

# Le linee guida dell'AHCPR/AHRQ

Sergio Pede, Massimo Uguccioni\*

U.O. di Cardiologia, Ospedale "N. Melli", S. Pietro Vernotico, AUSL BR/1, Brindisi,  
\*U.O.C. Cardiologia II, Ospedale CTO "Andrea Alesini", ASL Roma C, Roma

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 60-68)

© 2001 CEPI Srl

## Introduzione

Per la corrispondenza:

Dr. Sergio Pede

U.O. di Cardiologia  
Ospedale "N. Melli"  
Via Lecce, 246  
72027 S. Pietro  
Vernotico (BR)  
E-mail:  
spede@mail.clio.it

Negli Atti della 27<sup>a</sup> Conferenza di Bethesda il fumo viene inserito nella categoria I dei fattori di rischio, quelli per i quali è stato dimostrato che gli interventi riducono il rischio di malattie cardiovascolari.

Esiste per il fumo un'evidenza molto forte e riproducibile dell'efficacia terapeutica dei trattamenti non farmacologici e del loro conseguente effetto preventivo.

Secondo una recente analisi di costo-efficacia, il numero di decessi che si possono prevenire ogni anno negli Stati Uniti con la cessazione dal fumo viene stimato intorno a 328 000 contro i circa 9900 prevenibili con un altro tipo di intervento di prevenzione primaria quale è la vaccinazione contro lo pneumococco<sup>1</sup>.

Attualmente circa il 70% di fumatori entra in contatto, almeno una volta l'anno, con una figura medica in una struttura sanitaria e circa il 45% cerca di smettere di fumare<sup>2</sup>. Questi sono alcuni dei dati che caratterizzano il contesto conoscitivo e concettuale nel quale, negli Stati Uniti, l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ha istituito una Commissione per la produzione di linee guida volte a fornire gli indirizzi operativi per i programmi di disassuefazione dal fumo. Questa Commissione ha prodotto, nel 1996, il documento "Smoking Cessation Clinical Practice Guideline"<sup>3</sup>, articolato in tre categorie di raccomandazioni, rivolte a tre distinti gruppi di "utilizzatori": 1) medici di base, 2) specialisti del trattamento della dipendenza da tabacco, 3) amministratori del Servizio Sanitario, assicuratori, acquirenti.

L'acquisizione di maggiori conoscenze, lo sviluppo di innovative strategie di informazione medica, la disponibilità di nuovi, ef-

ficaci ed efficienti trattamenti farmacologici hanno fatto sentire la necessità di un aggiornamento delle linee guida e, nella prima metà del 2000, la stessa Agenzia, divenuta nel frattempo Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha promosso, insieme ad altre sei organizzazioni socio-sanitarie, la pubblicazione del documento "Treating Tobacco Use and Dependence"<sup>2</sup>.

Queste linee guida si basano su otto principali osservazioni e raccomandazioni:

1. la dipendenza da tabacco è una condizione cronica che spesso richiede interventi ripetuti; esistono, tuttavia, interventi la cui efficacia è tale da produrre astinenza a lungo termine o anche definitiva;
2. poiché sono disponibili trattamenti efficaci per la dipendenza da tabacco, bisogna intervenire su ogni singolo fumatore secondo due diverse modalità: a) ai soggetti che vogliono provare a smettere dovrebbero essere proposti trattamenti identificati come efficaci; b) ai soggetti che non vogliono provare a smettere bisognerebbe fornire un intervento finalizzato a stimolare la loro motivazione a smettere;
3. è essenziale che medici e sistemi sanitari (compresi amministratori, assicuratori e acquirenti) istituzionalizzino un'adeguata procedura di identificazione, documentazione e trattamento per ogni fumatore osservato in ambito sanitario;
4. il trattamento breve della dipendenza da tabacco si è dimostrato efficace e, in quanto tale, andrebbe proposto ad ogni singolo fumatore;
5. c'è una forte correlazione tra l'intensità di informazione fornita dal medico sull'uso del tabacco e la sua efficacia di risultato; i trattamenti che implicano il contatto personale (attraverso consigli personali, di gruppo o telefonici) sono efficaci e la loro efficacia aumenta con l'intensità del tratta-

to (cioè lunghezza e numero delle sessioni, minuti totali di contatto);

6. è stato dimostrato che tre tipologie di *counseling* e di trattamento comportamentale sono particolarmente efficaci e dovrebbero essere utilizzate con tutti i soggetti che tentano di smettere di fumare: a) consigli pratici (risolvere problemi/insegnare trucchi), b) supporto sociale come parte del trattamento (supporto sociale intra-trattamento), c) aiuto nell'assicurare supporto sociale al di fuori del trattamento (supporto sociale extra-trattamento);

