze del gruppo dei pari (Ameglio 2004).

Le linee guida americane e quelle piemontesi concordano sull'opportunità di indagare e riportare in cartella, insieme all'abitudine al fumo, l'uso di sostanze e di offrire comunque trattamenti antitabagici, effettuando, se necessario, un invio ai servizi specialistici per le dipendenze da sostanze e da alcol.

Fra i vari studi ci sono pareri contrastanti rispetto alla scelta del momento migliore per attivare il trattamento per il tabagismo rispetto a quello per le altre sostanze: ci sono riscontri favorevoli sia per un trattamento contemporaneo sia per un trattamento successivo alla cessazione dell'uso di alcol o di sostanze (Hurt 1994, Hughes 1995, Joseph 2004, Fiore 2008). Vi sono prove che i trattamenti per il tabagismo, basati sia sul counseling sia sull'uso di farmaci, sono efficaci anche su fumatori che stanno effettuando trattamenti per la dipendenza da altre sostanze e non interferiscono su questi ultimi (Fiore 2008).

Una preoccupazione diffusa è che la cessazione del fumo di tabacco possa causare la ricaduta nell'uso di droga o di alcol: la maggior parte dei dati disponibili non conferma, però, questa evenienza (Hughes 1995). Esistono, inoltre, alcuni esempi particolari, nei quali la sospensione del fumo di tabacco favorisce la sospensione della sostanza (succede per l'abuso di Cannabis).

Altri studi dicono che le persone con dipendenza da alcol, trattate per il fumo di tabacco, presentano tassi di successo simili alla popolazione generale e che l'astensione dal fumo di tabacco non aumenta la probabilità di ricaduta nell'abuso di alcol (Faggiano 2007). E' tuttavia comune agli operatori del settore una grande cautela nei confronti di questo tipo di interventi, che si tende a mettere in atto alla stabilizzazione del quadro clinico generale, monitorandolo poi attentamente per rilevare precocemente eventuali segnali di scompenso nell'uso di sostanze.

E' opportuno indagare e riportare in cartella l'uso di sostanze fra i fumatori e offrire, anche in sua presenza, i trattamenti antitabagici, effettuando un invio ai servizi specialistici per le dipendenze da sostanze e da alcol

Sintesi delle raccomandazioni

La disponibilità di efficaci interventi offerti tempestivamente e nella maniera più appropriata da personale sanitario addestrato può ridurre i rischi sanitari causati dal fumo. Rende particolarmente importante l'applicazione di quanto riportato in queste linee guida (e in altre, proposte da enti pubblici) una serie di caratteristiche dell'abitudine al fumo, difficili da identificare in altre condizioni:

- rilevanza delle conseguenze di tipo sia oncogeno sia non oncogeno;
- alta prevalenza (fumo, attivo e passivo) nella popolazione;
- non sufficientemente estesa e pressante azione di prevenzione primaria in ambito sanitario;
- disponibilità di efficaci strumenti di prevenzione primaria e secondaria.

Qui di seguito viene riportata una sintesi delle principali raccomandazioni con indicata la valutazione in termini di forza utilizzando il recente sistema GRADE.

Le valutazioni sintetiche riguardano solo le raccomandazioni a favore dell'uso di interventi: esse possono essere forti (F), intermedie (I) o deboli (D) a seconda del punteggio ottenuto nei 4 aspetti esaminati dal sistema GRADE:

- Bilancio (B) tra effetti desiderati e non desiderati: una più ampia differenza tra effetti desiderati e non desiderati conferisce maggiore verosimiglianza a una raccomandazione forte. Se la differenza è piccola, la raccomandazione sarà debole. Questo criterio si applica bene in caso di trattamenti individuali.
- Qualità (Q) della prova: maggiore è la qualità in studi formali su interventi sia randomizzabili sia non randomizzabili, più la raccomandazione sarà forte.
- Valori e preferenze (V): quanto maggiori sono i valori e le preferenze del singolo o della comunità che può ricevere l'intervento, tanto maggiore è la possibilità che la raccomandazione sia forte; all'inverso, quanto maggiore è l'incertezza sui valori e le preferenze, tanto maggiore è la possibilità che la raccomandazione sia debole.
- Costi (C): maggiori sono le risorse consumate o consumabili per l'intervento, minore è la possibilità di considerare una raccomandazione forte e viceversa.

