



Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista



A I P O

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

A cura di:

Francesco Pistelli ¹, Laura Carrozzi ¹, Salvatore Cardelicchio ², Cristina Cinti ³,
Paola Martucci ⁴, Andrea Melani ⁵, Sandra Nutini ², Eugenio Sabato ⁶ e Franco Falcone ⁷.

¹ UOC Pneumologia 1, Dipartimento Cardio Toraco Vascolare, Azienda Ospedaliero
Universitaria Pisana, Pisa

² SOD Pneumologia 2, Dipartimento Specialità Medico - Chirurgiche, Azienda Ospedaliero
Universitaria Careggi, Firenze

³ UOC Pneumologia, Ospedale Bellaria, Bologna

⁴ UOC Endoscopia Bronchiale e Urgenze Broncologiche, A.O.R.N. A. Cardarelli, Napoli

⁵ UOC Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria, Policlinico Le Scotte,
Azienda Ospedaliero Universitaria Senese, Siena

⁶ UOC Servizio Pneumologico ASL BR, Struttura Sovradistrettuale, Brindisi

⁷ Past President Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO)

A I P O 
RICERCHE

via A. da Recanate, 2
20124 Milano
edizioni@aiporicerche.it
www.aiporicerche.it

*Società a Socio Unico soggetta al controllo da parte
dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri*

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti
del 15% del volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art.
68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o
commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere
effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da:

AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail:
segreteria@aidro.org e sito web: www.aidro.org.



Indice

• Abbreviazioni	4
• Premessa	5
• Obiettivo	5
• Percorso d'Intervento Clinico sul Paziente Tabagista – “6elle”	
Caratteristiche strutturali e applicazione	6
Percorso “6elle” – Sinossi	8
Percorso “6elle” – Algoritmo operativo	10
Percorso “6elle” – Livelli d'intervento	
<u>Livello 1</u> - Chiedere	11
<u>Livello 2</u> - Registrare	12
<u>Livello 3</u> - Misurare l'esposizione al fumo	14
<u>Livello 4</u> - Diagnosticare e stadiare il tabagismo	17
<u>Livello 5</u> - Informare e valutare l'intenzione a smettere di fumare	23
<u>Livello 6</u> - Intervenire	27
• Percorso “6elle” – Aggiornamento, diffusione e valutazione nella vita reale	35
• Bibliografia	36

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

Abbreviazioni

AIPO	Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
CO	Monossido di carbonio
COHb	Carbossiemoglobina
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
FTND	Fagerström Test for Nicotine Dependence
MMG	Medico di Medicina Generale
ppm	Parti per milione
SDO	Scheda di dimissione ospedaliera



Premessa

Una società scientifica pneumologica ha il dovere di adoperarsi per implementare un percorso d'intervento clinico sul tabagismo che sia integrato e sostenibile nell'attività pneumologica di routine.

Da molti anni ormai sono disponibili linee guida internazionali ¹ e nazionali ², basate sull'evidenza scientifica, che forniscono raccomandazioni per il trattamento del tabagismo, anche specificamente indirizzate al paziente fumatore affetto da patologie respiratorie ^{3,4}.

Tuttavia, nonostante sia noto che la pratica clinica pneumologica offra numerose occasioni per svolgere un intervento clinico per favorire la cessazione del fumo (ad esempio, la spirometria ⁵⁻⁷, la TC del torace ^{8,9}, la broncoscopia ¹⁰, l'ospedalizzazione ¹¹), i sanitari (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione) si scontrano con la difficoltà di attuarlo concretamente, ed anche l'intervento considerato "minimo" dalle linee guida ¹⁻³ spesso può presentarsi impegnativo, in considerazione delle risorse di tempo, spazi e strumenti disponibili e delle specifiche condizioni caratterizzanti i singoli pazienti. La stessa complessità del paziente tabagista con disturbi respiratori, in termini di gravità di dipendenza da nicotina, caratteristiche di abitudine al fumo e frequente concomitanza di sintomi o disturbi di tipo psichiatrico ^{3,12-14}, può rappresentare un'ulteriore difficoltà, e contribuisce a ingenerare l'idea, sbagliata, che svolgere un intervento per promuovere la cessazione del fumo sia di esclusiva competenza di "esperti addetti ai lavori". Ne consegue che i sanitari sono scoraggiati dall'attuare anche quelle raccomandazioni di base che tuttavia sono state dimostrate essere efficaci nel promuovere tentativi di cessazione del fumo e nel ridurre la prevalenza di fumo in diversi contesti sanitari, di qualunque specialità e nella Medicina Generale.

Obiettivo

Il presente documento ha l'obiettivo di definire un percorso d'intervento per favorire la cessazione del fumo nel paziente tabagista, da attuare nella pratica clinica attraverso l'uso di semplici strumenti operativi.

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

Caratteristiche strutturali e applicazione

Il Percorso d'Intervento Clinico sul Paziente Tabagista dell'AIPO, denominato "6elle", non è alternativo ma, al contrario, è basato sulle attuali linee guida per il trattamento del tabagismo, alle quali si rimanda per una descrizione dettagliata delle raccomandazioni sull'impiego della terapia farmacologica e sull'intervento comportamentale¹⁻³. Il Percorso, che si sviluppa attraverso sei livelli (da qui l'acronimo "6elle"), vuole fornire una traccia per facilitare nella pratica clinica un intervento sul paziente tabagista, grazie all'impiego di strumenti operativi come:

1. domande standardizzate;
2. criteri semplificati per la diagnosi e stadiazione del tabagismo;
3. linee d'indirizzo per la prescrizione dei farmaci per la disassuefazione da fumo;
4. uno strumento informatico per calcolare indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo;
5. opuscoli informativi e di auto-aiuto da consegnare al paziente;
6. un modello di lettera al medico curante per comunicare l'intervento antitabagico svolto sul paziente.

Per la sua metodologia standard, il Percorso "6elle" si propone come strumento d'intervento sul tabagismo immediatamente attuabile in qualunque ambito clinico, sia specialistico sia della Medicina Generale. Il Percorso "6elle", pertanto, è rivolto non solo allo Pneumologo ma a tutti i sanitari: specialisti, MMG, infermieri e terapisti della riabilitazione operanti in ospedale e sul territorio. Qualsiasi contatto clinico col

paziente tabagista deve essere considerato un'occasione per attuare almeno i primi due livelli: chiedere e registrare se il paziente è un fumatore. I medici in particolare sono chiamati ad attuare tutti i livelli fino al trattamento del paziente e solo in casi selezionati (fumatori "difficili": con storia di insuccesso/ricaduta nel corso di programmi di cessazione del fumo medico-assistiti, con problematiche nella gestione e/o risposta ai farmaci per il trattamento del tabagismo, con problematiche cognitivo-comportamentali, con necessità di follow-up stretto/a lungo termine) dovrebbero riferire il paziente a un Centro antifumo qualificato per un intervento più intensivo. In ogni caso, la struttura a livelli favorisce un'attuazione anche parziale del percorso "6elle", ad esempio quando questo sia svolto da personale sanitario non medico o in quei contesti clinici dove possano esserci risorse o condizioni più limitate.

Per facilitare l'attuazione del percorso "6elle", sono state elaborate in particolare due tipologie di strumenti, disponibili come allegati al presente documento:

- materiale divulgativo-educazionale, rappresentato da opuscoli di tipo informativo e di auto-aiuto. Tali opuscoli possono essere utilizzati separatamente o in associazione ai vari livelli del percorso, per fornire una guida informativa, motivazionale e comportamentale al paziente tabagista, e per facilitare e rinforzare l'intervento anti-tabagico svolto dal sanitario. Alcuni

opuscoli prevedono di essere autocompilati dal paziente, venendo così a costituire uno strumento per la raccolta d'informazioni sulle caratteristiche di abitudine al fumo del singolo paziente, che saranno utilizzate dal sanitario per svolgere il suo intervento anti-tabagico. Inoltre, per offrire al fumatore un riferimento durante il suo programma di cessazione del fumo, in ogni opuscolo è riservato uno spazio per apporre un timbro con informazioni (indirizzo, numero di telefono) del medico che lo assiste, del Servizio/Reparto oppure del Centro antifumo locale, se disponibile.

- uno strumento informatico per calcolare, a partire da dati individuali (età, sesso, numero di sigarette fumate al giorno), indici di beneficio correlati alla cessazione del fumo: guadagno in aspettativa di vita; riduzione del rischio di morire per importanti patologie fumo-correlate; risparmio economico per l'acquisto di sigarette.

Lo strumento elabora un report semplice e personalizzato che può essere usato per motivare il paziente a impegnarsi nella cessazione del fumo.

Nel documento che segue, il percorso "6elle" viene dapprima presentato in forma di sinossi operativa ed algoritmo operativo e successivamente descritto in ogni sua parte.

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

PERCORSO "6 ELLE"