7. esistono attualmente numerosi trattamenti farmacologici efficaci per la cessazione dal fumo; essi dovrebbero essere impiegati per tutti i soggetti che tentano di smettere di fumare; particolari precauzioni vanno, tuttavia, adottate in alcuni gruppi selezionati: soggetti che presentano controindicazioni, soggetti che fumano meno di 10 sigarette al giorno, donne in gravidanza o che allattano, fumatori adolescenti; i trattamenti disponibili sono suddivisi in due categorie, *first-line*, capaci di aumentare sensibilmente le percentuali di astinenza a lungo termine, e *second-line*, da utilizzare in caso di inefficacia dei trattamenti della prima categoria:

- trattamenti *first-line*: bupropione cloridrato a rilascio prolungato, gomme alla nicotina, inalatori alla nicotina, spray nasale alla nicotina, cerotti alla nicotina;

- trattamenti *second-line*: clonidina cloridrato, nortriptilina cloridrato;

8. i trattamenti della dipendenza da tabacco sono clinicamente efficaci e presentano un buon rapporto costo/beneficio rispetto ad altri interventi medici e preventivi di patologie; ciò dovrebbe indurre acquirenti e assicuratori a garantire che: a) tutti i piani assicurativi comprendano nel rimborso l'informazione da parte dei medici e i trattamenti farmacologici identificati come efficaci nelle linee guida aggiornate; b) i medici siano rimborsati per avere provveduto al trattamento della dipendenza da tabacco, così come succede per il trattamento di altre condizioni patologiche croniche.

Oltre che per queste otto osservazioni e raccomandazioni la seconda edizione delle linee guida si caratterizza, rispetto al primo documento, per la diversità del titolo e del suo significato, ma, soprattutto, per la diversità dell'impostazione concettuale: l'obiettivo delle strategie di intervento non è la categoria degli "utilizzatori" (medici di base, specialisti della disassuefazione, amministratori della sanità pubblica, assicuratori) ma quello dei consumatori di tabacco e da esso dipendenti.

Sia pure con alcune differenze di utilizzo e di applicazione, tutti gli interventi suggeriti per le diverse tipologie di fumatori devono poter essere attuati dai diversi gruppi di "utilizzatori", che sono anche tenuti a coordinarsi per dare organicità alle azioni.

Gli interventi vengono suddivisi in tre categorie: interventi clinici brevi, interventi medici intensivi e interventi del sistema.

La scelta appropriata del trattamento prevede una preventiva procedura di identificazione e di "classificazione" dei consumatori di tabacco:

- ad ogni paziente che si presenta in una struttura sanitaria il medico deve porre una o due semplici domande: lei fuma? ha mai pensato di smettere?

- il tipo di risposta stabilirà quale o quali delle raccomandazioni previste dalle linee guida saranno fornite al singolo paziente.

### Interventi clinici brevi

Possono essere forniti da qualunque medico ma sono particolarmente congeniali ai medici di medicina generale per l'elevato numero e l'ampia varietà dei pazienti che essi assistono.

Si tratta di interventi che, con alcune specifiche precauzioni richiamate nella parte introduttiva, possono essere messi in atto in tutte le fasce di popolazione e sono applicabili a tre tipologie di consumatori di tabacco: 1) fumatori che vogliono provare a smettere; 2) fumatori che non vogliono provare a smettere; 3) fumatori che hanno smesso di recente.

**Fumatori che vogliono provare a smettere.** L'intervento si articola in 5 fasi (le 5A) (Tab. I).

Si tratta, nel complesso, di interventi disegnati per essere brevi e facilmente applicabili. La fase di assistenza (Fase 4 - Assist) si basa su un'azione di *counseling*, la cui efficacia dipende da tre fondamentali elementi indicati in tabella II.

Tranne nei casi in cui l'impiego di farmaci richieda particolari attenzioni, per tutti i fumatori che tentano di smettere deve essere previsto un trattamento farmacologico secondo specifici indirizzi forniti dalle linee guida (Tab. III).

**Fumatori che non vogliono provare a smettere.** I fumatori che non sono disponibili a fare un tentativo di smettere, possono ricadere in una delle seguenti categorie:

- soggetti che non hanno sufficienti informazioni sugli effetti dannosi del tabacco;
- soggetti che non hanno risorse finanziarie necessarie per seguire i trattamenti;
- soggetti che hanno timori o preoccupazioni in merito agli effetti della cessazione;
- soggetti che sono demotivati da precedenti ricadute.

A questi pazienti il medico dovrebbe fornire un intervento "motivazionale", finalizzato a promuovere, per ogni specifica categoria, gli stimoli a smettere. L'intervento "motivazionale" si compone di 5 azioni (le 5R) (Tab. IV). L'esperienza suggerisce che gli interventi "motivazionali" hanno tanto maggiori possibilità di successo quanto maggiore è l'impegno del medico ad essere empatico, ad evitare discussioni, a promuovere l'autonomia decisionale del paziente ed a sostenerne l'auto-stima.

