

9° corso triennale di formazione specifica in medicina generale
28.11.2008 - 27.11.2011

Regione Lazio - 5° Area Didattica ASL RME

Ruolo del Medico di Medicina Generale nel management del paziente fumatore

Specializzando: Dott. Alexandre Nagy

Relatore: Prof. Giacomo Mangiaracina
Medico-Chirurgo
Direttore rivista "Tabaccologia"
Presidente Agenzia Nazionale per la Prevenzione
Docente di Metodologia Medico-Scientifica e Scienze Umane
Facoltà di Medicina e Psicologia
Università Sapienza di Roma

Correlatore: Prof. Luigi Gatta
Medico-Chirurgo
Responsabile S.I.M.G. Area Medicina dello Sport
Docente di Medicina Fisica e Riabilitativa
Corso di laurea in Fisioterapia
Università degli studi di Roma « La Sapienza »
1° Facoltà di Medicina e Chirurgia

Ringraziamenti :

A Giacomo Mangiaracina e Luigi Gatta, insegnanti e maestri,
a Alvaro, fratello di fede in Cristo e amico,
a Melina per i suoi incoraggiamenti,
ai miei genitori per il sostegno e l'affetto costante,
al Signore per il suo amore e la sua pazienza.

«L'aria pura, la luce del sole, l'astinenza da bevande alcoliche, il riposo, l'esercizio fisico, una dieta adeguata, l'uso dell'acqua e la fiducia nella potenza divina sono i veri rimedi».

Ellen G. White. Sulle orme del Gran Medico, Ed. ADV, anno 2000, p 64

INDICE

Introduzione	4
Meccanismi della dipendenza	5
Gestione del tabagismo in medicina generale	8
1. Le linee guida : un nuovo approccio del paziente fumatore	8
2. Il counselling in medicina generale	9
2.1 <i>Counselling</i>	9
2.2 <i>Minimal Advice</i>	9
2.3 Dal <i>Minimal Advice</i> all'intervento clinico minimo	10
Ask, 10. Advise, 10. Assess, 10. Assisit, 11. Arrange, 11.	
2.4 Il counselling strutturato	12
3. Dalla medicina di attesa alla medicina di opportunità...	13
3.1 Definizione	13
3.2 Dichiarare lo studio di medicina generale «senza fumo»	14
3.3 Valutare i fattori di rischio	14
3.4 Valutare il danno da fumo	14
3.5 Sport e Fumo	15
4. Proposta di una metodologia di studio	15
5. Conclusione	15
Figure	17
Tabelle	19
Bibliografia	21

Introduzione

Secondo l'OMS, il tabagismo può essere considerato una forma di malattia contagiosa a carattere epidemico, visto la sua ampia diffusione mondiale, con più di un miliardo di persone che fumano e più di 4 milioni di decessi all'anno con una previsione di 10 milioni di morti nel 2030 [1, 2]. Il 60% delle malattie polmonari, il 50% delle neoplasie, il 30% delle malattie cardiovascolari e il 15% di tutte le cause di morte sono fumo-correlate. In Italia lo Stato incassa due volte meno tra imposte e IVA sul prezzo delle sigarette al consumo di quanto ne spende per curare le malattie dovute al fumo. Secondo l'OMS, la gestione del tabagismo inteso come prevenzione e cura costituisce l'intervento più importante per migliorare non solo la salute dei propri cittadini ma anche la spesa sanitaria. Inoltre, se il tabacco fosse un nuovo farmaco, nessuna azienda farmaceutica riuscirebbe a commercializzarlo perché è una sostanza tossica che non risponde alle norme di sicurezze per l'immissione in commercio di nessun paese.

Il fumo di sigaretta contiene circa 4000 componenti, tra i quali sono noti metalli pesanti, elementi radioattivi, polveri fini, sostanze irritanti o cancerogene. Per citarne solo alcune ricordiamo: il monossido di carbonio, nitrosamine, benzopirene, diossine, polonio, cadmio, acroleine, mercurio, acido cianidrico, acetone, formaldeide, ammoniacca, arsenico, DDT, piombo, acido solforico, senza dimenticare la nicotina, alcaloide idrosolubile che viene eliminato essenzialmente per via renale. Il CO è l'inquinante atmosferico più diffuso, prodotto dalla combustione incompleta del carbonio contenuto nei carburanti e presenta un'affinità per l'emoglobina circa 240 volte maggiore rispetto all'ossigeno. In un forte fumatore o in un vigile che dirige un traffico abbondante, circa il 10% dell'emoglobina è legato al CO anziché all'ossigeno formando carbossiemoglobina [COHb], interferendo così con la funzione di trasporto dell'ossigeno del sangue. Molti studi sperimentali indicano che un'alta percentuale di COHb è in grado di alterare la capacità mentale. Il fumo è quindi un fattore di rischio aggiuntivo di questa condizione rispetto alla popolazione non fumatrice.

Va ricordato che il 90% delle malattie respiratorie croniche e il 90% dei tumori della trachea, dei polmoni e dei bronchi sono fumo-correlati. Il fumo provoca anche tumori della laringe, le labbra, la cavità orale, la faringe, l'esofago, la vescica e i reni, ma anche la cervice, il pancreas e lo stomaco. L'aumento della secrezione acida è alla base di gastrite, ulcera gastro-duodenale e esofagite da reflusso soprattutto nei fumatori forti bevitori di caffè. Per quanto riguarda gli effetti cardiovascolari del fumo citiamo l'infarto del miocardio, l'angina pectoris, l'aterosclerosi, arterite e morbo di Buerger (tromboangioite obliterante), claudicatio intermittens, senza dimenticare l'alterazione del microcircolo causato dal fumo (microcircolo cerebrale, retinico, renale...) causa di ictus cerebrali e riduzione dell'acuità visiva. Va notato inoltre che una sola sigaretta incide fino a circa il 15% sull'efficienza della terapia insulinica nel diabete mellito. Nell'uomo, l'80% dei fumatori è affetto da disfunzione erettile di origine vascolare e la fecondità si riduce drasticamente. Anche la donna fumatrice accusa una forte riduzione della fecondità, il rischio di gravidanze extra-uterine aumenta di due volte, presenta spesso dismenorrea, va incontro a menopausa precoce, e risulta ad alto rischio di cancro del collo uterino. Spesso affetta da parti prematuri, bambini ipotrofici con peso ridotto alla nascita ma anche poliabortività e incremento dei decessi perinatali. Tabacco e pillola anticoncezionale aumentano il rischio di ictus cerebrale. Infine, i fumatori hanno leucociti nel sangue e macrofagi negli alveoli polmonari più numerosi e sono esposti quindi a polveri fini e radioattive più di quanto lo sono i non fumatori perché la loro

«scala mobile» muco-ciliare è meno efficiente, per cui esse penetrano più profondamente nell'albero bronchiale e causano danni maggiori. Il sistema immunitario funziona male e i processi cicatriziali sono rallentati. Il fumatore presenta rischi perioperatori più alti del non fumatore (il rischio di sovrainfezione delle ferite post-operatorie è tre volte superiore). Nelle coppie dove uno dei due fuma, il rischio di avere dei disturbi cardiaci raddoppia in colui che non fuma e il rischio di tumori polmonari aumenta del 15-20% nel partner non fumatore. Il fumo di tabacco dunque, rimane la prima causa evitabile di malattia e morte nella società moderna.

Alla luce di queste considerazioni emerge quanto sia importante una gestione appropriata di questo gigantesco problema sanitario e sociale [3 - 10].

I primi passi importanti nella lotta contro il tabagismo s'iniziarono negli anni Cinquanta in USA, con la terapia di gruppo denominata « Piano dei 5 Giorni » di McFarland J.W., M.D. e Folkenberg E.J., sociologo e pastore della «chiesa cristiana avventista del 7° giorno», per poi diffondersi nel mondo con l'aiuto di volontari, medici e membri della comunità avventista mondiale. Il *5-Day Plan* ha ricevuto vari riconoscimenti, trovando vari ambiti di applicabilità. Questo modello fu adottato da Hudolin nel contesto dei programmi alcolologici territoriali. Con il passare degli anni il programma in Italia è stato adattato e strutturato da Mangiaracina nel programma professionale dei «Gruppi di Fumatori in Trattamento» (GFT), con approccio di tipo cognitivo-comportamentale e motivazionale [11, 12, 13].

