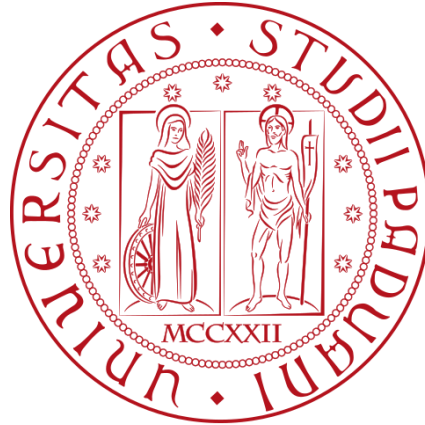


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia di comunità, della promozione
del benessere e del cambiamento sociale



TESI DI LAUREA MAGISTRALE

**IL TABAGISMO:
STRATEGIE DI DISASSUEFAZIONE E PREVENZIONE**

Relatore

Prof. Massimo Santinello

Studente

Flavia Calabrese

Numero di matricola

1204465

ANNO ACCADEMICO 2019-2020

Sommario

Introduzione	7
CAPITOLO 1: Dati epidemiologici.....	9
1.1 Abitudine al fumo in Italia	9
1.2 Iniziazione al fumo	10
1.3 Cambiamenti nel mercato del tabacco	11
CAPITOLO 2: Effetti psico-fisici dell'abitudine al fumo	15
2.1 Dipendenza da nicotina.....	15
2.2 Conseguenze sulla salute	17
2.3 Fumo passivo	22
CAPITOLO 3: Strategia nazionale di contrasto al tabagismo	24
3.1 Misure legislative	24
3.2 Smettere di fumare	26
CAPITOLO 4: Interventi di disassuefazione al fumo.....	30
4.1 Valutazione iniziale del fumatore	30
4.2 Trattamento psico-comportamentale	33
4.2.1 Intervento di primo livello	33
4.1.2 Intervento di secondo livello	38
4.3 Trattamento farmacologico	46
4.3.1 Farmaci di prima linea.....	46
4.3.2 Farmaci di seconda linea	52
4.3.3 Prevenzione delle ricadute e combinazione di trattamenti	54
4.4 Interventi aggiuntivi	56
CAPITOLO 5: Interventi di prevenzione al fumo	57
5.1 Fattori di rischio e fattori di protezione	58
5.2 Il ruolo dell'ambiente scolastico	61
5.3 Progettazione e realizzazione di programmi di prevenzione nelle scuole	63
5.4 I programmi efficaci	70
5.5 Evidenze di efficacia nell'ambito della prevenzione del tabagismo nelle scuole	75
Conclusioni.....	79
Bibliografia.....	83
Sitografia.....	89

Introduzione

Con dipendenza si intende una serie di manifestazioni comportamentali che spingono la persona in modo automatico, incontrollato e talvolta irrefrenabile a cercare e quindi assumere una determinata sostanza, nonostante la consapevolezza dei rischi che questa provoca (Bosi, s.d.).

Una delle caratteristiche della personalità dipendente è la negazione della perdita di controllo sull'utilizzo della sostanza, così come la negazione del fatto che l'uso della sostanza costituisca un problema (Forza, 2006)

Il DSM-IV-TR definisce la dipendenza come una modalità patologica d'uso di una sostanza, che porta a disagio clinicamente significativo con manifestazione di almeno tre tra le seguenti condizioni: tolleranza; astinenza; perdita di controllo sull'uso (la sostanza viene assunta per un periodo più lungo e in quantità maggiori di quanto si vorrebbe); tentativi infruttuosi di ridurne o controllarne l'uso; interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative; uso continuativo della sostanza, nonostante la consapevolezza che rappresenti un problema; incapacità di mantenere obblighi o impegni sociali; ingente quantità di tempo dedicata a cercare di procurarsi la sostanza (Kring et al., 2017).