**Tabella I.** Strategia delle 5A.

Fase 1 - Ask (chiedere)	<i>Chiedere ad ogni paziente se utilizza tabacco</i> Impiegare un sistema conosciuto dall'intero staff ambulatoriale che assicuri che per ogni paziente, ad ogni visita clinica, sia richiesto e documentato lo status di consumatore di tabacco
Fase 2 - Advice (consigliare)	<i>Consigliare energicamente ad ogni paziente di smettere</i> In modo chiaro, forte e personalizzato spingere ogni consumatore di tabacco a smettere
Fase 3 - Assess (valutare)	<i>Valutare la volontà di ogni paziente di fare un tentativo di smettere</i> Chiedere ad ogni consumatore di tabacco se vuole fare un tentativo di smettere subito (entro i successivi 30 giorni)
Fase 4 - Assist (assistere)	<i>Assistere ogni paziente che vuole smettere</i> Aiutare ogni consumatore di tabacco con un piano per smettere: - fornire consulenza pratica (risolvere problemi/suggerire trucchi) - fornire supporto sociale nel corso del trattamento - aiutare a ottenere supporto sociale al di fuori del trattamento - raccomandare l'uso di un trattamento farmacologico efficace - fornire materiale supplementare
Fase 5 - Arrange (organizzare)	<i>Organizzare contatti di follow-up per prevenire le ricadute</i> Programmare contatti, sia di persona sia per telefono, almeno entro la prima settimana e il primo mese per ogni consumatore di tabacco che abbia smesso, diversificando la cadenza dei contatti successivi in relazione ai singoli casi

Da AHRQ<sup>2</sup>, modificata.

**Tabella II.** Elementi di un'efficace azione di *counseling*.

Consigli pratici (risolvere problemi/insegnare trucchi)
- identificare eventi, stati interiori o attività che aumentano il rischio di fumo o di ricadute
- identificare e mettere in pratica capacità per far fronte o risolvere situazioni pericolose
- fornire informazioni di base sul fumo e sulle modalità per smettere efficacemente
Interventi di sostegno in corso di trattamento
- incoraggiare il paziente nel tentativo di smettere
- trasmettere attenzione e partecipazione
- incoraggiare il paziente a parlare del processo di disassuefazione
Interventi di supporto al di fuori del trattamento
- educare il paziente a capacità di supporto
- promuovere la ricerca di supporto
- organizzare supporto esterno

Da AHRQ<sup>2</sup>, modificata.

**Fumatori che hanno smesso di recente.** La dipendenza da tabacco ha natura cronica e tende alle ricadute dopo disassuefazione. Ciò rende necessario che i medici forniscano brevi interventi di prevenzione ai fumatori che abbiano smesso di recente, tenendo comunque presente che, sebbene la maggior parte delle ricadute si verifichi precocemente, alcune di esse compaiono mesi o perfino anni dopo la cessazione. Gli interventi devono tendere a rafforzare la decisione di smettere assunta dal paziente, a rivedere insieme i benefici derivanti dalla cessazione, ad assistere il paziente nella risoluzione di qualunque problema sia insorto a seguito della cessazione. Tali interventi sono particolarmente importanti nel periodo immediatamente successivo alla cessazione e possono essere forniti mediante visite programmate e

contatti telefonici o in ogni occasione di interazione tra medico ed ex-fumatore.

In generale gli interventi vanno istituzionalizzati e diversificati seguendo due possibili strategie indicate in tabella V.

### Interventi medici intensivi

I trattamenti intensivi della dipendenza da tabacco possono essere forniti da qualunque medico adeguatamente preparato, che abbia a disposizione risorse destinate a interventi intensivi.

Esistono prove sostanziali che questo tipo di interventi produce percentuali di successo più elevate e presenta un rapporto costo/beneficio superiore a quello offerto da forme di trattamento meno intensive. Per tali ragioni gli interventi intensivi possono essere rivolti ad ogni fumatore che desideri usufruirne e non dovrebbero essere limitati a specifici sottogruppi. La strategia degli interventi intensivi si basa su specifici elementi (Tab. VI).

### Interventi del sistema

Negli Stati Uniti un crescente numero di pazienti riceve le cure per la propria salute in centri clinici convenzionati. Di conseguenza soggetti quali gli amministratori dei sistemi sanitari, gli assicuratori e gli acquirenti sanitari svolgono, in questo ambito, un ampio ed articolato ruolo nella gestione della salute; questi soggetti si trovano nella condizione di strutturare ed attivare sistemi, programmi politici e sollecitazioni ambientali, che rendano la valutazione dell'uso di tabacco e il trattamento una parte integrante dell'intervento sanitario.