Con l'avvento della società scientifica di Tabaccologia, nel 1999, emerge la necessità di avere delle linee guida terapeutiche del tabagismo e di individuare delle figure professionali in grado di attuare approcci brevi e strutturati alla dipendenza tabagica. Tra questi emerge la figura del medico di Medicina Generale (MMG) nell'applicazione del « minimal advice » e del « counselling » nei confronti dei pazienti fumatori. Il medico di famiglia rimane a tutt'oggi il riferimento per la salute stessa del paziente, nesso ineluttabile fra ospedale e territorio, per una medicina di dimensione più umana in grado di coinvolgere i pazienti e i familiari degli stessi pazienti, trovando in lui un potenziale mezzo di sostegno.

Studieremo in quale modo il MMG può diventare pietra angolare nell'ambito della gestione dei pazienti fumatori.

Meccanismi della dipendenza

Il medico che intraprende la cura di un paziente affetto da dipendenza patogena deve considerarla nella sua complessità ben distinta dalla patologia d'organo, per la quale dovrà sviluppare competenze specifiche in ambito biologico, psicologico e sociale. La dipendenza non può essere considerata un semplice fenomeno neurobiologico, nel quale una sostanza chimica funge da mediatore. Il concetto di dipendenza riveste una dimensione più complessa nella quale il fumo viene considerato patologia in sé, inserita tra i disturbi psichiatrici (DSM IV) [15, 18, 19]. La nicotina rimane la sostanza con maggiore capacità addittiva, maggiore addirittura degli oppiacei [Tab.1], [17].

La dipendenza patogena non si applica solo alle sostanze. Si dipende anche da comportamenti, come quello da gioco di azzardo (gambling), da sesso, da lavoro, ecc... Non è solo frutto di chimica recettoriale, ma va considerata come un fenomeno che modifica la struttura cerebrale dell'individuo cambiando l'organizzazione del sistema nervoso centrale.

L'addittività da tabacco non è solo dipendenza nicotinic. Il termine *addiction* deriva dal latino «*addictus*» e significa «schiavo per debiti». La nicotina è quindi una sostanza ad alto potere addittivo, ma quello che rende il suo effetto subdolo rispetto alle altre droghe è la sua capacità di non creare alcun disagio sociale per l'individuo. Anzi è addirittura, insieme al caffè, una droga socializzante. Si fuma con gli amici, il fumatore non sembra un drogato ed è per lo meno capace di svolgere tutte le attività come qualsiasi altra persona normale. L'alcool invece è una droga socializzante ma anche invalidante che porta a stati di etilismo acuto e coma, se consumata ad alti dosaggi. Nel linguaggio comune, il termine «alcolista» non ha la stessa connotazione di «fumatore». L'alcolista è un malato, mentre risulta normale essere fumatore.

La nicotina agisce sul sistema nervoso centrale e provoca il rilascio di dopamina, principale mediatore del piacere, creando così un rinforzo positivo al livello del sistema mesolimbico corticale, attraverso il circuito del *reward* (circuito della gratificazione).

Attraverso studi con tomografia ad emissione di positroni (PET), George e Yu (2000) hanno dimostrato l'esistenza di modificazioni fisiopatologiche e biochimiche a livello del sistema mesolimbico, nell'area del tegmento ventrale anteriore dove risiede il «*nucleus accumbens*», uno dei componenti del «centro della gratificazione» [Fig.1].

La concentrazione di dopamina a livello intracerebrale, aumenta anche in seguito alle azioni quotidiane che danno piacere, come l'atto di condividere un pasto, mangiare quello che piace (cioccolato, dolci,...), bere caffè, fare sesso, assumere farmaci... Fumando si ottiene un piacere di breve durata, con alti livelli di dopamina, a cui fa seguito una specie di angoscia da privazione. Il piacere costituisce un denominatore comune delle dipendenze.

Dal punto di vista recettoriale, nelle aree encefaliche del fumatore si realizza un aumento del numero dei recettori nicotinici, creando in tal modo una forma di neuroadattamento o *upregulation* (Fagerström, 2000) [Tab. 2]. Una persona che non è mai stata esposta a fumo di sigaretta, presenta un certo numero di recettori nicotinici sensibili. In una prima fase il fumatore si ritrova con un incremento di recettori nicotinici in vari stati di attivazione (attivati, sensibili e desensibilizzati). Se il paziente smette di fumare rimarrà con un numero maggiore di recettori nicotinici sensibili per la durata di circa un anno. Nel caso in cui il paziente dovesse ricadere, raggiungerebbe molto velocemente il numero di sigarette che fumava prima per via del numero maggiore di recettori [18, 19, 22].

Nei primi anni del Novecento, Pavlov formulò la legge del condizionamento e dei suoi corollari (legge di prossimità, di ripetizione ed engrammazione che costituiscono la base dell'apprendimento per condizionamento classico). Pavlov notò che la semplice visione del cibo faceva salivare il cane. In seguito, si accorse che il suono di un campanello, la visione dello sperimentatore oppure il suono della ciotola, faceva salivare il cane anche in assenza di cibo. Ciò fa capire per quale motivo la nicotina dà più dipendenza se associata a stimoli condizionanti. Ci sono dei circuiti neurochimici che mantengono il meccanismo della memoria. Se a un fumatore piace l'aroma di menta, se si associa all'abitudine di fumare lo «stimolo menta», la menta diventa una sostanza capace di potenziare l'effetto della nicotina perché il fumatore associa al fumo quello che gli piace. Questo può essere generalizzato usando sostanze varie con aroma di vaniglia o di cocco, associando il fumo al caffè oppure fumare alla fine di un pasto ricco e abbondante [14, 22].

Uno dei problemi al quale si va incontro quando si cerca di smettere di fumare è la «crisi di astinenza» caratterizzata da umore disforico con alternanza di eccitazione e depressione, insonnia, irritabilità, impazienza, aggressività, aumento del livello di ansia, difficoltà di concentrazione, irrequietezza, bradicardia, aumento dell'appetito o del peso. Durante questa crisi, il fumatore presenta un *craving*, ossia un desiderio incontrollato di assumere qualcosa oppure di avere qualcosa o qualcuno.

Per curare il tabagismo, il medico deve quindi avere delle solide basi in ambito neurobiologico, farmacologico e psicologico. I farmaci giovano nella gestione del *craving*, ma anche il tempo è importante nella maturazione del processo decisionale del paziente.

Il *craving* si presenta “a flash”. Bisogna per questo chiedere al paziente di scrivere un diario dove annota le circostanze nelle quali ha sentito il desiderio di fumare: numero di sigarette al giorno, ora in cui ha fumato, in quale contesto, con chi, con quale stato d'animo. Deve essere un diario di consapevolezza per identificare insieme al paziente i momenti più critici. In ogni caso bisogna evitare le situazioni che possono condurre alla ricaduta: stare con altri fumatori, bere caffè, mangiare pesantemente, ma anche semplicemente tenere una sigaretta in mano [20, 21, 22].

L'automatismo gestuale che si accompagna alla dipendenza richiede una presa di coscienza dei processi di associazione, ripetizione ed engrammazione. Bisogna imparare a disimparare (Tolkien, *The hobbit*). La difficoltà non si trova nel volere, ma nella presa di posizione per poter realizzare un'azione. Perciò è indispensabile la motivazione, ancora più importante della volontà. Molimard paragona il fenomeno di dipendenza a un pendolo che oscilla fra uno stato di mancanza e uno stato di sazietà. Il desiderio della sostanza provoca un comportamento di ricerca di questa sostanza. Il piacere ottenuto gratifica tale comportamento. Raggiunta la sazietà, il paziente entra in una fase di attesa finché lo stato di mancanza riappare [16, 22].

Nel **Modello Transteorico**, Prochaska e DiClemente hanno studiato i vari stadi del cambiamento [Fig.2].

Nello *stadio di Precontemplazione* o indecisione, il fumatore non pensa a smettere. Per lui fumare è un atto automatico come respirare.

Nello *stadio di Contemplazione* o intenzione, il fumatore inizia a riflettere sulla sua condizione e comprende quanto essa possa essere dannosa per lui. Un suo familiare è deceduto per cancro del polmone, il fumo costa, ha paura per la sua salute, dei dubbi insorgono... tanti buoni motivi di pensare a smettere.

Nello *stadio di Determinazione* o preparazione, il fumatore è deciso e fa tutto per essere in condizione di smettere. Il paziente va dal suo medico, chiede aiuto, si informa, parla con i familiari, inizia una terapia.

Nello *stadio di Azione* o decisione, il paziente non fuma più ma ha smesso da meno di 6 mesi.

Nello *stadio di Mantenimento* o consolidamento, il paziente ha cambiato le sue abitudini e ha smesso da più di 6 mesi. A quel punto, il paziente può andare incontro a ricadute oppure può uscire dal suo problema. Se dovesse ricadere, ritornerebbe in uno stadio precedente e ricomincerebbe un nuovo cammino [23, 24, 25].