Ciascuno dei 4 aspetti deve essere valutato come da schema seguente:

	Alto	Moderato	Basso	Molto basso
Bilancio (B)	a	b	c	d
Qualità (Q)	a	b	c	d
Valori (V)	a	b	c	d
Costi (C)	d	c	b	a

La raccomandazione per uno specifico intervento sarà forte (F) se vi è una predominanza di a e b. La raccomandazione sarà debole (D) se vi è una predominanza di c e d. Se vi sono tante valutazioni a o b quante sono le valutazioni c o d, la raccomandazione verrà definita come intermedia (I), in attesa di variazioni nelle prove relative ai 4 criteri. In quest'ultimo caso verrà raccomandato che l'intervento sia inserito in programmi di ricerca ben disegnati.

Il problema del fumo, in considerazione della vastità dei suoi effetti sulla salute, è tipicamente di tipo trasversale: il contenuto di queste linee guida è quindi estendibile ad altri ambiti, non solo oncologici.

Si auspica una revisione di questo documento, al massimo ogni 5 anni.

Raccomandazione	Rif. [pag.LG]	B	Q	V	C	Forza della (R)
Privilegiare lo sviluppo di una strategia di approccio globale per la prevenzione del tabagismo e degli effetti sanitari a esso correlati	24, 33	a	a	a	d	F
INTERVENTI PER PREVENIRE L'ABITUDINE AL FUMO NEI GIOVANI:						
interventi legislativi per aumentare il prezzo delle sigarette con aumento delle accise: l'amministrazione regionale dovrebbe negoziare l'inserimento di un addizionale sui tabacchi fra i componenti dell'autonomia tributaria regionale, destinando il gettito derivante ai programmi sul tabagismo	34	a	a	a	a	F
campagne di educazione attraverso i mezzi di comunicazione di massa	34	a	a	a	c	F
interventi educativi nella comunità o nella scuola, utilizzando l'approccio <i>Life-skill education</i>	34-36	a	c	a	c	I
INTERVENTI PER PROTEGGERE I NON FUMATORI DAL FUMO PASSIVO						
sviluppo di specifici programmi di controllo dell'applicazione della legge Sirchia nei luoghi di lavoro e nei locali pubblici (in particolare nelle discoteche)	37	a	b	c	c	I
sviluppo e validazione di programmi di intervento in ambiente domestico (casa e auto), rivolti in particolare alle donne e ai minori	38	b	d	b	c	I
INTERVENTI PER AIUTARE I FUMATORI A SMETTERE DI FUMARE:						
tutti gli operatori sanitari, medici e non, devono fornire interventi di primo livello	43	a	a	a	c	F
il MMG deve intervenire in ogni occasione di visita e anamnesi clinica: deve chiedere se il paziente fuma, registrare l'informazione e, se il paziente fuma, anche se non è intenzionato a smettere, deve svolgere un intervento motivazionale	42	a	a	a	b	F

Raccomandazione	Rif. [pag.LG]	B	Q	V	C	Forza della (R)
ove possibile e appropriato, il MMG dovrebbe valutare la motivazione del paziente a smettere di fumare e mettere in atto il trattamento più adeguato (inviando al CAF se opportuno)	41-42	a	a	a	c	F
è necessaria una migliore collaborazione tra CAF e MMG, come pure tra CAF e servizi specialistici aziendali	45	a	d	b	b	F
dovrebbe essere favorita la realizzazione dell'attività antifumo nelle medicine di gruppo e di UCP, e, se praticabile, si devono eseguire misure funzionali (monossido di carbonio nell'esperto, spirometria, saturimetria, eccetera)	42	b	d	b	c	I
l'uso combinato di counseling e farmaci è più efficace dell'impiego separato, anche se i due tipi di intervento sono di per sé efficaci per il trattamento della dipendenza da tabacco	40	a	a	a	d	F
sono disponibili numerosi farmaci efficaci per la dipendenza da tabacco: i medici dovrebbero incoraggiare l'uso dei farmaci efficaci a tutti i pazienti che compiono un tentativo di cessazione (a meno di controindicazioni cliniche e in popolazioni per le quali non c'è prova sufficiente di efficacia: donne in gravidanza, fumatori leggeri e adolescenti)	40	a	a	b	d	F
nel caso di fumatori affetti da patologie fumo correlate od oncologiche, la disassuefazione deve essere parte integrante della terapia; essa è più efficace se iniziata in ospedale	46-48	a	a	b	d	F
l'eventuale utilizzo di terapie alternative deve rientrare in progetti di ricerca definiti sulla base di rigorosi protocolli di studio	32	b	d	b	c	I
interventi per i fumatori inseriti in programmi di screening oncologico devono essere validati sulla base di rigorosi protocolli di studio	48	b	c	b	c	I
devono essere sviluppati e validati programmi d'intervento rivolti alle donne, privilegiando le basse fasce sociali e le adolescenti	49	a	b	b	c	F