**Tabella III.** Indirizzi generali di trattamento farmacologico per la disassuefazione dal fumo.

Soggetti candidati al trattamento farmacologico	Tutti i fumatori che tentano di smettere con particolare attenzione a casi selezionati (soggetti che presentano controindicazioni, soggetti che fumano meno di 10 sigarette al giorno, donne in gravidanza o che allattano, fumatori adolescenti)
Trattamenti farmacologici first-line	Tutti e cinque i trattamenti approvati dalla FDA: 1. bupropione cloridrato a rilascio prolungato 2. gomme alla nicotina 3. inalatori alla nicotina 4. spray nasale alla nicotina 5. cerotti alla nicotina
Criteri di scelta per i trattamenti farmacologici first-line	- Mancanza di dati sufficienti per dare preferenza ad uno dei cinque farmaci - Familiarità del medico con la singola molecola - Controindicazioni nel singolo paziente - Preferenze del paziente - Precedenti esperienze (positive o negative) del paziente con uno specifico farmaco - Caratteristiche del paziente (anamnesi di depressione, ecc.)
Accorgimenti per i fumatori moderati (10-15 sigarette la giorno)	Riduzione della dose dei farmaci a base di nicotina (l'accorgimento non è necessario in caso di utilizzazione del bupropione cloridrato a rilascio prolungato)
Trattamenti farmacologici second-line	1. clonidina cloridrato 2. nortriptilina cloridrato
Criteri di scelta per i trattamenti farmacologici second-line	- Controindicazioni all'impiego dei farmaci di first-line - Inefficacia dei farmaci di first-line
Accorgimenti per i pazienti preoccupati dell'aumento di peso	Usare trattamenti di sostituzione con bupropione cloridrato e trattamenti di sostituzione della nicotina
Accorgimenti per i pazienti con storia di depressione	Bupropione cloridrato a rilascio prolungato e nortriptilina cloridrato sembrano efficaci in questi soggetti
Accorgimenti per i pazienti con anamnesi di patologie cardiovascolari	- I trattamenti di sostituzione della nicotina non sono controindicati; in particolare il cerotto alla nicotina è sicuro e non causa effetti cardiovascolari avversi - Tuttavia la sicurezza di questi farmaci non è stata ancora testata nei pazienti con angina grave o instabile o nell'immediato periodo post-IMA
Trattamenti a lungo termine (6 o più mesi)	Sono possibili trattamenti a lungo termine per specifici gruppi: - pazienti con persistenti sintomi da astinenza - pazienti che desiderano trattamenti a lungo termine Questi trattamenti sono favoriti da due elementi: - i trattamenti di sostituzione della nicotina non presentano un rischio noto per la salute - la FDA ha approvato l'uso del bupropione cloridrato per un'indicazione di terapia di mantenimento a lungo termine
Trattamenti combinati	La combinazione di cerotto alla nicotina con la gomma o lo spray nasale aumenta i tassi di astinenza a lungo termine rispetto a quelli prodotti dall'impiego di una singola formulazione dei trattamenti di sostituzione della nicotina

FDA = Food and Drug Administration; IMA = infarto miocardico acuto. Da AHRQ<sup>2</sup>, modificata.

In effetti la ricerca ha dimostrato che modificazioni a livello dei sistemi possono aumentare l'utilizzo della terapia per la dipendenza da tabacco e ridurre la prevalenza del fumo tra gli aderenti a piani assicurativi sanitari.

Senza sistemi, programmi politici e sollecitazioni ambientali di supporto, i singoli medici possono non essere in grado di valutare e trattare i fumatori nel modo migliore; quindi, così come i medici devono assumersi la responsabilità di trattare i propri pazienti che fanno uso di tabacco, altrettanto gli amministratori sanitari, gli assicuratori e gli acquirenti devono assumersi la responsabilità di progettare politiche, fornire risorse e promuovere trattamenti costanti ed efficaci contro l'abitudine al fumo.

Le linee guida forniscono gli indirizzi strategici per sei interventi a livello di sistema:

1. realizzare un sistema per l'identificazione dei consumatori di tabacco in ogni visita medica;
2. fornire informazioni, risorse e feedback per promuovere gli interventi dei sanitari;
3. dedicare personale a fornire trattamenti per la dipendenza da tabacco e stimare l'utilizzo di questi trattamenti attraverso le valutazioni delle prestazioni del personale;
4. promuovere politiche ospedaliere che sostengano e forniscano servizi per la dipendenza da tabacco;
5. includere i trattamenti della dipendenza da tabacco (sia azioni di consulenza sia trattamenti farmacologici), identificati come efficaci dalle linee guida, fra i servi-

**Tabella IV.** La strategia delle 5R.

Azione 1 - Relevance (rilevanza)	- Fornire informazioni motivazionali rilevanti per le condizioni patologiche del paziente, per la famiglia o per la situazione sociale (avere bambini in casa, ecc.) - Far rilevare al paziente gli effetti del fumo sullo stato di salute
Azione 2 - Risks (rischi)	- Identificare i rischi fornendo chiari esempi: a. rischi acuti (respiro affannoso, danni alla gravidanza, ecc.) b. rischi a lungo termine (infarto miocardico, ictus, tumore, ecc.) c. rischi ambientali (maggiori tassi di abitudine al fumo tra i figli di fumatori, basso peso alla nascita in figli di fumatrici, ecc.) - Precisare che i rischi non vengono eliminati utilizzando sigarette a basso contenuto di catrame/nicotina o usando altre forme di tabacco (tabacco senza fumo, sigari o pipa)
Azione 3 - Rewards (gratificazioni)	- Identificare i potenziali benefici della cessazione - Fornire esempi di gratificazione (miglioramento della salute e dei sensi, risparmio di soldi, buon esempio per bambini e adolescenti, rispetto degli altri e dell'ambiente, ecc.)
Azione 4 - Roadblocks (ostacoli)	- Identificare barriere e impedimenti a smettere (sintomi di astinenza, paura di fallimento, aumento di peso, depressione, ecc.) - Annotare elementi di trattamento
Azione 5 - Repetition (ripetizione)	- Ripetere gli interventi motivazionali ogni volta che il fumatore si trova in ambiente sanitario - Sottolineare che la necessità di ripetere i tentativi è frequente

Da AHRQ<sup>2</sup>, modificata.