Nei suoi studi sui pazienti terminali, Kübler-Ross ha evidenziato **le varie fasi del lutto**. La prima fase è quella dello *shock* e del *rifuto*. Il paziente scopre di essere affetto da una malattia terminale, sa che deve morire presto ma non vuole crederci. Dire a un

paziente che deve smettere di fumare comporta un netto rifiuto: «No, perché se smetto di fumare mi viene la stipsi e rischio di avere un cancro del colon».

La seconda fase è quella della *rabbia*. Il paziente terminale ce l'ha con tutti. Se la prende con i familiari e soprattutto con i medici che sono «tutti degli incapaci». Nello stesso modo, se un medico prova a togliere le sigarette al suo paziente, il fumatore «se la prende con lui».

La terza fase è quella della *contrattazione*. Il paziente vuole scambiare la sua vita di sofferenza con qualche giorno di benessere in cambio di una buona condotta: «Il mio vicino di casa ha avuto un infarto e ha smesso di fumare. Proverò quindi a ridurre il mio consumo. Invece di fumare 40 sigarette al giorno ne fumerò solo 10, poi 5... ».

Non è facile accettare di vederci togliere l'oggetto della nostra gratificazione.

La quarta fase è quella della depressione e del lutto. Il paziente si vergogna del suo stato e si sente colpevole di essere un debole che non vuole lottare. Nello stesso modo, il paziente fumatore che attraversa questa fase pur vivendo lo stadio dell'azione, riesce con difficoltà a vincere il suo *craving* e vive la sua cessazione del fumo come una perdita. In questa fase, il paziente va accompagnato più che mai per aiutarlo a vincere.

La quinta fase è quella dell'accettazione e del rilassamento che si caratterizza da uno stato di serenità e di pace interiore. Nello stesso modo, il fumatore è convinto che aver smesso di fumare gli fa veramente del bene e che costituisce un guadagno per lui. Anche se deve ancora affrontare momenti di *craving*, lo fa serenamente e vince [22, 26].

La terapia del tabagismo è dunque un approccio olistico che richiede una formazione specifica.

Gestione del tabagismo in Medicina Generale

1. Le linee guida : un nuovo approccio del paziente fumatore

E' ora assodato che i medici di medicina generale giocano un ruolo fondamentale nella riduzione della prevalenza e dell'incidenza delle malattie fumo-correlate a condizione di mettere in pratica alcune regole per promuovere la cessazione dell'abitudine tabagica. Inoltre, tali interventi presentano un'efficacia superiore a qualsiasi altro intervento specialistico. In effetti, ogni medico di medicina generale ha circa 300 assistiti che fumano (Invernizzi, 2000) e vede in media il 70% di tutti i suoi pazienti ogni anno (Fiore, 2000). Come abbiamo già detto nella prima parte di questo lavoro, il fumatore deve essere considerato un «malato da dipendenza» che necessita di un intervento medico particolare. Ogni fumatore si presenta più spesso dal suo medico curante, rispetto alla popolazione generale per problemi di salute che accusano più frequentemente rispetto ai non fumatori. Un fumatore visita il suo medico di famiglia in media da 2 a 4 volte all'anno. Il medico curante è facilitato in questo lavoro non solo per l'ampio numero di fumatori ma anche per la conoscenza che ha del proprio assistito. Il medico, chiamato per questo motivo «medico di famiglia», interagisce con la famiglia e si interessa di curare il paziente nella sua globalità [27, 30]. Se i medici di medicina generale riuscissero ad aiutare il 3% dei loro assistiti a smettere di fumare in soli 10 paesi europei, si raggiungerebbero nel 2030 circa 17mila casi annuali in meno di malattie coronariche, BPCO, cancro del polmone e *ictus cerebri* e si eviterebbe più di 4000 morti all'anno per queste 4 patologie, abbassando i costi sanitari annui oltre i 160 milioni di euro. In media, un medico di famiglia che presenta delle conoscenze nella gestione del tabagismo e che le mette in pratica, ottiene un risultato che va dal 3 al 15 % di pazienti che smettono di fumare in seguito a tali interventi, mentre un centro antifumo

di riferimento, raggiunge una percentuale di successo che supera il 35%. Se facciamo un paragone fra le due realtà, capiamo quanto sia efficace l'intervento dei medici di medicina generale, perché entrano in contatto con più dei 2/3 della popolazione di un territorio in un anno. [studio PESCE, 2008, 29, 31].

Infine, insistiamo sul carattere scientifico dell'approccio del paziente fumatore considerato « un malato affetto da dipendenza » che presume l'applicazione di linee guida specifiche per la cura del tabagismo [28, 29].

2. Il counselling in medicina generale

2.1 Counselling

Il *counselling* proviene dalla parola inglese “counsel” che significa “consiglio” generalmente dato da un anziano perché ha più esperienze di colui che lo riceve. Da questa parola deriva il termine “counselor”, colui che è stato addestrato a dare consigli. In genere si tratta di un professionista che guida colui che chiede aiuto (un avvocato ad esempio). Il « counselling » è quindi il consiglio che un professionista dà a chi glielo richiede.

Nella elaborazione dell'Analisi Transazionale, Eric Berne individuò tre «stati dell'IO»: il «Genitore», «l'Adulto» e il «Bambino». Nella relazione medico paziente, spesso riusciamo a individuare una transazione fra il carattere «Genitoriale» del medico con il «Bambino» del paziente. Il medico è colui che prende in mano la situazione, colui che esorta, colui che guida, mentre il paziente è colui che deve essere «educato» dal proprio medico. Il counselling in medicina generale è molto vario e va ad attingere allo stile di vita del paziente: il fumo, la dieta, lo sport, la sessualità e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, alcol, droghe e altre dipendenze e l'abuso di farmaci. Per eseguire un buon counselling, il medico deve dimostrare di avere delle buone conoscenze e deve sapere accogliere il paziente, effondendo fiducia e pace. Deve dare l'esempio ai propri assistiti e deve per questo essere non fumatore e, nel caso in cui fosse fumatore, dovrebbe fare di tutto per smettere di fumare. Un medico non fumatore riesce a ottenere un'aderenza del 27% da parte dei suoi pazienti rispetto ai colleghi fumatori [Invernizzi G, 2006, Il counselling in Medicina Generale].

2.2 «Minimal Advice»

Il *minimal advice* è il più breve intervento che un medico dovrebbe fare con tutti i suoi assistiti. Le semplici domande: « lei fuma ? », « ha mai pensato di smettere ? », « ha mai provato a smettere ? », « quante sigarette fuma al giorno ? », « da quanto tempo fuma ? » e « quale è la sigaretta alla quale non può rinunciare ? » sono brevi domande molto significative ed efficaci che, secondo Lancaster e Stead, portano circa il 2,5% dei pazienti a smettere di fumare spontaneamente. Anche se i medici sono spesso scoraggiati dagli scarsi risultati ottenuti, dovrebbero sempre continuare a ripetere questo *minimal advice* con tutti. Questo intervento costituisce « un'intervento volontario e consapevole del medico nei processi decisionali del suo paziente » allo scopo di migliorare lo stato di salute dell'assistito. Queste domande semplici abilitano i pazienti a prendere la decisione di non fumare! I messaggi devono essere ripetuti e coerenti. Si deve sempre chiedere al paziente se fuma ancora, oppure se ha ora deciso di smettere di fumare. L'intervento deve essere appropriato e deve essere eseguito anche con chi non fuma. Bisogna congratularsi con i pazienti che non fumano, sottolineandone i benefici

per la salute. Bisogna lodare chi è riuscito a smettere di fumare, incoraggiandolo a continuare i suoi sforzi [34, 35].

2.3 Dal «Minimal Advice» all'intervento clinico minimo

Il counselling è un atto che interviene nel processo di decisione del fumatore e che tende a favorire un cambiamento del comportamento del paziente nei confronti del fumo. Come abbiamo già visto, il cambiamento è un processo di maturazione del pensiero che diventa azione secondo Prochaska. Il counselling strutturato implica diverse tappe che includono quelle del “minimal advice” che costituiscono le prime due.

L'intervento delle 5 “A” (o delle 5 “C”) [28, 29, 35, Fig.3]:

ASK (Chiedi)

Identificare sistematicamente tutti i fumatori a ogni visita. Ripetere la domanda nelle visite successive, anche negli ex-fumatori che hanno smesso nell'ultimo anno. Usare una cartella clinica e registrare la condizione del paziente (non fumatore, ex-fumatore, fumatore occasionale, meno di 10 sigarette al dì, da 10 a 20, più di 20 sigarette al dì).

