

I Centri Antifumo in Italia e il Progetto 6elle

Smoking Cessation Centers in Italy and the 6elle Project

Francesco Pistelli¹, Valentina Bessi¹, Laura Carrozzi^{1,2}

¹ *UO Pneumologia Universitaria, Dipartimento Cardiotoraco vascolare, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa.*

² *Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa, Pisa.*

Corrispondenza: Francesco Pistelli **e-mail:** f.pistelli@ao-pisa.toscana.it

Riassunto: Fumare tabacco si configura spesso come una dipendenza patologica, cronica e recidivante, che è causata dalla nicotina (tabagismo). Favorire la cessazione del fumo dovrebbe essere parte integrante dell'approccio clinico di ogni medico o altro operatore sanitario nell'ambito della sua pratica professionale quotidiana. Le linee guida basate sull'evidenza scientifica raccomandano interventi di I e II livello per la cessazione del fumo, efficaci e con ottimo rapporto costo/benefico. Il Pediatra si trova in una posizione privilegiata per poter svolgere azioni volte a favorire la cessazione del fumo in soggetti fumatori adulti, perché questi in virtù della stretta relazione con i pazienti pediatrici, possono essere più motivati ad intraprendere un tentativo di cessazione del fumo. Questo articolo descrive brevemente la storia e le caratteristiche operative della rete dei centri antifumo in Italia, come strutture di servizio per svolgere interventi di II livello, e descrive inoltre il progetto 6elle, che propone un modello per svolgere interventi individuali di I livello per la cessazione del fumo, facilmente applicabile nella pratica clinica e basato sull'uso di semplici strumenti operativi, accessibili attraverso un sito web dedicato e applicabili seguendo una procedura modulare.

Parole chiave: servizi per smettere di fumare, centri antifumo, cessazione del fumo, dipendenza da tabacco, fumo di tabacco.

Summary: Tobacco smoking is often a pathological, chronic and relapsing addiction, which is caused by nicotine (tobacco dependence). Promoting smoking cessation should be integral part of the clinical approach of any physician or other healthcare professional in their daily professional practice. The guidelines based on scientific evidence recommend interventions of first and second level for smoking cessation, effective and with an excellent cost/benefit ratio. The Pediatrician is in a privileged position to carry out actions aimed at promoting smoking cessation in adult smokers, as they may be in close relationship with his/her pediatric patients and therefore more motivated to undertake a smoking cessation attempt. This article briefly describes the history and operational characteristics of the network of the anti-smoking centers in Italy, as service facilities for carrying out second level interventions, and also describes the 6elle project, which proposes a model for carrying out first level individual interventions for smoking cessation, easily applicable in clinical practice and based on the use of simple operational tools, accessible through a dedicated website and applicable following a modular procedure.

Keywords: smoking cessation services, antismoking centers, smoking cessation, tobacco dependence, tobacco smoking.

INTRODUZIONE

Fumare tabacco quotidianamente, in modo persistente e a lungo termine, e trovare difficoltà a smettere è una condizione medica definita come dipendenza da tabacco; solo eccezionalmente fumare tabacco è dovuto solamente a una libera scelta del fumatore relativa allo stile di vita, come accade ad esempio nei fumatori occasionali [1].

La nicotina è la sostanza contenuta nel tabacco che ne causa dipendenza, attraverso meccanismi farmacologici e comportamentali simili a quelli che determinano la dipendenza da droghe come l'eroina e la cocaina [2]. Le caratteristiche cliniche della dipendenza da tabacco sono quelle di una patologia cronica e recidivante [3]. Non tutti i consumatori di tabacco (cioè, i tabagisti) presentano la stessa evoluzione nel tempo della dipendenza da tabacco, che può variare a seconda dell'intensità, della durata e del tipo di prodotto del tabacco utilizzato, e

della suscettibilità individuale. Molti fumatori, infatti, non riescono a smettere di fumare nonostante ripetuti tentativi (spesso anche perché non sono mai stati medicalmente assistiti a farlo), una minoranza riesce a smettere definitivamente al primo tentativo di cessazione del fumo, mentre la maggioranza persiste a fumare per molti anni, attraversando diversi periodi di astinenza e ricaduta.

Favorire la cessazione del fumo dovrebbe essere parte integrante dell'approccio clinico di ogni medico o altro operatore sanitario nell'ambito della sua pratica professionale quotidiana. Pensare in termini di dipendenza da tabacco, invece che di abitudine o vizio del fumo, può aiutare i sanitari a considerare il fumatore come un paziente che necessita di un trattamento ed intervento specifico e l'ex-fumatore come un paziente con una malattia cronica che deve essere monitorato nel tempo [4]. Un professionista della salute ha il dovere di avviare un percorso di disassuefazione dal tabacco in ogni fumatore [1]. I destinatari di questo intervento dovrebbero essere non solo i pazienti fumatori ma anche i loro familiari o *caregiver*, che spesso accompagnano i pazienti stessi alle visite mediche. Infatti, nel caso questi siano fumatori, possono sia essere la causa di un danno alla salute dei pazienti con cui si trovano in relazione (esponendoli al loro fumo di seconda o terza mano), sia svolgere un ruolo diseducativo, mentre potrebbero al contrario essere un esempio costruttivo, smettendo di fumare essi stessi.

