

Principi di terapia del tabagismo

Stefano Cademartori*, Giuseppina Rita Cristinziani^o, Francesca Mola^s

* Dirigente medico pneumologo ASL RMF di Roma

^o Dirigente medico cardiologo - Cardiologia Riabilitativa - A.C.O. S. Filippo Neri di Roma

^s Psicologa - Servizio di Psicologia P.O. Salus Infirmorum di Roma

Riassunto

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce, malattia ed handicap (OMS). Molti operatori sanitari, sociali e della comunicazione sono impegnati nella ricerca e proposizione di efficaci interventi antifumo. L'intervento di I livello è appannaggio del Medico di Medicina Generale che, grazie alla centralità del suo ruolo, ha la possibilità di incidere significativamente sulla sospensione del fumo di tabacco da parte di molti fumatori. L'intervento di II livello viene svolto dagli specialisti e dai centri anti-fumo ed è caratterizzato da un approccio integrato medico-farmacologico e psico-comportamentale.

Questo tipo di trattamento "multimodale" è la strategia più efficace nel favorire la cessazione del fumo di tabacco.

Summary

(Tobacco) Smoking is the main avoidable cause of death, handicap and diseases (WHO). Many health, social and information workers are involved in researching and proposing effective anti-smoking interventions. The 1st level of intervention is managed by the General Doctor who, given his central role, has the opportunity of inducing smokers to give up the use of tobacco. The 2nd level of intervention is developed by specialists and anti-smoking centers and is characterized by an integrated medical-pharmaceutical and psycho-comportamental approach; this kind of 'multiple' approach is the most effective strategy in inducing to quit (tobacco) smoking.

Parole chiave: Tabagismo, Centro antifumo, Terapia farmacologica, Terapia psico-comportamentale

Key words: Tobacco dependence, Anti-tobacco Centers, Pharmacotherapies, Psycho-comportamental intervention

Introduzione

L'organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il Fumo di Tabacco come "il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce, malattia e handicap".

Il fumo di sigaretta, miscela di oltre 4000 sostanze (molte delle quali hanno la capacità di danneggiare, con diversi meccanismi, organi e tessuti), ha un ruolo determinante nella genesi del tumore del polmone, della BPCO e di alcune patologie dell'interstizio polmonare, ma entra in modo altrettanto significativo nella patogenesi di malattie di molti organi o apparati: il fumo è in gioco nella genesi di malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, nel diabete, in alcune uro-nefropatie neoplastiche o non, in alcuni processi immunitari, in alcune emolinfopatie; si può stimare che un fumatore abituale abbia un'aspettativa di vita di circa 7,5 anni in meno rispetto ad un soggetto che non abbia mai fumato!

È certo che anche l'esposizione al fumo passivo determina danni a tutte le età: può provocare aumento dell'incidenza dell'asma, maggiore suscettibilità alle infezioni respiratorie e peggioramento di sintomi respiratori già esistenti.

Il ruolo dei danni da fumo in gravidanza è fin troppo noto, ma molte gestanti continuano a fumare nei nove mesi o riprendono subito dopo il parto, esponendo passivamente il neonato e facendo spesso da "modello" per un successivo accostamento al fumo del bambino divenuto ragazzo.

Da vari anni un crescente interesse per la prevenzione e la terapia del tabagismo hanno portato in Italia e nel mondo a creare un movimento culturale e operativo che coinvolge sempre più operatori sanitari, sociali e della comunicazione nella ricerca e proposizione di efficaci strategie antifumo.

Nel 2002 l'Istituto Superiore di Sanità, grazie anche alla collaborazione dei maggiori esperti italiani e ad una attenta valutazione dell'esperienza e della lette-

ratura internazionale, ha stilato le prime linee guida per la terapia del tabagismo rivolte ai medici di famiglia, agli specialisti più coinvolti ed ovviamente ai centri antifumo strutturati, censiti ed organizzati (al momento circa 350 in tutta Italia)¹.

Intervento di primo livello: ruolo del Medico di Medicina Generale nella strategia di lotta al tabagismo

Il ruolo di "combattente" contro questo flagello non può essere esclusiva dei centri specializzati per la disassuefazione dal fumo o di alcune categorie specialistiche, ma impone la consapevolezza da parte del Medico di Medicina Generale che per il proprio ruolo può essere realmente decisivo per la vittoria in questa difficile battaglia: un intervento sistematico, infatti, potrebbe far aumentare il numero delle cessazioni dal fumo a molte centinaia di migliaia l'anno.