Raccomandazione	Rif. [pag.LG]	B	Q	V	C	Forza della (R)
la donna va sostenuta durante tutta la gravidanza (anche prima se è programmata) e nel post parto, estendendo l'intervento al partner, se fumatore	50	a	a	a	c	F
va dedicata una quit line ai fumatori per la somministrazione di un counseling telefonico	30	b	b	b	c	F
devono essere sviluppati programmi di prevenzione del tabagismo all'interno dei luoghi di lavoro (regolamenti aziendali e programmi di disassuefazione)	37-38	a	a	b	c	F
devono essere offerti in ambito carcerario interventi di disassuefazione sia di 1° sia di 2° livello	51	a	d	c	d	D
devono essere offerti a tutti i fumatori affetti da disturbi psichiatrici (ansia, depressione o schizofrenia) interventi di disassuefazione, specialmente, ma non solo, nei periodi di ricovero	52-54	a	b	d	d	I
è opportuno indagare e riportare in cartella tabaccologica l'eventuale abuso di sostanze e offrire dei trattamenti antitabagici anche in sua presenza. Va effettuato, se necessario, l'invio ai Servizi specialistici per le dipendenze da sostanze e da alcol	54-55	a	c	d	b	I

Bibliografia

- Ameaglio M. Dagli antecedenti psicopatologici infantili al disturbo da uso di sostanze legali ed illegali nell'adolescente. in Zizzoli U. Pissacroia M. Trattato generale degli abusi e delle dipendenze. Padova: Piccin, 2004.
- Ameaglio M et al. I Centri Antifumo toscani nell'ambito della realtà nazionale. In: ARS. Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto. Documenti ARS, 2007a; 30: 89-110.
- Ameaglio M et al. Lo sviluppo dei Centri Antifumo in Toscana. In: Scutto S e Alfano A (Eds). Atti del Convegno Regionale «Tabagismo. Strategie integrate di intervento». Montelupo Digital, Sovigliana, 2007.
- Amering M et al. Panic disorder and cigarette smoking behavior, *Comprehensive Psychiatry* 1999; 40: 35-38.
- Amos A. Women and smoking. *Br Med Bull* 1996; 52: 74-89.
- Anda RF et al. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 1990; 264: 1541-5.
- APS (American Psychiatric Society). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psych* 1996; 153: S1-31.
- ARS. Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto. Documenti ARS n.30, Firenze 2007: 30.
- ATS. American Thoracic Society Guidelines, 1996, Cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 861-865.
- AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri). Raccomandazioni per l'attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico. *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio* 2000; 15: 1-30.
- Aubin HJ et al. Depression and smoking. *Encephale* 1996; 22: 17-22.
- Barth J et al. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23(1): CD006886.
- Bauer UE et al. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program: findings from the Florida Youth Tobacco Survey. 1998-2000. *JAMA* 2000; 284: 723-8.
- Beck K et al. The relationship of social context of drinking, perceived social norms, and parental influence to various drinking patterns of adolescents. *Addictive Behaviors* 1996; 21: 633-644.
- Blalock JA et al. Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment. *Addict Behav* 2005; 30: 1195-208.
- Blumenfeld K. Emerging issue: smokefree homes and cars for children. *Proceeding of the 4th ECTOH - October 12, 2007.*
- Botvin GJ. et al. Preventing binge drinking during early adolescence: one- and two-year follow-up of a school-based prevention intervention. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001; 15: 360-365.
- Brandon TH. Negative affect as motivation to smoke. *Curr Dir Psychol Sci* 1994; 3: 33-7.
- Breslau N et al. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *American Journal Psychiatry* 1992; 149: 464-469.
- Breslau N et al. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1069-74.
- Breslau N. Psychiatric co-morbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 1995; 25: 95-101.
- Breslau N et al. Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 161-166.
- Breslau N et al. Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1141-7.
- Breslau N et al. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry* 2004; 1: 55: 69-76.
- Budney AJ et al. Nicotine and caffeine use in cocaine-dependent individuals. *J Subst Abuse* 1993; 5: 117-30.
- Carrozzi L et al. Pharmacotherapy for smoking cessation. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease. Therapeutic Advances in Respiratory Disease* 2008; 2: 301-317.
- Carton S et al. Early emotional disturbances during nicotine patch therapy in subjects with and without a history of depression. *J Affect Disord* 2002; 72: 195-9.
- Chellini E et al. (Gruppo Collaborativo SIDRIA-2). Caratteristiche demografiche, sociali e stili di vita della popolazione infantile in varie aree geografiche italiane. *Epid Prev* 2005; 29: S14-23.
- Chellini E et al. Lung cancer mortality patterns in women resident in different urbanization areas in central Italy from 1987-2002. *Tumori* 2006; 92: 271-5.
- Chellini E et al. Counseling su fumo e attività fisica nei programmi di screening oncologico del tumore della cervice uterina. In: CSPO. I programmi di screening della Regione Toscana. 8° Rapporto annuale 2007.