In un'ottica d'interventi mirati nella pratica clinica, il Pediatra si trova in una posizione privilegiata per svolgere azioni volte a favorire la cessazione del fumo in soggetti fumatori adulti, che siano genitori, familiari o *caregiver* dei suoi pazienti pediatrici. Questi fumatori adulti possono infatti trovarsi più spesso in una condizione di maggiore disponibilità ad intraprendere un tentativo di cessazione del fumo in virtù del senso di responsabilità verso i bambini. Inoltre, il successo di un intervento sugli adulti rappresenterà anche un'azione di prevenzione primaria verso l'abitudine al fumo nei bambini in fase di crescita. Le linee guida per il trattamento del tabagismo indicano che sono disponibili interventi di provata efficacia e con ottimo rapporto costo/beneficio in grado di aiutare i tabagisti a smettere di fumare [1, 3]. Si distinguono interventi di I livello, quali il "consiglio breve" o "*minimal advice*", e interventi di II livello, basati su programmi che prevedono la presa in carico del tabagista con trattamenti basati sul counseling intensivo in associazione alla prescrizione di farmaci, che sono di solito condotti nei "Centri antifumo" da personale sanitario con competenze più specifiche e appositamente formato. Questo articolo descrive brevemente la rete dei centri antifumo in Italia e il progetto 6elle, due risorse a disposizione del Pediatra come riferimenti per promuovere e favorire la cessazione del fumo in soggetti fumatori adulti, con i quali può entrare in relazione nello svolgimento della sua pratica clinica.

CENTRI ANTIFUMO IN ITALIA

A partire dai primi anni 2000, la disponibilità di linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco basate sull'evidenza scientifica e di nuovi farmaci per la disassuefazione da nicotina (bupropione cloridato e vareniclina, che si sono aggiunti ai sostituti nicotinici) hanno dato impulso allo sviluppo in Italia dei cosiddetti "Centri antifumo" (CAF). In Italia i CAF, o Servizi per la cessazione dal fumo di tabacco, sono stati attivati presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del privato sociale in tempi e modi molto diversi, spesso legati ad iniziative personali di singoli professionisti, piuttosto che su una programmazione sanitaria coordinata. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), attraverso l'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, fin dal 2000 ha condotto un lavoro di monitoraggio e censimento periodico dei CAF, che nel corso del tempo ha costituito una delle azioni più importanti per attivare e sostenere il processo di cambiamento di queste strutture [5]. Il massimo numero di CAF censiti, pari a 395, è stato raggiunto nel 2010 [6]. La rilevazione delle informazioni sulla struttura e attività dei CAF da parte dell'ISS è sempre avvenuta in modo standardizzato, attraverso la compilazione di una scheda di aggiornamento che, inizialmente disponibile in forma cartacea, dal 2016 è stata implementata in forma elettronica su un portale web dedicato, con accesso riservato per ogni

singolo centro, permettendo una raccolta di dati omogenei e comparabili su tutto il territorio nazionale. La scheda raccoglie informazioni riguardo a tre principali dimensioni dei CAF: caratteristiche strutturali ed organizzative; descrizione delle procedure del servizio; descrizione dell'attività attuale e pregressa [5].

Le informazioni raccolte nel lavoro di monitoraggio sono disponibili in una Guida consultabile sul sito dell'ISS (www.iss.it) e del Ministero della Salute (www.salute.gov.it) [6]. La guida rappresenta un utile sistema di raccolta di informazioni che facilita l'accesso ai CAF, agevolando e riducendo i tempi d'incontro fra domanda dell'utente e risposta dei servizi. Per ogni CAF la guida fornisce informazioni riguardo alla localizzazione, alla modalità di contatto e di accesso (ad es., accesso diretto, tramite impegnativa), alla tipologia di valutazione (ad es., valutazione psicologica, visita medica generica, visita pneumologica, spirometria, saturimetria, misura del monossido di carbonio nell'espriato, etc.), all'offerta assistenziale (ad es., *counselling* individuale, terapia farmacologica, programma di gruppo). La guida viene utilizzata come riferimento dagli operatori del Telefono Verde contro il Fumo, per indirizzare i fumatori che si rivolgono a questo servizio verso un percorso assistito per la cessazione del fumo. I riferimenti dell'ISS per contattare il Telefono Verde contro il Fumo ed il *link* Internet per consultare la guida aggiornata dei CAF in Italia sono riportati nella Tabella 1.