Sinossi

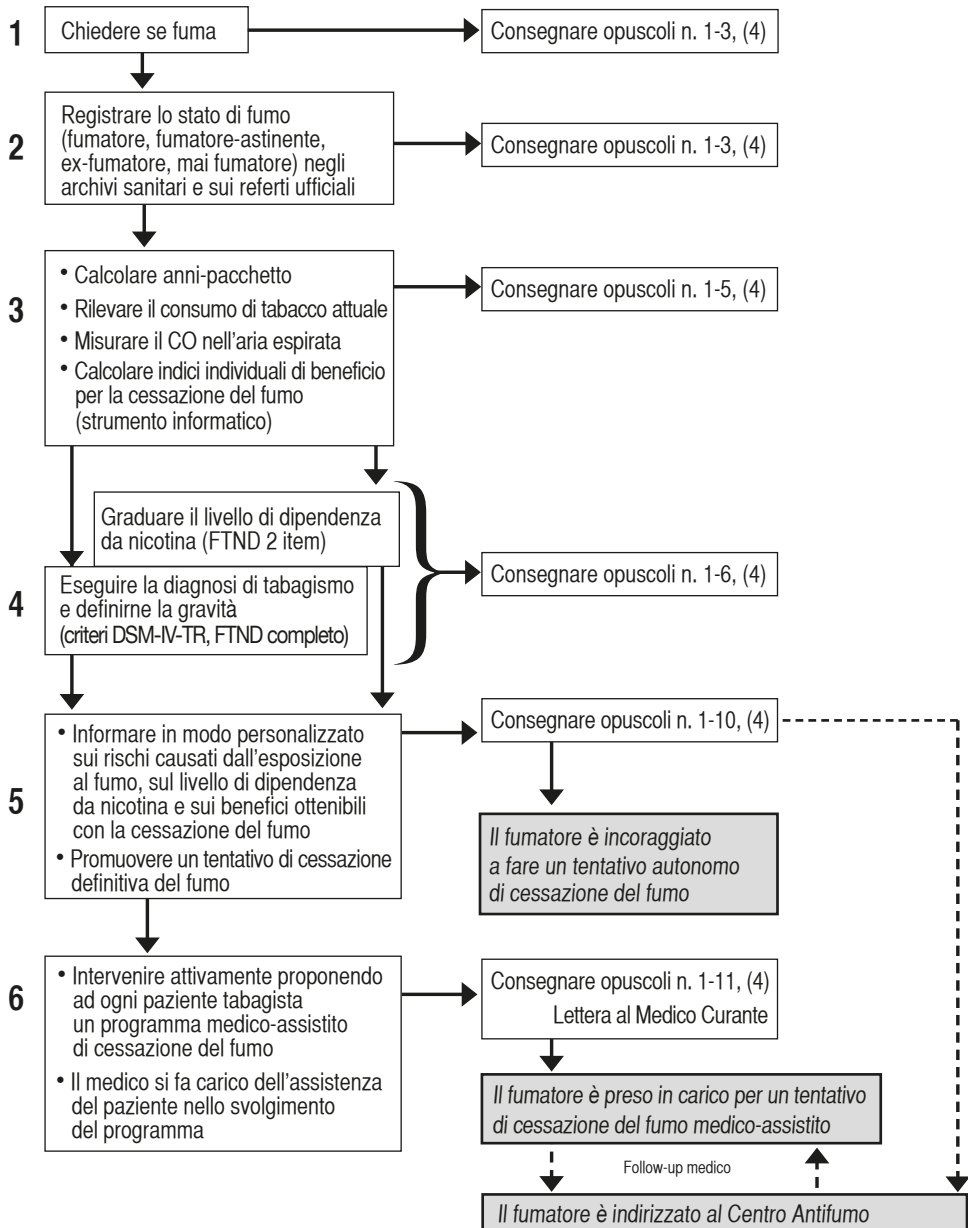
Livello	Azione	Strumenti
<p style="text-align: center;">1</p> <p>CHIEDERE</p>	<p>Chiedere sistematicamente lo stato di fumatore ad ogni contatto con un paziente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domande standard: <ul style="list-style-type: none"> - "Ha mai fumato sigarette?" - "Da quanto tempo ha smesso di fumare?" - "Quando ha fumato l'ultima sigaretta?" - "Fuma la pipa o il sigaro abitualmente?" • Opuscoli informativi: <ul style="list-style-type: none"> - "1.Fumare fa male ... scopri perchè!" - "2.Smettere di fumare fa bene...scopri perchè!" - "3.Fumo e polmoni" - "4.Non fumare in Ospedale" (nel caso il paziente sia degente)
<p style="text-align: center;">2</p> <p>REGISTRARE</p>	<p>Registrare lo stato di fumatore ad ogni contatto con un paziente, negli archivi sanitari e nella documentazione ufficiale cartacea che viene rilasciata al paziente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Codifica standard: <ul style="list-style-type: none"> - fumatore - fumatore-astinente - ex-fumatore - mai-fumatore • Opuscoli informativi: <ul style="list-style-type: none"> - "1.Fumare fa male...scopri perchè!" - "2.Smettere di fumare fa bene...scopri perchè!" - "3.Fumo e polmoni" - "4.Non fumare in Ospedale" (nel caso il paziente sia degente)
<p style="text-align: center;">3</p> <p>MISURARE L'ESPOSIZIONE AL FUMO</p>	<p>Misurare il livello di esposizione al fumo di tabacco ad ogni contatto con un paziente fumatore, e registrare i dati negli archivi sanitari e nella documentazione ufficiale cartacea che viene rilasciata al paziente.</p> <p>Calcolare indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calcolo anni-pacchetto <ul style="list-style-type: none"> - $(N. \text{ sigarette fumate al giorno}) \times (N. \text{ anni di fumo}) / 20$ • Domande standard: <ul style="list-style-type: none"> - "Quanto fuma attualmente?": n. sigarette sigari prese di tabacco per pipa fumate al giorno (se fuma tutti i giorni) alla settimana (se ci sono giorni in cui non fuma) • Misura del CO nell'aria espirata • Strumento informatico per calcolare indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo • Opuscoli informativi (in aggiunta ai precedenti): <ul style="list-style-type: none"> - "5.Hai mai pensato a quanto fumano i tuoi polmoni?"

<p>4 DIAGNOSTICARE E STADIARE IL TABAGISMO</p>	<p>Azione semplificata Graduare il livello di dipendenza da nicotina al primo contatto col paziente fumatore.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • FTND (2 item) • Opuscoli informativi (in aggiunta ai precedenti): <ul style="list-style-type: none"> - "6.Non puoi fare a meno di fumare ... scopri perchè!"
	<p>Azione completa Eseguire la diagnosi di tabagismo /graduare il livello di dipendenza da nicotina al primo contatto col paziente fumatore.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criteri DSM-IV-TR (*) • FTND (completo) • Opuscoli informativi (in aggiunta ai precedenti): <ul style="list-style-type: none"> - "6.Non puoi fare a meno di fumare ... scopri perchè!"
<p>5 INFORMARE E PROMUOVERE LA CESSAZIONE DEL FUMO</p>	<p>Informare in modo personalizzato, ad ogni nuovo contatto, sui rischi causati dalla esposizione al fumo, sul livello di dipendenza da nicotina e sui benefici ottenibili con la cessazione del fumo.</p> <p>Promuovere, ad ogni nuovo contatto, un tentativo di cessazione definitiva del fumo, seguendo o meno un programma assistito concordato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domande standard: <ul style="list-style-type: none"> - "Stai pensando seriamente di smettere di fumare?" - "É disposto col mio aiuto ad impegnarsi a smettere di fumare?" - "É disposto a iniziare un programma per smettere di fumare con l'aiuto dei medici del centro antifumo?" - "É disposto a stabilire una data a partire dalla quale dovrà impegnarsi a non accendere neanche una sigaretta?" • Opuscoli informativi (in aggiunta ai precedenti): <ul style="list-style-type: none"> - "7.Ha mai provato a smettere di fumare?" - "8.Prendi la strada per smettere di fumare" - "9.Come evitare di accendere sigarette" - "10.Un diario per smettere di fumare"
<p>6 INTERVENIRE</p>	<p>Intervenire attivamente proponendo ad ogni paziente tabagista un programma medico-assistito di cessazione del fumo.</p> <p>Il medico si fa carico dell'assistenza del paziente nello svolgimento del programma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Counselling comportamentale • Farmaci per la disassuefazione da fumo (*) • Opuscoli informativi (in aggiunta ai precedenti): <ul style="list-style-type: none"> - "11.Come assumere i farmaci antifumo" • Lettera al Medico Curante
<p><small>*l'applicazione dei Criteri DSM-IV-TR e la prescrizione dei farmaci è riservata al medico; tutti gli altri strumenti possono essere utilizzati da infermieri, terapisti della riabilitazione o altro personale sanitario</small></p>		

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

PERCORSO "6 ELLE"

Algoritmo Operativo



Livello 1. CHIEDERE

- Chiedere sistematicamente lo stato di fumatore ad ogni contatto con un paziente: prima visita o controllo ambulatoriale, accertamento diagnostico specialistico, ricovero ospedaliero.
- Lo stato di fumatore deve essere chiesto ad ogni nuovo contatto con lo stesso paziente.
- Lo stato di fumatore può essere chiesto sia dal medico sia da ogni operatore sanitario non medico che interagisca col paziente in ambito clinico.

Il livello 1 del percorso d'intervento è irrinunciabile, deve essere parte integrante della buona pratica medica ed è raccomandato anche ad ogni operatore sanitario non medico che interagisca col paziente tabagista in ambito clinico.

Strumenti

Gli strumenti raccomandati per il livello 1 del percorso sono:

1. domande standard;
2. opuscoli informativi da consegnare al paziente.

1. Domande standard

- "Ha mai fumato sigarette?"

Se il paziente risponde di aver smesso di fumare:

- "Da quanto tempo ha smesso di fumare?" oppure "Quando ha fumato l'ultima sigaretta?"

La domanda su quando è stata fumata l'ultima sigaretta trova un'appropriata applicazione in particolare nel corso di

un ricovero ospedaliero quando, non di rado, il paziente tabagista dichiara di aver smesso di fumare solo per essere stato astinente qualche giorno.

È bene non sottovalutare che spesso il fumatore di sigaro o di pipa non si considera un "vero fumatore". Quando si valutano le abitudini di fumo si raccomanda di chiedere anche:

- "Fuma la pipa o il sigaro abitualmente?"

2. Opuscoli informativi

Qui segue l'elenco degli opuscoli informativi, disponibili in allegato al presente documento, da utilizzare preferibilmente al livello 1 del percorso:

- Opuscolo "1. Fumare fa male... scopri perché!"
- Opuscolo "2. Smettere di fumare fa bene ... scopri perché!"
- Opuscolo "3. Fumo e polmoni"
- Opuscolo "4. Non fumare in Ospedale" (da utilizzare nel caso il paziente sia degente).

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

Livello 2. REGISTRARE

- Registrare lo stato di fumatore ad ogni contatto con un paziente: prima visita o controllo ambulatoriale, accertamento diagnostico specialistico, ricovero ospedaliero.
- La registrazione deve essere effettuata negli archivi sanitari e nella documentazione ufficiale cartacea che viene rilasciata al paziente.
- La registrazione deve essere aggiornata ad ogni nuovo contatto con lo stesso paziente.
- La registrazione può essere effettuata sia dal medico sia da ogni operatore sanitario non medico che interagisca col paziente in ambito clinico.

La registrazione può essere eseguita in forma elettronica o manuale. Il dato registrato dovrebbe essere: visibile al personale sanitario ed al paziente; riportato nella documentazione ufficiale cartacea che viene rilasciata al paziente (ad esempio, nel referto di una visita pneumologica, nel report di un accertamento specialistico come la spirometria o la broncoscopia, nella lettera di dimissione da un ricovero ospedaliero); recuperabile da archivi sanitari elettronici.

Strumenti:

Gli strumenti raccomandati per registrare lo stato di fumatore nel livello 2 del percorso sono:

1. codifica standard dello stato di fumo;
2. opuscoli informativi da consegnare al paziente.

1. Codifica standard dello stato di fumo

Si raccomanda di registrare lo stato di fumatore in forma standard sulla base delle abitudini di fumo riferite:

- fumatore (fuma almeno una sigaretta o un sigaro o una presa di tabacco per pipa alla settimana)
- fumatore-astinente (continuativamente astinente dal fumo di tabacco da meno di 6 mesi)
- ex-fumatore (continuativamente astinente dal fumo da almeno 6 mesi)
- mai-fumatore (nella vita non ha mai fumato almeno una sigaretta o un sigaro o una presa di tabacco per pipa alla settimana per almeno 1 anno).