Il DSM-V apporta alcune sostanziali modifiche a tale definizione: non sono più previste due categorie di disturbi correlati all'uso di sostanze (l'abuso e la dipendenza), ma un'unica categoria, quella dei disturbi da uso di sostanza. Inoltre, ne viene misurata la gravità in un continuum su tre livelli in base alla quantità dei criteri diagnostici soddisfatti: se risultano soddisfatti 2/3 criteri il disturbo è lieve, se il soggetto ne soddisfa 4/5 presenta un disturbo moderato, infine se i criteri soddisfatti sono da 6 in su il disturbo è ritenuto grave. I criteri diagnostici sono gli stessi del DSM-IV-TR, con l'aggiunta di un nuovo criterio: il craving per la sostanza, ovvero il desiderio incontrollabile verso lo stimolo di rinforzo (Kring et al., 2017).

Le forme gravi di disturbo da uso di sostanze sono spesso accompagnate da tolleranza e astinenza. La prima si manifesta attraverso la necessità di assumere la sostanza in dosi sempre maggiori per ottenere l'effetto desiderato oppure la marcata riduzione degli effetti quando la sostanza viene assunta nella quantità abituale; l'astinenza, invece, si riferisce agli effetti negativi fisici e psicologici che si manifestano quando si smette di assumere la sostanza o se ne riduce la quantità (Kring et al., 2017).

Relativamente alla dipendenza da nicotina, tra i criteri che si manifestano più comunemente sono inclusi il fallimento dei tentativi di smettere di fumare nonostante vi sia il desiderio di farlo, l'impiego di una rilevante porzione del proprio reddito per procurarsi le sigarette, la persistenza del consumo nonostante la presenza e la consapevolezza di un problema di salute, infine il desiderio

intenso ed incontrollabile dopo breve astinenza, desiderio che trova sollievo quando si riprende a fumare e che dunque rappresenta una causa importante di ricaduta (Mangiaracina, 2015).

Similmente, secondo l'OMS una persona è considerata dipendente da nicotina quando presenta una storia di consumo cronico caratterizzata da abuso della sostanza, continuità dell'uso nonostante gli effetti negativi percepiti, alta tolleranza e manifestazione dei sintomi di astinenza ogni qualvolta si tenta di smettere (Mainsto et al., 2004).

In particolare, si definisce non fumatore una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non avere attualmente l'abitudine al fumo.

Un fumatore, invece, secondo la definizione dell'OMS, è una persona che dichiara di aver fumato almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di continuare a farne uso. È inoltre possibile distinguere tra due tipologie di fumatori: occasionali e quotidiani. Un fumatore è considerato occasionale se, pur dichiarando di fumare, non considera le sigarette parte della sua routine e di conseguenza non sente la necessità di fumare tutti i giorni, al contrario un fumatore quotidiano fuma almeno una sigaretta al giorno.

Il tentativo di cessazione riguarda coloro che negli ultimi 12 mesi hanno tentato almeno una volta di smettere di fumare. Si definisce quindi ex fumatore una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere attualmente fumatore e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi; un fumatore in astensione, invece, è una persona che dichiara di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi (Sorveglianza Passi).

CAPITOLO 1

Dati epidemiologici

1.1 Abitudine al fumo in Italia

Nel 2019, secondo i dati dell' Indagine ISS-DOXA, in Italia sono 34,4 milioni i non fumatori (65,9% della popolazione) e 11,6 milioni i fumatori. Questi ultimi rappresentano il 22% della popolazione, di cui il 28% sono uomini e il 16,5% donne. Tale prevalenza è in lieve diminuzione rispetto al 2018, ma uguale a quella riscontrata rispettivamente cinque anni fa (2014) e undici anni fa (2008), a riprova del fatto che ci troviamo da oltre dieci anni in una situazione di stagnazione (Pacifici, 2019).

Il calo dei fumatori è quasi raddoppiato negli ultimi trent'anni: si registra una diminuzione di circa lo 0,7% annuo tra il 1993 e il 2003, che poi è passata all'1,3% annuo tra il 2003 e il 2018, dopo l'entrata in vigore della Legge Sirchia. Questa riduzione coinvolge maggiormente le classi sociali più agiate; il fumo di sigaretta è, infatti, più frequente fra le persone con basso status socio-economico (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche), contribuendo così ad ampliare la forbice delle disuguaglianze sociali. La prevalenza di fumatori, inoltre, si concentra nelle regioni meridionali, con una percentuale di uomini pari al 30,2% e di donne pari al 22,4%, valori superiori alla media nazionale (Ministero della Salute).