Tab. 1: Riferimenti per contattare il Telefono Verde contro il Fumo e consultare la Guida ai servizi territoriali per la cessazione del fumo di tabacco dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Telefono Verde contro il Fumo:

800.554088

Link: www.iss.it/numeri-verdi/-/asset_publisher/LXvuDqwiaG9G/content/telefono-verde-contro-il-fumo-2

Guida ai servizi territoriali per la cessazione del fumo di tabacco:

Link: www.iss.it/documents/20126/0/Guida-ai-servizi-territoriali-per-la-cessazione-dal-fumo-di-tabacco-2019.pdf

Nel corso del tempo, l'attività dei CAF italiani è stata oggetto di alcuni studi. Una prima indagine longitudinale multicentrica pubblicata nel 2007 ha valutato le caratteristiche e l'efficacia dei trattamenti per la cessazione del fumo offerti in 41 CAF italiani, mostrando che i trattamenti offerti a 1226 fumatori arruolati erano tutti efficaci nel determinare un tasso di cessazione che variava dal 25,0% per il colloquio motivazionale al 65,3% per la terapia sostitutiva nicotinicata associata alla terapia di gruppo [7].

Una indagine condotta nel 2008 su 267 CAF italiani ne ha evidenziato la notevole eterogeneità, in termini di localizzazione (presso servizi sanitari territoriali o ospedali), modalità di accesso, programmi di trattamento (principalmente basati sulla farmacoterapia e il *counselling* individuale e/o la terapia di gruppo) e professionalità sanitaria dello *staff* (in prevalenza medici e/o psicologi). L'indagine ha mostrato che, nel 2007, oltre 15.000 fumatori o fumatrici si sono rivolti ai CAF, e che il 47,7% dei CAF aveva trattato 10-50 fumatori, il 28,9% tra 50-100 fumatori e il 23,4% più di 100 fumatori [8].

Una successiva indagine su 284 CAF presenti al dicembre 2009 ha rilevato che queste strutture afferivano principalmente ai Dipartimenti per le dipendenze (38,9%) e ai Dipartimenti di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria (30,4%), e che i programmi comprendevano la terapia farmacologica (95,1%), il *counselling* individuale (86,6%), la terapia di gruppo (61,8%) e altri trattamenti (35,6%); nel corso del 2009, oltre 18000 utenti hanno partecipato a programmi per la cessazione del fumo nei CAF [9].

Uno studio su 19 CAF italiani ha esaminato in particolare le differenze tra CAF a prevalente trattamento individuale e CAF a prevalente trattamento di gruppo, in termini di afferenza dell'utenza, caratteristiche predittive di successo a fine trattamento e dopo 6 mesi, terapia somministrata, e caratteristiche strutturali e operative dei CAF. Lo studio ha evidenziato che, nei CAF a prevalente trattamento di gruppo, il volume di prestazioni erogate era minore, mentre, nei CAF con approccio individuale, si osservava una maggiore perdita di aderenza dei fumatori al programma di trattamento. Tuttavia è emerso che, indipendentemente dal tipo di CAF, utilizzare farmaci per smettere di fumare in combinazione con *counselling* individuale

o di gruppo consentiva di raddoppiare l'astinenza dopo 6 mesi; considerando tutti i fumatori afferenti, il tasso di astinenza a 6 mesi nei due tipi di CAF si equivaleva (36,6%). Le maggiori probabilità di successo sono state osservate tra quelli che utilizzavano trattamenti farmacologici, erano motivati e sicuri di smettere e non convivevano con fumatori [10].

Un'indagine sui CAF censiti nel 2011 ha rilevato aspetti ormai consolidati nell'attività dei CAF a oltre 10 anni dalla loro comparsa in Italia ma anche criticità, come le scarse o nulle risorse economiche, la mancanza di personale dedicato e del riconoscimento/mandato istituzionale [11].

Nel 2015, il Gruppo di studio Educazionale, Prevenzione ed Epidemiologia dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) ha promosso un'indagine volta a studiare la realtà dei CAF italiani a gestione pneumologica [12]. È da evidenziare che i CAF pneumologici sono numericamente più rappresentativi rispetto alle altre branche specialistiche della medicina, essendo circa un terzo di tutti i CAF attivi sul territorio nazionale. Infatti, quelli pneumologici sono tra i primi CAF nati in Italia, anche grazie all'azione di stimolo del progetto "Ospedali senza fumo" promosso da AIPO nel 1998 [13] e come naturale conseguenza del particolare interesse e sensibilità al tema del trattamento del tabagismo da parte dei medici pneumologi, stimolati dall'alta prevalenza di patologie fumo-correlate tra i loro pazienti (in particolare, il tumore al polmone e la BPCO) e dalla metodologia clinica della loro disciplina specialistica [14]. Nello studio del 2015 sono stati coinvolti 97 CAF (37 nel nord Italia e 60 nel centro sud e isole) individuati come operativi al momento dell'indagine. È stata somministrata via e-mail una *survey* per raccogliere informazioni sull'organizzazione, le criticità e i punti di forza dei CAF pneumologici. In sintesi, l'indagine ha evidenziato che, a fronte di modalità organizzative favorevoli, come ad esempio la presenza di spirometri dedicati o prontamente disponibili, con accesso facilitato del tabagista all'esame spirometrico, il numero di Pneumologi dedicati al CAF era deficitario nella maggioranza dei casi così come le ore dedicate all'attività di assistenza nel CAF, mentre in oltre la metà dei CAF pneumologici non era presente un'assistenza psicologica.