È bene non sottovalutare che il fumatore astinente è a rischio di ricaduta e pertanto la sua identificazione è il primo momento di un intervento finalizzato a consolidare la definitiva cessazione del fumo. Si raccomanda di specificare sempre la durata dell'astinenza (ad esempio, fumatore-astinente da 15 giorni, fumatore-astinente da 2 mesi, etc.).

2. Opuscoli informativi

Qui segue l'elenco degli opuscoli informativi, disponibili in allegato al presente documento, da utilizzare preferibilmente fino al livello 2 del percorso:

- Opuscolo "1.Fumare fa male...scopri perché!"
- Opuscolo "2.Smettere di fumare fa bene ... scopri perché!"
- Opuscolo "3.Fumo e polmoni"



- Opuscolo "4. Non fumare in Ospedale"
(da utilizzare nel caso il paziente sia
degente).

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

Livello 3. MISURARE L'ESPOSIZIONE AL FUMO

- Misurare e registrare il livello di esposizione al fumo di tabacco al primo contatto col paziente fumatore: prima visita o controllo ambulatoriale, accertamento diagnostico specialistico, ricovero ospedaliero.
- La misurazione e registrazione del livello di esposizione al fumo deve essere ripetuta a ogni nuovo contatto con lo stesso paziente.
- I dati misurati devono essere riportati negli archivi sanitari e nella documentazione ufficiale cartacea che viene rilasciata al paziente.
- La misurazione e registrazione può essere effettuata sia dal medico sia da ogni operatore sanitario non medico che interagisca col paziente in ambito clinico.

Il fumo di tabacco è, allo stesso tempo, patologia¹⁵ e causa/fattore di rischio per patologie di molti organi e apparati^{16,17}. Nel singolo paziente fumatore è pertanto necessario quantificare il livello di entrambe le componenti: gravità di patologia tabagica (cfr. livello 4 del percorso) e grado di esposizione al rischio.

Strumenti:

Gli strumenti raccomandati per misurare l'esposizione al fumo di tabacco nel livello 3 del percorso sono:

1. domande standard;
2. misura del CO nell'aria espirata;
3. strumento informatico per calcolare indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo;
4. opuscoli informativi da consegnare al

paziente.

1. Domande standard

- "Da quanti anni fuma sigarette?";
- "Nel corso degli anni in cui ha fumato, quante sigarette ha fumato in media al giorno?". Sulla base dei dati raccolti con la risposta a queste due domande è possibile calcolare l'esposizione al fumo di tabacco nella vita, espresso in anni-pacchetto (*pack-years*) secondo la formula:

- Anni-pacchetto = (Numero di sigarette fumate al giorno) x (Numero di anni di fumo) / 20.

L'indice stima l'esposizione al fumo esprimendola in numero di anni che un fumatore ha trascorso come se avesse sempre fumato 20 sigarette al giorno. Così, chi ha fumato 20 sigarette al giorno per 20 anni ha accumulato lo stesso rischio (20 anni-pacchetto) per molte malattie fumo-correlate di un fumatore che ha fumato 10 sigarette al giorno ma per 40 anni. Si raccomanda di effettuare il calcolo degli anni-pacchetto anche nell'ex-fumatore.

- "Quante sigarette fuma al giorno?".

Nei casi meno frequenti di fumatori occasionali, che fumano non tutti i giorni, o di fumatori che fumino, oltre o in alternativa alle sigarette, il sigaro o la pipa, è possibile quantificare i livelli di fumo chiedendo:

- "Quanto fuma attualmente?", chiedendo di specificare:
- "Numero di sigarette"; "Numero di sigari";
"Numero di prese di tabacco per pipa" che il paziente fuma:

- “al giorno”, se fuma tutti i giorni, oppure “alla settimana”, se ci sono giorni in cui non fuma.

2. Misura del CO nell'aria espirata

Il costo di uno strumento per l'analisi del CO espirato è di poche centinaia di euro e la misura è eseguibile in 20-25 secondi, compreso il tempo necessario a istruire il paziente alla manovra. Lo strumento è di dimensioni ridotte (può essere tenuto facilmente con una mano) e non richiede manutenzione, se non una calibrazione che, alla luce dell'esperienza clinica, può essere eseguita anche 1-2 volte l'anno senza rischiare di ottenere misure alterate in modo clinicamente rilevante.

Lo strumento misura il livello di CO, espresso in ppm, nell'aria espirata. Dopo aver acceso e azzerato lo strumento (2-3 secondi), la manovra prevede di far inspirare profondamente il paziente e di far mantenere un'apnea per circa 10 secondi o per quanto sia possibile al paziente. Periodi più brevi di apnea non alterano in modo clinicamente significativo la misura; ciò può semplificare la manovra nel paziente con gravi disturbi respiratori. Successivamente il paziente è invitato ad espirare in modo rilassato all'interno dello strumento, attraverso un boccaglio monouso. Per una misura più accurata è preferibile usare uno stringinaso.

Il fumatore abituale generalmente presenta valori di CO espirato superiori a 10 ppm, che aumentano solitamente con l'aumentare del numero di sigarette

fumate al giorno. Tuttavia, la misurazione è influenzata anche da altri fattori quali la quantità di fumo inalata, il tipo di tabacco, il tempo trascorso dall'ultima sigaretta fumata, l'inquinamento ambientale (interno e/o esterno: traffico veicolare, fumo passivo, caminetti accesi, stufe per riscaldamento, etc). Inoltre, il fumatore BPCO può presentare valori di CO nell'espirato mediamente superiori rispetto al fumatore non-BPCO^{3, 13}. In condizioni di esposizione ambientale “normale”, in un non-fumatore il CO espirato non dovrebbe essere superiore a 4 ppm³. Dopo circa 4 ore di astensione completa dal fumo il livello di CO espirato si dimezza. Entro 1-2 giorni dall'ultima sigaretta fumata il livello di CO espirato si “normalizza”, potendo raggiungere 0 ppm. Esiste un'elevata correlazione tra i livelli di CO espirato e la percentuale di COHb nel sangue venoso e, pertanto, quest'ultima può essere stimata in modo affidabile mediante la seguente formula¹⁸:

$$\text{COHb (\%)} = 0.18 \text{ CO (ppm)} - 0.14.$$

La conversione da CO espirato a COHb% viene solitamente eseguita in modo automatico dagli strumenti.

La misura del CO espirato e la stima di COHb% nel sangue venoso, oltre a rappresentare indici oggettivi di esposizione al fumo di tabacco, possono essere utilizzate ai fini dell'intervento clinico per favorire la cessazione. I valori misurati di CO espirato e stimati di COHb possono essere utilizzati per informare il fumatore sui meccanismi fisiopatologici attraverso

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

i quali il fumo contribuisce alla patologia respiratoria fumo-correlata (ad esempio, insufficienza respiratoria cronica e uso di ossigenoterapia a lungo termine). La rapida normalizzazione del CO espirato dopo la cessazione del fumo è molto gratificante per il fumatore e fornisce una misura oggettiva dell'immediato beneficio per la salute. La misura ripetuta nel tempo nello stesso paziente è utile nel monitoraggio per confermare l'astinenza da fumo.

3. Strumento informatico per calcolare indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo

Lo strumento informatico, facilmente installabile su qualsiasi PC, consente di calcolare indici numerici e grafici di beneficio correlati alla cessazione del fumo, a partire da dati individuali (età; sesso; numero di sigarette fumate al giorno; costo in euro di un pacchetto del tipo di sigarette fumate). Lo strumento elabora un report semplice e personalizzato che mostra i benefici della cessazione del fumo in termini di: numero di anni guadagnati in aspettativa di vita; riduzione percentuale del rischio di morire per patologie fumo-correlate (infarto cardiaco, tumore del polmone, ictus cerebrale, bronchite cronica/enfisema polmonare); risparmio economico per l'acquisto di sigarette.

Il report personalizzato può essere utilizzato nell'intervento clinico anti-tabagico per motivare il paziente tabagista a smettere di fumare o a gratificarlo con i benefici che sta ottenendo con la cessazione del

fumo.

4. Opuscoli informativi

Qui segue l'elenco degli opuscoli informativi, disponibili in allegato al presente documento, da utilizzare preferibilmente fino al livello 3 del percorso:

- Opuscolo "1.Fumare fa male ... scopri perché!"
- Opuscolo "2.Smettere di fumare fa bene ... scopri perché!"
- Opuscolo "3.Fumo e polmoni"
- Opuscolo "4.Non fumare in Ospedale" (da utilizzare nel caso il paziente sia degente)
- Opuscolo "5.Hai mai pensato a quanto fumano i tuoi polmoni?"

Livello 4. DIAGNOSTICARE E STADIARE IL TABAGISMO

- Eseguire la diagnosi di tabagismo e definirne la gravità al primo contatto col paziente fumatore: prima visita o controllo ambulatoriale, accertamento diagnostico specialistico, ricovero ospedaliero.
- La valutazione della gravità del tabagismo dovrebbe essere ripetuta periodicamente nel paziente che presenti variazioni clinicamente rilevanti nelle abitudini di fumo (ad esempio, dopo un lungo periodo di riduzione del numero di sigarette fumate al giorno).

Il tabagismo è una patologia cronica recidivante che può essere diagnosticata e stadiata clinicamente attraverso l'uso di domande standard, così come avviene ad esempio per la diagnosi di bronchite cronica. L'OMS ha definito i criteri per la diagnosi di dipendenza da tabacco¹⁵ ed il FTND¹⁹ è uno strumento standardizzato per valutare il livello di dipendenza da nicotina che è ampiamente utilizzato su scala mondiale negli interventi di disassuefazione dal fumo di sigaretta.

Nella pratica clinica non ci sono impedimenti che giustifichino la rinuncia ad eseguire una diagnosi clinica di dipendenza da nicotina in un fumatore²⁰. Pensare in termini di "dipendenza patologica da tabacco", invece che in termini di "fumo di tabacco", potrebbe agevolare il medico a considerare i fumatori correnti come pazienti che necessitano di un trattamento immediato e gli ex-fumatori come pazienti che necessitano di sorveglianza in quanto affetti da un disturbo cronico a rischio di

ricaduta o "riacutizzazione".

Strumenti:

Gli strumenti raccomandati per valutare la dipendenza tabagica nel livello 4 del percorso sono:

1. criteri diagnostici semplificati;
2. test validati;
3. opuscoli informativi da consegnare al paziente.

È possibile svolgere il livello 4 del percorso secondo due modalità di valutazione: semplificata e completa.

1. Valutazione semplificata della gravità del tabagismo

- Eseguire la valutazione del livello di dipendenza da nicotina mediante la somministrazione del FTND in forma semplificata (2 item).
- La valutazione semplificata del livello di dipendenza da nicotina può essere effettuata sia dal medico sia da ogni operatore sanitario non medico che interagisca col paziente in ambito clinico.