Il Medico di Medicina Generale dovrebbe essere in grado di offrire ai suoi pazienti quello che si chiama comunemente il *minimal advise* o intervento clinico di minima, per porre in primo piano al paziente i danni da tabagismo, i benefici attesi da una sua sospensione, con la proposta di alcune strade per ottenere il risultato della "smoking cessation".

Dovrebbe poter offrire del materiale informativo, oggi facilmente reperibile nei numerosi siti internet di enti o associazioni scientifiche o istituzioni che si occupano della lotta al tabagismo (vedi anche nota in calce). Deve dare una grande importanza alla propria immagine: se possibile non deve fumare e, comunque, **mai** nel proprio studio!

Presso l'Ambulatorio devono comparire bene in vista le proibizioni al fumo, come peraltro impone la Legge.

Deve sempre raccogliere in cartella clinica notizie sulle abitudini tabagiche del paziente che ha di fronte. Deve avere una sufficiente conoscenza dei principi (modalità, durata del ciclo terapeutico, effetti collaterali e controindicazioni) delle terapie farmacologiche più in uso per il tabagismo.

Deve agire in modo da coinvolgere il paziente negli aspetti positivi della sospensione del fumo (riduzione del rischio per alcune malattie, migliore performance sportiva, miglioramento di alcuni inestetismi cutanei, specie nel sesso femminile), piuttosto che indulgere in previsioni catastrofiche per la salute e la vita del paziente, che spesso sortiscono effetti

opposti (reazione dello struzzo). La conoscenza e l'uso del Test di Fagerstroem potranno guidare il medico a selezionare i casi in cui, a seconda della dipendenza riscontrata, si potrà ritenere possibile un programma terapeutico di minima o decidere di inviare il paziente ai centri antifumo più vicini.

Facoltativamente si potrà avvalere dell'analizzatore del CO espirato.

Un intervento clinico di minima ben organizzato può portare ad un risultato di sospensione stabile compreso tra il 3 e il 5%!

Il Medico di Medicina Generale, quindi, se valorizzasse la fondamentale centralità del suo ruolo, in considerazione del fatto che i fumatori in Italia sono circa 15 milioni e che la resa terapeutica teorica è del 3%, potrebbe far smettere di fumare molte centinaia di migliaia di fumatori l'anno, ottenendo un **risultato quantitativo globale ben superiore** a quello che possono ottenere tutti i centri antifumo messi assieme!

Interventi di secondo livello: i centri e gli specialisti antifumo

Nel 1994 l'abitudine al fumo è stata classificata dall'Associazione Americana di Psichiatria tra le malattie da dipendenza cronica e recidivante di sostanze da abuso (DSM-IV) ed è stata inserita nella classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). La dipendenza da nicotina ha due aspetti fondamentali: uno psicologico - comportamentale e uno farmacologico. All'inizio può prevalere la **componente psicologica**, ma ben presto il fumatore sviluppa ciò che che gli studi neurobiologici moderni ormai definiscono con chiarezza: **tolleranza e dipendenza**, in gran parte dovute allo stretto e continuo rapporto dell'organismo con la nicotina.

Questo modo nuovo di considerare "l'abitudine" tabagica ha fatto sì che in molte strutture sanitarie italiane, nel corso degli ultimi anni, singoli operatori o associazioni si occupassero della prevenzione e della cura del tabagismo. Oggi i Centri antifumo sono una realtà presente un po' dovunque sul territorio nazionale e bisogna ricordare che gli pneumologi sono stati sicuramente tra i primi ad affrontare organizzativamente il problema.

I Centri Antifumo sono spesso strutturati come ambulatori multidisciplinari, frequentemente sono situati presso UO di Pneumologia sia ospedaliere che

territoriali, spesso presso i SERT, talvolta presso UO di Cardiologia, di Medicina, alcune volte anche presso altre strutture sanitarie o sociali private.

Lo scopo che si prefiggono i Centri è quello di promuovere un'attività clinica nei confronti dei fumatori per promuovere la cessazione dell'abitudine tabagica; coesistono attività di prevenzione, di educazione e di formazione².