→ Evidenziare i fattori di rischio: diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, BPCO, asma, patologie cardiovascolari, gravidanza.

→ Aprire il discorso sul fumo con l'assistito serve a comunicare al paziente che « io, medico curante sono cosciente dell'importanza della prevenzione e sono attento alla tua persona ».

→ È il primo passo del « minimal advice » e prepara il medico a sviluppare un “counselling strutturato”.

ADVICE (Consiglia)

Questa fase è volta a motivare il paziente. Bisogna farlo con decisione e chiarezza in modo personalizzato. Ogni paziente è un caso a sé; ognuno ha la sua storia. Bisogna inoltre dedicare il tempo necessario per ogni paziente, valutare e discutere la gravità delle patologie fumo-correlate con i pazienti per aiutarli a prendere coscienza del loro stato. Dare al paziente un supporto scritto (*opuscoli per smettere di fumare*). Il medico deve lottare « contro il fumo » e non « contro i fumatori ».

{Minimal Advice = ASK + ADVICE; tempo richiesto 5-10 min}

ASSESS (Comprendi) [28,29]:

→ Il grado di motivazione si determina con il questionario motivazionale [Henri Mondor, Paris – Tab.3].

→ Il grado di dipendenza nicotinică viene valutata con il test di Fagerström [Tab.4]

Bisogna sempre *calcolare la quantità di nicotina assunta in 24 ore (QN24)* che si ricava da una formula semplice: $\{QN24 = (\text{Nr di sigarette al dì}) \times (\text{QN in una sigaretta})\}$. Il contenuto medio di nicotina per sigaretta è di circa **1 mg**. La dose minima letale della nicotina nell'uomo è compresa fra 40 e 60 mg. Una QN24 superiore o uguale a 10 mg (cioè un consumo che supera 10 sigarette al giorno) oppure una forte dipendenza nicotinică (punteggio superiore o uguale a 5 al test di Fagerström) indicano la necessità di proporre una terapia farmacologica.

Mentre « *il tempo trascorso fra il risveglio e l'accensione della prima sigaretta* » ci consente di capire il **grado di dipendenza** del paziente. La dipendenza è **grave** se il

tempo trascorso è inferiore o uguale a 5 minuti dal risveglio. Il paziente necessita in questo caso un approccio terapeutico intensivo di I e II livello. La dipendenza è *lieve* se il tempo trascorso supera 30 minuti dal risveglio.

ASSIST (Cura) [28,29]:

Scegliere con il paziente il tipo di intervento terapeutico per la cessazione. Stabilire una data vicina per smettere. Avvertire il paziente dei sintomi di astinenza nicotinicai ai quali andrà incontro. Spiegare che i sintomi di astinenza sono più forti nei primi giorni ma si riducono nel tempo. Nei casi opportuni, va proposta una terapia farmacologica che si dovrà continuare per circa 3 mesi. Essa è controindicata nei pazienti cardiopatici gravi con IMA recente, nei minorenni, durante la gravidanza e l'allattamento, per lasciare spazio in prima battuta a un lavoro di counselling intensivo.

→ la NRT (Nicotine Replacement Therapy) costituisce la terapia di prima scelta. L'associazione di varie forme farmaceutiche (cerotti a lento rilascio, inalatori, gomme da masticare, compresse sublinguali) risulta più efficace dell'uso di una forma unica.

Va inoltre distinto **il tipo di fumatore**: fumatori **continuativi** («*steady state maintainers*»), **discontinui** («*peak seekers*») e **notturni** per regolarsi sul tipo di associazioni. Nei fumatori continuativi («cercatori del tasso costante»), ci si regola sulla base della QN24 e si possono associare due cerotti di vario dosaggio (5, 10 o 15 mg) per mantenere un livello costante di nicotina. Nei fumatori notturni si preferiscono i cerotti a rilascio prolungato nelle 24 ore (da 7, 14 o 21 mg), da soli o associati. Nei fumatori discontinui («cercatori del picco») vengono prediletti le gomme (da 2 o 4 mg) o gli inalatori (evitare di superare 5 ricariche di nicotina in 24 ore) per raggiungere un picco immediato. Si potrà anche proporre l'uso del cerotto associato all'inalatore o alle gomme, combinando così il mantenimento costante del livello di nicotina al raggiungimento veloce del picco di nicotina in caso di *craving*.

→ Il Bupropione (150 mg due volte al giorno) è un antidepressivo che va usato da solo.

→ La Vareniclina (1 mg due volte al giorno) è un agonista parziale dei recettori nicotinici cerebrali che porta a un aumento del livello di dopamina, bloccandoli a lungo e impedendo l'effetto della nicotina. Funge da «cerotto interno».

→ La Nortriptilina (75 -100 mg al giorno) e la Citisina (1,5mg al giorno) non sono commercializzati in Italia.

→ Gli ansiolitici non hanno dimostrato nessuna efficacia nel trattamento del tabagismo.

ARRANGE (Controllo) [28]:

Mostrare al paziente che non è solo nell'affrontare la sua malattia. Proporre degli incontri regolari e ravvicinati per rinforzare l'effetto del counselling e il trattamento del paziente. Mostrarsi disponibile e stabilire un contatto mediante telefono o e-mail.

I vari stadi del cambiamento secondo Prochaska devono essere identificati dal medico durante i suoi interventi di counselling antifumo e si possono enunciare nel modo seguente:

Motivazione	↔	{Stadio di precontemplazione {Stadio di contemplazione ↔ {ASK, ADVICE, ASSESS} {Stadio di determinazione
Decisione e Azione	↔	Stadio dell'azione ↔ {ASSIST}
Mantenimento	↔	Stadio del mantenimento ↔ {ARRANGE}

2.4 Il Counselling strutturato:

Il medico deve sempre essere pronto all'ascolto, a capire e a motivare il paziente. Deve inoltre individuare i fattori di rischio e *distinguere i fumatori in sei classi di appartenenza*:

→ pazienti a rischio semplice: sono i « fumatori sani » dove il fumo costituisce un unico fattore di rischio, nei quali potrà risultare sufficiente il « minimal advice » [28].

→ pazienti a rischio multiplo: sono i fumatori che presentano in anamnesi delle familiarità per patologie come l'ipertensione arteriosa, le neoplasie, le malattie respiratorie, il diabete, le dislipidemie. Questi pazienti necessitano un intervento più complesso che include un counselling strutturato e un'attenta valutazione dei fattori di rischio, e l'inizio di una eventuale NRT seguita da un inserimento in un GFT per eseguire una TCC (Terapia Cognitiva e Comportamentale). Questo tipo di approccio è di per sé più complesso e necessita una collaborazione fra medico di medicina generale (intervento terapeutico di I livello) e centro anti-fumo accreditato (intervento di II livello) [28, 35].

→ i pazienti con patologie come BPCO, asma, diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia oppure quelli che hanno una storia di infarto miocardico o ictus cerebrale, coloro che sono affetti da arteriopatia periferica o che presentano una macroangiopatia diabetica, necessitano sia di una terapia farmacologica che cognitiva e comportamentale, in aggiunta a un'attenta valutazione dei fattori di rischio e una cura delle patologie di base [28].

→ i fumatori difficili sono pazienti che hanno provato varie volte a smettere e che malgrado la loro motivazione non riescono a smettere, oppure coloro che sono riusciti a smettere per un periodo di tempo ma sono ricaduti. Rientrano anche i pazienti con patologie psichiatriche. Va notato che quasi tutti i pazienti psichiatrici sono affetti da dipendenza e sono forti fumatori. Essi fanno spesso uso di altre droghe associate e in alcuni casi fanno anche abuso di alcol. È ben noto l'effetto della nicotina sull'incremento del metabolismo basale. Motivo per il quale alla sospensione del fumo molti pazienti si lamentano di un aumento di peso variabile. Va notato anche l'effetto dei farmaci antipsicotici sulla dopamina che hanno lo stesso « target » della nicotina. Il paziente psicotico trattato farmacologicamente cerca la stessa cosa nel fumo, cioè raggiungere il suo livello di dopamina. In effetti la nicotina incrementa il metabolismo epatico dei farmaci. Nel fumatore i farmaci antipsicotici vengono metabolizzati ed eliminati più velocemente. Gli antidepressivi tricyclici raggiungono livelli plasmatici più bassi e possono richiedere dosaggi maggiori per raggiungere l'effetto terapeutico. L'azione sedativa delle benzodiazepine sono ridotte in chi fuma. La caffeina viene eliminata più velocemente e il suo effetto stimolante sul SNC è ridotto. Nei fumatori in terapia che assumono psicofarmaci occorre perciò porre maggiore attenzione ad un eventuale incremento delle concentrazioni di tali farmaci.