Le domande standard raccomandate sono i due item di maggiore rilevanza clinica del FTND^{21, 22}.

- "Quante sigarette fuma al giorno?"

10 o meno (punteggio 0)

11-20 (punteggio 1)

21-30 (punteggio 2)

31 o più (punteggio 3)

- "Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?"

Entro 5 minuti (punteggio 3)

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

Entro 6-30 minuti (punteggio 2)
Entro 31-60 minuti (punteggio 1)
Dopo 60 minuti (punteggio 0)

Sulla base del punteggio ottenuto con la risposta alle due domande è possibile graduare il livello di dipendenza da nicotina del fumatore con un punteggio variabile tra 0 (minimo) e 6 (massimo).

2. Diagnosi e stadiazione completa del tabagismo

Diagnosi di tabagismo:

- Eseguire la diagnosi di dipendenza da nicotina mediante i criteri DSM-IV-TR.
- Si raccomanda che la diagnosi di dipendenza da nicotina sia eseguita esclusivamente dal medico.

Stadiazione completa del tabagismo:

- Eseguire la valutazione del livello di dipendenza da nicotina mediante la somministrazione del FTND in forma completa (6 item).
- La valutazione completa del livello di dipendenza da nicotina può essere effettuata sia dal medico sia da ogni operatore sanitario non medico che interagisca col paziente in ambito clinico.

Nella decima Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il fumo di tabacco è classificato col codice F17 "Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco", e in particolare col codice F17.2 "Sindrome da Dipendenza" e col codice F17.3 "Stato di astinenza".

Il medico dovrebbe riportare la diagnosi di tabagismo negli archivi sanitari e nella documentazione ufficiale cartacea che viene rilasciata al paziente, compresa la lettera di dimissione ospedaliera. Il codice da riportare nella SDO per la codifica della diagnosi di "Dipendenza da tabacco", secondo la versione italiana della ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th revision - Clinical Modification 2007), in vigore dal 1 gennaio 2009 è: "305.1".

Sulla base del DSM-IV-TR²³, la diagnosi di dipendenza da nicotina si pone quando il fumatore soddisfa almeno tre su sette criteri nel corso di un periodo di 12 mesi (Box 1).

La dipendenza da nicotina è definita "Con dipendenza fisica" nel caso sia soddisfatto anche il criterio 1 (tolleranza) o il criterio 2 (astinenza), altrimenti è definita "Senza dipendenza fisica"²³. La "Remissione completa" della dipendenza da nicotina è definita quando il fumatore non soddisfa nessuno dei sette criteri durante un periodo di 12 mesi o più²³.

Sulla base dei criteri del DSM-IV-TR²³, l'astinenza da nicotina è definita dalla presenza di almeno 4 tra 8 sintomi/segni che possono seguire entro 24 ore la brusca cessazione o riduzione della nicotina assunta (cioè dei livelli di fumo) (Box 2). Per definizione i sintomi comportano uno stato di stress clinicamente significativo o di disagio nell'ambito sociale, lavorativo o

in altre importanti attività e non sono dovuti ad altre condizioni mediche generali o meglio spiegabili con altri disturbi mentali. Al fine di facilitare l'applicazione dei criteri DSM-IV-TR per la diagnosi di dipendenza da nicotina, nella tabella 1 sono elencate esemplificazioni che meglio si adattano ad un utilizzo nella pratica clinica. Il livello di dipendenza fisica da nicotina (ovvero la stadiazione della gravità del tabagismo) viene valutato mediante il FTND¹⁹ (Box 3). Il test è composto da 6 item che pos-

sono essere somministrati dal sanitario o autocompilati in pochi minuti. Sulla base del punteggio ottenuto con la risposta alle 6 domande è possibile graduare il livello di dipendenza da nicotina del fumatore con un punteggio variabile tra 0 (minimo) e 10 (massimo)².

CRITERI DSM-IV-TR PER LA DIAGNOSI DI DIPENDENZA DA NICOTINA

BOX 1

- 1 TOLLERANZA, DEFINITA DA UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:**
 - A. necessità di aumentare in modo marcato l'uso di nicotina per ottenere l'effetto desiderato;
 - B. marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di nicotina.
- 2 ASTINENZA, DIMOSTRATA DA UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:**
 - A. la caratteristica sindrome di astinenza da nicotina (vedere box 2);
 - B. l'assunzione di nicotina (o di sostanze strettamente correlate) per alleviare o evitare i sintomi di astinenza.
- 3 ASSUMERE NICOTINA IN QUANTITÀ MAGGIORI O PER UN PERIODO PIÙ LUNGO RISPETTO A QUANTO VOLUTO.**
- 4 DESIDERIO PERSISTENTE DI ASSUMERE NICOTINA O TENTATIVI FALLITI DI RIDURNE O CONTROLLARNE L'USO.**
- 5 DEDICARE MOLTO TEMPO A PROCURARSI O UTILIZZARE LA NICOTINA.**
- 6 INTERROMPERE O LIMITARE IMPORTANTI ATTIVITÀ SOCIALI, PROFESSIONALI, O RICREATIVE PER ASSUMERE NICOTINA.**
- 7 CONTINUARE AD ASSUMERE NICOTINA NONOSTANTE SAPERE DI AVERE UN PROBLEMA PERSISTENTE O RICORRENTE, FISICO O PSICOLOGICO, CHE POSSA ESSERE STATO CAUSATO O ESACERBATO DALLA NICOTINA STESSA.**

AI FINI APPLICATIVI CLINICI, L'USO O L'ASSUNZIONE DI NICOTINA DEVE INTENDERSI COME "FUMARE SIGARETTE".

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

SINTOMI DI ASTINENZA DA NICOTINA SECONDO IL DSM-IV-TR

BOX 2

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 UMORE DISFORICO O DEPRESSO | 5 DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE |
| 2 INSONNIA | 6 IRREQUIETEZZA |
| 3 IRRITABILITÀ, FRUSTRAZIONE O RABBIA | 7 RIDUZIONE DELLA FREQUENZA CARDIACA |
| 4 ANSIA | 8 AUMENTO DELL'APPETITO O DEL PESO CORPOREO |

ESEMPLIFICAZIONI DEI CRITERI DSM-IV-TR PER LA DIAGNOSI DI DIPENDENZA DA NICOTINA

TABELLA 1

	CRITERI DSM-IV-TR	ESEMPLIFICAZIONE
1	TOLLERANZA	<ul style="list-style-type: none"> • AUMENTARE IL NUMERO DELLE SIGARETTE FUMATE AL GIORNO PER PERCEPIRE LO STESSO APPAGAMENTO • LE SOLITE SIGARETTE FUMATE AL GIORNO NON SONO PIÙ SUFFICIENTI
2	ASTINENZA	<ul style="list-style-type: none"> • PROVARE UN DISAGIO FISICO (CFR. BOX 2) ASTENENDOSI COMPLETAMENTE DAL FUMARE PER DIVERSE ORE • FUMARE PER TROVARE SOLLIEVO DA UN DISAGIO FISICO (CFR. BOX 2)
3	ASSUMERE NICOTINA IN QUANTITÀ MAGGIORI O PER UN PERIODO PIÙ LUNGO RISPETTO A QUANTO VOLUTO	<ul style="list-style-type: none"> • FUMARE PIÙ DI QUANTO SI VORREBBE • NON RIUSCIRE A DARSÌ UN LIMITE DI TEMPO NEL FUMARE
4	DESIDERIO PERSISTENTE DI ASSUMERE NICOTINA O TENTATIVI FALLITI DI RIDURNE O CONTROLLARNE L'USO	<ul style="list-style-type: none"> • PROVARE INSISTENTEMENTE VOGLIA DI FUMARE • NON RIUSCIRE A SMETTERE DI FUMARE • NON RIUSCIRE A CONTROLLARE IL NUMERO DELLE SIGARETTE FUMATE AL GIORNO

5	DEDICARE MOLTO TEMPO A PROCURARSI O UTILIZZARE LA NICOTINA	<ul style="list-style-type: none"> • FARE TRAGITTI ANCHE MOLTO LUNGHICI PER ANDARE A COMPRARE LE SIGARETTE • USCIRE DI CASA A TARDA SERA PER ANDARE A COMPRARE LE SIGARETTE • RITAGLIARSI MOLTE PAUSE PER FUMARE
6	INTERROMPERE O LIMITARE IMPORTANTI ATTIVITÀ SOCIALI, PROFESSIONALI, O RICREATIVE PER ASSUMERE NICOTINA	<ul style="list-style-type: none"> • ALLONTANARSI DA UNA CENA, DA UNA RIUNIONE PER ANDARE A FUMARE • SOSPENDERE IL LAVORO PER FUMARE • RINUNCIARE A UN VIAGGIO DI DIVERSE ORE IN AEREO SAPENDO DI NON POTER FUMARE
7	CONTINUARE AD ASSUMERE NICOTINA NONOSTANTE SAPERE DI AVERE UN PROBLEMA PERSISTENTE O RICORRENTE, FISICO O PSICOLOGICO, CHE POSSA ESSERE STATO CAUSATO O ESACERBATO DALLA NICOTINA STESSA	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUARE A FUMARE PUR SOFFRENDO DI DISTURBI DI SALUTE O MALATTIE CAUSATE DAL FUMO; AD ESEMPIO, FUMARE E ASSUMERE FARMACI PER LA BPCO O L'ASMA, FUMARE IN OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE, FUMARE DOPO AVER AVUTO UN INFARTO CARDIACO

FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE (FTND)
BOX 3

- 1 QUANTO TEMPO DOPO ESSERSI SVEGLIATO FUMA LA PRIMA SIGARETTA?
ENTRO 5 MINUTI (PUNTEGGIO 3); 6-30 MINUTI (PUNTEGGIO 2);
31-60 MINUTI (PUNTEGGIO 1); DOPO 60 MINUTI (PUNTEGGIO 0)
- 2 TROVA DIFFICILE ASTENERSI DAL FUMO NEI LUOGHI DOVE È PROIBITO FUMARE?
SÌ (PUNTEGGIO 1); NO (PUNTEGGIO 0)
- 3 A QUALE SIGARETTA LE COSTA DI PIÙ RINUNCIARE?
LA PRIMA DEL MATTINO (PUNTEGGIO 1);
QUALSIASI ALTRA (PUNTEGGIO 0)
- 4 QUANTE SIGARETTE FUMA AL GIORNO?
10 O MENO (PUNTEGGIO 0); 11-20 (PUNTEGGIO 1);
21-30 (PUNTEGGIO 2); 31 O PIÙ (PUNTEGGIO 3)

SEGUE A PAG. 22

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE (FTND)

BOX 3

- 5 FUMA PIÙ FREQUENTEMENTE DURANTE LE PRIME ORE DEL MATTINO DOPO IL RISVEGLIO CHE DURANTE IL RESTO DELLA GIORNATA?
SI (PUNTEGGIO 1); NO (PUNTEGGIO 0)
- 6 FUMA ANCHE QUANDO È COSÌ MALATO DA PASSARE A LETTO LA MAGGIOR PARTE DELLA GIORNATA?
SI (PUNTEGGIO 1); NO (PUNTEGGIO 0)

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

3. Opuscoli informativi

Qui segue l'elenco degli opuscoli informativi, disponibili in allegato al presente documento, da utilizzare preferibilmente fino al livello 4 del percorso:

- Opuscolo "1. Fumare fa male ... scopri perché!"
- Opuscolo "2. Smettere di fumare fa bene ... scopri perché!"
- Opuscolo "3. Fumo e polmoni"
- Opuscolo "4. Non fumare in Ospedale" (da utilizzare nel caso il paziente sia degente)
- Opuscolo "5. Hai mai pensato a quanto fumano i tuoi polmoni?"
- Opuscolo "6. Non puoi fare a meno di fumare ... scopri perché!"