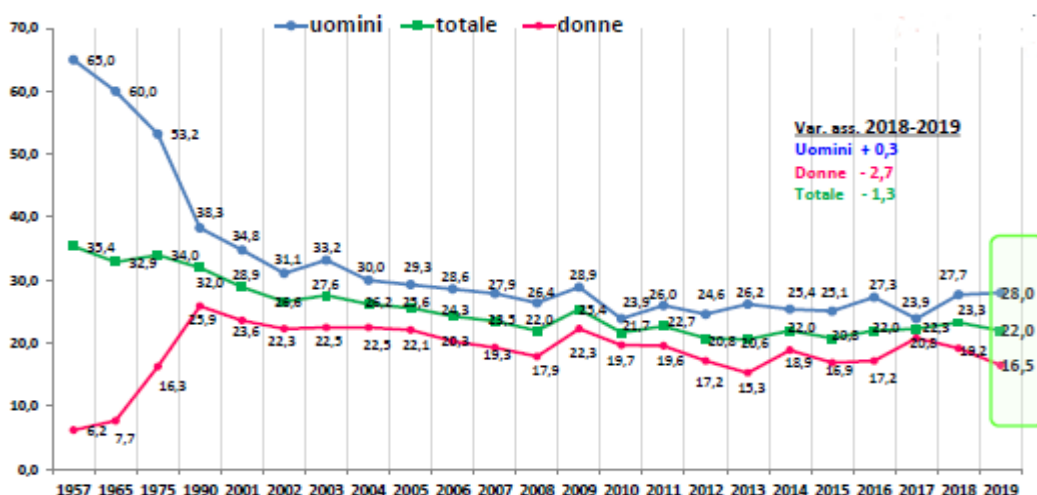


Figura 1: prevalenza del fumo di sigarette secondo le rilevazioni ISS-DOXA condotte tra il 1957 e il 2019

Gli ultimi tre anni (2017-2019) mettono in luce differenze di genere tra i fumatori: si assiste, infatti, ad un trend in diminuzione per quanto riguarda le fumatrici (20,8 – 19,2 – 16,5%) ma in aumento per quanto riguarda i fumatori (23,9 – 27,7 – 28 %).

La prevalenza più alta di fumatori di sesso maschile si registra nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 44 anni (36,3%), mentre nella fascia d'età tra i 45 e i 64 anni si registra la prevalenza più elevata tra le donne (22,9%). Generalmente superati i 65 anni di età si verifica un calo dei fumatori, infatti si trovano le prevalenze più basse in entrambi i sessi: fuma il 21% degli uomini e il 5,2% delle donne (Pacifici, 2019).

Si fumano in media 11,6 sigarette al giorno. Il consumo medio giornaliero è tendenzialmente in diminuzione (si fumavano 13,6 sigarette al giorno nel 2017 e 12,3 nel 2018), ma tale calo si concretizza in 2 sigarette e mezzo ogni 10 anni. Inoltre, è ancora elevata la percentuale di fumatori (21,2%) che consuma più di un pacchetto di sigarette al giorno, soprattutto tra coloro di età compresa tra i 45 e i 64 anni (Pacifici, 2019).

Si fumano principalmente sigarette confezionate (90,2%), sebbene continui costantemente a crescere il consumo di sigarette fatte a mano (18,3%), con prevalenze maggiori tra i maschi, tra i giovani (15-24 anni) e tra gli abitanti delle regioni del sud Italia (Pacifici, 2019).