Lo scenario più aggiornato dei CAF italiani è descritto dal censimento dell'ISS del maggio 2019 [6]; sono attivi in Italia 292 CAF, di cui 234 (80%) afferenti al SSN, 54 (19%) alla LILT e 4 (1%) al privato sociale. L'analisi dei dati conferma la disomogeneità geografica ed organizzativa già rilevata nei precedenti rapporti. Attualmente, la maggioranza dei CAF si colloca al nord (n=169), seguito da sud-isole (n=71) e centro (n=52). In base ai differenti contesti regionali, i CAF hanno operatività strutturali e procedurali diverse, riguardo la collocazione del servizio (ad es., pneumologie, servizi per le dipendenze, etc.), la composizione dell'*équipe*, l'offerta assistenziale e la modalità di accesso dell'utenza. Nei CAF operano diverse figure professionali che svolgono interventi integrati di tipo medico-farmacologico, psicologico e educazionale, così distribuiti: *counselling* individuale (82%), terapia farmacologica (73%), psicoterapia di gruppo (54%) e individuale (30%) e i gruppi psicoeducativi (15%). Operano nei CAF quasi 800 professionisti della salute: 32% medici, 23% infermieri professionali, 20% psicologi e a seguire educatori professionali, amministrativi, assistenti sociali e sociologi. Sebbene i CAF rappresentino una realtà assistenziale presente su tutto il territorio nazionale ormai da oltre 20 anni, manca ancora oggi una regolamentazione a livello nazionale e le prestazioni erogate non sono comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Le modalità di contribuzione per l'utente variano ampiamente; alcune prestazioni sono gratuite, altre soggette al pagamento del ticket o di altre tipologie contributive (quota associativa, intramoenia, etc.).

Programma assistito per la cessazione del fumo presso i CAF

Come esempio di programma assistito di cessazione del fumo in un CAF, la Tabella 2 riporta sinteticamente quello che viene svolto presso il Centro per lo Studio ed il Trattamento del Tabagismo (CeST) della Pneumologia Universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Il programma è individuale, basato sulla metodologia sviluppata in sperimentazioni clinico-farmacologiche e studi d'intervento sulla cessazione del fumo condotti nel Centro fin dagli anni '90 [15–19] e segue le Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo

di tabacco della Regione Toscana (Delib. Regione Toscana 28 febbraio 2005, n. 338). Il programma prevede un intervento integrato medico-psicologico con prescrizione di farmaci per la disassuefazione dal fumo.

Tab. 2: Componenti essenziali del programma individuale di cessazione del fumo condotto presso il Centro per lo Studio ed il Trattamento del Tabagismo (CeST) della Pneumologia Universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Visite e tempistica	Componenti
<p>VALUTAZIONE INIZIALE</p> <p>Periodo: tempo 0</p> <p>Durata visita: 60 minuti circa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita pneumologica (con esame obiettivo) • Storia e abitudini di fumo (compreso l'uso di vari prodotti del tabacco, come sigarette elettroniche e tabacco riscaldato, e precedenti tentativi di cessazione) • Questionari: <ul style="list-style-type: none"> - Fagerström test for nicotine dependence (FTND) - Motivazione e Autoefficacia - Hospital anxiety and depression scale (HADS) • Misurazioni: <ul style="list-style-type: none"> - Monossido di carbonio nell'aria espirata - Pressione arteriosa - Frequenza cardiaca - Peso - Altezza - Spirometria semplice (quando indicata) • <i>Counselling</i> (separatamente o integrato in base alla fase del programma): <ul style="list-style-type: none"> - con Pneumologo (gestione del trattamento farmacologico e delle problematiche cliniche fumo-correlate) - con Psicologo (supporto comportamentale e motivazionale)
<p>PROGRAMMA INDIVIDUALE</p> <p>Periodo: 0-3 mesi</p> <p>Visite: n.6 visite in 3 mesi (1 visita ogni 1-3 settimane)</p> <p>Durata visita: 20-30 minuti circa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quit Day</i> (giorno della cessazione del fumo personalizzato) • Terapia farmacologica (quando indicata): <ul style="list-style-type: none"> - farmaci: vareniclina, bupropione, sostituti nicotinici, citisina, (separatamente o in varia associazione) - durata: 1-3 mesi in base al farmaco e alla risposta clinica (trattamento a lungo termine in casi selezionati) • Misurazioni: <ul style="list-style-type: none"> - Monossido di carbonio nell'aria espirata - Pressione arteriosa - Frequenza cardiaca - Peso • <i>Counselling</i> (separatamente o integrato in base alla fase del programma): <ul style="list-style-type: none"> - con Pneumologo (gestione del trattamento farmacologico e delle problematiche cliniche fumo-correlate) - con Psicologo (supporto comportamentale e motivazionale)
<p>FOLLOW-UP</p> <p>Periodo: 6-12 mesi</p> <p>Visite: n.2 visite a 6 e 12 mesi dal <i>Quit Day</i> (ulteriori visite in casi selezionati)</p> <p>Durata: 20-30 minuti circa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazioni: <ul style="list-style-type: none"> - Monossido di carbonio nell'aria espirata - Pressione arteriosa - Frequenza cardiaca - Peso • <i>Counselling</i> (separatamente o integrato in base alla fase del programma): <ul style="list-style-type: none"> - con Pneumologo (gestione del trattamento farmacologico e delle problematiche cliniche fumo-correlate) - con Psicologo (supporto comportamentale e motivazionale)