Livello 5. INFORMARE E PROMUOVERE LA CESSAZIONE DEL FUMO

- Informare in modo personalizzato sui rischi causati dall'esposizione al fumo, sul livello di dipendenza da nicotina e sui benefici ottenibili con la cessazione del fumo.
- Promuovere un tentativo di cessazione definitiva del fumo, seguendo o meno un programma assistito concordato.
- L'azione di informare e promuovere un tentativo di cessazione definitiva del fumo dovrebbe essere ripetuta a ogni nuovo contatto con lo stesso paziente.
- L'azione di informare e promuovere un tentativo di cessazione definitiva del fumo possono essere effettuate sia dal medico sia da ogni operatore sanitario non medico che interagisca col paziente in ambito clinico.

Le azioni di informare e promuovere un tentativo di cessazione definitiva del fumo devono essere considerate come un intervento attivo di trattamento del singolo paziente tabagista.

Informare

Ogni paziente tabagista che sia valutato nella pratica clinica deve ricevere una chiara informazione sul fumo considerata come: 1. fattore di rischio per patologie fumo-correlate; 2. fattore nocivo per la fisiologia di vari organi e apparati; 3. fattore prognostico negativo per patologie respiratorie e non respiratorie, compresa la patologia oncologica; 4. fattore in grado di determinare la riduzione dell'efficacia della terapia pneumologica; 5. fattore in

grado di interferire con i farmaci usati nel trattamento delle patologie concomitanti non respiratorie; 6. causa della dipendenza patologica da nicotina.

Inoltre, ogni paziente tabagista deve ricevere una chiara informazione sui benefici per la salute ottenibili con la cessazione del fumo: 1. aumento dell'aspettativa di vita; 2. riduzione del rischio di morire o ammalare di importanti patologie fumo-correlate; 3. miglioramento di sintomi di molte patologie respiratorie e non respiratorie; 4. miglioramento della fisiologia dei vari organi e apparati, anche in assenza di disturbi soggettivamente percepiti.

L'informazione deve essere personalizzata sulla base delle rilevazioni eseguite nel singolo paziente tabagista: 1. misure di esposizione al fumo (anni-pacchetto, livelli di fumo correnti, valore di CO nell'espirato, rilevati al livello 3 del Percorso); 2. indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo (calcolati mediante lo strumento informatico al livello 3 del Percorso); 3. livello di dipendenza da nicotina (valutato mediante FTND al livello 4 del Percorso); 4. condizioni patologiche e altri fattori di rischio respiratori e non-respiratori concomitanti.

L'obiettivo dell'azione di informare è quello di rendere consapevole il paziente sulla necessità di impegnarsi nella cessazione del fumo come atto terapeutico o intervento di cura dei propri disturbi o patologie fumo-correlati, e, di conseguenza, promuovere un tentativo di cessazione (o almeno di riduzione) del fumo che dovrebbe

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

be iniziare il prima possibile.

Promuovere un tentativo di cessazione definitiva del fumo

L'obiettivo è quello di incoraggiare il fumatore a compiere in ogni caso un tentativo di cessazione (o almeno di riduzione) del fumo, che il paziente può svolgere anche autonomamente se non interessato ad un programma assistito.

È necessario ottenere una chiara e sincera dichiarazione del paziente sull'effettivo impegno nella rinuncia al fumo, al fine di responsabilizzarlo nella propria decisione. Si tratta di trovare un giusto equilibrio tra, da un lato, desistere dal proporre un tentativo di cessazione aspettando una migliore predisposizione del paziente e, dall'altro, assumere un atteggiamento eccessivamente impositivo, che potrebbe suscitare reazioni di rifiuto o inadeguatezza²⁴. Il ruolo del sanitario deve essere quello di offrire aiuto nella cessazione del fumo e non quello di colpevolizzare il fumatore.

Nel caso il paziente fumatore sia ricoverato in ospedale, in considerazione della normativa vigente sul divieto di fumo nei luoghi pubblici, l'astensione dal fumo può configurarsi come una problematica clinica con possibile indicazione al trattamento farmacologico piuttosto che come una scelta personale.

Valutare la reale intenzione a smettere di fumare nel singolo paziente tabagista non è sempre agevole. Come spesso accade nel paziente BPCO-tabagista da anni,

ad esempio, il fumatore può dichiarare di avere una sincera intenzione di smettere di fumare e, al tempo stesso, riconoscere di non avere una sufficiente "forza di volontà" per riuscirci, che lo induce a desistere dal provarci. È bene sottolineare che questo tipo di atteggiamento può nascondere un livello importante di dipendenza da fumo di tabacco, di cui il paziente tabagista non è consapevole. Anche in questi casi, pertanto, per promuovere la cessazione del fumo è utile porre le domande standard con l'obiettivo prioritario di accertare la sincera disponibilità del paziente tabagista a impegnarsi attivamente nello smettere di fumare avvalendosi degli aiuti che possono essere per lui immediatamente disponibili (ad esempio, seguire consigli per ridurre o evitare di fumare, attendere a visite/contatti prestabiliti in un programma di cessazione del fumo, assumere farmaci per la disassuefazione da nicotina).

Il livello 5 del percorso può comportare un impegno non trascurabile in termini sia di tempo sia di spazi. Nel paziente tabagista possono emergere problematiche più ampie che richiedono un inquadramento anche sotto il profilo psicologico o psichiatrico e che implicano un tempo maggiore da dedicare all'intervento, anche riferendo il paziente allo specialista. Non è da trascurare anche il contesto o il luogo in cui viene a svolgersi il colloquio col fumatore. Ad esempio, una condizione sfavorevole è quella in cui il colloquio si svolge nel reparto di degenza, al letto

del paziente, in presenza di molti sanitari (medici e infermieri) e del paziente vicino di letto. È ovvio che trovare un luogo riservato (ad esempio l'ambulatorio) dove affrontare con maggiore tranquillità il colloquio aumenta l'efficacia dell'intervento. Per l'approccio motivazionale al paziente fumatore si rimanda alle raccomandazioni delle linee guida ¹⁻³.

Valutare un paziente tabagista come "poco motivato" o "poco preparato" a smettere di fumare non deve essere un freno a proporre un percorso per la cessazione del fumo. Ad esempio, i tentativi di smettere di fumare non pianificati (intrapresi perché favoriti da circostanze ambientali scatenanti) sono stati dimostrati avere una maggiore probabilità di successo a sei mesi in confronto a quelli pianificati nel tempo, anche tenendo in considerazione fattori confondenti ²⁵. In ambito clinico, questo tipo di "spinta occasionale" alla cessazione del fumo può accadere spesso, perché il paziente tabagista è obbligato a smettere di fumare, o a ridurre drasticamente i livelli di fumo, in occasione di malattie acute o di riacutizzazioni di malattie croniche ²⁴.

La gravità di qualunque malattia, inoltre, non può essere considerata come una giustificazione per rinunciare a impegnarsi nella cessazione o riduzione del fumo. Ad esempio, è stato dimostrato che la cessazione del fumo, anche dopo la diagnosi di cancro polmonare in stadio inizia-

le, comporta un guadagno nella sopravvivenza ²⁶.

Il sanitario, medico e non medico, deve essere consapevole che nel paziente tabagista la cessazione del fumo assume una rilevanza clinica prioritaria ed è parte integrante dell'intervento terapeutico ^{3, 27}.

Nel promuovere un tentativo di cessazione definitiva del fumo, pertanto, si raccomanda di incoraggiare il paziente tabagista ad intraprendere uno dei seguenti percorsi:

- seguire il programma di disassuefazione medico-farmacologico che gli viene proposto (proseguire col livello 6 del Percorso); oppure

- impegnarsi in un tentativo autonomo di cessazione del fumo (utilizzando gli opuscoli che gli vengono consegnati) e rendersi disponibile per valutarne l'evoluzione in contatti successivi; oppure

- sottoporsi ad una valutazione presso un Centro antifumo qualificato, in quei casi selezionati (fumatori "difficili": con storia di insuccesso/ricaduta nel corso di programmi di cessazione del fumo medico-assistiti, con problematiche nella gestione e/o risposta ai farmaci per il trattamento del tabagismo, con problematiche cognitive-comportamentali, con necessità di follow-up stretto/a lungo termine) dove si ritenga indicato un intervento motivazionale/comportamentale più strutturato o un trattamento intensivo.

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

Strumenti

Gli strumenti raccomandati per informare e promuovere un tentativo di cessazione definitiva del fumo sono: 1. domande standard; 2. opuscoli informativi da consegnare al paziente.

1. Domande standard

- "Stai pensando seriamente di smettere di fumare?". La domanda può essere posta in modo aperto o prevedere risposte predefinite se utilizzata in modalità di auto-compilazione:

"Sì, entro i prossimi 7 giorni";

"Sì, entro i prossimi 30 giorni";

"Sì, entro i prossimi 6 mesi";

"No, non sto pensando di smettere ma solo di ridurre";

"No, non sto pensando né di smettere né di ridurre";

"Non so".

- "È disposto col mio aiuto ad impegnarsi a smettere di fumare?"

- "È disposto a iniziare un programma per smettere di fumare con l'aiuto dei medici del Centro Antifumo?"

- "È disposto a stabilire una data a partire dalla quale dovrà impegnarsi a non accendere neanche una sigaretta?"

2. Opuscoli informativi

Qui segue l'elenco degli opuscoli informativi, disponibili in allegato al presente documento, da utilizzare preferibilmente fino al livello 5 del percorso:

- Opuscolo "1. Fumare fa male ... scopri perché!"