In particolare, dall'elaborazione dei dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, nel corso del 2018 le vendite del tabacco trinciato (per le sigarette fatte a mano) hanno registrato un aumento del 6,1% rispetto al 2017, mentre rispetto al 2004 sono più che sestuplicate. Questo tipo di tabacco è arrivato a rappresentare il 6,5% del mercato e, avendo un costo inferiore rispetto alle sigarette tradizionali, risulta particolarmente appetibile per i consumatori meno abbienti, soprattutto quelli di età compresa tra i 15 e i 24 anni (Ministero della Salute).

Significativo anche il consumo prevalente o occasionale di sigarette elettroniche contenenti nicotina (4,6%) o senza nicotina (3,1%) e di prodotti del tabacco di nuova generazione, tra cui le sigarette a tabacco riscaldato (3,5%). Questi ultimi rappresentano il 4% del mercato e sono diventati il terzo prodotto più consumato in Italia (Pacifici, 2019).

1.2 Iniziazione al fumo

L'età media di iniziazione al fumo è di 18,5 anni, con uno scarto di poco più di un anno tra uomini e donne (18,0 anni per gli uomini e 19,3 per le donne) (Pacifici, 2019).

L'82,1% dei fumatori dichiara di aver acceso la prima sigaretta prima dei 25 anni e il 72% di aver iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni. Quest'ultima rappresenta la fascia di età che nel tempo si è confermata "critica" per l'iniziazione al fumo, sebbene il 10% abbia iniziato a fumare prima dei 15 anni (Pacifici et al., 2019).

Secondo l'indagine ISS-DOXA 2019, il 61,4% dei fumatori dichiara di aver iniziato in situazioni ludiche o ricreative e di aver subito l'influenza degli amici o dei compagni di scuola, una

percentuale in aumento negli ultimi 5 anni (2014- 2019). Il 19.8% ha iniziato in quanto lo trovava piacevole e soddisfacente, mentre il 4.7% è stato influenzato dai familiari (Pacifici, 2019).

Le motivazioni che spingono i giovani a iniziare a fumare dipendono da un processo sfaccettato e complesso che include fattori di rischio ambientali (accessibilità ai prodotti a base di tabacco, accettazione del tabacco nel contesto sociale di vita, disagio familiare) e sociodemografici, oltre a variabili individuali come basso livello di scolarità, scarse capacità nel resistere all'influenza sociale, basso livello di autostima e di autoefficacia (Ministero della Salute).

L'indagine GYTS (Global Youth Tobacco Survey –Indagine globale sul tabacco e i giovani) condotta nel 2018 evidenzia che più di uno studente su cinque (20,8%) dai 13 ai 15 anni fuma tabacco. Il fumo di sigaretta (19,8% degli studenti) è più diffuso tra le ragazze (23,6%) rispetto ai coetanei maschi (16,2%), mentre per quanto riguarda la sigaretta elettronica (17,5% degli studenti) sono i ragazzi ad usarla di più (21,9%) rispetto alle ragazze (12,8%) (Ministero della Salute).

Circa la metà dichiara di esser stato esposto a fumo passivo in casa e il 45% è stato esposto al fumo di tabacco all'interno di locali pubblici; il 58,5% degli studenti ritiene il fumo passivo dannoso e il 60% si mostra favorevole a proibire il fumo nei luoghi pubblici all'aperto (Ministero della Salute).

Per quanto riguarda l'accessibilità ai prodotti del tabacco, il 42% degli studenti dichiara che esistono rivendite di tabacco vicino alla propria scuola e, nonostante l'esistenza del divieto di vendita ai minori, il 68.0% riferisce di non aver avuto difficoltà all'acquisto. Il 15% degli studenti fumatori si è procurato le sigarette al distributore automatico (era l'8% nel 2014) e il 19,7% in una tabaccheria o in un bar (Ministero della Salute).

1.3 Cambiamenti nel mercato del tabacco

Oggi il mercato delle sigarette, nel mondo e in Italia, sta attraversando un periodo di grandi cambiamenti. Dopo una fase di globalizzazione della produzione e della commercializzazione, l'industria punta sulla diversificazione dell'offerta. Da una parte la sigaretta tradizionale viene affiancata dal tabacco sciolto da rollare a mano per una sigaretta destinata a un consumatore giovane e, in genere, meno abbiente; dall'altro sono proposti prodotti innovativi, come le sigarette elettroniche e i dispositivi a tabacco riscaldato.