IL PROGETTO 6ELLE

Il progetto 6elle si sviluppa nel 2010-2011 nell'ambito delle iniziative AIPO per la lotta al fumo di tabacco, su iniziativa di un gruppo di Pneumologi esperti nel trattamento del tabagismo. Il prodotto del progetto è la strutturazione di un "Percorso d'Intervento Clinico sul Paziente Tabagista" (6elle), un modello d'intervento individuale di I livello per favorire la cessazione del fumo di tabacco basato sulle linee guida *evidence-based* per il trattamento del tabagismo. Il Percorso 6elle è stato concepito per essere immediatamente fruibile per ogni figura professionale sanitaria attraverso un sito web dedicato (www.6elle.net), dove è possibile consultarne le istruzioni di applicazione e scaricare materiale educativo. L'accesso è gratuito dopo registrazione sul portale.

L'obiettivo del Percorso 6elle è quello di facilitare i sanitari ad attuare nella pratica clinica un intervento per favorire la cessazione del fumo, attraverso l'uso di semplici strumenti operativi sempre disponibili (perché accessibili attraverso Internet) e applicabili seguendo una procedura modulare nelle varie fasi di approccio al fumatore, ottimizzando così i tempi di attuazione. Il Percorso 6elle si sviluppa attraverso sei livelli (da qui l'acronimo) fornendo una linea operativa per l'attuazione dell'intervento (Figura 1), che prevede l'impiego dei seguenti strumenti operativi:

- domande standardizzate;
- criteri semplificati per la diagnosi e la stadiazione di gravità della dipendenza fisica da tabacco;
- linee d'indirizzo per la prescrizione dei farmaci per la disassuefazione da fumo;
- calcolatore per la stima di indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo;
- opuscoli educativi e di auto-aiuto da consegnare al paziente;
- modello di lettera al medico curante per comunicare l'intervento antitabagico svolto sul paziente da parte di uno specialista.

La struttura a livelli permette un'applicazione anche parziale del Percorso 6elle, in altre parole un intervento progressivamente intensivo, che può essere applicato in base al ruolo ed alle conoscenze della figura professionale sanitaria che lo svolge o al tempo disponibile che questa può avere nella pratica clinica. Ad esempio, un sanitario non-medico può limitarsi ad applicare i primi due livelli: chiedere e registrare le abitudini di fumo del paziente e consegnare gli opuscoli previsti per questi due primi livelli. Oppure, un medico che ritenga trovarsi in una situazione clinica favorevole per l'intervento, può attuare tutti i livelli fino al trattamento del paziente. In casi selezionati (ad es., fumatori "difficili" con storia di insuccesso/ricaduta nel corso di programmi di cessazione del fumo medico-assistiti, con problematiche nella gestione e/o risposta ai farmaci per il trattamento del tabagismo, con problematiche cognitive-comportamentali, con necessità di *follow-up* stretto/a lungo termine) è sempre possibile riferire il paziente a un Centro antifumo qualificato per un intervento più intensivo.

Per facilitare l'attuazione del Percorso 6elle, sono disponibili in particolare due tipologie di strumenti: opuscoli educativi e un calcolatore per la stima di indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo. Ogni livello del Percorso prevede la consegna al paziente di opuscoli educativi specifici, che possono essere utilizzati separatamente o in associazione, per fornire una guida informativa, motivazionale e comportamentale al paziente tabagista, e per facilitare e rinforzare l'intervento anti-tabagico svolto dal sanitario (Figura 1).

Alcuni opuscoli prevedono di essere autocompilati, venendo così a costituire uno strumento per la raccolta d'informazioni sulle abitudini di fumo del paziente, che possono essere utilizzate dal sanitario per svolgere l'intervento anti-tabagico. Attraverso il sito web 6elle, è anche possibile personalizzare gli opuscoli con il logo del Centro o il timbro del medico di riferimento.

