

Aumentare l'efficacia dei trattamenti del tabagismo con la costituzione di una rete integrata di interventi

Increasing the effectiveness of smoking cessation treatments with an integrated network of interventions

Luciano Bondi, Antonella Lucantoni

Centro Antifumo Distretto del Perugino - USL Umbria 1

Parole chiave: trattamento tabagismo- motivazione al cambiamento - rete di interventi

RIASSUNTO

L'abitudine al fumo è un problema rilevante in Italia e in particolare nella regione Umbria, che presenta la percentuale di fumatori significativamente più alta nella popolazione di età 18-69 anni (30% contro la media nazionale del 26%), sostanzialmente stabile nel tempo. Quattro fumatori su dieci tentano di smettere di fumare nel corso di un anno, ma la percentuale di successo non raggiunge il 10%; tra i metodi utilizzati per smettere di fumare, resta esiguo il ricorso al sostegno specialistico offerto dalle Aziende Sanitarie, così come l'utilizzo di farmaci sostitutivi della nicotina. Per raggiungere l'obiettivo di aiutare un numero maggiore di fumatori a smettere occorre realizzare una rete di interventi efficaci, attuati in setting differenti da operatori sanitari di varie professionalità, integrati tra loro e capaci di offrire risposte adeguate allo stato motivazionale del fumatore.

Keywords: smoking treatment - motivation to change.- network of interventions

SUMMARY

Smoking is a significant problem in Italy and in particular in the Umbria Region, which has a significantly higher percentage of smokers in the population aged between 18 and 69 years (30%, compared to the Italian average of 26%), substantially stable over time. Four out of ten smokers try to quit smoking during one year, but the success rate does not reach 10%; among the methods used to quit smoking, the use of a specialist support offered by Health Agencies remains very low, as is the use of drugs and nicotine substitutes.

Autore per corrispondenza: luciano.bondi@uslumbria1.it

To achieve the issue of helping a bigger number of smokers to quit it is necessary to set up a network of effective interventions, implemented in different settings by healthcare professionals of various professions, integrated with each other and able to offer consistent answers to the smoker's motivational status.

Considerazioni generali

“Il controllo del fumo di tabacco è un perfetto esempio di quello che si può ottenere per la salute collettiva attraverso impegni globali”: con questa dichiarazione si apre il Rapporto 2019 dell’OMS sull’Epidemia globale del tabacco “Offrire aiuto per smettere di usare tabacco” (1), che pone in risalto le seguenti affermazioni di principio:

- le probabilità di smettere di fumare possono raddoppiare con un adeguato supporto
- smettere di fumare produce i maggiori e più rapidi benefici per la salute
- non si potrà raggiungere l’obiettivo globale di ridurre il fumo di tabacco se non si aiutano le persone a smettere
- aiutare le persone a smettere di fumare risulta di maggiore impatto se vengono messe in atto altre strategie di controllo del fumo

Queste considerazioni costituiscono premesse più che sufficienti per ribadire l’importanza di attuare diffusamente interventi di supporto alla cessazione del fumo di tabacco, inseriti in programmi globali di intervento. A partire dal 2003 i paesi membri dell’OMS hanno adottato la Convenzione-quadro (WHO-FCTC) per il controllo del consumo di tabacco (2), il primo trattato internazionale specificamente rivolto alla tutela della salute, sottoscritto ad oggi da 181 paesi che insieme costituiscono più del 90% della popolazione mondiale. Nel 2008 l’OMS ha presentato sei misure (MPOWER) da realizzare per l’attuazione della Convenzione, utilizzando interventi di dimostrata efficacia diretti a ridurre la domanda di tabacco (3):

1. Monitorare le politiche sull'uso e la prevenzione del tabacco
2. Proteggere le persone dal fumo di tabacco
3. Offrire aiuto per smettere di usare il tabacco
4. Avvertire sui pericoli del tabacco
5. Applicare divieti sulla pubblicità, la promozione e la sponsorizzazione del tabacco
6. Aumentare le tasse sul tabacco

Attualmente 136 paesi, con una popolazione di 5 miliardi di persone, hanno attuato almeno uno degli interventi; molto più che in passato le persone sono informate e consapevoli dei danni e delle conseguenze del fumo di tabacco; molti fumatori vogliono smettere, e sappiamo come aiutarli.