- Clemmey P et al. Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance treatment population. *Drug Alcohol Depend* 1997; 44: 123-32.
- Covey LS et al. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998; 17: 35-46.
- Crawford JT et al. Smoking cessation in pregnancy: why, how and what next. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51: 419-435.
- D'Amico EJ et al. Progression into and out of binge drinking among High School students. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001; 15: 341-349.
- Dalack GW et al. Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1999; 21: 195-202.
- De Leon J et al. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across all illness may be consistent across countries. *J Clin Clin Psychiatry* 2002; 63: 812-16.
- Decina P et al. Cigarette smoking and neuroleptic-induced parkinsonism. *Biol Psychiatry* 1990; 28: 502-8.
- Di Franza JR et al. Alcoholism and smoking. *J Stud Alcohol* 1990; 51: 130-5.
- El-Guebaly N et al. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1617-22.
- EU-Dap–European Drug Addiction Prevention trial. «Unplugged»: introduzione background teorico e linee guida introduttive per gli insegnanti. Torino, 2004 (<http://www.eurodap.net>)
- Evins AE et al. Two year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 307-11.
- Faggiano F et al. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18: CD003020.
- Faggiano F et al. Dap Study Group. A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population. *Prev Med* 2007; 44: 170-3.
- Faggiano F et al. Cessazione del fumo di tabacco: Linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione Regionale Anti-Tabacco. Quaderno n. 3, Maggio 2007.
- Fang WL et al. Smoking cessation in pregnancy. A review of postpartum relapse prevention strategy. *ABFPJ* 2004; 17: 264-275.
- Farrelly MC et al. Evidence of a dose-response relationship between «truth» antismoking ads and youth smoking prevalence. *Am J Public Health* 2005; 95: 425-31.
- Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence clinical practice guidelines. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service. Public Health Service. AHRQ Publication N. 00-0032. June 2000. (www.ahrq.gov/clinic/ and clicking on clinical practice guidelines).
- Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
- Gallus S et al. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol* 2006; 17: 346-7.
- Gandini S et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2008; 122: 155-164.
- Garofalo G et al. Sistema di sorveglianza PASSI. Rapporto regionale 2007. Toscana.
- Gazdar AF et al. Cigarettes, sex, and lung adenocarcinoma. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89: 1563-5.
- Gilbert DG et al. Effects of monetary contingencies on smoking relapse: influences of trait depression, personality, and habitual nicotine intake. *Exp Clin Psychopharmacol* 1999; 7: 174-81.
- Glassman AH et al. Smoking cessation, clonidine and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 54: 670-9.
- Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J of Psychiatry* 1993; 150: 546-553.
- Glassman AH et al. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001; 357: 1929-32.
- Glassman AH et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *Jama* 1990; 264: 1546-9.
- Glassman AH et al. Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 1988; 259: 2863-6.
- Goldman LK et al. Evaluation of antismoking advertising campaigns. *JAMA* 1998; 279: 772-7.
- Gorini G et al. Medici di medicina generale e metodi per smettere di fumare. Risultati di uno studio effettuato in Toscana. *Toscana Medica* 1998; luglio-agosto: 16-17.
- Gorini G et al. Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence hospitality venues before and after the smoking ban in Italy. *J Occup Environ Med* 2005; 47: 1208-9.
- Gorini G et al. Second-hand smoke exposure in Italian and Austrian hospitality premises before and after 2 years from the introduction of the Italian smoking ban. *Indoor Air* 2008; 18: 328-34.
- Gorini G et al. ETS Euro Survey Working Group. Prevalence of second-hand smoke exposure after the introduction of the Italian smoking ban in the Florence & Belluno survey. *Tumori* 2008; 94: 708-802.