- Opuscolo "2. Smettere di fumare fa bene ... scopri perché!"

- Opuscolo "3. Fumo e polmoni"

- Opuscolo "4. Non fumare in Ospedale" (da utilizzare nel caso il paziente sia degente)

- Opuscolo "5. Hai mai pensato a quanto fumano i tuoi polmoni?"

- Opuscolo "6. Non puoi fare a meno di fumare ... scopri perché!"

- Opuscolo "7. Ha mai provato a smettere di fumare?"

- Opuscolo "8. Prendi la strada per smettere di fumare"

- Opuscolo "9. Come evitare di accendere sigarette"

- Opuscolo "10. Un diario per smettere di fumare".

Livello 6. INTERVENIRE

- Intervenire attivamente proponendo ad ogni paziente tabagista un programma medico-assistito di cessazione del fumo.
- Il medico si fa carico dell'assistenza del paziente nello svolgimento del programma.
- Nel caso che la disponibilità a seguire un programma medico-assistito di cessazione del fumo sia raccolta da sanitari non medici, è necessario riferire il paziente tabagista ad un medico per un iniziale inquadramento clinico.
- Nello svolgere il programma di cessazione del fumo il medico può essere coadiuvato da altri operatori non medici che abbiano ricevuto una formazione specifica sul trattamento del tabagismo.
- Nello svolgere il programma di cessazione del fumo il medico può coadiuvare l'intervento intensivo del Centro Antifumo.

Si raccomanda di proporre sempre e a tutti i pazienti tabagisti un programma di cessazione (o almeno di riduzione) del fumo. La riduzione del fumo deve essere considerata propedeutica alla cessazione definitiva, e deve rappresentare un obiettivo finale solo in casi selezionati (ad esempio, in fumatori "resistenti" al trattamento antitabagico, con dipendenza da tabacco eccezionalmente elevata e/o con comorbidità psichiatrica e/o con dipendenza da altre sostanze) dopo che ripetuti tentativi intensivi di cessazione siano falliti.

Si individuano tre ambiti clinici principali in cui svolgere il programma medico-assisti-

to di cessazione del fumo:

1. Ambulatorio non specialistico;
2. Ambulatorio specialistico;
3. Reparto di degenza.

Nello svolgere il programma medico-assistito di cessazione del fumo, il medico può riferire il paziente tabagista a un Centro Antifumo per un intervento più intensivo in casi selezionati (fumatori "difficili": con storia di insuccesso/ricaduta nel corso di programmi di cessazione del fumo medico-assistiti, con problematiche nella gestione e/o risposta ai farmaci per il trattamento del tabagismo, con problematiche cognitivo-comportamentali, con necessità di follow-up stretto/a lungo termine). Anche in questi casi il medico, proseguendo la sua assistenza, svolge un ruolo fondamentale nel coadiuvare l'intervento intensivo del Centro Antifumo.

L'intervento svolto all'interno del Centro Antifumo è considerato intensivo ed esula dalla trattazione nel presente documento.

Strumenti

Gli strumenti raccomandati per svolgere l'intervento per favorire la cessazione del fumo sono:

1. counselling comportamentale;
2. farmaci per la disassuefazione da fumo;
3. opuscoli informativi da consegnare al paziente;
4. lettera al medico curante.

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

1. Counselling comportamentale

Per l'intervento comportamentale nel paziente tabagista si rimanda alle raccomandazioni delle linee guida¹⁻³.

2. Farmaci per il trattamento del tabagismo

Per una descrizione dettagliata e l'impiego clinico dei farmaci per il trattamento del tabagismo si rimanda alle raccomandazioni delle linee guida¹⁻³. Qui sono fornite alcune brevi linee d'indirizzo per la prescrizione e la gestione di questi farmaci basate sull'esperienza clinica di esperti dei Centri Antifumo pneumologici italiani.

Si ricorda che le linee guida per il trattamento del tabagismo¹ raccomandano che i medici devono incoraggiare tutti i pazienti che si accingono a smettere di fumare ad usare farmaci di provata efficacia per il trattamento della dipendenza da tabacco. Fanno eccezione i casi in cui i farmaci siano controindicati o quelle specifiche popolazioni di fumatori per le quali non c'è ancora sufficiente evidenza di efficacia e in particolare: fumatori leggeri (< 10 sigarette al giorno); gravidanza/allattamento; fumatori adolescenti.

Il numero di sigarette fumate al giorno, tuttavia, non è un riferimento assoluto nella decisione di intraprendere un trattamento farmacologico antitabagico. Ad esempio, anche un fumatore che abbia ridotto i livelli di fumo a meno di 10 sigarette al giorno (ad esempio per la persistenza di sin-

tomi respiratori) spesso, a causa di una rilevante dipendenza da nicotina, può beneficiare di un trattamento farmacologico.

In Italia sono disponibili 7 farmaci per il trattamento del tabagismo che sono definiti di prima linea, cioè farmaci approvati dalla Food and Drugs Administration degli Stati Uniti con l'indicazione al trattamento della dipendenza da tabacco (Box 4). Per il Bupropione e la Vareniclina è necessaria la prescrizione del medico. I sostituti nicotinici possono essere acquistati in farmacia direttamente dal paziente perché classificati come farmaci OTC (farmaci da banco).

I farmaci possono essere usati singolarmente o in varia associazione. Non esiste attualmente un algoritmo scientificamente validato per guidare la scelta ottimale dei farmaci di prima linea nel singolo paziente. Alcuni elementi suggeriti nella scelta del(i) farmaco(i) sono elencati nel Box 5.

Nella gestione clinica dei farmaci per il trattamento del tabagismo è di fondamentale importanza che il medico condivida la scelta del farmaco col paziente tabagista, si assicuri che questo comprenda chiaramente il rationale e le modalità d'uso e lo segua nel tempo al fine di ottimizzare l'intervento di disassuefazione dal fumo. Una tempistica consigliata per un programma assistito di cessazione del fumo prevede un minimo di 4 visite/contatti in 1-2 mesi. Le visite possono essere svolte conte-

stualmente ai controlli previsti nell'ambulatorio specialistico o di Medicina Generale. In alternativa, in rapporto alle capacità interattive del paziente, possono essere eseguiti contatti telefonici. Una volta impostata la terapia farmacologica e in assenza di problematiche connesse alla sua gestione medica, i contatti possono essere eseguiti anche da personale non medico opportunamente formato. Nel Box 6 sono elencati alcuni elementi per la ge-

stione clinica dei farmaci per il trattamento del tabagismo. Il Box 7 mostra una tempistica consigliata per un programma assistito di cessazione del fumo.

È possibile scegliere un approccio di riduzione graduale o di cessazione brusca del fumo sulla base della preferenza del paziente e della terapia farmacologica scelta.

Nel caso della vareniclina o del bupropio-

FARMACI DI PRIMA LINEA PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO DISPONIBILI IN ITALIA (IN ORDINE ALFABETICO)

BOX 4

- BUPROPIONE SR (Sustained Release / Rilascio Prolungato)
- CEROTTO TRANSDERMICO ALLA NICOTINA
- COMPRESSA SUBLINGUALE ALLA NICOTINA
- GOMMA DA MASTICARE ALLA NICOTINA
- INALATORE ALLA NICOTINA
- PASTIGLIA ALLA NICOTINA
- VARENICLINA

ELEMENTI PER LA SCELTA DEI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

BOX 5

- CONTROINDICAZIONI
- CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE (AD ESEMPIO, STORIA DI DEPRESSIONE, PROBLEMI CONNESSI ALL'AUMENTO DEL PESO, ETC.)
- PRECEDENTI ESPERIENZE DEL PAZIENTE (POSITIVE O NEGATIVE) CON UNO SPECIFICO FARMACO
- PREFERENZA DEL PAZIENTE (AD ESEMPIO, RILUTTANZA ALL'USO DI PSICOFARMACI, PROBLEMI SOCIALI/ESTETICI NELL'USO DELL'INALATORE, ETC.)
- FAMILIARITÀ DEL MEDICO COL FARMACO

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

ne, il paziente è invitato a ridurre il numero di sigarette fumate al giorno durante la prima settimana di trattamento ed è richiesto di concordare il *Quit Day* nella seconda settimana di trattamento.

Nel caso dei sostituti nicotinici, il paziente è istruito a iniziarne l'assunzione nel giorno del *Quit Day*.

Altri tipi di approccio (ad esempio, induzione della riduzione con sostituti nicotinici, associazione di farmaci durante il follow-up) sono considerati intensivi e riservati preferibilmente ai programmi assistiti da svolgersi nei Centri antifumo

pneumologici.

La tabella 2 illustra uno schema semplificato, non validato, basato sull'esperienza clinica di esperti dei Centri antifumo pneumologici italiani, orientativo per la scelta del farmaco nel trattamento del singolo paziente tabagista. Il dosaggio e la durata del trattamento, insieme con alcune informazioni per l'uso nella pratica clinica di questi farmaci, sono riportate nella tabella 3.

ELEMENTI PER LA GESTIONE CLINICA DEI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

BOX 6

- INFORMARE ADEGUATAMENTE IL PAZIENTE SUGLI EFFETTI ATTESI E SUI POTENZIALI/EVENTUALI EFFETTI INDESIDERATI DEI FARMACI PRESCRITTI, ED ISTRUIRLO A RIVOLGERSI AL MEDICO CHE LI HA PRESCRITTI IN CASO DI NECESSITÀ
- ISTRUIRE ADEGUATAMENTE IL PAZIENTE SULLA CORRETTA ASSUNZIONE DEI FARMACI PRESCRITTI
- CONCORDARE E PREPARARE IL GIORNO PRESTABILITO PER SMETTERE DI FUMARE (*QUIT DAY*) NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA DI CESSAZIONE
- ISTRUIRE IL PAZIENTE AD IMPEGNARSI A SMETTERE COMPLETAMENTE DI FUMARE (NEMMENO UNA TIRATA) A PARTIRE DAL GIORNO PRESTABILITO (*QUIT DAY*)
- SEGUIRE IL PAZIENTE NEL TEMPO CON UN PROGRAMMA PRESTABILITO DI VISITE/CONTATTI CHE PRECEDANO E SEGUANO IL *QUIT DAY* PER VALUTARE E GESTIRE:
 - LE CONDIZIONI E LA DISPONIBILITÀ PER AFFRONTARE IL *QUIT DAY*
 - L'EVOLUZIONE DELLE ABITUDINI DI FUMO (CESSAZIONE, RIDUZIONE, PERSISTENZA)
 - L'ADERENZA E LA RISPOSTA ALLA TERAPIA
 - L'IMPATTO DEL TENTATIVO DI CESSAZIONE SULLE CONDIZIONI PSICOFISICHE E LO STATO DI SALUTE