Il fumo di tabacco costituisce il fattore di rischio evitabile più importante per mortalità precoce e disabilità causate da patologie croniche. I dati più recenti riguardanti gli stili di vita a rischio per la salute della popolazione (età 18-69 anni) della regione Umbria,

ricavati dai sistemi di sorveglianza sugli stili di vita (4) mostrano che la percentuale di fumatori è significativamente più alta rispetto al resto d'Italia (30% vs 26%). La percentuale di fumatori è molto elevata tra i 18 e i 24enni (33% vs 28%). Gli umbri che riferiscono di avere tentato di smettere di fumare non sono pochi: il 41% dei fumatori riferisce di aver tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista; di questi l'81% ha fallito il tentativo; il 12% stava ancora tentando di smettere al momento dell'intervista e il 7% è riuscito a smettere. Seppure risulti che gli operatori sanitari siano più attivi dei propri colleghi del resto dell'Italia nel chiedere informazioni sull'abitudine al fumo (42% vs 38%), non sono altrettanto attivi nel consigliare di smettere di fumare (48% vs 51%). Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare, indipendentemente dall'esito del tentativo, l'85% l'ha fatto da solo, l'1% ha fatto uso di farmaci e solo lo 0,5% ha partecipato a trattamenti organizzati dalle ASL; il 10% ha tentato di smettere con l'ausilio della sigaretta elettronica. A proposito di questa ultima, l'indagine ISS_Doxa 2018 sul fumo di tabacco in Italia riporta che gli utilizzatori (abituali e occasionali) di e-cig sono il 2,1% degli italiani; di questi, il 60,3% sono fumatori anche di sigarette confezionate, il 32,3% sono ex-fumatori e il 7,4% sono persone che non hanno mai fumato sigarette tradizionali (5).

Interventi efficaci per smettere di fumare

L'obiettivo globale di ridurre il consumo di tabacco non può essere raggiunto se gli attuali consumatori di tabacco non smettono. In effetti molti fumatori riferiscono di voler smettere e molti tentano anche di farlo, ma con scarse possibilità di riuscirci: con l'offerta di interventi efficaci i fumatori aumentano notevolmente le loro possibilità di smettere. Esistono diversi interventi efficaci per il trattamento della dipendenza da tabacco (6-9): anche un intervento minimo di counseling (inferiore a 5 minuti) può aumentare significativamente i tassi di astensione dal fumo. Lo screening per l'uso del tabacco associato a brevi interventi di counseling è uno dei più preziosi interventi di prevenzione offerti nella pratica medica di base per promuovere la salute della popolazione, caratterizzato dal migliore rapporto costo-efficacia (10-11). Le principali Linee Guida raccomandano che gli interventi di cessazione siano organizzati intorno ad una struttura di intervento conosciuta come le 5 A; che prevede le seguenti tappe:

1. ASK = chiedere al soggetto, ad ogni visita, se fuma
2. ADVISE = informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere
3. ASSESS = definire le caratteristiche del soggetto
4. ASSIST = stabilire e attuare un percorso terapeutico per monitorare e rinforzare la cessazione
5. ARRANGE = attuare interventi per prevenire la ricaduta

La condizione di fumatore dovrebbe essere indagata in ogni persona che viene in contatto con il SSN; ogni persona dovrebbe ricevere informazioni sui danni che il fumo arreca

a sé e agli altri e sulle opportunità terapeutiche esistenti. . A seconda della tipologia di operatori e di strutture, le componenti dell'intervento possono essere variamente utilizzate e combinate. Si riconosce all'ADVISE da solo una funzione utile e alla portata di ambiti sanitari che non abbiano necessariamente una relazione interpersonale con l'utente, anche solo mediante cartellonistica, materiale informativo, siti internet. Quando il personale sanitario instaura una relazione sufficientemente significativa con gli assistiti gli interventi di ASK ed ADVISE dovrebbero essere entrambe utilizzati (2A-minimal advice-, realizzabile con un intervento di 3-5 minuti), insieme al fornire informazione sulle possibilità di trattamento esistenti.

Per quanto riguarda il terzo passaggio "ASSESS - definire le caratteristiche del soggetto" va sottolineato che gli elementi che possono incidere sull'adesione e sul successo di un programma di disassuefazione dal fumo sono quattro: il livello di motivazione, il grado di dipendenza e le condizioni generali di salute e il livello socioculturale del fumatore.

Considerazioni sugli aspetti motivazionali

Ridurre l'incidenza degli stili di vita a rischio per la salute richiede il cambiamento di comportamenti individuali: il cambiamento non può essere solo prescritto (da uno specialista, dal MMG o da un altro Operatore sanitario); non si ottiene in modo automatico o per forza di volontà. Cambiare in modo duraturo un comportamento richiede l'interazione fra la motivazione individuale, le azioni di rete territoriali, le politiche favorevoli al cambiamento, il coinvolgimento attivo di gruppi e della comunità a sostegno di un processo culturale di fondo.

La maggior parte degli interventi di supporto ai processi di cambiamento non tiene adeguato conto degli aspetti motivazionali che invece favoriscono l'evoluzione di un percorso di decisione e trasformazione personale.

Il Modello Transteorico del Cambiamento (MTC) integra i concetti chiave alla base del processo di cambiamento del comportamento intenzionale suddividendoli in stadi o livelli motivazionali (12-13). Per stadi si intendono differenti momenti della motivazione che la persona presenta nel suo percorso di cambiamento, con possibilità di spostarsi avanti e indietro fra essi. Si distinguono 5 stadi:

1. *precontemplazione*: la persona non è interessata a cambiare il proprio comportamento;
2. *contemplazione*: la persona considera l'idea di cambiare, ma è ancora incerta e continua nel suo comportamento;
3. *determinazione*: la persona supera le incertezze e decide di tentare di cambiare;
4. *azione*: la persona sta cambiando, ma fatica ancora per non riprendere il comportamento precedente;
5. *mantenimento*: la persona mantiene il nuovo comportamento, con sempre minori rischi di ricadere.