**Tabella V.** Strategie brevi per prevenire le ricadute.

*Pratica minima per tutti i fumatori che smettono*

- Fornire interventi brevi in ogni occasione di incontro con un fumatore che abbia smesso di recente
- Sostenere l'ex-fumatore con congratulazioni per il successo e con incoraggiamenti a mantenere l'astinenza
- Discutere attivamente dei benefici conseguenti alla cessazione e al suo mantenimento
- Analizzare i problemi incontrati e le potenziali motivazioni di una ricaduta

*Prevenzione prescrittiva per i fumatori che hanno problemi a mantenere l'astinenza*

- Fornire interventi individualizzati sulla base delle informazioni relative ai problemi incontrati dal singolo paziente nel mantenere lo stato di astinenza:
  - a. mancanza di supporto nel programma di disassuefazione
  - b. umore negativo o depressione
  - c. sintomi di astinenza forti o prolungati
  - d. aumento di peso
  - e. motivazione debole/sentimento di deprivazione
- Programmare questi interventi o con contatti di follow-up o con una pianificazione clinica specializzata

Da AHRQ<sup>2</sup>, modificata.

zi pagati o coperti per tutti i sottoscrittori o membri di pacchetti assicurativi sanitari;

6. rimborsare medici e specialisti per la somministrazione di terapie efficaci per la dipendenza da tabacco e includere questi interventi tra i precisi doveri dei medici.

In questo contesto assume un'importanza fondamentale la formazione dei medici, in quanto la mancanza di conoscenze in materia si è dimostrata essere una barriera significativa per interventi appropriati nei confronti di pazienti che fanno uso di tabacco.

Le linee guida raccomandano quindi che tutti i medici e gli studenti di medicina siano addestrati a strategie efficaci per assistere i fumatori nei loro tentativi di smettere e per motivare coloro che non intendono fare tali tentativi.

Una revisione della letteratura ha portato alla conclusione che l'addestramento risulta particolarmente efficace quando si accompagna a cambiamenti nel sistema quali attivazione di programmi di informazione e propaganda sanitaria e adeguata preparazione del personale.

L'addestramento agli interventi sui fumatori non dovrebbe trasmettere soltanto competenza nel trattamento dei pazienti ma anche il convincimento che la gestione della dipendenza da tabacco è uno standard della buona pratica clinica.

### **Raccomandazioni per gruppi specifici di popolazione**

Il documento "Treating Tobacco Use and Dependence" affronta le problematiche del trattamento dell'uso di tabacco correlate a particolari popolazioni, perché sono molti gli aspetti che possono influire sulla scelta e l'efficacia dei trattamenti dell'abitudine al fumo. Ad esempio: gli interventi devono essere calibrati in funzione del sesso, della razza di appartenenza, dell'età dei soggetti, dell'eventuale ospedalizzazione? Le fumatrici in gravidanza devono essere trattate con farmaci?

Le figure specialistiche che possono svolgere un ruolo chiave nei diversi gruppi di popolazione sono molte: ostetriche e medici di famiglia per le fumatrici in gravidanza; pediatri e medici di famiglia, ma anche odontoiatri, per bambini ed adolescenti; cardiologi, pneumologi, oncologi ed internisti per pazienti ospe-

**Tabella VI.** Strategia degli interventi medici intensivi.

Figure professionali interessate	- Medici che fanno azione di counseling e prescrivono trattamenti farmacologici - Operatori sanitari che forniscono interventi addizionali psico-sociali o comportamentali
Valutazione dei fumatori	- Verifica nei pazienti della volontà di smettere usando un trattamento intensivo - Acquisizione di informazioni sullo stato di salute psico-fisica
Intensità del programma di trattamento	L'evidenza di una forte relazione dose-risposta determina l'intensità del programma di trattamento: - 4 o più sessioni - durata della sessione più lunga > 10 min - tempo totale di contatto > 30 min
Formato del programma	- Consulenza individuale o di gruppo - Possibile anche la consulenza proattiva - Procedure di valutazione di follow-up - Impiego di materiale di auto-supporto
Tipologia di counseling e di trattamento comportamentale	- Consigli pratici (soluzione dei problemi, educazione alla capacità, ecc.) - Supporto sociale nel corso e al di fuori del trattamento
Trattamento farmacologico	- Prescrizione dei farmaci indicati dalle linee guida a tutti i fumatori con le precauzioni per i gruppi selezionati - Sottolineatura della capacità di questi farmaci di aumentare il successo della disassuefazione dal fumo e di ridurre i sintomi di astinenza

Da AHRQ<sup>2</sup>, modificata.

dalizzati; geriatri per fumatori anziani. È tuttavia fondamentale che i materiali utilizzati siano comprensibili a tutti dal momento che i dati epidemiologici mostrano che i più alti consumi di tabacco si verificano nei soggetti con i più bassi livelli di istruzione.