Nel caso dei pazienti affetti da dipendenze multiple, ad esempio l'alcolista fumatore, va trattato prima l'alcolismo e poi il tabagismo. Nel caso dell'eroinomane, fumatore di tabacco e affetto anche da dipendenza da alcol la situazione è ancora più complessa. In questo caso il paziente va sempre indirizzato verso un centro specializzato. Il servizio di psichiatria del policlinico «Gemelli» di Roma richiede che il medico curante prescriva una visita specialistica per farmacodipendenza specificandone il motivo (tabagismo o alcolismo). [22, 28, 35]

→ fumatori conviventi con soggetti esposti a rischio di fumo passivo: sono particolarmente a rischio i bambini e le donne in gravidanza, ma anche gli adulti asmatici e gli anziani affetti da BPCO o insufficienza respiratoria. Questi soggetti

presentano un aumento dell'incidenza delle infezioni del tratto respiratorio e un'augmentata incidenza dell'asma. Un asmatico non fumatore esposto al fumo di un parente presenta un rischio più alto di riacutizzazione durante l'anno con conseguente incremento del consumo di farmaci e un accesso maggiore in pronto soccorso che comporta quindi un aumento della spesa sanitaria. Inoltre, il rischio cardiovascolare dovuto al fumo di sigaretta sia attivo sia passivo non è un fenomeno lineare, ma ha un massimo di intensità alle basse dosi di esposizione [28, 32].

→ le donne in gravidanza vanno tutte esortate a smettere di fumare. Anche se la nicotina è controindicata in gravidanza è comunque chiaro che è meglio fare una NRT in una donna fumatrice in gravidanza (previo consenso informato) piuttosto che esporre il feto a circa 4000 sostanze tossiche [28].

Le raccomandazioni vengono suddivise in tre gruppi [28]:

→ *raccomandazioni molto forti* : eseguire con tutti i pazienti un « intervento clinico minimo », chiedendo se fumano e fornendo materiale scritto di supporto. Proporre una terapia farmacologica a tutti i pazienti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che presentano una forte dipendenza nicotinic.

→ *raccomandazioni abbastanza forti* : riportare in cartella la condizione di fumatore, non fumatore o ex-fumatore. Eseguire un test di Fagerström

→ *raccomandazioni deboli* : identificare i fumatori motivati a smettere. Fornire interventi motivanti. Valutare la motivazione dei pazienti che hanno ripreso il fumo. Eventualmente definire una data ravvicinata per smettere e prevedere dei contatti per il follow-up.

3. Dalla medicina di attesa alla medicina di opportunità e di iniziative

3.1 Definizione

La medicina di attesa consiste nel praticare la medicina in modo passivo, aspettando i pazienti nel proprio studio e procedendo con interventi terapeutici che rispondono ai bisogni immediati del paziente.

La medicina di opportunità permette di intraprendere delle azioni preventive individuali durante una visita medica nella quale il paziente si presenta per altri motivi. Semplici sintomi o segni correlati come dispnea, tosse, allergie, disfunzione erettile ma anche l'aggiustamento della terapia di un paziente con IMA o con BPCO riacutizzata sono occasioni per parlare del fumo.Cogliere l'occasione della visione degli esami di laboratori e quelli di routine, tale ECG, ecocolor doppler cardiaco, test da sforzo per enfatizzare l'importanza di smettere di fumare.

La medicina di iniziative consiste nella creazione di ambulatori dedicati nell'ambito dello studio di medicina generale per praticare degli interventi preventivi, educativi, di diagnosi precoce o di cura. Ad esempio, la creazione di un « ambulatorio dedicato per la cura del tabagismo » durante il quale il medico curante può dedicare più tempo in un giorno particolare della settimana ai suoi pazienti fumatori.

3.2 Dichiarare lo studio di medicina generale « senza fumo »

Il medico deve essere il primo a dare l'esempio. Se fuma, deve essere il primo a smettere di fumare ! Usare tutti i modi per informare i pazienti del danno da fumo.

Esporre dei cartelli di divieto, esporre dei poster antifumo sia nello studio sia in sala d'attesa, offrire degli opuscoli informativi, avere delle riviste di salute che trattano anche del fumo, fornire la sala d'attesa di una TV e usare dei filmati su DVD con programmi di prevenzione che trattano dei danni del fumo.

3.3 Valutare i fattori di rischio

Nei pazienti a « rischio semplice » e quelli a « rischio multiplo » bisogna valutare attentamente i fattori di rischio. Nell'ambulatorio del dottor Luigi Gatta, l'uso della cartella Millewin consente un'ottima gestione e valutazione dei pazienti con rischio multiplo. Essa offre in particolare una serie di test di valutazione e di archiviazione per poter seguire al meglio l'evoluzione nel tempo di questi fattori. A titolo d'esempio, si può eseguire un test di Fagerström e un questionario motivazionale ottenendone il calcolo e la registrazione immediata del punteggio.

La valutazione dello stato di depressione del paziente può essere effettuata con l'esecuzione di un test di Hammliton oppure un test di Zung per la depressione. La valutazione del livello di ansia può essere determinata dal test di Zung per l'ansia oppure il test dell'ansia sociale di Glass. Esiste anche una carta del rischio di BPCO. Per quanto riguarda la valutazione del rischio cardiovascolare, la carta del rischio cardiovascolare (www.cuore.iss.it) proposta nell'ambito del "progetto cuore", consente al medico una valutazione della probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare (IMA o ictus) nei 10 anni successivi, tenendo conto del sesso, dell'età compresa tra 40 e 69 anni, della glicemia (paziente diabetico o no), della pressione arteriosa sistolica e della colesterolemia del paziente. Non è utilizzabile nelle donne in gravidanza. Può essere usata solo in caso di valori pressori compresi fra 90 e 200 mmHg e ai soli pazienti con una colesterolemia compresa fra 130 e 320 mg/dl [28, Fig 4].

3.4 Valutare il danno da fumo

La BPCO è una patologia molto frequente nei fumatori. Essa viene spesso trascurata. Una *spirometria semplice* ne permette una diagnosi precoce ma anche un monitoraggio affidabile e poco costoso. Essa è di semplice realizzazione e consente una comunicazione quasi immediata del risultato. Il commento dei valori e delle possibilità di miglioramenti in caso di sospensione del fumo consente un miglioramento dell'aderenza dei fumatori ai messaggi mandati dal medico e rappresenta un valido intervento per motivarli alla cessazione [36].

Un altro esame veloce e poco costoso, realizzabile dal medico stesso, è la *misurazione del CO* che risulta molto alto nel fumatore (esso può raggiungere dei valori di 38 ppm o anche di più nel caso di forti fumatori) e permette di dimostrare il danno da fumo [Invernizzi 2006, counselling in Medicina Generale].

Infine, il « *six-minute walk test* » (test del cammino dei sei minuti) consente una misurazione rapida e poco costosa dello stato funzionale negli adulti anziani. Permette di valutare la distanza percorsa in sei minuti. Essa si riduce in presenza di BPCO, di insufficienza cardiaca, di artriti, di malattie neuromuscolari, ecc... Questo test permette quindi una buona valutazione della capacità fisica del paziente fumatore, anche se rimane aspecifico [37]. Mostrare ai fumatori dati concreti che dimostrano un'alterazione della loro capacità funzionale per mezzo di vari test permette di aumentare l'aderenza globale di tali pazienti.

3.5 Sport e Fumo

L'ambulatorio del dottor Gatta, a Bracciano, è dotato di una stanza per le visite medico-sportive nella quale viene eseguito ECG a riposo, ECG sotto sforzo e spirometria semplice. Con lo slogan "il movimento è vita", il dottor Gatta esorta tutti i suoi pazienti a fare un'attività fisica regolare per promuovere uno stato migliore di salute. È ora ben noto che lo sport viene consigliato in aggiunta alla terapia di disassuefazione da fumo di tabacco e costituisce un aiuto sostanziale per vincere le crisi di astinenza e per ridurre l'incidenza dell'aumento ponderale che si osserva dopo la cessazione. In effetti, l'attività fisica, oltre a migliorare lo stato del sistema immunitario, consente un aumento della ventilazione polmonare e di conseguenza un miglioramento dell'ossigenazione del sangue. Fare uno sport di combattimento come il karate o il kickboxing aiuta a lottare contro la propria dipendenza per mezzo del cambiamento dello stile di vita e dell'impostazione di nuovi valori mentali, aumentando motivazione e desiderio di vincere. Lo sport invita inoltre a non fumare, come recita il detto: *"Se lo sport fosse una medicina, sarebbe il farmaco più prescritto"*.