La definizione del cambiamento di un comportamento come processo che avviene per stadi comporta la considerazione che le persone cambiano volontariamente solo quando :

- sono *interessate e preoccupate* rispetto all'oggetto del cambiamento,
- sono *convinte* che il loro miglior interesse sia cambiare e che i benefici supereranno i costi,
- *organizzano un piano d'azione* che si *impegnano* a realizzare,
- *eseguono le azioni* necessarie per ottenere e mantenere il cambiamento.

Nel MTC vengono definiti due indicatori principali del procedere del cambiamento, utili per misurarne la validità e stabilità:

1. la *bilancia decisionale*, che consiste nel soppesare i pro ed i contro del mantenere o cambiare un comportamento
2. l'*autoefficacia*, percezione cosciente di poter cambiare ed in particolare di resistere alle occasioni di ricaduta

La particolarità del modello si può trasferire in un ambito operativo con l'indicazione " fare la cosa giusta al momento giusto" cioè differenziare gli interventi a seconda dello stadio della motivazione , per far procedere e consolidare nella giusta successione il processo di cambiamento. Con questa assunzione, analizzando i vari stadi del cambiamento di un fumatore si possono rilevare le seguenti considerazioni:

Stadio di Precontemplazione: rappresenta la totale mancanza di intenzione di smettere di fumare. L'ignoranza del problema è una possibile strategia per non cambiare comportamento: se non si sa che fumare è un problema, non si cercherà neanche di smettere. La conoscenza dei danni non comporta però automaticamente un aumento di motivazione a smettere; anzi, fornire informazioni non richieste e non correlate all'effettivo stato di salute della persona può risultare inutile, a volte anche controproducente. Il processo tipico di chi lascia lo stadio di precontemplazione è la ricerca attiva di informazioni; indurre questo cambiamento significa far passare una persona che non ha ancora considerato la cessazione dal fumo nello stadio in cui, almeno potenzialmente, considera questa possibilità. Per favorire questo passaggio occorre sollecitare una curiosità che divenga possibilmente preoccupazione.

Stadio di Contemplazione: il fumatore considera i pro ed i contro di continuare a fumare o di smettere; per procedere oltre nella decisione di cambiare è importante il processo di attivazione emotiva, intesa come affetto collegato all'informazione. Questa connessione si stabilizza quando viene riferita o alla stessa persona, a persone a lui care o al complesso di norme che costituiscono una società. Dal punto di vista psicologico il fumatore si trova in uno stadio in cui il cambiamento è pensato più che agito; le strategie di intervento dovrebbero basarsi più sulla bilancia decisionale (pro/contro) che sul rinforzo dell'autoefficacia.

Stadio di Determinazione: la ricerca di strategie convincenti o di un aiuto per smettere di fumare indicano il procedere dalla fase di contemplazione a quella della determinazione.

Il fumatore considera meno gli aspetti negativi e più quelli positivi della cessazione; ritiene che smettere sia una espressione della propria libertà personale, che gli darebbe gratificazione, e infine assume la decisione di smettere di fumare. La bilancia decisionale è giunta a maturazione ; la persona comincia a porsi il problema di essere in grado di cambiare (valutazione dell'autoefficacia). La fase di determinazione è una fase "finestra": si deve passare all'azione quanto prima, altrimenti il potenziale nuovo comportamento si perde; anche un fumatore determinato a smettere non riesce nel suo intento se non trova la risposta giusta in breve tempo.

Stadio di Azione: il fumatore ha iniziato a strutturare un comportamento stabile nel tempo e nelle modalità e si è organizzata in modo compatibile con lo smettere di fumare, ma incontra ancora difficoltà : deve confrontarsi con l'astinenza, e a momenti riemergono i vissuti positivi del fumare. In questa fase il fumatore si accorge che ricorreva al fumo anche come modalità di fronteggiamento di situazioni stressanti o come fonte di gratificazione, e deve utilizzare strategie alternative per fronteggiare vissuti negativi o positivi; riesce a supportare adeguatamente queste necessità raggiunge la percezione di una forte autoefficacia, che costituisce un punto di forza essenziale per passare alla fase successiva.

Stadio di Mantenimento: non ci sono più dubbi o ripensamenti; la persona non dedica più tempo al pensiero di avere smesso, ma è importante che continui ad attuare, in modo sempre più automatico, le strategie apprese e collaudate in precedenza per evitare la ricaduta; è ancora più importante che si senta soddisfatta del cambiamento attuato.

La ricaduta, secondo il MTC, non è un vero e proprio stadio: interrompe il processo di cambiamento, ma si possono limitare i danni aiutando la persona a non scoraggiarsi ed a "ricircolare" negli stadi della contemplazione e della determinazione mantenendo il contatto, evitando la stigmatizzazione e l'autodenigrazione.