Nei Centri operano diverse figure professionali (medico, psicologo, infermiere) che collaborano nell'elaborazione e attuazione di un programma di disassuefazione dal fumo, inteso come comportamento acquisito nel tempo e che risponde a più funzioni: abitudine, piacere, assicurazione, risposta a bisogni psicologici, dipendenza fisica. Chi smette di fumare, infatti, sperimenta sia la perdita degli effetti piacevoli psicoattivi sia la comparsa dei **disturbi dell'astinenza**; questo avviene entro poche ore dalla cessazione del fumo, raggiunge la massima intensità dopo 24-48 ore e dura per circa 4-8 settimane in media.

Gli approcci diagnostico-terapeutici alla disassuefazione dal fumo di tabacco sono riconducibili a due tipologie d'intervento: uno medico-farmacologico e uno psico-socio-educativo: **l'integrazione tra i due interventi in un trattamento unificato di tipo "multimodale" risulta essere la strategia più efficace!**^{4, 5, 6, 7}.

Il trattamento farmacologico

Da molti anni trovano spazio nella terapia antifumo alcuni farmaci⁸.

Bisogna tuttavia fare alcune premesse: **non esiste una terapia in grado di far smettere di fumare**; esistono medicinali che, in un modo o nell'altro, possono aiutare il principale attore di questa vicenda, rendendogli più tollerabili i sintomi del distacco: **è il fumatore che decide di smettere!**

Possiamo suddividere le principali terapie in:

- terapie sostitutive;
- terapie modulanti il rilascio di mediatori chimici del SNC;
- altre terapie coadiuvanti.

Terapia sostitutiva

La terapia sostitutiva è costituita dai cosiddetti **farmaci NRT** (Nicotine replacement therapy), sostanzialmente rappresentati da gomme, cerotti, spray

nasali, inalatori a forma di bocchino, minitabs che immettono dosi note di nicotina. Tali dosi possono avere **breve durata** in circolo o avere **lunga durata** per essere immesse gradualmente (cerotti). Bisogna, quindi, dare corretta informazione al paziente sulla posologia da seguire (parecchie somministrazioni al giorno per i nicotinici a breve durata o una dose al giorno di cerotto a lunga durata, di cui si modulerà opportunamente il dosaggio, in rapporto alla gravità della dipendenza e alla fase del ciclo terapeutico); bisogna comunque programmare un tempo concordato per la sospensione del fumo.

Tale terapia, pur avendo le caratteristiche di un trattamento semplice e utilizzabile con elementari indicazioni, presenta vari problemi. Essa richiede innanzitutto corrette indicazioni sulla posologia; inoltre, non dimenticando che i sintomi di astinenza saranno presenti per mesi, la terapia andrà protratta per un lungo periodo.

È la terapia che più spesso viene affidata alla gestione individuale o all'automedicazione del paziente e, pertanto, più fallace.

Sarebbe opportuno che il sanitario, che segue il fumatore in questa fase delicata, desse al paziente appuntamenti cadenzati e programmati in modo da far sentire la propria presenza e mantenere un rapporto fattivo con il fumatore che vuole smettere. Ovviamente tale terapia può trovare spazio anche in un programma di terapia integrata con counselling individuale o di gruppo strutturati.

Gli NRT possono essere associati a Bupropione e Vareniclina.

La Nicotina ha **effetti collaterali e controindicazioni** che vanno conosciute: importanti soprattutto gli effetti sulla frequenza cardiaca, sull'eccitabilità miocardica, sul ritmo e sulla pressione arteriosa sistemica; sul SNC provoca uno stimolo dose-dipendente e può causare disturbi gastrointestinali quale nausea, vomito e dolori gastrici. È assolutamente controindicata in gravidanza per possibili interferenze sul SNC del feto.

La resa terapeutica a distanza di un anno è comunque bassa; sicuramente il numero dei fumatori che smette stabilmente di fumare con questo unico presidio non è superiore al 10%.

Terapie modulanti il rilascio di mediatori chimici del SNC

Al giorno d'oggi sono rappresentate dal *Bupropione* e dalla *Vareniclina*.