**Sesso dei fumatori.** *Raccomandazione.* I trattamenti di cessazione dal fumo hanno la stessa efficacia sia negli uomini che nelle donne. Pertanto, con l'eccezione delle fumatrici in gravidanza, possono essere gli stessi in entrambi i sessi (evidenza di tipo B).

Una domanda frequente è se debbano essere diversi gli interventi di cessazione per uomini e donne. L'analisi dei trial clinici mostra gli stessi benefici nei due sessi, anche se alcune ricerche suggeriscono che qualche trattamento, come la terapia di sostituzione della nicotina, può essere meno efficace nelle donne. Le donne, inoltre, mostrano una maggiore propensione alla depressione ed una maggiore attenzione al controllo del peso corporeo, fattori che occorre considerare nell'orientare il trattamento.

Bisogna infine ricordare la particolare ricettività al trattamento anti-fumo delle donne che vorrebbero avere una gravidanza.

**Fumatrici in stato di gravidanza.** *Raccomandazione.* In considerazione dei gravi rischi determinati dal fumo nella donna gravida e nel feto sarebbe opportuno, quando possibile, offrire alle fumatrici in gravidanza interventi psico-sociali rafforzati, rispetto alla semplice esortazione a smettere (evidenza di tipo A).

*Raccomandazione.* Nonostante i maggiori benefici per il feto e per la madre siano ottenuti con l'astinenza fin dall'inizio della gravidanza, è comunque vantaggioso smettere di fumare in qualunque periodo della gravidanza stessa. Pertanto, i medici dovrebbero proporre interventi efficaci anti-fumo sia alla prima visita prenatale che nelle successive (evidenza di tipo B).

*Raccomandazione.* La terapia farmacologica dovrebbe essere considerata quando una donna gravida non è altrimenti in grado di smettere di fumare e quando la probabilità di smettere, con tutti i suoi vantaggi, supera i rischi del trattamento farmacologico o della persistenza dell'abitudine al fumo (evidenza di tipo C).

Il fumo in gravidanza comporta rischi sia per la donna che per il feto. In fumatrici gravide sono stati riscontrati aborti spontanei, feti nati morti o immaturi, parti prematuri, distacchi di placenta, morte improvvisa in culla ed anche neoplasie infantili.

Molte donne sono particolarmente motivate a smettere di fumare in gravidanza e gli operatori sanitari possono utilizzare questa motivazione per sottolineare i benefici della cessazione dal fumo per il feto e nel *post-partum* per la madre ed il bambino.

Anche se il maggior vantaggio si ha con l'interruzione del fumo prima del concepimento o all'inizio della gravidanza, l'astinenza determina comunque, in qualunque fase della gravidanza, un beneficio di salute e, pertanto, le fumatrici gravide dovrebbero essere assistite ed incoraggiate alla sospensione durante tutto il

periodo e nel *postpartum*, che presenta un elevato numero di ricadute, anche nelle donne in astinenza totale dal fumo da più di 6 mesi.

Il trattamento farmacologico può essere considerato quando gli interventi psico-sociali si sono dimostrati inefficaci. In tal caso rischi ed efficacia della terapia farmacologica vanno correlati con i rischi della prosecuzione del fumo. L'impiego di una terapia sostitutiva con nicotina dovrebbe prevedere il monitoraggio dei livelli ematici della nicotina stessa; si dovrebbero inoltre privilegiare i sistemi a rilascio intermittente rispetto a quelli a rilascio continuo (ad esempio gomme alla nicotina e non cerotti).

**Minoranze etniche e razziali. Raccomandazione.** I trattamenti anti-fumo si sono dimostrati efficaci con le diverse razze e minoranze etniche, ai cui membri, pertanto, dovrebbero essere proposti i trattamenti dimostrati efficaci in questa linea guida (evidenza di tipo A).

*Raccomandazione.* Quando possibile, i trattamenti anti-fumo dovrebbero essere modificati in funzione delle caratteristiche etniche o razziali delle popolazioni per le quali sono impiegati (evidenza di tipo C).

Alcune minoranze etniche e razziali negli Stati Uniti presentano una mortalità più elevata per alcune patologie rispetto alla restante popolazione. Gli afroamericani ad esempio mostrano un eccesso di mortalità per neoplasie, malattie cardiovascolari ed altre patologie direttamente correlate con l'uso di tabacco. Da ciò deriva la necessità di compiere sforzi ed impegnare risorse adeguate per far fronte al bisogno di assistenza di queste popolazioni.