TEMPISTICA CONSIGLIATA PER UN PROGRAMMA MEDICO-FARMACOLOGICO ASSISTITO DI CESSAZIONE DEL FUMO

BOX 7

- **VISITA BASALE DI VALUTAZIONE INIZIALE:**
 - SCELTA DEL FARMACO
 - SCELTA DELLA DATA PER IL *QUIT DAY* (PREFERIBILMENTE ENTRO 2-3 SETTIMANE DALLA VISITA BASALE)
- **VISITA O CONTATTO (ANCHE TELEFONICO) PRIMA DEL *QUIT DAY*:**
 - VALUTARE LE CONDIZIONI E LA DISPONIBILITÀ PER AFFRONTARE IL *QUIT DAY*
 - VALUTARE LA RISPOSTA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO NEL CASO DELL'USO DI BUPROPIONE O VARENICLINA
- **VISITA O CONTATTO (ANCHE TELEFONICO) ENTRO 1 SETTIMANA DAL *QUIT DAY*:**
 - VALUTARE L'ESITO DELL'IMPEGNO NELL'ASTINENZA
 - VALUTARE LA RISPOSTA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
- **VISITA O CONTATTO (ANCHE TELEFONICO) ENTRO 4 SETTIMANE DAL *QUIT DAY*:**
 - VALUTARE L'EVOLUZIONE DELLE ABITUDINI DI FUMO
 - GESTIRE IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

3. Opuscoli informativi

Qui segue l'elenco degli opuscoli informativi, disponibili in allegato al presente documento, da utilizzare preferibilmente fino al livello 6 del percorso:

- Opuscolo "1.Fumare fa male ... scopri perché!"
- Opuscolo "2.Smettere di fumare fa bene ... scopri perché!"
- Opuscolo "3.Fumo e polmoni"
- Opuscolo "4.Non fumare in Ospedale" (da utilizzare nel caso il paziente sia degente)
- Opuscolo "5.Hai mai pensato a quanto fumano i tuoi polmoni?"
- Opuscolo "6.Non puoi fare a meno di fumare ... scopri perché!"

- Opuscolo "7.Ha mai provato a smettere di fumare?"
- Opuscolo "8.Prendi la strada per smettere di fumare"
- Opuscolo "9.Come evitare di accendere sigarette"
- Opuscolo "10.Un diario per smettere di fumare"
- Opuscolo "11.Come assumere i farmaci antifumo".

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

SCHEMA SEMPLIFICATO PER LA SCELTA DEL FARMACO
NEL TRATTAMENTO DEL SINGOLO PAZIENTE TABAGISTA

TABELLA 2

SIGARETTE/ DIE	CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEL PAZIENTE FUMATORE	FARMACO*
≤ 9	NESSUNA IN PARTICOLARE	- NESSUNO - CEROTTO DOSAGGIO BASSO - GOMMA - INALATORE - PASTIGLIA
10-14	NESSUNA IN PARTICOLARE	- CEROTTO DOSAGGIO INTERMEDIO - GOMMA - INALATORE - PASTIGLIA
15-24	NESSUNA IN PARTICOLARE	- BUPROPIONE - CEROTTO DOSAGGIO ALTO + GOMMA/INALATORE/ PASTIGLIA - VARENICLINA
	STORIA DI DEPRESSIONE [^]	- BUPROPIONE
	PROBLEMI CONNESSI ALL'AUMENTO DEL PESO	- BUPROPIONE + GOMMA - CEROTTO DOSAGGIO ALTO + GOMMA
	COMPONENTE GESTUALE IMPORTANTE	- BUPROPIONE + INALATORE - CEROTTO DOSAGGIO ALTO + INALATORE
	STORIA DI RICADUTA ALLA SOSPENSIONE DI UN PRECEDENTE TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	- BUPROPIONE FINO A 12 MESI§ - CEROTTO DOSAGGIO ALTO + GOMMA/INALATORE/ PASTIGLIA FINO A 12 MESI - VARENICLINA FINO A 6 MESI§
≥ 25	NESSUNA IN PARTICOLARE	- BUPROPIONE + GOMMA/INALATORE/PASTIGLIA - BUPROPIONE + CEROTTO DOSAGGIO ALTO - CEROTTO DOSAGGIO ALTO + GOMMA/INALATORE/ PASTIGLIA - VARENICLINA
	STORIA DI DEPRESSIONE [^]	- BUPROPIONE + CEROTTO DOSAGGIO ALTO
	PROBLEMI CONNESSI ALL'AUMENTO DEL PESO	- BUPROPIONE + GOMMA - CEROTTO DOSAGGIO ALTO + GOMMA
	COMPONENTE GESTUALE IMPORTANTE	- BUPROPIONE + INALATORE - CEROTTO DOSAGGIO ALTO + INALATORE

	STORIA DI RICADUTA ALLA SOSPENSIONE DI UN PRECEDENTE TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> - BUPROPIONE FINO A 12 MESI§ - CEROTTO DOSAGGIO ALTO + GOMMA/INALATORE FINO A 12 MESI - VARENICLINA FINO A 6 MESI§
--	---	--

Legenda:

Cerotto, gomma, inalatore, pastiglia: s'intendono come sostituti nicotinici.

Il termine pastiglia comprende la compressa sublinguale.

* Farmaci singoli o associazioni di farmaci (in ordine alfabetico) consigliati in assenza di controindicazioni, difficoltà o riluttanza all'uso da parte del paziente.

^ Consultare lo psichiatra di riferimento e valutare l'assunzione concomitante di altri psicofarmaci.

§ L'utilizzo prolungato del bupropione è stato sperimentato fino a 12 mesi di trattamento ²⁸ mentre quello della vareniclina fino a 6 mesi di trattamento ²⁹. L'esperienza clinica suggerisce la possibilità di un uso prolungato di bupropione o vareniclina in casi selezionati e sotto controllo medico.

USO DEI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO NELLA PRATICA CLINICA

TABELLA 3

FARMACO (COMPOSIZIONE)	DOSAGGIO E DURATA DEL TRATTAMENTO	PRINCIPALI EFFETTI COLLATERALI	CONTROINDICAZIONI
CEROTTO TRANSDERMICO (21, 14, 7 mg/24h; 15, 10, 5 mg/16h)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 CEROTTO 16 O 24h /DIE PER 6-8 SETTIMANE; - INIZIARE COL DOSAGGIO SCELTO PER IL PAZIENTE PER 4-6 SETTIMANE; - SCALARE IL DOSAGGIO OGNI 1-2 SETTIMANE FINO ALLA SOSPENSIONE; - LA DURATA MINIMA DEL TRATTAMENTO È 4 SETTIMANE 	<ul style="list-style-type: none"> - IRRITAZIONE CUTANEA - INSONNIA 	<ul style="list-style-type: none"> - NELLE 2 SETTIMANE SEGUENTI UN INFARTO DEL MIOCARDIO
GOMMA DA MASTICARE (2, 4 mg)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 GOMMA OGNI 1-2 ORE (SE USATA COME SINGOLO FARMACO) <i>O QUANDO OCCORRE</i> (IN ASSOCIAZIONE AL CEROTTO O BUPROPIONE) NELLE PRIME 6 SETTIMANE; POI RIDURRE FINO A SOSPENDERE ENTRO 12 SETTIMANE; - RISERVARE LA GOMMA 4 mg AI FUMATORI ≥ 25 SIG./DIE 	<ul style="list-style-type: none"> - IRRITAZIONE OROFARINGEA E GASTRICA - SINGHIOZZO - DOLORE ALLA MASTICAZIONE 	<ul style="list-style-type: none"> - ARITMIE GRAVI - ANGINA PECTORIS INSTABILE

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

<p>BOCCHINO INALATORE (CARTUCCE 10 mg)</p>	<p>- 6-12 CARTUCCE/DIE (SE USATO COME SINGOLO FARMACO) <i>O QUANDO OCCORRE</i> (IN ASSOCIAZIONE AL CEROTTO O BUPROPIONE) PER 12 SETTIMANE; POI RIDURRE FINO A SOSPENDERE NEI SUCCESSIVI 3 MESI</p>	<p>- IRRITAZIONE OROFARINGEA</p>	<p>- NELLE 2 SETTIMANE SEGUENTI UN INFARTO DEL MIOCARDIO</p> <p>- ARITMIE GRAVI</p> <p>- ANGINA PECTORIS INSTABILE</p>
<p>PASTIGLIA (1.5, 2, 4 mg); COMPRESSA SUBLINGUALE (2 mg)</p>	<p>- 1 PASTIGLIA/COMPRESSA OGNI 1-2 ORE (SE USATA COME SINGOLO FARMACO) <i>O QUANDO OCCORRE</i> (IN ASSOCIAZIONE AL CEROTTO O BUPROPIONE) NELLE PRIME 6 SETTIMANE; POI RIDURRE FINO A SOSPENDERE ENTRO 12 SETTIMANE; - RISERVARE LA PASTIGLIA 4 mg AI FUMATORI > 20 SIG./DIE</p>	<p>- IRRITAZIONE OROFARINGEA</p> <p>- IRRITAZIONE GASTRICA</p> <p>- SINGHIOZZO</p> <p>- NAUSEA</p>	
<p>BUPROPIONE CLORIDATO (CPR 150 mg)</p>	<p>- 1 CPR 150 mg/DIE PER 6 GIORNI, POI 1 CPR 150 mg x 2/DIE PER 6-8 SETTIMANE</p> <p>- SUCCESSIVAMENTE SI PUÒ CONSIDERARE DI PROSEGUIRE CON 1 CPR 150 mg x 2/DIE O 1 CPR 150 mg/DIE FINO A 12 MESI</p> <p>- IL FARMACO ABITUALMENTE SI SOSPENDE SENZA SCALARE IL DOSAGGIO</p>	<p>- INSONNIA</p> <p>- SECCHENZA DELLE FAUCI</p> <p>- SEGNALATE: CONVULSIONI</p>	<p>- STORIA DI PATOLOGIE CONVULSIVE</p> <p>- BULIMIA</p> <p>- ANORESSIA NERVOSA</p> <p>- DISTURBI BIPOLARI</p> <p>- USO D'INIBITORI DELLE MONOAMINOSSIDASI</p> <p>- CIRROSI EPATICA GRAVE</p>
<p>VARENICLINA (CPR 0.5, 1 mg)</p>	<p>- 1 CPR 0.5 mg/DIE PER 3 GIORNI, POI 1 CPR 0.5 mg x 2/DIE PER 4 GIORNI, POI 1 CPR 1 mg x 2/DIE PER 11 SETTIMANE</p> <p>- SUCCESSIVAMENTE SI PUÒ CONSIDERARE DI PROSEGUIRE CON 1 CPR 1 mg x 2/DIE O 1 CPR 1 mg/DIE FINO A 6 MESI</p> <p>- IL FARMACO ABITUALMENTE SI SOSPENDE SENZA SCALARE IL DOSAGGIO</p>	<p>- NAUSEA</p> <p>- INSONNIA</p> <p>- ALTERAZIONE ATTIVITÀ ONIRICA</p> <p>- SECCHENZA DELLE FAUCI</p> <p>- SEGNALATE: DEPRESSIONE, IDEAZIONE SUICIDA, AGGRESSIVITÀ</p>	<p>- GRAVE INSUFFICIENZA RENALE (CLEARANCE CREATININA < 30 mL/Min)</p> <p>- STORIA DI DEPRESSIONE MAGGIORE</p>

4. Lettera al Medico Curante

Inviare una lettera al medico curante per informarlo dell'intervento anti-tabagico svolto sul suo assistito può essere un modo per motivare ulteriormente il paziente fumatore e dare rilievo alla necessità di un supporto medico per il tentativo di cessazione del fumo. Inoltre, può coinvolgere il medico curante nel fornire un contributo rilevante al successo dell'intervento e può instaurare una modalità di collaborazione per lo svolgimento d'interventi anti-tabagici anche in altri pazienti fumatori.