Il Bupropione

Da molti anni è usato quale coadiuvante nei programmi di disassuefazione al fumo: già in uso quale antidepressivo, agisce in particolare su specifici centri nervosi (nucleus accumbens, situato a livello del pavimento e parete caudale del tratto anteriore del ventricolo laterale, nei pressi del setto pellucido), ove sembra sostanzarsi il massimo dello stimolo della nicotina.

In tale sede, infatti, sembra estrinsecarsi l'effetto farmacologico principale della nicotina, che stimola specifici recettori acetilcolinergici (nACHrS). Benché la nicotina attivi direttamente i recettori, da tale stimolo deriva un complesso di effetti indiretti su altri recettori attivi sul sistema dopaminergico e adrenergico, direttamente coinvolti nella determinazione delle sensazioni di piacere, di gratificazione di stimolo, di potenziamento cognitivo, che determinano in sostanza la dipendenza, ovvero la difficoltà reale a smettere di fumare, se vogliamo semplicisticamente attribuirli a cause biochimiche. L'azione della nicotina sul metabolismo e sulla lipolisi sembra mediata a livello più periferico.

La nicotina stimola anche una proliferazione ed una up-regulation dei suddetti recettori che pertanto, quando cessa lo stimolo nicotinico, hanno bisogno di un certo tempo (settimane o mesi) per un riadattamento.

Il meccanismo di azione del Bupropione non è del tutto conosciuto; tuttavia esso sembra avere una attività di modulazione dell'acquisizione di dopamina e noradrenalina da parte del sistema nervoso con relativo intervento neurofarmacologico nei meccanismi di dipendenza e astinenza.

In un certo numero di casi, in effetti, il fumatore che smette con il bupropione avverte come meno intensi i sintomi di astinenza, particolarmente vivi nei primi giorni, ma presenti anche per vari mesi. Per questo motivo **la terapia va continuata alle dosi suggerite (300 mg/die) per circa due mesi o più**. Nei fallimenti o nelle ricadute sono previsti nuovi cicli terapeutici completi.

Gli **effetti collaterali** più descritti sono insonnia, disturbi gastroenterici, raramente rash cutanei. Il farmaco non va somministrato in gravidanza, va prescritto da un medico esperto e la somministrazione va preceduta da una accurata anamnesi, mirata a conoscere eventuali precedenti di convulsioni, epilessia, traumi cranici, vasculopatie o neoplasie cerebrali: in tali casi è da proscrivere in quanto epilettogeno!

Le casistiche indicano che, nella terapia farmacologica con bupropione non supportata da counselling, la percentuale di astinenti ad un anno non supera, anzi spesso è inferiore, al 20%.

La Vareniclina

Vareniclina è un farmaco appositamente sviluppato per la disassuefazione dal fumo di tabacco. La sua sintesi è da inserire all'interno di un progetto di ricerca, volto ad approfondire le caratteristiche del composto naturale (-) *citisina*, alcaloide contenuto in varie piante della famiglia delle leguminose, dotato di attività agonista parziale a livello dei *recettori nicotinici $\alpha4\beta2$* , ma di rischioso uso clinico per l'elevata tossicità intrinseca⁹.

Vareniclina è un agonista parziale del *recettore nicotinico* dell'acetilcolina *$\alpha4\beta2$* . Con il termine "agonista parziale" si definisce quella sostanza che, in funzione della concentrazione di neurotrasmettitore endogeno, è in grado di comportarsi sia come agonista (mimando l'azione del neurotrasmettitore naturale) sia come antagonista (annullando l'azione del neurotrasmettitore naturale).

Fisiologicamente, quando la nicotina stimola i recettori colinergici *$\alpha4\beta2$* a livello dell'area ventrale-tegmentale dell'encefalo, si ha liberazione di dopamina a valle con conseguente innesco di fenomeni neuropsicologici di tipo edonistico e di benessere, che sostengono la dipendenza.

In base a numerose evidenze sperimentali è ipotizzabile che *Vareniclina*, in quanto *agonista recettoriale parziale*, determini un rilascio di dopamina ridotto rispetto alla nicotina, consentendo il controllo dei sintomi da sospensione e del craving (desiderio impellente di fumare). L'effetto *antagonista* nei confronti della nicotina potrebbe avere un ruolo anche nel ridurre il piacere che si prova nel fumare, prevenendo così le ricadute.