L'industria sostiene che i nuovi prodotti del tabacco siano più sicuri rispetto al tabacco combustibile e intende promuovere lo spostamento dei fumatori su tali consumi. Propone quindi una vera e propria strategia di salute pubblica (strategia di riduzione del danno), volta a ridurre il danno del tabacco combustibile, accettandone uno presumibilmente minore per il fumatore: continuare ad essere dipendente da nicotina, una sostanza di per sé tossica, ma assumendola senza dover inalare anche tutte le sostanze cancerogene che si sprigionano nella combustione (Cattaruzza et al., 2019).

In contrapposizione agli interessi dell'industria, la Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco (2003) prevede all'articolo 5.3 la protezione delle politiche per la salute dalle pressioni dell'industria del tabacco, che non dovrebbe avere voce in capitolo nella loro definizione, garantendo quindi misure specifiche atte a impedire i tentativi dell'industria di esercitare la propria influenza economica e politica (Cattaruzza et al., 2019).

Secondo i dati dell'indagine ISS-DOXA 2019, il 6.4% dei non fumatori inizierebbe probabilmente o certamente a fumare un nuovo prodotto, diverso dalle sigarette tradizionali, se fosse accertato il suo minor impatto sulla salute, mentre il 58.4% dei fumatori certamente o probabilmente lo utilizzerebbe in maniera esclusiva (Pacifci, 2019).

Nello specifico, le sigarette elettroniche (e-cig) sono prodotti non combustibili, dispositivi costituiti da batterie ricaricabili ad alta capacità con atomizzatori ad alte prestazioni, in cui il liquido nel serbatoio (e-liquid) viene rifornito dal consumatore ogni qual volta si esaurisce. Tali liquidi possono essere a base di nicotina oppure possono contenere altre sostanze quali aromi, glicerolo, acqua, glicole propilenico e glicerina vegetale (Amato et al., 2019).

Il glicole propilenico viene utilizzato in quanto crea vapore e favorisce il “colpo in gola” provocato dalla nicotina e ricercato dai fumatori; invece, la glicerina vegetale e il glicerolo, se nebulizzate, forniscono al vapore delle e-cig una consistenza simile al fumo della sigaretta tradizionale (Colosimo, 2014).

La sigaretta elettronica non apporta né catrame né monossido di carbonio, tuttavia, anche se in quantità minore rispetto alle classiche sigarette, contiene nicotina e provoca quindi assuefazione. Dopo la vaporizzazione genera formaldeide, acetaldeide e acroleina, alcuni tra i principali agenti tossici presenti nel fumo di tabacco e contribuenti all'insorgenza di malattie fumo correlate. Inoltre, è stato dimostrato che all'interno degli e-liquidi sono presenti metalli pesanti: l'uso esclusivo di sigaretta elettronica determina una riduzione significativa solo di esposizione a cadmio, ma non ad altri metalli pericolosi presenti nel tabacco come nichel, cromo e piombo (Gorini, 2019). Nonostante la sigaretta elettronica esponga a una quantità significativamente inferiore di sostanze tossiche e cancerogene rispetto alle sigarette tradizionali, il suo utilizzo non è privo di rischi, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare; inoltre sono ancora scarse le informazioni sugli effetti sulla salute a lungo termine (Amato et al., 2019).

I dati PASSI del quadriennio 2015-2018 indicano una prevalenza d'uso della sigaretta elettronica pari al 2,3% più frequente tra gli uomini rispetto alle donne, allo stesso modo è più diffusa tra le persone di età compresa tra i 25 e i 34 anni rispetto ai più giovani e ai più anziani, pur con differenze non statisticamente significative (Ministero della Salute).