Nonostante le differenze in termini di prevalenza, caratteristiche e comportamento dei fumatori, pochi studi hanno valutato interventi specificamente rivolti a determinati gruppi etnici e, ad oggi, non c'è chiara evidenza di una maggiore efficacia di programmi specifici rispetto ad interventi generici. È naturalmente fondamentale che gli interventi di *counseling* ed i materiali di *self-help* siano proposti in una lingua compresa dal fumatore.

**Fumatori ospedalizzati. Raccomandazione.** I trattamenti anti-fumo si sono dimostrati efficaci nei pazienti ospedalizzati. Pertanto, a tali pazienti dovrebbero essere proposti i trattamenti anti-fumo dimostrati efficaci in questa linea guida (evidenza di tipo B).

È essenziale che tali pazienti smettano di fumare, perché il fumo può interferire negativamente con il decorso della loro malattia.

I pazienti ospedalizzati sono particolarmente motivati anche perché la malattia causa del ricovero può essere stata provocata o esacerbata dal fumo e ciò accresce la sensibilità individuale ai rischi del fumo, ed, inoltre, sono favoriti dal fatto di trovarsi temporaneamente in un ambiente di non fumatori.

Anche i ricoverati in regime di lungodegenza dovrebbero ricevere gli interventi anti-fumo dimostrati efficaci in questa linea guida.

**Bambini e adolescenti. Raccomandazione.** I medici dovrebbero fornire ai pazienti pediatrici ed adolescenti, ed ai loro genitori, un forte messaggio sull'importanza dell'astinenza dal tabacco (evidenza di tipo C).

*Raccomandazione.* Interventi di *counseling* e comportamentali dimostrati efficaci con gli adulti dovrebbero essere utilizzati anche con bambini e adolescenti con appropriate modifiche dei contenuti (evidenza di tipo C).

*Raccomandazione.* I medici, quando trattano adolescenti, possono considerare la prescrizione di bupropione o terapia sostitutiva con nicotina in caso di dipendenza dalla nicotina e forte motivazione all'interruzione del fumo (evidenza di tipo C).

*Raccomandazione.* I medici in ambulatorio pediatrico dovrebbero fornire ai genitori consigli utili alla cessazione dal fumo ed a limitare l'esposizione dei bambini al fumo passivo (evidenza di tipo B).

Negli Stati Uniti ogni giorno più di 6000 tra bambini e adolescenti fumano la loro prima sigaretta e più di 3000 divengono ogni giorno fumatori abituali. Oltre il 70% dei fumatori adulti è divenuto fumatore abituale prima dei 18 anni. È pertanto fondamentale, per un'efficace prevenzione primaria, sviluppare strategie di intervento già nella pre-adolescenza, considerando che i giovani tendono a sottostimare largamente la dipendenza da nicotina e che oltre i tre quarti dei fumatori adolescenti hanno tentato di smettere almeno una volta senza successo.

Secondo un recente studio, lo stato di fumatore adolescente è stato identificato nel 72% dei casi all'atto della visita, ma soltanto nel 17% è stata fornita un'azione di *counseling* per smettere di fumare. I medici dovrebbero pertanto compiere uno sforzo in tal senso, ad esempio tramite interventi motivazionali, o rafforzando i messaggi anti-fumo contenuti nei programmi scolastici o di comunità. Sono molto utili anche le informazioni fornite ai genitori sui rischi da fumo passivo, che in genere determinano una diminuzione dell'esposizione dei bambini al fumo e riducono il numero dei fumatori tra i genitori.

La terapia farmacologica con bupropione o sostitutiva con nicotina può essere intrapresa quando vi è una chiara dipendenza dal tabacco, ma anche una forte motivazione a smettere.

**Fumatori anziani. Raccomandazione.** I trattamenti anti-fumo si sono dimostrati efficaci nei pazienti anziani. Pertanto, a tali pazienti dovrebbero essere proposti i trattamenti anti-fumo dimostrati efficaci in questa linea guida (evidenza di tipo A).

Circa 13 milioni di americani ultracinquantenni e 4.5 milioni di ultrasessantacinquenni fumano sigarette. Anche al di sopra dei 65 anni si trae un chiaro beneficio dalla cessazione dal fumo per la riduzione del rischio di infarto, di morte coronarica e neoplasie polmonari.

Anche negli anziani si sono dimostrati efficaci gli stessi interventi anti-fumo utilizzati nella popolazione generale, come *counseling*, consigli medici, programmi di sostegno amichevoli, materiali di *self-help* adeguati all'età e cerotti alla nicotina.

### Raccomandazioni per argomenti specifici

Il documento "Treating Tobacco Use and Dependence" affronta anche le problematiche del trattamento dell'uso di tabacco correlate ad alcuni argomenti specifici.

**Aumento di peso dopo la cessazione dal fumo. Raccomandazione.** La sospensione del fumo è spesso seguita da aumento di peso. Il medico dovrebbe: 1) sottolineare che i rischi di salute da aumento di peso sono minori di quelli determinati dalla prosecuzione del fumo; 2) consigliare attività fisica e dieta per il controllo del peso; 3) raccomandare di concentrarsi sulla cessazione dal fumo e non sul controllo del peso (evidenza di tipo C).