Vareniclina viene eliminata principalmente in forma immodificata attraverso l'emuntorio renale (92%). La sua farmacocinetica risulta inalterata in caso di lieve insufficienza renale, mentre nei casi di insufficienza renale moderata o grave è necessario un adeguamento posologico. Attualmente il suo uso terapeutico è riservato ai soli adulti (età ≥ 18 anni).

Riguardo ai risultati clinici di questo farmaco, un primo studio clinico RCT di Gonzales et al.¹⁰, condotto presso 19 Centri specializzati per la disassuefazione dal fumo di tabacco, sono stati valutati gli effetti versus placebo e bupropione. Il trattamento

con vareniclina ha determinato un tasso di astensione dopo 12 settimane di trattamento pari al 44%, con superiorità statisticamente significativa sia vs. placebo ($p < 0.001$) sia vs. bupropione ($p < 0.001$). A 24 settimane il tasso scendeva a 29.5%, ancora con superiorità statisticamente significativa di vareniclina rispetto a placebo (10.5%, $p < 0.001$) e a bupropione (20.7%, $p = 0.007$). Al termine del trattamento (52 settimane), il tasso di astensione dal fumo è risultato più elevato con vareniclina (21%) e statisticamente significativo rispetto al placebo (8.4%, $p < 0.001$), ma non rispetto a bupropione (16.1%, $p = 0.57$). Anche altri studi clinici randomizzati hanno confermato analoga efficacia di vareniclina nella disassuefazione dal fumo di tabacco¹¹.

Circa il profilo di tollerabilità, vareniclina risulta ben tollerata. L'effetto collaterale con maggior incidenza è la nausea, peraltro di entità lieve-moderata e con tendenza all'attenuazione col progredire del trattamento. Soltanto il 2.6% dei pazienti trattati ha sospeso il farmaco per nausea; relativamente ad effetti collaterali maggiori, i 2 maggiori studi clinici riportano casi singoli di fibrillazione atriale, dolore toracico, aggiramento delle vertigini ed incremento della pressione arteriosa.

Altre terapie

Accanto ai farmaci di prima linea per la disassuefazione dal fumo di tabacco, stanno emergendo altri possibili trattamenti, che hanno come target la modulazione di quei sistemi di neurotrasmettitori (glutamato, norepinefrina, serotonina, acido γ aminobutirrico, oppioidi ed endocannabinoidi) che influenzano l'attività della dopamina, sostanza principalmente coinvolta nella dipendenza da nicotina¹². La *clonidina*, un α_2 agonista noradrenergico, riduce il rilascio di dopamina. Comunemente usata come farmaco antiipertensivo, migliora i sintomi da astinenza, ma può dare effetti avversi come l'ipotensione ortostatica e la depressione, che ne limitano il suo uso.

La *nortriptilina* è un inibitore del reuptake della noradrenalina e della serotonina. Si presume che agisca riducendo i sintomi di astinenza e determinando un effetto ansiolitico. Tuttavia per i suoi numerosi effetti collaterali, va somministrata con cautela nei soggetti con patologie cardiache, epatiche, epilessia e psicosi. Pertanto è un farmaco di seconda linea per la cessazione del fumo.

Molto promettenti sono gli *inibitori del metaboli-*

sma nicotinic in fase di studio.

Il *rimonabant*, un *antagonista selettivo dei cannabinoidi*, blocca il rilascio di dopamina nel nucleus accumbens; sembra che esso sia efficace non solo per la cessazione del fumo, ma che possa aiutare a mantenere l'astensione dalla nicotina. Inoltre, ha la proprietà di favorire il calo ponderale e tale effetto risulterebbe un'attrattiva in più per coloro che stanno tentando di smettere di fumare.

Attualmente sono in fase di sperimentazione 3 *vac-cini* che, sequestrando la nicotina nel sangue, prevenirebbero la sua penetrazione all'interno del sistema nervoso centrale.