Valutazione della motivazione

La motivazione a smettere di fumare costituisce un fattore rilevante nel processo di cambiamento di questo comportamento, in quanto influisce sul successo del trattamento stesso: alti livelli di motivazione caratterizzano le condizioni di determinazione e di azione per la sospensione del fumo.

Tra gli strumenti più utilizzati per valutare la motivazione a smettere di fumare vi è il test motivazionale di Mondor (14), con vari adattamenti e semplificazioni (15-16).

La valutazione della motivazione secondo il MTC consente di individuare la fase del processo di cambiamento in cui il fumatore si trova e in funzione di questa impostare l'intervento più appropriato: per tale fine si può utilizzare il test di Motivazione al Cambiamento/Tabacco - MAC/T (17) e il test VMC2-T (18).

La motivazione a smettere è un elemento cardine del percorso di intervento e dovrebbe essere sempre valutata prima di proporre un trattamento.

Valutazione della gravità della dipendenza

E' necessario valutare la gravità della dipendenza dei soggetti motivati alla cessazione; lo strumento attualmente più utilizzato e maggiormente consolidato nella pratica clinica per accertare il grado di dipendenza fisica dal fumo è il test di Fagerstrom: il questionario originale è stato semplificato ed ulteriormente sviluppato fino all'attuale versione del test di 8 domande alle quali va assegnato un punteggio di gravità(19).

Intervento motivazionale minimo

È pratica condivisa, prevista dalle Linee Guida internazionali, il promuovere la motivazione nel fumatore non intenzionato a smettere facendo riferimento al modello delle 5 R (20-22):

1. RILEVANZA = incoraggiare il fumatore ad individuare le ragioni per lui rilevanti per smettere di fumare
2. RISCHI = chiedere al fumatore di individuare le conseguenze negative del fumo di sigaretta sia a breve che a lungo termine. L'operatore può incoraggiare il soggetto a discutere attivamente alcune conseguenze negative individuate e considerate particolarmente rilevanti dal fumatore stesso
3. RICOMPENSE = chiedere al fumatore di individuare i vantaggi sia a breve che a lungo termine della cessazione del fumo di sigarette. L'operatore può incoraggiare il fumatore a discutere i vantaggi considerati particolarmente rilevanti dal fumatore stesso
4. RESISTENZE = aiutare il fumatore a identificare gli ostacoli al cambiamento di comportamento e le possibili strategie per superarli
5. RIPETIZIONE = ripetere l'intervento motivazionale ogni qual volta il fumatore non intenzionato a smettere di fumare si presenti alla visita successiva. Ai fumatori che hanno operato tentativi falliti di smettere l'operatore dovrebbe chiarire che prima di giungere al successo potrebbero anche essere necessari altri tentativi.

Un aspetto cruciale nel percorso di cessazione del fumo è il cadenzamento temporale delle azioni: il fumatore non ancora pienamente intenzionato a smettere di fumare va incoraggiato a riflettere sulla collocazione temporale di uno specifico obiettivo, quale l'abbandono del fumo di sigarette.

La risposta del soggetto a tale sollecitazione può fornire indicazioni utili non solo sullo stadio di cambiamento in cui si trova, ma anche sull'individuazione del percorso terapeutico più adeguato e delle strategie necessarie a raggiungere gli obiettivi.

Valutazione delle condizioni generali di salute

Le condizioni generali di salute del fumatore devono essere valutate all'inizio di ogni intervento per la cessazione.

La presenza di alcune patologie può modificare l'atteggiamento terapeutico del medico che prende in carico il fumatore: una corretta valutazione di queste permette la definizione di un percorso ottimale per lo specifico caso o il corretto invio ai Centri Antifumo.

ASSIST: stabilire ed attuare un percorso terapeutico per la cessazione del fumo

Il tabagismo, in quanto dipendenza da nicotina, può necessitare di interventi anche di durata non breve o comunque ripetuti nel tempo, al fine di prevenire o limitare le ricadute. I fumatori che smettono, sia autonomamente che attraverso un supporto specialistico, effettuano diversi tentativi prima di riuscire nel loro tentativo. L'utilizzo di un intervento psicologico e/o farmacologico può determinare un aumento fino a quattro volte della probabilità di rimanere astinenti a lungo termine, rispetto alla probabilità di riuscita del 3-5% dei fumatori che tentano di smettere da soli (23-24).

Intervento	Fonte dei dati	Incremento in % di fumatori che hanno smesso da 6 mesi o +
Minimal advice (3 m') da un operatore sanitario vs nessun intervento	AHCPR	2
Counseling breve (10 m') di un operatore vs nessun intervento	AHCPR	3
Counseling breve in aggiunta a prescrizione di NRT vs counseling da solo	Cochrane	6
Trattamento intensivo (Clinica per fumatori) vs nessun intervento	AHCPR	8
Trattamento intensivo + NRT vs trattamento intensivo+placebo	Cochrane	8
Consiglio di smettere e supporto per pz.ricoverati in Ospedale vs nessun supporto	AHCPR	5
Consiglio di smettere e supporto per donne in gravidanza vs nessun intervento	AHCPR	7

Fonte(25)

Tabella 1 - Aumento di efficacia degli interventi di cessazione del fumo

Alla luce delle prove di efficacia disponibili, le Linee Guida indicano come prioritaria l'integrazione e la complementarità degli interventi di tipo psicologico e di quelli farmacologici. Per i fumatori con basso livello di dipendenza, misurabile con il test di Fagenstrom, viene suggerita un'azione di counseling da parte dell'Operatore sanitario (medico, infermiere professionale, ostetrica o altro) come supporto al primo tentativo per smettere.