- Graham J et al. Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology* 1991; 16: 291-298.
- Hall SM et al. Nicotine, negative affect, and depression. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 761-7.
- Hall SM et al. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 141-6.
- Hall SM et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health* 2006; 96: 1808-14.
- Hajek P et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 1: CD003999.
- Hansen WB et al. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine* 1991; 20: 414-430.
- Hayford KE et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 173-8.
- Hempel AG et al. Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behav Sci Law* 2002; 20: 507-22.
- Hughes JR et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 993-997.
- Hughes JR. Smoking and alcoholism. In: Hatsukami DK, Cox J. Behavioral approaches to addiction. New York: Cahnners, 1994 (1-3).
- Hughes JR. Clinical implications of the association between smoking and alcoholism, in alcohol and tobacco: from basic science to policy: NIAAA Research Monograph 30. Washington DC: US Government Printing Office, 1995 (171-181).
- Hughes JR et al. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend* 2006; 82: 91-102.
- Hurt RD et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 867-72.
- Johnson JG et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association* 2000; 284: 2348-2351.
- Joossens L et al. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tob Control* 2006; 15: 247-53.
- Joossens L et al. Progress in tobacco control in 30 European Countries, 2005-2007. Swiss Cancer League, European Network for Smoking Prevention, Association for European Cancer Leagues, 2007. (http://www.ensp.org/files/30_european_countries_text_final.pdf)
- Joseph AM et al. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol* 2004; 65: 681-91.
- Karen Lasser J et al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284: 2606-2610.
- Kelly C et al. Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1751-1757.
- Khalida I et al. Do common mental disorders increase cigarette smoking? Results from five waves of a population-based panel cohort study. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 651-657.
- Killen JD et al. Onset of major depression during treatment for nicotine dependence. *Addict Behav* 2003; 28: 461-70.
- Kisely SR et al. A group intervention to reduce smoking in individuals with psychiatric disorder: brief report of a pilot study. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27: 61-3.
- IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to human. tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: IARC Monographs 2004; 83.
- Ibrahim JK et al. The rise and fall of tobacco control media campaigns, 1967-2006. *Am J Public Health* 2007; 97: 1383-96.
- ICSI (Institute for Clinical System Improvement). Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. 2000 (www.icsi.org)
- Invernizzi G et al. L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. *Rassegna Patologia Apparato Respiratorio* 2002; 17: 55-70.
- INWAT. Turning a new leaf. Women, tobacco and the future. [<http://www.inwat.org/inwatTurningNewLeaf.htm>; accesso del 6 agosto 2008]
- ISS (Istituto Superiore di Sanità). Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Istituto superiore di sanità, 2008. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Edizione 2008. www.iss.it/ofad/