Il calcolatore per la stima di indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo è disponibile sul sito web 6elle. Questo strumento informatico è basato sulla stima del numero di anni di vita "guadagnabili" con la cessazione del fumo, ottenuta confrontando le curve di

Algoritmo Operativo

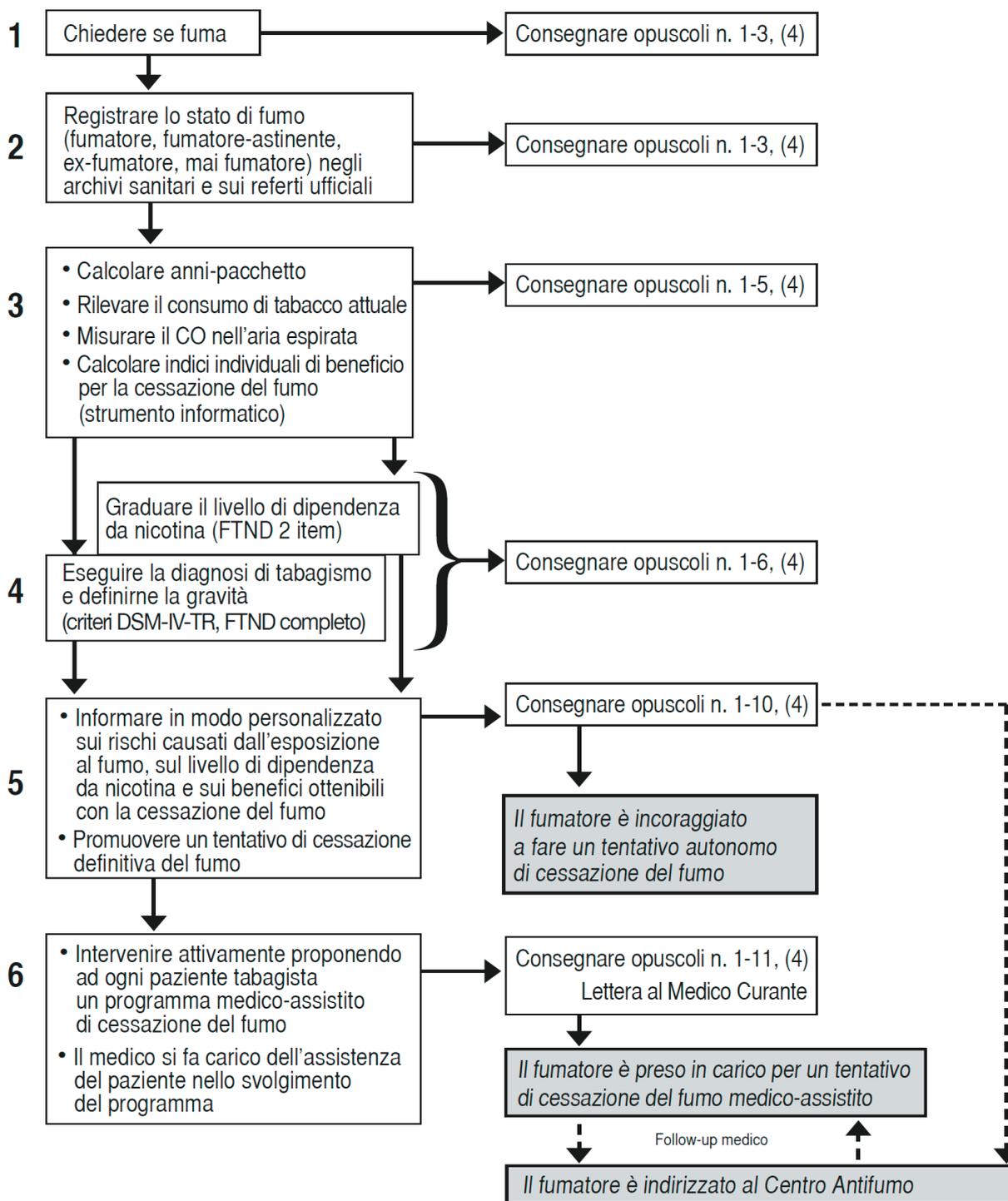


Fig. 1: Algoritmo operativo del "Percorso d'Intervento Clinico sul Paziente Tabagista" (6elle).