Per fumatori con livello di dipendenza medio-alto o nelle situazioni in cui il counselling da solo non abbia sortito successo, deve essere considerata la prescrizione di una terapia con farmaci sostitutivi della nicotina.

Se si ritiene necessario un intervento di counseling più strutturato, oppure un approccio più complesso è incompatibile con i vincoli di tempo e con le risorse di un setting di Medicina Generale, il trattamento dovrebbe essere demandato al Centro di Trattamento Specialistico del Tabagismo.

Intervento	% di fumatori che hanno tentato di smettere e rimangono astinenti dopo un anno
Tentato di smettere da soli solo con "forza di volontà"	3
Tentato di smettere usando materiali di auto aiuto (video, libri)	4
Tentato di smettere usando NRT acquistata in Farmacia	6
Tentato di smettere con l'aiuto di un Servizio Specialistico ma senza NRT	10
Tentato di smettere con l'aiuto di un Servizio Specialistico+ NRT acquistata in farmacia	20

Fonte : (25)

Tabella 2 - Efficacia degli interventi "face to face" per smettere di fumare

Spetta al medico il compito di stabilire quale sia l'approccio migliore per ogni fumatore: la personalizzazione delle terapie farmacologiche e delle sessioni di counseling può garantire risultati positivi (26). Viene considerata sufficiente una durata del trattamento pari a 3 mesi, anche se il trattamento con sostituti della nicotina può essere protratto in presenza di condizioni particolari.

Per trattamento si intende comunque un intervento integrato composto da:

- valutazione
- utilizzo di materiale informativo di auto-aiuto
- intervento psico-comportamentale o counseling, individuale o di gruppo
- farmacoterapia, che può accompagnare il percorso individuale e affiancare il trattamento di gruppo.

Per *trattamento individuale* si intende l'intervento intensivo condotto da un operatore con formazione specifica, di durata superiore ai 10 minuti, faccia a faccia con il fumatore, indirizzato specificatamente alla cessazione: l'efficacia dell'intervento di counseling individuale è confermata da diverse metanalisi (27). L'approccio individuale consente di procedere in un modo meno strutturato e standardizzato di quello che richiede l'approccio grupppale, adattando tempi e modi del percorso alle specifiche esigenze del fumatore.

Nei *trattamenti di gruppo* i fumatori si incontrano in modo e con cadenza strutturata, con o senza un facilitatore (psicologo, medico, infermiere, educatore). Gli elementi che caratterizzano e rendono uniformi le diverse modalità di definizione dell'attività di gruppo come strategia di intervento per il tabagismo sono:

1. *l'approccio terapeutico di counseling mediante l'utilizzo o meno di tecniche cognitivo-comportamentali*
2. *il professionista sanitario che conduce il gruppo*
3. *il numero di componenti del gruppo (da 4 a 15 fumatori)*
4. *numero / durata degli incontri e durata del periodo di trattamento*

Gli interventi di gruppo, più spesso di orientamento cognitivo-comportamentale, incrementano significativamente i tassi di cessazione, così come la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto (28). Le revisioni sistematiche evidenziano che i gruppi terapeutici sono più efficaci dell'auto-aiuto e di altri interventi meno intensivi. La qualifica professionale del conduttore non influisce sull'efficacia degli interventi, ma questa può quintuplicare se sono condotti da operatori formati, rispetto a quelli che non hanno ricevuto una formazione ed un training specifico (29).

Sembra che l'intervento sia migliore se condotto in un tempo e uno spazio specificatamente dedicato a questo scopo, piuttosto che come parte dei doveri generali degli operatori sanitari; gli interventi attuati da operatori delle cure primarie con addestramento limitato e contemporaneamente impegnati in altre prestazioni non mostrano evidenza di efficacia se non nel counseling breve (30). L'intervento integrato di due o più figure professionali (multidisciplinare) incrementa l'efficacia della cessazione rispetto all'intervento di un solo professionista. I programmi più intensivi risultano più efficaci: il tasso di cessazione aumenta in modo significativo con il numero di sedute e l'efficacia degli interventi aumenta con l'incremento del tempo complessivo dedicato al paziente. I trattamenti di gruppo dovrebbero comprendere tra i 4 e gli 8 incontri, della durata di almeno 20-30 minuti l'uno, per un periodo complessivo di trattamento di almeno 4 settimane (31). Una revisione (32) ha valutato l'efficacia delle terapie comportamentali di gruppo per smettere di fumare confrontate con la terapia individuale: non si sono evidenziate differenze statisticamente significative, indipendentemente dal numero di sessioni effettuate. La scelta tra attuare un intervento individuale o di gruppo dipende da diverse

variabili, legate sia al fumatore che al Servizio che eroga il trattamento, quali eventuali precedenti esperienze positive/negative con questi approcci, rilievo di problematiche specifiche che necessitano di individualizzare il trattamento, preferenze del fumatore quali la propensione o riluttanza a confrontarsi in un contesto grupppale o aspetti organizzativi legati ai vincoli nella scelta di giorni ed orari.