4. Proposta di una metodologia di studio

Lo studio di un medico massimalista comporta all'incirca 1500 pazienti. Perché la nostra ricerca sia significativa, avremmo avuto bisogno di effettuare uno studio trasversale in almeno 5 ambulatori di medicina generale. In media avremmo riscontrato 300 pazienti fumatori in ogni studio. Avremmo potuto raggiungere un totale di 7500 pazienti di cui circa 1500 fumatori. La difficoltà della raccolta dei dati è dovuta a una tenuta della cartella clinica informatica spesso inadeguata da parte dei medici. Molti medici lavorano ancora oggi senza nessuna cartella clinica, né informatica né cartacea. La cartella informatica usata varia da un medico all'altro. Spesso le cartelle risultano scarse in informazioni e dati sulla storia e lo stato dei pazienti.

Avremmo proposto uno studio che considera i seguenti dati: stato di fumatore o non fumatore, numero di terapie in corso (farmaci per la cura dell'asma, della BPCO anche riacutizzata, trattamento antipertensivo, trattamento con statine, ecc...), sesso e età. Avremmo anche considerato il numero di accessi in un anno di ogni paziente. Avremmo poi suddiviso i pazienti in varie fasce di età. I giovani e gli adulti da 5 a 24, da 25 a 44 e da 45 a 64 anni. Gli anziani da 65 a 84, da 85 a 104 e da 105 a 124 anni. Avremmo considerato le medie di ogni colonna per sesso (maschio e femmina) ma anche le medie e il rapporto maschi/femmine della popolazione totale e di quella fumatrice. Si prevede in tal modo di dimostrare la presenza di un consumo maggiore di farmaci e un numero superiore di accessi annui nei fumatori rispetto ai non fumatori.

5. Conclusione

Trattare il tabagismo costituisce una prevenzione efficace contro un insieme di gravi patologie oncologiche, respiratorie e cardiovascolari e incide notevolmente sulla riduzione della spesa sanitaria. Il ruolo del medico di Medicina Generale nella prevenzione primaria (adolescenti e adulti non fumatori) e in quella secondaria (adolescenti e adulti fumatori) rappresenta un'arma potente che andrebbe incentivata stimolando i medici di famiglia a farsi carico sistematicamente di questa patologia. Perciò il ruolo della formazione è fondamentale per acquisire competenze nell'ambito

della Medicina delle Dipendenze. Parimente si stanno sviluppando iniziative in campo accademico per fare in modo che la formazione in Tabaccologia venga inserita nei programmi curriculari per studenti di Medicina e specializzandi [31, 38].

Alcuni fattori negativi contrastano le azioni di controllo del tabacco da parte dei medici, in primis il loro consumo di tabacco. Il tabagismo tra i medici ha una prevalenza maggiore rispetto alla popolazione generale [38, 39]. E' necessario dunque sviluppare una nuova comprensione e una presa di coscienza dell'importanza del ruolo del medico di famiglia nella gestione dei pazienti fumatori. Il fumo va considerato come una vera e propria malattia anche da parte del SSN e deve essere trattato in tutti i casi: non c'è differenza tra fumatori leggeri e forti fumatori.

Tutti i medici di Medicina Generale dovrebbero essere incoraggiati dal SSN a dedicarsi alla cura del tabagismo. Altri fattori, come la paura di mettere a disagio i propri pazienti parlando dei danni del fumo, la paura di perdere i propri assistiti oppure la mancanza di fiducia nella riuscita e i dubbi sull'efficienza dei trattamenti disponibili, rappresentano barriere alla presa in carico dei pazienti fumatori, ma del tutto superabili con una adeguata preparazione [30, 40].

Figure

Figura 1

Il circuito della gratificazione. VTA = tegmento ventrale anteriore.

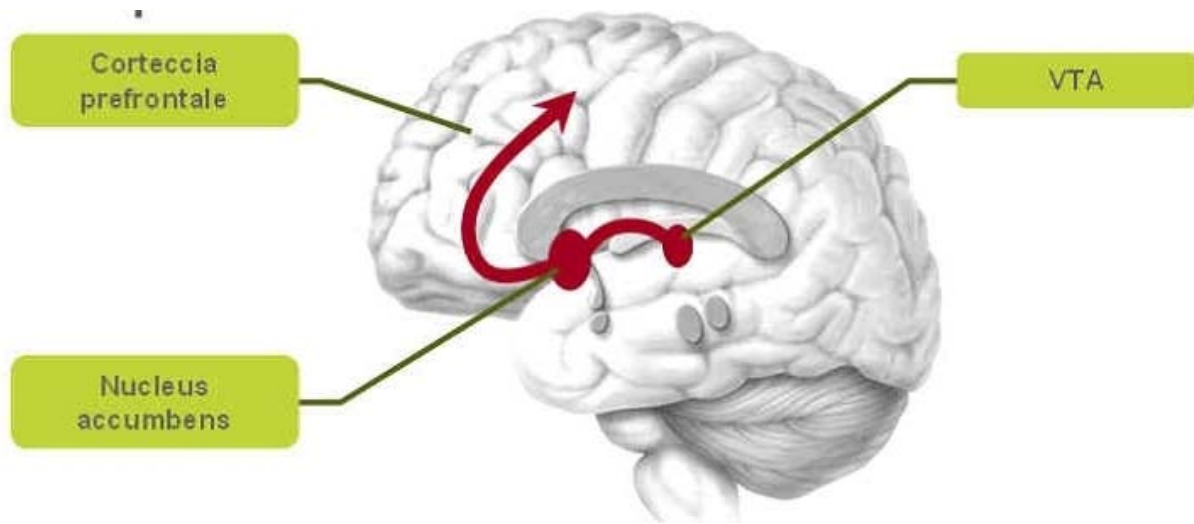


Figura 2

Stadi del cambiamento secondo il modello transteorico motivazionale di Prochaska e DiClemente.

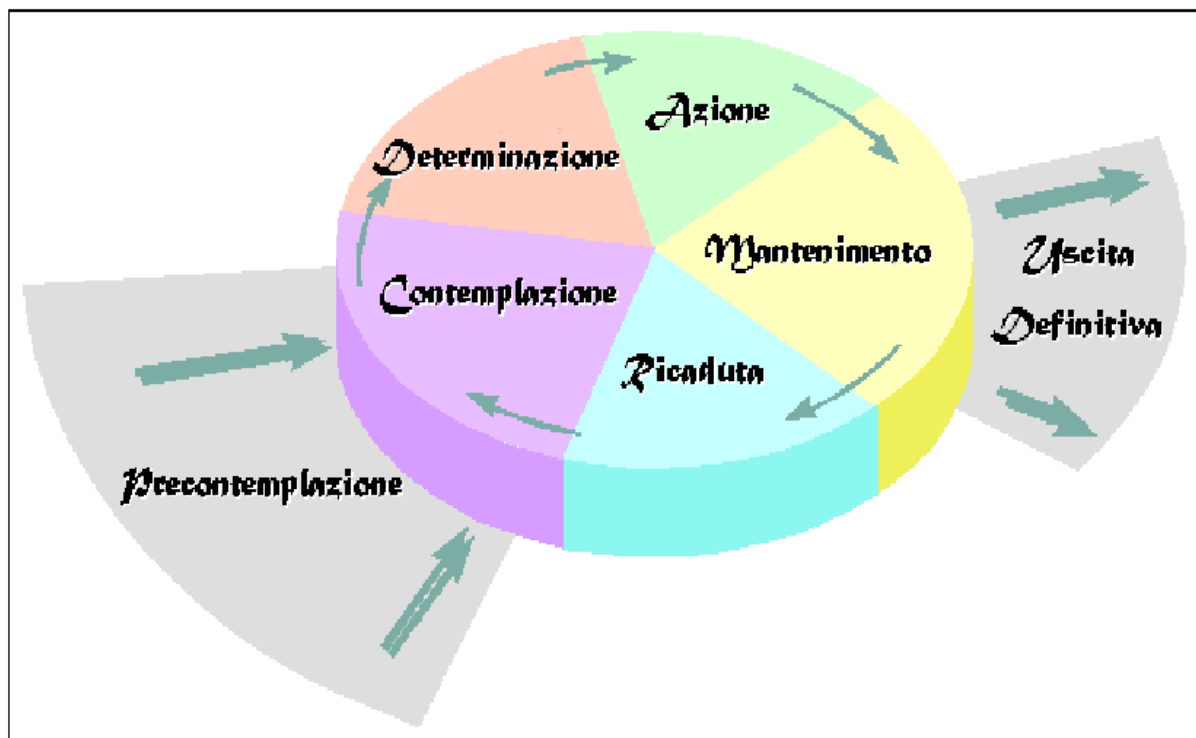


Figura 3: Zuccaro P e al. Ist Sup di Sanità. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (www.iss.it/ofad). Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Guida breve per la realizzazione degli interventi. Aggiornamento 2008. p10.