Interventi psico-comportamentali

Dal 1986 la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) promuove con successo, su tutto il territorio nazionale, **Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo (GDF)** di tabacco, rivolti a coloro che, per poter uscire dalla dipendenza dal fumo, hanno bisogno di un sostegno psicologico oltre a quello farmacologico^{13,2}. Si tratta, infatti, di gruppi che riuniscono circa 12-15 fumatori e sono generalmente condotti da uno psicologo o da un medico specializzato nelle dinamiche di gruppo. La durata iniziale è di circa due mesi, articolati in nove incontri. Nei primi tre/quattro incontri i fumatori imparano a rendersi consapevoli dell'atto del fumare, ricevendo informazioni sugli effetti nocivi del fumo e sui benefici conseguenti alla cessazione, così da incrementarne la motivazione a smettere. Contemporaneamente vengono invitati a diminuire progressivamente il numero di sigarette fumate, fino alla loro completa sospensione. Lo psicologo, infatti, nel quarto/quinto incontro stipula un contratto terapeutico con tutti i partecipanti, chiedendo loro di smettere di fumare subito e di rimuovere da casa ogni stimolo ambientale associato al fumo, come, ad esempio, posacenere, fiammiferi e accendini. In seguito, il conduttore del gruppo inizia a lavorare per incrementare le abilità dei soggetti nel gestire le situazioni problematiche, chiedendo a ciascuno di anticipare le situazioni che avrebbero potuto essere di stimolo al fumo e discutendo strategie alternative per affrontare tali situazioni. Il conduttore del gruppo inizia inoltre ad insegnare ai soggetti le tecniche di rilassamento, in modo tale che possano utilizzarle per fronteggiare meglio i sintomi dell'astinenza da

nicotina e le situazioni ansiogene che potrebbero favorire una ricaduta. Nelle sedute seguenti, prosegue il lavoro di analisi comportamentale delle situazioni temute: in particolare, si cerca di valutare e discutere i piani di azione di fronte alle situazioni paventate, suggerendo strategie alternative di coping. Con i progressi del gruppo, lo psicologo cerca di svolgere un ruolo meno attivo e di intervenire soltanto occasionalmente, in modo da facilitare lo sviluppo di un senso di maggiore efficacia personale all'interno del gruppo. Dopo il nono ed ultimo incontro, i GDF continuano ad essere seguiti telefonicamente, per un intero anno, e, a scadenza prestabilita, vengono invitati a presentarsi al Centro per la misurazione del CO espirato.

Un'altra componente essenziale dei Programmi di Disassuefazione, è costituita dal **Counseling**. Esso consiste nell'uso professionale e regolato da principi di una relazione, nell'ambito della quale l'utente è aiutato a raggiungere una migliore conoscenza di sé, ad accettare i propri problemi emotivi e a portare avanti la crescita e lo sviluppo delle proprie risorse personali. Tale intervento può variare sia rispetto alla specifica identità dell'intervento stesso (dal breve consiglio all'orientamento, fino ad una sessione formale di psicoterapia) sia riguardo agli obiettivi che si propone (dalla prevenzione al cambiamento). Anche in questo ambito l'approccio prevalentemente utilizzato per la cessazione del fumo è di tipo cognitivo-comportamentale¹⁴. La comunicazione interpersonale, di conseguenza, assume caratteristiche sia della relazione di aiuto sia di un intervento pragmatico sul processo decisionale e di problem solving. Tutti i contenuti dei programmi di Counseling individuale, utilizzati nei Programmi Individuali, sono applicabili in quelli di Gruppo, nei quali si aggiungono alcune caratteristiche specifiche quali: l'ambiente di incoraggiamento e condivisione degli sforzi, l'appoggio solidale e reciproco dei membri, la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori e la presenza di ex-fumatori come rinforzo positivo.

Attraverso numerosi studi condotti dalla SITAB (Società Italiana di Tabaccologia) sui GDT e sui gruppi di Counseling basati su tecniche cognitive comportamentali, si è constatato che 410 pazienti su 963 partecipanti all'analisi, non avevano ripreso l'assunzione di nicotina, il che equivale ad una per-

centuale pari al 42,6% dell'intero campione esaminato. Tali risultati suffragano l'opinione comune che il trattamento comportamentale sia uno degli interventi più efficaci per smettere di fumare, come emerso in varie meta-analisi della letteratura e come recentemente confermato da una serie di rassegne sistematiche, a cura del Cochrane Tobacco Addiction Review Group, sull'efficacia degli interventi non farmacologici per la disassuefazione da nicotina^{15, 16}.