In Italia le sigarette elettroniche non hanno funzionato come una vera alternativa al fumo di tabacco: il loro uso, piuttosto che alternativo, è complementare a quello delle classiche sigarette. Nel 2019, infatti, l'1,7% degli italiani usava sigaretta elettronica (circa 900 mila persone), la maggior parte (80.1%) sono fumatori, contro il 16,9% che la utilizza in modo esclusivo. Il 72.3% utilizza liquidi di ricarica contenenti nicotina, solo il 23,2% consuma e-cig senza nicotina. Si acquistano soprattutto (73,3%) in un negozio specializzato e di propria volontà (69,5% dei casi) (Pacifici, 2019).

Sono, invece, 600 mila (1,1% degli adulti) gli utilizzatori totali (abituali e occasionali) di sigarette a tabacco riscaldato (HTP). La maggior parte (58%) le conosce grazie ad amici o conoscenti, il 5% grazie a trasmissioni televisive o riviste, mentre il 4% ne è venuto a conoscenza tramite eventi pubblicitari (Pacifici, 2019).

Le sigarette a tabacco riscaldato possono essere considerate un ibrido tra le sigarette elettroniche e le sigarette tradizionali: come le sigarette elettroniche tramite un dispositivo elettrico scaldano un prodotto (tra 240° e 350°) per generare un vapore contenente nicotina, come le sigarette tradizionali il prodotto riscaldato è tabacco (Gallus, 2019).

Nello specifico, contengono una sigaretta (heatstick) del tutto simile alle convenzionali, ma molto più piccola e al cui interno è presente tabacco trattato in modo particolare. Inoltre, sono dotate di un sofisticato sistema elettronico di controllo della temperatura e di un riscaldatore a lamina. La differenza fondamentale tra le HTP e le sigarette convenzionali è che queste ultime bruciano il tabacco a temperature molto elevate, oltre i 600-800°C, producendo quindi migliaia di composti chimici, moltissimi dei quali tossici e cancerogeni. Le sigarette a tabacco riscaldato, invece, non bruciano il tabacco ma lo riscaldano, in modo da non superare i 350°C e produrre così quantità inferiori di sostanze tossiche (De Marco et al., 2018).

È stato mostrato che le HTP contengono livelli di nicotina (57-84%) e di particolato totale (89-122%) paragonabili a quelli delle sigarette tradizionali. Inoltre, emettono livelli inferiori, ma comunque misurabili, di sostanze cancerogene come nitrosamine, acroleina, acetaldeide e formaldeide. Ciò che maggiormente desta preoccupazione è che sono stati riscontrati livelli significativamente maggiori rispetto alle sigarette classiche di altre 56 sostanze, il cui impatto sulla salute e il livello di tossicità è ancora sconosciuto.

Non è dunque possibile stabilire se le HTP siano più o meno sicure delle sigarette tradizionali, né si conoscono gli effetti a lungo termine, ma certamente non sono prive di rischi per la salute (Gallus, 2019).

Per quanto riguarda l'opinione dei consumatori, è stato riscontrato che la maggior parte degli adulti (54.7%) considera le sigarette a tabacco riscaldato ugualmente dannoso rispetto alle sigarette tradizionali, solo il 19,2% le ritiene meno nocive e il 6,4% le considera addirittura più pericolose delle classiche sigarette (Pacifici, 2019).

Esistono prove che i prodotti innovativi proposti dall'industria del tabacco rappresentano una porta d'ingresso alla dipendenza da nicotina, oltre a costituire un rischio di ricaduta per gli ex-fumatori. In particolare, tra i consumatori italiani di sigarette elettroniche coloro che riprendono a fumare dopo averne fatto uso superano quelli che smettono di fumare grazie a tali dispositivi. Infatti, grazie all'utilizzo della e-cig, solo il 14,5% dei fumatori dichiara di aver diminuito il consumo di sigarette tradizionali leggermente e solo il 5,2% drasticamente, mentre il 31,2% non ha cambiato l'abitudine tabagica. Inoltre, il 7,3% ha iniziato a fumare e l'14,3% ha ripreso il consumo delle sigarette tradizionali. Soltanto nel 17,7% dei casi l'e-cig ha portato a smettere definitivamente di fumare (Ministero della Salute).