*Raccomandazione.* Per i fumatori particolarmente attenti all'aumento del peso può essere utile la prescrizione di bupropione o nicotina, soprattutto in gomme, che hanno dimostrato di ritardare l'aumento del peso dopo la sospensione del fumo (evidenza di tipo B).

La maggioranza dei fumatori che smette di fumare aumenta di peso, anche se in misura molto variabile; le donne tendono ad aumentare leggermente più degli uomini. L'incremento di peso è più probabile nei soggetti con meno di 55 anni e nei forti fumatori. Molti fumatori e soprattutto fumatrici, preoccupati per il possibile aumento di peso, ritengono che questo possa essere contrastato solo con il ritorno al fumo. L'aumento di peso è minore se la cessazione dal fumo è accompagnata da un moderato incremento di attività fisica.

Secondo un recente studio, un programma di tre sedute alla settimana di 45 min prolunga l'astinenza dal fumo nelle donne e ritarda l'aumento del peso. L'incremento di peso è ritardato anche dalla terapia farmacologica, ma tende a manifestarsi in uguale misura alla sospensione della stessa.

Le cause dell'aumento di peso dipendono sia da un maggiore apporto calorico (cibo ed alcool) che da modificazioni metaboliche, confermate dall'aumento di peso che si verifica anche nei fumatori che non incrementano l'apporto calorico dopo la sospensione del fumo.

Quale atteggiamento deve essere assunto dal medico sul problema dell'aumento di peso?

In primo luogo, non si deve negare al paziente la probabilità di un aumento di peso, né minimizzare la sua importanza; al contrario, il medico deve informare correttamente e preparare il paziente a questa evenienza, anche se è opportuno sottolineare che l'aumento di peso è, di norma, relativamente modesto e comporta un incremento di rischio trascurabile a fronte del rischio molto maggiore della prosecuzione dal fumo.

In secondo luogo, sia prima che durante il tentativo di sospensione, occorre sottolineare che la cessazione dal fumo è la priorità primaria ed immediata e che il controllo del peso sarà più efficace nel lungo periodo, anziché con una dieta stretta durante il tentativo di sospensione.

In terzo luogo, durante tale tentativo il medico dovrebbe raccomandare di evitare diete intensive, almeno fino alla scomparsa dei sintomi da sospensione del fumo, ed incoraggiare l'adozione di uno stile di vita sano, con attività fisica moderata, pasti ricchi di frutta e verdura, limitazione del consumo di alcolici.

**Prodotti di tabacco diversi dalle sigarette. Raccomandazione.** I consumatori di tabacco da masticare dovrebbero essere identificati, esortati a smettere e trattati con gli stessi interventi di *counseling* raccomandati per i fumatori (evidenza di tipo B).

*Raccomandazione.* Gli odontoiatri dovrebbero fornire brevi interventi anti-fumo a tutti i consumatori di tabacco non fumatori (da masticare o da inalare) (evidenza di tipo A).

*Raccomandazione.* I fumatori di sigari e pipa dovrebbero essere identificati, esortati a smettere e trattati con gli stessi interventi di *counseling* raccomandati per i fumatori di sigarette (evidenza di tipo C).

Come il fumo di sigaretta, anche l'uso di tabacco da masticare o da inalare provoca dipendenza e gravi danni di salute, tra i quali lesioni dentarie e gengivali, rarefazione ossea periodontale, leucoplachie, neoplasie del cavo orale e malattie cardiovascolari. Negli ultimi anni, il consumo di prodotti a base di tabacco non da fumo è in crescita, soprattutto tra i giovani maschi.

Anche il fumo di sigaro determina gravi rischi di malattia coronarica, broncopneumopatia cronica, neoplasie del polmone e di altri organi con evidenza di effetti dose-risposta. Ciononostante, le vendite di sigari sono cresciute negli Stati Uniti del 50% tra il 1993 ed il 1997.

Un contributo all'aumento delle percentuali di astinenza può essere dato da odontoiatri ed igienisti dentari attraverso consigli brevi; come pure utili sono i trattamenti non farmacologici impiegati con i fumatori di sigarette. Ad essi si possono aggiungere alcuni interventi



rafforzativi come il mostrare le lesioni del cavo orale comunemente presenti nei soggetti che inalano tabacco.

Non vi è, attualmente, evidenza che le terapie farmacologiche sostitutive possano aumentare l'astinenza dal fumo a lungo termine; in particolare, sia le gomme che i cerotti a base di nicotina si sono dimostrati inefficaci in questa popolazione.

## **Bibliografia**

1. Woolf SH. The need for perspective in evidence-based medicine. *JAMA* 1999; 282: 22-9.
2. Treating Tobacco Use and Dependence. US Department of Health and Human Services. AHRQ Publication no. 00-0032, June 2000.
3. Consensus statement. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275: 1270-80.