Conclusioni

La terapia del tabagismo diviene sempre più una necessità e una richiesta che noi medici ci vediamo rivolgere: si tratta di una prestazione che richiede competenza, conoscenza dei farmaci e dei metodi, rigorosa valutazione e conoscenza dei limiti che ancora, purtroppo, abbiamo. Anche in un programma strutturato e perfetto di intervento integrato psico-farmacologico, infatti, abbiamo risultati ad un anno non superiori al 40% di astinenti, risultati tuttavia pochi anni fa impensabili.

Il nostro impegno deve essere quello di coinvolgere quanti più pazienti possibile e di offrire quanto abbiamo imparato sul campo e sui libri: con cortesia, senza saccenza, minacce o visioni terrorizzanti. La frase "tanto non ci riesco", che il fumatore pronuncia quasi sempre all'inizio di un trattamento, spesso scaramantica, trasformata in "ci sono riuscito", diventa per noi e per i nostri pazienti una soddisfazione che non ha prezzo; non abbiamo mandato la vita in... fumo!

Riferimenti istituzionali

Osservatorio Fumo, Alcool e Droga I.S.S., n° verde 800554088

- www.gea2000.org
- www.pneumologiospedalieri.it
- www.fumo.it
- www.nonfumatori.it
- www.tuttiliberi.it
- www.legatumori.it
- www.tabaccologia.org

Info-line tabagismo: 800.99.88.77, Lega italiana per la lotta contro i tumori.

Bibliografia

1. Mangiaracina G., La terapia del tabagismo, la storia i metodi. Tabagismo: clinica e prevenzione. Edizioni Regione toscana, sett. 2002.
2. Mangiaracina G., Curare il fumo. Edizioni EDUP, Agosto 2003.
3. Nardini S., Donner C.F. L'epidemia di fumo in Italia. Ediaipo, maggio 2000.
4. Fagerstroem KO, Measuring degree of physical dependance to tabacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978; 3: 235-241.
5. Fiore M.C. et al. Treating tobacco use and dependance Dept. of health and human service. AHRQ publication, Giugno 2000.
6. Istituto Superiore di Sanità, Linee guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002.
7. Istituto Superiore di Sanità, Smettere di fumare, guida pratica da leggere, compilare, personalizzare. 2003.
8. Raw M, Mac Neill A., West R. Smoking cessation, guidelines for health professional, *Thorax*, 53 (suppl. 5, part 1) 1998, S1-S19.
9. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, Reeves KR. Smoking cessation with varenicline, a selective $\alpha_4\beta_2$ nicotinic receptor partial agonist: results from a 7- week, randomized, placebo and bupropion-controlled trial with 1- year follow-up. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166: 1561-8.
10. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Gong J, Williams KE, Reeves KR. Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an $\alpha_4\beta_2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 47-55.
11. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR. Varenicline Phase 3 study Group. Efficacy of varenicline, an $\alpha_4\beta_2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized trial. *JAMA*. 2006; 296: 56-63.
12. Siu EC, Tendale RF. Non-nicotinic therapies for smoking cessation. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.* 2007; 47: 541-64.
13. Mangiaracina G. Uscire dal fumo. Firenze: Edizioni ADV, 1992.
14. Garety PA, Freeman D. Cognitive approaches: a critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol*, 1999; 38 (Part 2): 113-54.
15. Silagy C. Physician Advice for smoking cessation (Cochrane Review).
16. The Cochrane Library Issue 2 (2000) Oxford: Update Software, 2001.



Nomi commerciali dei farmaci coadiuvanti la terapia del tabagismo, presenti in Italia

1) Presidi per la terapia NRT (nicotine replacement therapy), sostitutiva.

NICORETTE: a) inalatori
b) gomme
c) cerotti (triplice dosaggio)

NICOTINELL: pastiglie e cerotti (triplice dosaggio)

NIQUITIN: pastiglie e cerotti alla nicotina

2) Presidi attivi sul sistema nervoso centrale e sui recettori nicotinici

VARENICLINA:

CHAMPIX: confezione inizio terapia
confezione mantenimento

BUPROPIONE:

ZYBAN: compresse
WELLBUTRIN: compresse
ELONTRIL: compresse

N.B.: In Italia non sono in commercio gli spray nasali alla nicotina

– TABELLA FUORI TESTO A CURA DELLA REDAZIONE –