Secondo l'indagine ISS-DOXA condotta nel 2019 il 63,7% dei fumatori e il 57,2 % dei non fumatori considera la sigaretta elettronica per niente o poco utile come ausilio a smettere di fumare. Al contrario, il 58% dei fumatori sostiene che la e-cig contribuisca a creare dipendenza e il 46% è d'accordo sul fatto che favorisca il consumo di sigarette tradizionali (Pacifici, 2019).

Tutte queste evidenze permettono di concludere che la strategia di riduzione del danno promossa dall'industria del tabacco rappresenta al momento in Italia una strategia di marketing commerciale, piuttosto che di salute pubblica.

CAPITOLO 2

Effetti psico-fisici dell'abitudine al fumo

2.1 Dipendenza da nicotina

La nicotina è una sostanza psicoattiva, nello specifico un alcaloide, naturalmente presente nella pianta del tabacco.

Può essere definita sostanza psicoattiva in quanto modifica l'organismo, da un lato determinando alterazioni nella produzione di neurotrasmettitori specifici, dall'altro modulando la formazione di recettori che le rispondono in modo privilegiato. Per la precisione, da un punto di vista biochimico, esercita la sua azione legandosi ai recettori colinergici localizzati in diverse aree cerebrali (corteccia, talamo, ipotalamo, ippocampo, gangli della base). Il legame della nicotina con i suoi recettori specifici innesca una serie di eventi mediati da diversi neurotrasmettitori, attivando così i processi cerebrali responsabili degli effetti piacevoli e gratificanti descritti dai fumatori (Bosi, 2006).

La nicotina è assorbita come le altre sostanze d'abuso: entra nel cervello entro pochi secondi dall'inalazione, raggiunge velocemente il picco di concentrazione (10 secondi) per poi scendere altrettanto rapidamente. In particolare, una singola boccata di fumo di tabacco porta al cervello una dose di nicotina stimata di 50/150 mg entro 8 secondi. Non appena viene inalata si diffonde attraverso il sangue e arriva al sistema nervoso attraverso la barriera ematoencefalica, agendo sia a livello del sistema nervoso centrale che periferico (sistema nervoso autonomo) (Bosi, 2006).

Il meccanismo della dipendenza può essere suddiviso in due parti: prima si innesca la fase che induce l'abitudine all'uso della sostanza, poi se ne stabilizza e cronicizza il bisogno di assunzione in modo crescente.

Nello specifico, l'esposizione protratta alla nicotina porta a una desensibilizzazione dei recettori nicotinici a cui l'organismo contrappone una compensazione con l'aumento del numero dei recettori stessi: è proprio quando i recettori sono sufficientemente numerosi che si instaura la dipendenza fisica; tale effetto rinforza l'assunzione della sostanza e persiste nel tempo (Chiamulera, 2019).

La dipendenza si esprime non solo come bisogno di quantità quotidiana di nicotina (ad esempio, il desiderio di fumare ad intervalli più o meno regolari), ma anche come valore simbolico attribuito alla sigaretta (ad esempio, considerare il fumo fonte di piacere, facilitatore di contatti sociali, ecc.) (Pacifici et al., 2014).

Gli effetti piacevoli che il fumatore prova dopo l'assunzione sono molteplici: sensazione di gratificazione legata alla liberazione di dopamina, diminuzione dell'appetito dovuta alla liberazione di norepinefrina, influenza positiva su memoria e prestazioni cognitive grazie alla liberazione di vasopressina e acetilcolina, modulazione dell'umore legata alla liberazione di serotonina, infine effetto ansiolitico grazie alla liberazione di betaendorfina. Gli effetti gratificanti del fumo consistono pertanto nella capacità di indurre uno stato di benessere psichico e di rimuovere uno stato soggettivo di malessere (Bosi, 2006).

Tali effetti si verificano in un contesto ambientale ricco di segnali stimolanti (ruoli sociali, modelli familiari, situazioni di gruppo, pubblicità, ecc.), che acquisiscono così proprietà positive efficaci nel rinforzare il condizionamento alla sigaretta, ad esempio l'aspettativa di azioni piacevoli rapidamente e facilmente ottenibili a ogni boccata. Questa vastità di stimoli contestuali, associata agli effetti neurobiologici, porta alla formazione di uno schema psico-comportamentale dove le variabili ambientali interagiscono reciprocamente e intimamente con quelle biologiche. Anche un evento banale, se in contemporanea si fuma, diventa un evento marcato (Chiamulera, 2019).