Fonte: www.6elle.net (AIPO Ricerche).

sopravvivenza, separate per sesso, per la popolazione italiana di ex-fumatori e fumatori persistenti [20, 21]. A partire da dati individuali (età, sesso, numero di sigarette fumate al giorno), il calcolatore indica: il guadagno in anni di aspettativa di vita; la riduzione del rischio di morire nei 10 anni successivi alla cessazione del fumo per patologie fumo-correlate come infarto cardiaco, tumore del polmone, ictus cerebrale, bronchite cronica/enfisema polmonare. Inoltre,

fornendo il costo di un pacchetto di sigarette, il calcolatore calcola il risparmio economico derivante dallo smettere di acquistare sigarette nel mese, anno, 5 anni, 10 anni seguenti. Queste informazioni sono presentate in un *report* personalizzato, corredato di un grafico della curva di sopravvivenza attesa e di un grafico sul rischio di malattia fumo-correlata, smettendo o continuando a fumare, che può essere usato per motivare il paziente a impegnarsi nella cessazione del fumo (Figura 2).

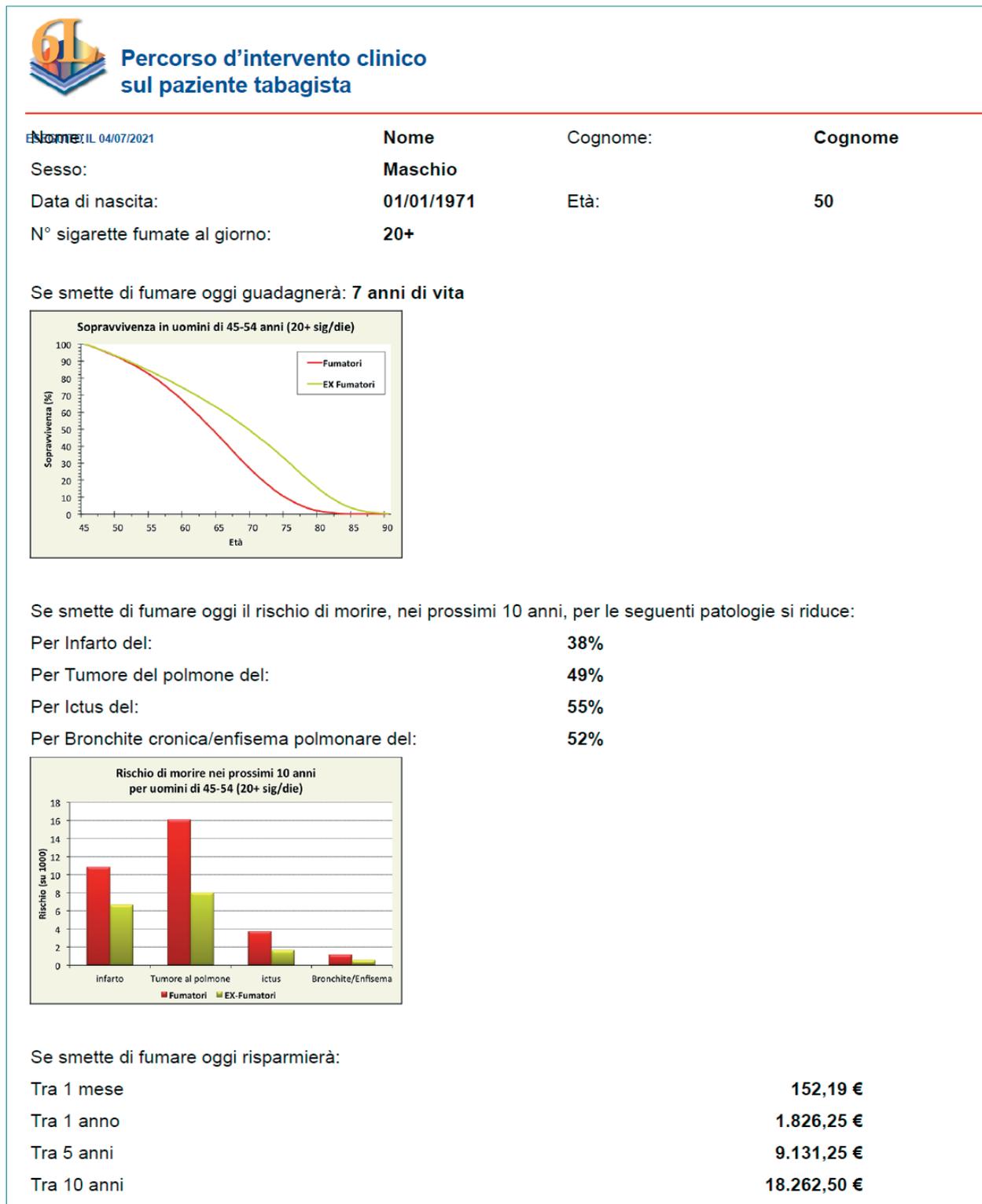


Fig. 2: Esempio di *report* prodotto dal Calcolatore per la stima di indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo del “Percorso d’Intervento Clinico sul Paziente Tabagista” (6elle). Uomo di 50 anni, fumatore di più di 20 sigarette al giorno; costo di un pacchetto di sigarette 4,00 euro.