Un'ampia revisione sistematica(33), che include 132 RCT con più di 40.000 partecipanti, ha dimostrato che tutte le forme commerciali disponibili di terapia sostitutiva nicotinic -NRT (gomma, cerotto, spray nasale, inalatore e compresse) sono efficaci come parte di una strategia per promuovere la cessazione del fumo. Questo tipo di interventi aumenta da 1.5 a 2 volte la probabilità di smettere di fumare indipendentemente dal setting in cui si svolge l'intervento in studi. Altra opzione per una terapia farmacologica è costituita dagli agonisti parziali della nicotina: una revisione (34) con 7 RCT inclusi, ha considerato l'efficacia della vareniclina dimostrando che essa è efficace per smettere di fumare sia se confrontata col placebo che con il bupropione. Una recente metanalisi (35) ha preso in considerazione studi sull'impiego della citisina, confermandone l'efficacia. Un'altra revisione (36) ha dimostrato che gli antidepressivi efficaci per la cessazione del fumo sono il bupropione e la nortriptilina.

Per ribadire l'efficacia di tutti questi interventi, si riporta nella tabella 3 la ricaduta positiva, in termini di morti evitate, degli interventi di sostegno alla cessazione del fumo confrontati con altri interventi sanitari di ampio impiego:

Intervento	Outcome	NNT
Terapia con statine	Una morte evitata in 5 anni	107
Terapia antipertensiva	Ictus, infarto del miocardio o morte evitata in un anno	700
Screening del tumore del collo dell'utero	Una morte evitata in 10 anni	1140
Minimal advice per smettere di fumare del MMG (< 5 m ²)	Una morte prematura evitata	80
Minimal advice del MMG + NRT	Una morte prematura evitata	38-56
Minimal advice del MMG + NRT+ supporto comportamentale	Una morte prematura evitata	16-40

Fonte: (10)

Tabella 3 - NNT per diversi interventi terapeutici

Indicazioni dell'OMS

Le raccomandazioni dell'OMS evidenziano che, come minimo, tre interventi di cessazione dovrebbero essere inclusi in un programma globale di controllo del fumo di tabacco:

1. attuare diffusamente interventi di counseling breve nelle attività di assistenza primaria,
2. attivare una Quit Line / Numero Verde per smettere di fumare
3. assicurare la disponibilità di terapia farmacologica che includa almeno la terapia sostitutiva nicotinic.

Con Quit-line si intende una modalità di intervento terapeutico che si avvale del telefono (37): solo un terzo dei paesi dispone di una quit line nazionale gratuita. Le Quit-line gratuite sono state l'unico intervento di cessazione che ha visto un aumento di adozione, a livello mondiale, dal 2016. Al momento attuale soltanto una bassa percentuale di fumatori accetta un trattamento per via telefonica, ma il telefono rimane comunque il primo contatto tra fumatore ed operatore. In Italia l'Osservatorio Fumo Alcol Droghe dell'Istituto Superiore di Sanità offre questo servizio a livello nazionale, con il numero verde "800.554088".

La terapia sostitutiva della nicotina dovrebbe essere conveniente: a livello globale, oltre i due terzi dei paesi rendono disponibili le NRT ma meno di un terzo copre parzialmente o totalmente i costi, e l'Italia non è tra questi; solo 45 paesi hanno collocato la NRT nella loro lista di farmaci essenziali. L'accessibilità economica della NRT è una questione chiave: i paesi che non coprono i costi della NRT si basano sui consumatori di tabacco per finanziare questo strumento di cessazione. E' confermata dalle più recenti indicazioni dell'OMS l'indicazione a organizzare nei sistemi sanitari nazionali livelli di interventi per sostenere la cessazione dal fumo di intensità crescente, come evidenziato nella tabella 4:

MINIMA	ALLARGATA	AVANZATA
Counseling breve integrato nei servizi di cure primarie	Counseling breve integrato nei servizi di cure primarie e nei servizi ospedalieri	Counseling breve integrato nei servizi di cure primarie e nei servizi ospedalieri e nei servizi specialistici
	Quit-line gratuita	Quit-line gratuita
	Messaggistica via Internet (SMS-Apps)	Messaggistica via Internet (SMS-Apps)
		Servizi specialistici per il trattamento della dipendenza da tabacco: counseling comportamentale e/o terapia farmacologica

Tabella 4 - Organizzazione degli interventi per la cessazione dal fumo: minimi, allargati, avanzati