Paziente tabagista in astinenza

Non di rado si presenta la necessità di dover trattare farmacologicamente un paziente tabagista in stato di astinenza, ad esempio durante un ricovero in ospedale. In questo caso, il primo passo è valutare il livello di fumo riferito prima dell'inizio dell'astensione ed oggettivarlo con la misura del CO nell'aria espirata o col valore di carbossiemoglobina derivato dall'emogasanalisi arteriosa (valori di CO pari a 10-20 ppm corrispondono al 2-5% di carbossiemoglobina nel sangue arterioso³). Nel valutare il livello di dipendenza da nicotina mediante il test FTND (**Box 3**), si devono considerare i livelli abituali di fumo, cioè il numero di sigarette che il paziente riferiva di fumare al giorno prima dell'inizio dell'astensione. È poi necessario eseguire una valutazione clinica dei sintomi di astinenza da nicotina (**Box 2**), tenendo in considerazione il disagio comportamentale per non poter fumare in un

luogo, il reparto ospedaliero, dove fumare è vietato dalla normativa vigente.

Per la relativa rapidità d'azione con cui ci si può aspettare un controllo nei sintomi di astinenza da nicotina, nel fumatore astinente durante un ricovero ospedaliero è consigliabile scegliere il trattamento con sostituti nicotinici. Il trattamento con bupropione o vareniclina, invece, potrebbe essere considerato nei casi in cui i sintomi di astinenza non siano clinicamente rilevanti e s'intenda fornire un supporto farmacologico finalizzato a consolidare la cessazione del fumo, iniziandone l'assunzione appena possibile durante il ricovero. Il trattamento con bupropione o vareniclina potrebbe essere preso in considerazione anche nel caso di un ricovero programmato, iniziando l'assunzione nei giorni precedenti l'ingresso in reparto e sfruttando la degenza come momento per iniziare l'astensione dal fumo.

I farmaci per il trattamento del tabagismo non sono compresi nella farmacopea ospedaliera e pertanto si rende necessaria la collaborazione dei familiari o dei conoscenti del paziente per l'acquisto in farmacia fuori dell'ospedale.

Si raccomanda, se possibile, di seguire l'esperienza di quelle farmacie di aziende sanitarie o ospedaliere che hanno attivato la procedura di acquisto di farmaci per la disassuefazione dal fumo.

Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista

PERCORSO "6 ELLE"

Aggiornamento, diffusione e valutazione nella vita reale

Il percorso "6elle" dovrà essere periodicamente aggiornato sulla base delle nuove evidenze scientifiche sul controllo e trattamento del tabagismo che saranno disponibili in futuro.

L'attuale versione del percorso "6elle" dovrà essere divulgata in prima istanza nella comunità pneumologica italiana al fine di favorirne una sua effettiva attuazione nella pratica clinica. Il percorso "6elle" sarà disponibile in formato elettronico, liberamente scaricabile dal sito internet www.6elle.net.

Al fine di misurare i possibili effetti derivanti dall'applicazione del percorso "6elle" nella pratica clinica di routine, si raccomanda di prendere in considerazione la raccolta di alcune informazioni minime utili per un'analisi grezza di valutazione (Box 8). Tali informazioni dovranno essere raccolte in un periodo iniziale (basale) e successivo (follow-up) in determinati ambiti (unità operativa complessa o servizio territoriale ma anche in specifici setting pneumologici, ad esempio ambulatorio specialistico, reparto di degenza, unità operative semplici di spirometria o broncoscopia, etc.).

INFORMAZIONI MINIME UTILI PER UN'ANALISI DI VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DEL PERCORSO "6ELLE"

BOX 8

- NUMERO TOTALE DI PAZIENTI CHE AFFERISCONO A UN DETERMINATO AMBITO CLINICO
- NUMERO DI PAZIENTI FUMATORI CHE AFFERISCONO A UN DETERMINATO AMBITO CLINICO
- NUMERO DI SANITARI (MEDICI, INFERMIERI, TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE, ALTRE FIGURE PROFESSIONALI) CHE DICHIARANO DI APPLICARE IL PERCORSO "6ELLE" NELLA LORO PRATICA CLINICA
- NUMERO DI PAZIENTI FUMATORI CHE CONFERMANO DI AVER RICEVUTO UN INTERVENTO COME PREVISTO DAL PERCORSO "6ELLE"
- NUMERO DI PAZIENTI FUMATORI CHE SI SONO RIVOLTI AL CENTRO ANTIFUMO LOCALE A SEGUITO DI AZIONI SVOLTE NELL'AMBITO DEL PERCORSO "6ELLE"

NOTA. RACCOLGERE LE INFORMAZIONI IN UN PERIODO INIZIALE (BASALE) E SUCCESSIVO (FOLLOW-UP)

Bibliografia

- 1 - Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, 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, 2008.
- 2 - *Osservatorio Fumo Alcol e Droga: Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. Aggiornamento 2008., Istituto Superiore di Sanità, 2008, pp URL: www.iss.it/ofad.
- 3 - Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom KO, Gratziou C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, Viegi G, Lazzaro C, Campell IA, Dagli E, West R: *Smoking cessation in patients with respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy*. Eur Respir J 2007;29:390-417.
- 4 - Nardini S, Bertoletti R, Carozzi L, Sabato E: *Raccomandazioni per la attivazione e gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza dal fumo in ambito pneumologico*. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2000;15:1-29.
- 5 - Hansen JE, Sun X-G, Wasserman K: *Calculating gambling odds and lung ages for smokers*. Eur Respir J 2010;35:776-780.
- 6 - Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R: *Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: The step2quit randomised controlled trial*. BMJ 2008;336:598-600.
- 7 - Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, Jasionowicz M, Bijata-Bronisz R, Lempicka-Jastrzebska M, Czajkowski M, Przybylski G, Zielinski J: *Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking*. Thorax 2006;61:869-873.
- 8 - Taylor KL, Cox LS, Zincke N, Mehta L, McGuire C, Gelmann E: *Lung cancer screening as a teachable moment for smoking cessation*. Lung Cancer 2007;56:125-134.
- 9 - van der Aalst CM, van Klaveren RJ, van den Bergh KA, Willemsen MC, de Koning HJ: *The impact of a lung cancer ct screening result on smoking abstinence*. Eur Respir J 2011;37:1466-73.
- 10 - Martucci P, Sestini P, Canessa PA, Brancaccio L, Guarino C, Barbato N, Lodi M, Coloretti I, Del Donno M, Sini A, Cinti C, Melani AS: *Smoking cessation in patients requiring bronchoscopy: The bronchoscopy antismoking study (basis)*. Respir Med 2009;104:61-66.
- 11 - Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF: *Interventions for smoking cessation in hospitalised patients*. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD001837.
- 12 - Wagena EJ, Kant I, Huibers MJ, van Amelsvoort LG, Swaen GM, Wouters EF, van Schayck CP: *Psychological distress and depressed mood in employees with asthma, chronic bronchitis or emphysema: A population-based observational study on prevalence and the relationship with smoking cigarettes*. Eur J Epidemiol 2004;19:147-153.
- 13 - Jimenez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, Sobradillo V: *Smoking characteristics: Differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD*. Chest 2001;119:1365-1370.
- 14 - Ng T-P, Niti M, Fones C, Yap KB, Tan W-C: *Co-morbid association of depression and copd: A population-based study*. Respir Med 2009;103:895-901.
- 15 - World Health Organization: *International classification of diseases*, ed 10th. Geneva, 1992.

Percorso d'intervento clinico sul paziente respiratorio tabagista

-
- 16 - U.S. Department of Health and Human Services: *The health consequences of smoking: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- 17 - U.S. Department of Health and Human Services: *How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
- 18 - Wald NJ, Idle M, Boreham J, Bailey A: *Carbon monoxide in breath in relation to smoking and carboxyhaemoglobin levels*. Thorax 1981;36:366-369.
- 19 - Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO: *The fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the fagerstrom tolerance questionnaire*. Br J Addict 1991;86:1119-1127.
- 20 - Cosci F, Pistelli F, Carrozzi L: *Tobacco smoking: Why do physicians not make diagnoses?* Eur Respir Rev 2011;20:62-63.
- 21 - Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J: *Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day*. Br J Addict 1989;84:791-799.
- 22 - Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, Kim SY, Colby S, Conti D, Giovino GA, Hatsukami D, Hyland A, Krishnan-Sarin S, Niaura R, Perkins KA, Toll BA: *Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: Implications for nicotine dependence*. Nicotine Tob Res 2007;9 Suppl 4:S555-570.
- 23 - American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (dsm-iv-tr)*. American Psychiatric Association, 2000.
- 24 - Barbano G, Bressan MC, Nardini S: *The stage-of-change model in smoking cessation in respiratory patients: Does it need to be revisited?* Smoking cessation, Eur Respir Mon 2008; 42: 51-56.
- 25 - West R, Sohal T: *"Catastrophic" Pathways to smoking cessation: Findings from national survey*. BMJ 2006;332:458-460.
- 26 - Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P: *Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: Systematic review of observational studies with meta-analysis*. BMJ 2010;340:b5569.
- 27 - Nardini S: *Smoking cessation in public health and in clinical practice: Two different perspectives for the chest physician*; Smoking cessation, Eur Respir Mon 2008; 42: 17-22.
- 28 - Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, Sachs DP, Wolter TD, Buist AS, Johnston JA, White JD: *Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized, controlled trial*. Ann Intern Med 2001;135:423-433.
- 29 - Hajek P, Tonnesen P, Arteaga C, Russ C, Tonstad S: *Varenicline in prevention of relapse to smoking: Effect of quit pattern on response to extended treatment*. Addiction 2009;104:1597-1602.