Fonte: www.6elle.net (AIPO Ricerche)

CONCLUSIONI

Ogni operatore sanitario deve essere consapevole di rivestire un potenziale e importante ruolo nel contrasto al tabagismo, qualunque sia la sua figura professionale. Il Pediatra, nella propria pratica clinica, può avere occasione di promuovere la cessazione del fumo in soggetti fumatori adulti, contribuendo anche a costruire un ambiente libero dal fumo per i bambini. Il Percorso Belle rappresenta uno modello d'intervento di I livello nell'adulto facilmente fruibile attraverso un sito web dedicato. Quando sia necessario un intervento di II livello, il Pediatra può indirizzare il tabagista adulto ad uno dei Centri della rete nazionale dei Centri antifumo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ENSP - European Network for Smoking and Tobacco Prevention. *2020 Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco. Italian Edition*. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP), Chaussée d'Ixelles, 144, B-1050 Brussels, Belgium. 2020.
- (2) US Department of Health and Human Services. *The Health consequences of smoking. Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland 20657. 1988.
- (3) Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008.
- (4) Cosci F, Pistelli F, Carrozzi L. *Tobacco smoking: Why do physicians not make diagnoses?* Eur Respir Rev 2011; 20: 62-63.
- (5) Istituto Superiore di Sanità. *Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco: i risultati di una ricerca nazionale*. A cura dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporti ISTISAN 06/8. 2006.
- (6) Istituto Superiore di Sanità. *Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento maggio 2019)*. A cura del Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Strumenti di riferimento 19/S1. 2019.
- (7) Belleudi V, Bargagli AM, Davoli M, et al. *Interventi per la cessazione dell'abitudine al fumo in Italia: offerta ed efficacia nella pratica. Risultati di uno studio longitudinale multicentrico*. Epidemiol Prev 2007; 31: 148-157.
- (8) Di Pucchio A, Pizzi E, Carosi G, et al. *National Survey of the Smoking Cessation Services in Italy*. Int J Environ Res Public Health 2009; 6: 915-926.
- (9) Di Pucchio A, Martucci L, Mastrobattista L, et al. *I Centri Antifumo in Italia*. Tabaccologia 2010; 1: 26-29.
- (10) Gorini G, Ameglio M, Martini A, et al. *Volume di prestazioni erogate dai Centri antifumo italiani e loro caratteristiche predittive di successo nei tentativi per smettere effettuati dai fumatori afferenti*. Epidemiol Prev 2013; 37: 263-270.
- (11) Di Pucchio A, Pacifici R, Pichini S, et al. *L'attività dei Centri Antifumo italiani tra problematiche e aree da potenziare: i risultati di un'indagine svolta attraverso un questionario on-line*. Tabaccologia 2013; 1: 22-29.
- (12) Martucci P, Cinti C, Nutini S, et al. *Prevenzione e terapia delle patologie respiratorie croniche fumo-correlate: il ruolo dei Centri Antifumo (CAF) a gestione Pneumologica*. AIPO Ricerche Edizioni. 2019.
- (13) Nardini S, Carrozzi L, Bertoletti R, et al. *Il progetto obiettivo AIPO "Ospedali senza fumo": risultati descrittivi della prima fase epidemiologica*. Rass Patol App Respir 2001; 16: 261-272.
- (14) Nardini S, Bertoletti R, Carrozzi L, et al. *Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico*. Rass Patol App Respir 2000; 15: 201-231.

- (15) Paoletti P, Fornai E, Maggiorelli F, et al. *Importance of baseline cotinine plasma values in smoking cessation: Results from a double-blind study with nicotine patch.* Eur Respir J 1996; 9: 643–651.
- (16) Pistelli F, Aquilini F, Falaschi F, et al. *Smoking cessation in the ITALUNG lung cancer screening: What does “teachable moment” mean?* Nicotine Tob Res 2020; 22: 1484–1491.
- (17) Pistelli F, Terrone R, Fornai E, et al. *Fattibilità di un programma integrato per la cessazione del fumo di tabacco (Psico-NRT) - Risultati preliminari.* Rass Patol App Respir 2001; 16: 21–27.
- (18) Fornai E, Desideri M, Pistelli F, et al. *Smoking reduction in smokers compliant to a smoking cessation trial with nicotine patch.* Monaldi Arch Chest Dis 2001; 56: 5–10.
- (19) Cosci F, Corlando A, Fornai E, et al. *Nicotine dependence, psychological distress and personality traits as possible predictors of smoking cessation. Results of a double-blind study with nicotine patch.* Addict Behav 2009; 34: 28–35.
- (20) Carrozzi L, Falcone F, Carreras G, et al. *Life Gain in Italian Smokers Who Quit.* Int J Environ Res Public Health 2014; 11: 2395–2406.
- (21) Carreras G, Pistelli F, Falcone F, et al. *Reduction of Risk of Dying from Tobacco-related Diseases after Quitting Smoking in Italy.* Tumori J 2015; 101: 657–663.