- Lawn S et al. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 866-85.
- Le Houezec J et al. Smoking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation. *J Mal Vasc* 2003; 28: 293-300.
- Lopes Pegna A et al. Design, recruitment and baseline results of the ITALUNG trial for lung cancer screening with low-dose CT. *Lung Cancer* 2008; 64: 34-40.
- Lu Y et al. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy *Health Promot Int* 2001; 16: 355- 365.
- Mattelli G et al. Progetto obiettivo AIPO '97 «Ospedali senza fumo». *Toscana Medica* 2001, novembre: 13-7.
- Melani AS et al. Tobacco smoking habits, attitudes and beliefs among nurse and medical students in Tuscany. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 607-611.
- Ministero della Salute. Centro per il Controllo delle Malattie. Il rapporto sull'impatto della legge 16 gennaio 2003, n.3 art.51 «Tutela della salute dei non fumatori».
- Mirabelli D et al. Occupational exposures to carcinogens in Italy: an update of CAREX database. *Int J Occup Environ Health* 2005; 11: 53-63.
- el-Guebaly N et al. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1166-1170.
- Early Nicotine Initiation Increases Severity of Addiction, Vulnerability to Some Effects of Cocaine. National Institute on Drug Abuse (NIDA) 2004; 19: 2.
- NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical Guidelines. Secondary prevention: understanding NICE guidance CG48 MI: maggio 2007.
<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30499>
- O'Farrell TJ, Connors GJ, Upper D. Addictive behaviors among hospitalized psychiatric patients, *Addict Behav* 1983; 8: 329-33.
- Olivier D et al. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: a biopsychosocial perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007; 41: 572-580.
- Orleans CT et al. Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10: 197-208.
- Pacifici R 2008 in <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/Relazione%20Pacifci.1212153977.pdf>; accesso del 5 agosto 2008.
- Parrott S et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Health Educational Authority. Thorax* 1998; 53: S1-S37.
- Perkins HW et al. Multifaceted approach to reduce high-risk drinking. Newton, MA: The higher education center for alcohol and other drug prevention. Education Development Center, Inc, 2002.
- Perkins HW (Ed) The social norms approach to preventing school and college age substance abuse: a handbook for educators, counselors, and clinicians. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
- Peto R 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: 323-9.
- Pistelli F et al. Smoking cessation over the first year of follow-up in a lung cancer screening with spiral chest CT scan (Italung_CT study). *Eur Respir J* 2007; 30: S 51.
- Pohl R et al. Smoking in patients with panic disorder. *Psychiatry Research* 1992; 43: 253-262.
- Price JH et al. Tobacco intervention training in graduate psychiatric nursing education programs. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2008; 14: 117-124.
- Prochaska JJ et al. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1265-1270.
- Prochaska JJ et al. Training in tobacco treatments in psychiatry: a national survey of psychiatry residency training directors. *Academy Psychiatry* 2006; 30: 372-378.
- Raw M et al. Smoking cessation guidelines for health professional. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53: S1-19.
- Regione Piemonte. Cessazione del fumo di tabacco. Linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione Regionale Anti-Tabacco Quad. n 3, 2007
- Rice VH et al. Nursing intervention for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4: CD001188.
- Rigotti NA et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18 (3): CD001837.
- Rodu B et al. Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. *Harm reduction Journal* 2006; 3: 37.
- Rubeins J et al. American College of Chest Physicians Follow-up and surveillance of the lung cancer patient

- following curative intent therapy: ACCP evidence-based clinical practice guideline (2nd edition). *Chest* 2007; 123: S355- 367.
- SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly-Identified Health Risks). Scientific opinion on the health effects of smokeless tobacco products, 6 February 2008. European Commission – Health & Consumer Protection Directorate General. (http://ec.europa.eu/health/ph_risk/risk_en.htm)
- Snyder M et al. Serious mental illness and smoking cessation. *Issues Ment Health Nurs* 2006; 27: 635-45.
- Stead LF et al. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tob Control* 2007; 16; S3-8.
- Stead LF et al. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3.
- Surgeon General. Smoking and health . Report of the Advisory Committee of the Surgeon General of the Public Health Service. U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1964. [http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/M/Q/_/nnbbmq.pdf]
- Surgeon general. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia:US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- Surgeon General. US Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta: US 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, 2000. [http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2000/index.htm]
- Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General-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.
- Sussman S et al. Adolescent nonsmokers, triers, and regular smokers' estimates of cigarette smoking prevalence: when do overestimations occur and by whom? *Journal of Applied Social Psychology* 1988; 18: 537-555.
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med* 2001; 20: S10-5.
- Thombs DL et al. Social context, perceived norms and drinking behavior in young people. *Journal of Substance Abuse* 1997; 9: 257-267.
- Tønnesen P et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417.
- University of Toronto. Smoking Cessation Guidelines. How to treat your patient's tobacco addiction. Pegasus Healthcare International, 2000.
- Vickers KS et al. Depressed versus nondepressed young adult tobacco users: differences in coping style, weight concerns and exercise level. *Health Psychol* 2003; 22: 498-503.
- Vigna-Taglianti F. Short-term effectiveness of the EU-Dap Program. Strasbourg, meeting on Life Skills training. Council of Europe, Pampidou Group 15 dicembre 2006.
- WHO Global Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report.
- WHO. The development and dissemination of life skills education: sn overview. Geneva: WHO, 1994 Division of Mental Health.
- WHO. World Health 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.
- WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003. [http://www.who.int/ftc/text_download/en/index.html]
- WHO Global Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: WHO, 2008. [<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>]
- Williams JM et al. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004; 29: 1067-83.
- Zhu SH et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N Engl J Med*. 2002; 347: 1087-93.
- Ziedonis D et al. Serious mental illness and tobacco addiction: a model program to address this common but neglected issue. *Am J Med Sci* 2003; 326: 223-30.
- Zuccaro P et al. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo: Guida breve per la realizzazione degli interventi Osservatorio fumo, alcol e droga. ISS, 2008. <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/linee%20guida%20breve%202008%20per%20web.1211805168.pdf>