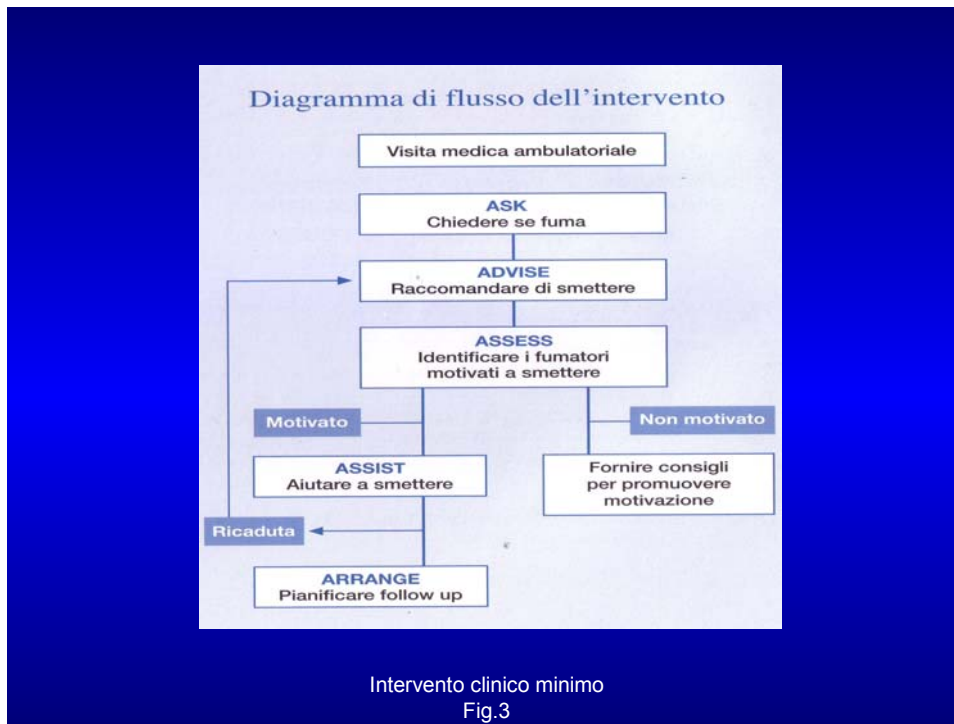
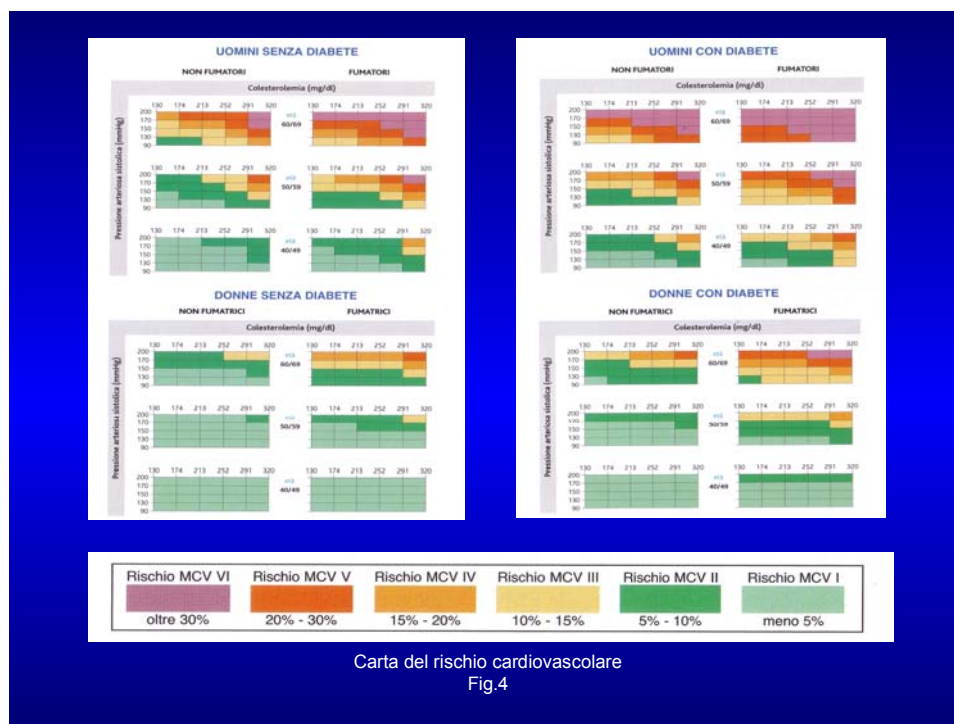


Figura 4: Zuccaro P e al. Ist Sup di Sanità. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (www.iss.it/ofad). Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Guida breve per la realizzazione degli interventi. Aggiornamento 2008. p34,35.



Tabelle

Tabella 1: Tabella di comparazione degli effetti di diverse sostanze. NIDA (National Institute of Drug Abuse), USA, 2000. Legenda: 1 = massima severità

SOSTANZA	Sindrome di astinenza	autorinforzo	tolleranza	dipendenza	intossicazione	TOTALE
eroina	2	2	1	2	2	9
alcol	1	3	3	4	1	12
<u>nicotina</u>	3	4	2	1	5	15
cocaina	4	1	4	3	3	15
caffeina	5	6	5	5	6	27
hashish	6	5	6	6	4	27

Tabella 2: Schema dell'azione della nicotina sui recettori nervosi secondo Fagerström. Mangiaracina G. La dipendenza da tabacco. Curare il fumo, manuale per smettere di fumare. Universale EDUP. 2005. Tab.2, p 48.

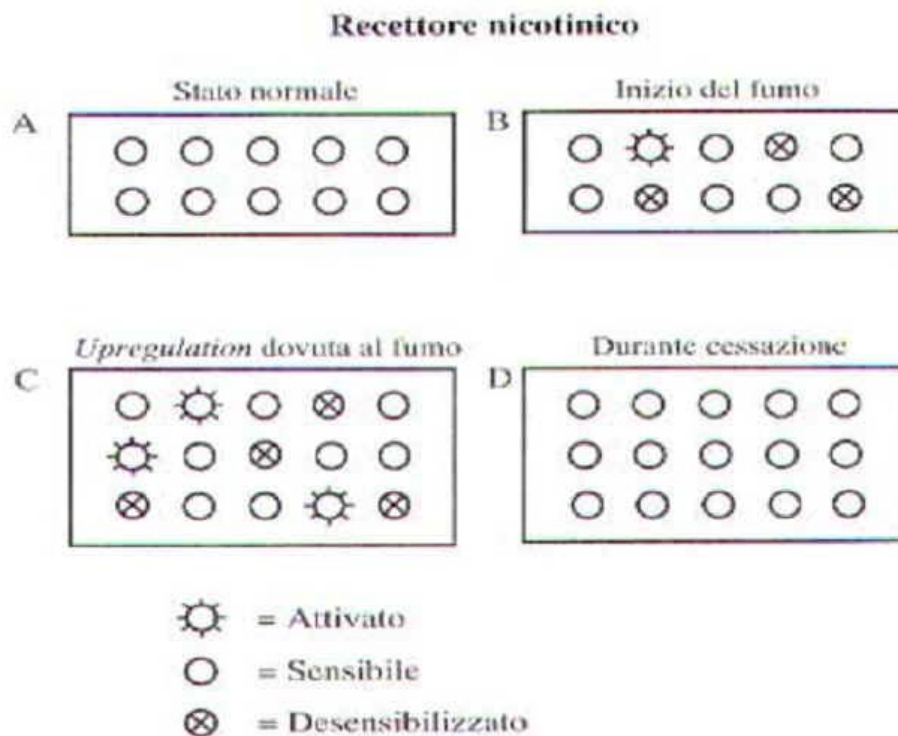


Tabella 3 : Test di Mondor.