Il Modello Transteorico del Cambiamento e l'organizzazione degli interventi sanitari

Il modello può essere applicato a singoli pazienti da parte di un singolo operatore sanitario, ma può anche aiutare ad organizzare il lavoro sanitario complessivo, inteso come sistema di interventi: il processo di cambiamento dei comportamenti disadattivi raramente coinvolge un solo professionista. Il fumatore, ad esempio, percorre buona parte del percorso di cambiamento spontaneamente, ma in qualche momento può parlarne con il medico di famiglia, oppure col farmacista, oppure con uno specialista ,

o incontrare un infermiere, un tecnico che esegue una spirometria o una radiografia e tanti altri operatori. In ognuno di questi passaggi potrebbe ricevere delle informazioni o degli stimoli che possono far procedere (ma anche retrocedere) il cambiamento; il Sistema Sanitario è l'occasione per ricevere continuamente messaggi sulla propria salute e stimoli che possono promuovere il cambiamento di un comportamento disadattivo. E' necessario considerare che le persone che vengono in contatto con il SSN si trovano in stadi motivazionali differenti: l' intervento attuato non può essere lo stesso per tutti, ma dovrebbe differenziarsi a seconda dello stadio in cui la persona /utente /paziente si trova. Il punto di vista di un medico di medicina generale nei confronti di un fumatore risulta diverso rispetto a quello del medico di un ambulatorio specialistico per la cessazione dal fumo. Il primo può ritenere che la maggior parte dei fumatori che incontra sia precontemplativa (affatto motivata) rispetto all'idea di smettere di fumare, che proporre una terapia per smettere di fumare sia inutile, perché pochi la seguirebbero ed ancora meno riuscirebbero a smettere, e quindi concludere che il suo ruolo non sia importante. Il medico dell'ambulatorio specialistico può invece pensare che molti fumatori siano intenzionati a smettere, che una buona parte di loro ci riesce e si mantiene astinente, per concludere che : il suo lavoro sia importante, anche se non tutti i fumatori riescono a smettere al primo tentativo.

E' evidente che occorre fornire al MMG gli strumenti efficaci per lavorare con gli stadi di motivazione meno avanzati, attuando il minimal advice con i precontemplativi e individuando i fumatori determinati a smettere, per cui si può proporre e prescrivere una terapia farmacologica sostitutiva della nicotina. Gli interventi che si possono realizzare avranno comunque una ricaduta rilevante, anche in termini di costo/efficacia, sulla salute dei suoi assistiti .

La differenziazione degli interventi sulla base della motivazione porterebbe ad una ottimizzazione degli interventi (38).

Ipotizzando di attuare lo stesso tipo di intervento a tutti i pazienti fumatori con cui viene in contatto un MMG in un anno di attività (una media di 220 fumatori) nel caso del minimal advice (3 minuti per intervento, stima di 2% di cessazioni) il medico impegnerebbe 11 ore per ottenere 4 cessazioni (12 h/ cessazione); nel caso di un counselling di 15 minuti (tasso di successo del 4%) impegnerebbe 55 ore per ottenere 8 cessazioni (7 h/cessazione), mentre nel caso di un counselling associato alla prescrizione di terapia sostitutiva (25 minuti) otterrebbe 20 cessazioni con 90 ore di lavoro (4,5 h/cessazione).

Proporre però un farmaco sostitutivo della nicotina ad un precontemplativo è inutile e prematuro; d'altra parte il minimal advice è "sottodosato" per un fumatore determinato a smettere. Se si differenziano gli interventi, riservando il minimal advice ai precontemplativi, il counseling ai contemplativi e la prescrizione del farmaco sostitutivo

ai determinati e ricordando che il 40% dei fumatori “prova a smettere” in un anno (fasi di determinazione/azione), si realizza un modello di lavoro più complesso ma con un risultato interessante: il medico in questo caso si troverebbe ad attuare l'intervento più complesso su questa quota dei suoi pazienti, impegnando 37 ore di lavoro per ottenere 8 cessazioni (4,5 h/cessazione). A queste si possono aggiungere 7 ore per attuare il minimal advice sul resto dei fumatori, con risultato di altri 3 fumatori che smettono: organizzare i diversi interventi secondo una logica motivazionale rende il lavoro nel suo complesso più efficiente, e soprattutto consente alle persone di progredire nel loro ciclo di motivazione verso gli stadi in cui può realizzare concretamente il cambiamento di comportamento. In modo analogo si dovrebbe raccordare il lavoro dei diversi operatori e servizi, attuando un modello di lavoro in rete che trova nella motivazione al cambiamento un'intelaiatura in cui inserire le diverse strategie di intervento. Occorre costruire percorsi diversificati per fumatori che potranno essere accompagnati dal medico di famiglia in tutto il percorso di cessazione, mentre le situazioni di maggiore complessità potranno essere inviate al centro specialistico dopo aver operato per aumentarne la motivazione; i pazienti con patologie organiche gravi verranno inviati al Centro in prima battuta. Sarà sempre possibile che la persona maturi autonomamente la propria idea di smettere e si rivolga direttamente ai servizi di secondo livello.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic - Offer help to quit tobacco use. Geneva: WHO; 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf>
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003, updated 2005 http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
3. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2008 https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf
4. Ministero della Salute- Direzione Generale della Prevenzione sanitaria e controllo del tabagismo. Rapporto anno 2018 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2851_allegato.pdf
5. Pacifici R, Palmi I, Mastrobattista L. Indagine ISS-DOXA 2018 Il fumo di tabacco in Italia. *Tabaccologia* 2018 (3): 15-18.
6. Fiore MC. Treating Tobacco use and dependence 2008. Update, Clinical practice guideline. Rockville,MD: U.S.department of Health and Human Services, Public Health Service. 2008; May. <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>
7. Amato L, Mitrova Z, Davoli M. Sintesi delle revisioni sistematiche Cochrane sulla efficacia degli interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco. Roma: ISS OSSFAD; 2011 www.iss.it/ofad
8. Zuccaro P et al. Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. (Aggiornamento 2008). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. http://www.iss.it/binary/fumo/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf
9. Faggiano F, Gelormino E, Mathis F et al. Cessazione del Fumo di tabacco-Linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione regionale anti-tabacco 2007; Quaderno n° 3 Torino: www.oed.piemonte.it
10. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations

- in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997; 278: 1759-1766.
11. WHO Strengthening Health Systems for treating tobacco dependence in primary care. Part 1: Training for policy makers. Geneva: WHO; 2013.
 12. Prochaska JO, Di Clemente C. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N. Treating addictive behaviours-Processes of change. New York: Plenum Press 1986: 3-27.
 13. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47:1102-14.
 14. Demaria C, Grimaldi B, Lagrue G. Valeur predictive des tests psychologiques dans le sevrage tabagique. *Semaine Des Hopitaux* 1989; 40: 2455-57.
 15. Marino L. La disassuefazione dal fumo: L'ambulatorio. In: Nardini S, Donner CF. L'epidemia di fumo in Italia. Pisa: EDI-AIPO Scientifica, 2000.
 16. Nardini S, Bertoletti R, Carozzi L. 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: 201-231.
 17. Guelfi GP, Spiller V, Scaglia M. La valutazione della motivazione al cambiamento nel tabagismo: Il questionario MAC/T. Poster al Convegno "A fuoco il fumo" (Padova, 30 settembre - 2 ottobre 1999).
 18. Spiller, V. Le scale VMC2. Semplici strumenti per valutare la motivazione al cambiamento. *It J Addiction*, 2014; 4 (2). <http://www.ija-dpa.it/journal/index.php/ija/article/view/120>
 19. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12 (2):159-82.
 20. Colby SM, Monti PM, Barnett NP et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(3):574-8.
 21. Miller W, Rolnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford; 1991.
 22. WHO Strengthening Health Systems for treating tobacco dependence in primary care. Part 2: Training for primary care service managers. Geneva: WHO; 2013.
 23. Hughes JR. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004; 99:29-38.
 24. Fiore MC. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service 2008; May. (<http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>)
 25. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998; 53(Suppl 5, Part 1):S1-19.
 26. Pohl C. Smoking cessation counseling: a practice management perspective. *Chest* 2006; 130(4):1231-3
 27. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2, updated 2008, Issue 4. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.
 28. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2, updated 2009, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007
 29. Orlandini D. Trattamento di Gruppo per smettere di fumare- Manuale operativo per conduttori, Regione Veneto, 2010.
 30. Ameglio M, Cicirelli B, Severini I. Organizzazione dei Centri Antifumo come nodo della rete assistenziale. In: Ameglio M, Bosi S. Reti e Comunità : dalla Pianificazione Regionale alla programmazione aziendale di interventi di prevenzione e cura del tabagismo e gli altri stili di vita.

- Pisa: Pacini ed.; 2014:42-52.
31. Bell K et al. Smoking Cessation Programme. The Effectiveness of NHS Intensive Treatments for Smoking Cessation in England. NICE RAPID REVIEW, June 2006, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/SmokingCessationNHSTreatmentFullReview.pdf>
 32. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation Clinical Review. *BMJ* 2007; 335:37-41 (7 July), doi:10.1136/bmj.39252.591806.47.
 33. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; 3.
 34. Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD003440. DOI:10.1002/14651858.CD003440.
 35. Etter JF. Cytisine for Smoking Cessation A Literature Review and a Meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006; 166 (15):1553-1559. doi:10.1001/archinte.166.15.1553.
 36. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Data Base of Systematic Reviews* 2007, Issue 1, updated 2010, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3
 37. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.2 CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub
 38. Forza G, Tognazzo F. La motivazione al cambiamento dall'intervento individuale all'organizzazione dei Servizi sanitari. In: Ameglio M, Bosi S. Reti e Comunità: dalla Pianificazione Regionale alla programmazione aziendale di interventi di prevenzione e cura del tabagismo e gli altri stili di vita. Pisa: Pacini ed.; 2014:25-33.

Conflitti d'interesse dichiarati: nessuno