GRADO DI MOTIVAZIONE (H. Mondor, Paris)	Punti	Punteggio
1. Ho deciso di presentarmi spontaneamente	2	
2. Ho già smesso di fumare per più di una settimana	1	
3. Attualmente non ho problemi sul lavoro	1	
4. Attualmente non ho problemi sul piano familiare	1	
5. Mi voglio liberare da questa schiavitù	2	
6. Pratico dello sport/ho intenzione di praticarlo	1	
7. Voglio raggiungere una forma fisica migliore	1	
8. Voglio curare il mio aspetto fisico	1	
9. Sono incinta/mia moglie è incinta	1	
10. Ho dei bambini piccoli	2	
11. Attualmente sono di buonumore	2	
12. Di solito porto a termine quello che intraprendo	1	
13. Sono di temperamento calmo e disteso	1	
14. Il mio peso è abitualmente stabile	1	
15. Voglio migliorare la qualità della mia vita	2	
Possibilità di successo : > 16 ottimo. 12-16 buone. 6-12 discrete. < 6 non è il momento	Totale	

Tabella 4 : Zuccaro P e al. Ist Sup di Sanità. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (www.iss.it/ofad). Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Guida breve per la realizzazione degli interventi. Aggiornamento 2008. p13.

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

Punteggio: 0-2 (dipendenza lieve). 3-4 (media). 5-6 (forte). 7-10 (molto forte)

Bibliografia

- [1] Anonymous. Cigarette smoking among adults-United States 1995. *Morb Mortal Weekly Resp.* 1995. 46:1217-20.
- [2] Jha P, Ranson MK, Nguyen SN, Yach D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. *Am J Public Health.* 2002. 92:1002-1006.
- [3] Tim Coleman, Mayur Lakhani, Andrew Wilson. Managing smoking cessation. Implementing new guidelines in primary care presents a challenge. *Education and debate. BMJ.* 1999. 318:138-139.
- [4] Società Italiana di Tabaccologia (SITAB). Il management del paziente fumatore. Indicazioni per medici di medicina generale. Via G. Scalia 39, 00136 Roma, tel.: 0639722649, Fax: 06233297645, 178-2215662, CF: 96403700584, e-mail presidenza: sitab.roma@tiscali.it, segreteria: sitab.milano@tiscali.it, internet: www.tabaccologia.org, 2005.
- [5] Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath JRC. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo. 1994.
- [6] OMS. Third action plan for a tobacco-free Europe 1997-2001. WHO. Sept. 1997.
- [7] Quaranta A. La pandemia da tabacco: “il tabacco costa di più di quello che pensi”. *Lotta contro la tubercolosi e le malattie polmonari sociali.* Anno LXV, N. 3. 1995.
- [8] Dautzenberg Bertrand. *Le petit livre pour arrêter de fumer.* FIRST Editions. 2007. Professeur de pneumologie au groupe hospitalier Pitié Salpêtrière à Paris. Office français de prévention du tabagisme. Association Paris sans tabac. Réseau européen des hôpitaux sans tabac. Alliance contre le tabac d'îles-de-France.
- [9] Cotran, Kumar, Collins. *Patologie ambientale e nutrizionale. Consumo di tabacco.* Robbins, le basi patologiche delle malattie, Piccin 6° edizione. 2000. p 475-476.
- [10] John B. West. *Trasporto dei gas alla periferia: emoglobina. Fisiologia della respirazione - l'essenziale - Piccin II Edizione.* 1991. p 68-72.
- [11] J. Wayne McFarland, Elman J. Folkenberg . *The Five-Day Plan to quit smoking.* www.uhs.wisc.edu/health-topics/tobacco/documents/Five_Day_Plan.pdf. 1964. p 1-17.
- [12] Ansel Oliver; assistant director for news, General Conference of Seventh-day Adventists. McFarland, *Adventist Whose Five-Day Plan Helped Millions Quit Smoking, Dies at 97.* *Adventist Review Online Edition.* April 14, 2011.
- [13] Mangiaracina G. *Dal Five-Day Plan al GFT. Curare il fumo, manuale per smettere di fumare.* Universale EDUP. 2005. p 62,63.
- [14] Pavlov IP. *Conditioned Reflexes.* Oxford University Press, 2nd Ed. Dover Publications Inc., New York. 1960.
- [15] Mangiaracina G. *Vecchie e nuove terapie del tabagismo. L'approccio psico-comportamentale nella cura del tabagismo.* *Tabaccologia.* 1/2009. Atti Convegno – Benevento. p 31-33.
- [16] Molimard Robert. *Arrêter de fumer. Lettre du président de la Société Française de Tabacologie.* Centre de Tabacologie Paul Guiraud – Villejuif. Mai 1999.
- [17] Benowitz NL. *Pharmacology of nicotine addiction and therapeutics.* *Annual Review of Pharmacology and Toxicology.* 1996. 36: 597-613.
- [18] Maria Luisa Pulito. *La persona tossicodipendente. Riflessioni ed analisi.* SERT di Santa Maria della Pietà. Editoriale Italiana 2000. Sert.mun19-20@asl-rme.it.
- [19] Mangiaracina G. *La dipendenza da tabacco. Curare il fumo, manuale per smettere di fumare.* Universale EDUP. 2005. p 43-56.
- [20] Hughes JR. *Tobacco withdrawal in self-quitters.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1992. 60: 689-697.
- [21] Hughes JR, Gust SW, Skoog K, Keenan R, Fenwick JW. *Symptoms of tobacco withdrawal: a replication and extension.* *Archives of General Psychiatry.* 1991. 48: 52-59.
- [22] SITAB, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”, Istituto di Psichiatria. *Corso di formazione per group trainer per il trattamento del tabagismo.* Savona, 12-14/11/2010.
- [23] Prochaska JO, DiClemente CC. *Stages and processes of self- change of smoking toward an integrative model of change.* *J of Consulting and Clinical Psychology.* 1983. 51:390-395.
- [24] DiClemente CC. *Gli stadi del cambiamento.* *Italian Psychiatric Journal.* 1997.
- [25] Mangiaracina G. *Il cambiamento. Approccio motivazionale e modello transteorico.* *Curare il fumo, manuale per smettere di fumare.* Universale EDUP. 2005. p 93-104.
- [26] Prof. Joseph Duchêne. *FUNDP – Namur. Département Sciences, Philosophie, Sociétés.* 61, rue de Bruxelles. B-5000 Namur. *Cours de philosophie. Année 1999-2000.* p 42,43.

- [27] Mangiaracina G. Le linee guida. Curare il fumo, manuale per smettere di fumare. Universale EDUP. 2005. p 75-80.
- [28] Zuccaro P e al. Ist Sup di Sanità. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (www.iss.it/ofad). Linee guida clin per promuov la cess dell'abitudine al fumo. Guida breve per la realizzazione degli interventi. Aggiornamento 2008. p1- 45.
- [29] Guerra C e al. Linea guida per la prevenzione e la cura del tabagismo in medicina generale. Regione Veneto. Azienda U.L.S.S. N.16-Padova. Serv Med Territoriale. Unità prev e cure del Tabagismo – SERT 1. Gennaio 2001; p1-15.
- [30] Berlin I. Sevrage tabagique: une mission cruciale pour les médecins généralistes. La revue du praticien. Médecine générale. Tome 22 N°805. 16 sept 2008. p 692,693.
- [31] Daver J e al. PESCE: General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe. Executive project summary. May 2008. p 1- 21.
- [32] Law M, Morris J, Wald N. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. BMJ. 1997. 315: 973-980.
- [33] Mangiaracina G. Comunicare con efficacia. Elementi di analisi transazionale. Curare il fumo, manuale per smettere di fumare. Universale EDUP. 2005. p 121-149.
- [34] Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18. 4:CD000165.
- [35] Laezza M. Il counselling medico per il paziente fumatore. Centro antifumo azienda USL Ferrara. 1993.
- [36] Van Schayck CP, D'Urzo, Invernizzi G, Román M, Ställberg B, Urbina C. Early detection of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): the role of spirometry as a diagnostic tool in primary care. Primary Care Respiratory Journal. 2003. 12:90-93.
- [37] Paul L Enright, MD; MA McBurnie, PhD; V Bitter, MD; Russell P Tracy, PhD; R McNamara, MD; A Arnold, PhD; Anne B Newman, MD. Il test del cammino dei 6 minuti. Una misura rapida dello stato funzionale negli adulti anziani. CHEST, ed italiana. 2003. 4: 28-39.
- [38] Daver J, Schroll B, Kordiolis N, Badellino F e al. GP empowerment project. Summary. 2000. P 1-108.
- [39] Mangiaracina G. Introduzione. Curare il fumo, manuale per smettere di fumare. Universale EDUP. 2005. p 20.
- [40] Brotons C, Björkelund C, Bulc M et al. Euro-prev network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med. 2005. 40: 595-601.