Per spiegare tale effetto la psicologia, e più recentemente le neuroscienze, hanno dimostrato come i comportamenti motivati si sviluppino come graduale apprendimento dell'associazione tra la gratificazione, la presenza di stimoli specifici e il contesto spaziale. In particolare, la cue-reactivity è la risposta a un ambiente ricco di stimoli condizionati i quali informano, innescano e guidano il comportamento motivato, mantenendo così la valenza di quei ricordi che caratterizzano dipendenze e comportamenti non salutari, tra cui il fumo.

Più recentemente è stata estesa la definizione di cue-reactivity a una più ampia, che includa il contesto spaziale, una context reactivity. Gli spazi legati all'atto di fumare diventano così luoghi con valenza, ambienti ricchi di stimoli condizionati e caratteristiche contestuali che accompagnano il desiderio e il piacere associati alla sigaretta (Chiamulera, 2019).

Fortunatamente, è valido anche l'effetto contrario: sono numerosi gli studi sull'associazione tra le policy dei luoghi smoke-free e tassi più alti di cessazione, nonché sulla correlazione tra abitazioni libere dal fumo e desiderio di smettere di fumare, riduzione delle sigarette fumate e numero di ricadute (Chiamulera, 2019).

Come ogni sostanza psicoattiva che genera dipendenza, l'uso continuativo della sigaretta provoca l'attivazione del circuito cerebrale responsabile della crisi di astinenza, dovuta all'iperattivazione del sistema noradrenergico. Elemento centrale dell'astinenza è il bisogno impellente di fumare. Smettere è quindi difficile e può richiedere molteplici tentativi, le ricadute, infatti, sono frequenti, soprattutto nelle prime settimane (Bosi, 2006).

I sintomi dell'astinenza da nicotina sono molteplici: irritabilità, senso di frustrazione, irrequietezza, diminuzione della frequenza cardiaca, umore depresso, ansietà, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno, aumento dell'appetito e del peso. Tali sintomi si percepiscono già poche ore dopo l'ultima sigaretta e nei forti fumatori insorgono circa 45 minuti dopo l'ultima sigaretta.

Le maggiori difficoltà si evidenziano entro le 24 ore, inducendo il fumatore a riprendere, e raggiungono il picco nei primi 3/4 giorni dalla cessazione. Tendono poi ad attenuarsi dalla prima settimana al primo mese, anche se le sensazioni di malessere possono durare per alcuni mesi (Bosi, 2006).

Sebbene la sindrome di astinenza sia correlata agli effetti farmacologici della nicotina, molti fattori comportamentali possono influenzare la severità dei sintomi. Per alcuni fumatori il rituale di acquistare o procurarsi le sigarette, maneggiarle, annusarle, accenderle e fumarle sono tutte attività associate agli effetti piacevoli attribuiti al fumo e possono peggiorare i sintomi e la smania provati nel corso dell'astinenza (Sorveglianza Passi).

2.2 Conseguenze sulla salute

L'abitudine al fumo di tabacco rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nel mondo: provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme, uccidendo una persona ogni sei secondi (Ministero della salute).

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità il tabagismo rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile fra quelle non infettive.

Determina non solo la perdita di anni di vita, ma soprattutto la perdita di anni di vita in buona salute a causa dell'insorgenza di malattie fumo-correlate o disabilità. Quest'ultimo aspetto può essere misurato tramite gli anni di vita aggiustati per disabilità (DALY), che sono dati dalla somma degli anni di vita persi (Years of Life Lost - YLL) per morte precoce a causa della malattia e degli anni di vita vissuti con disabilità (Years Lived with Disability - YLD) a causa dell'incidenza della malattia. In particolare, dai risultati delle analisi comparative del "Global burden of disease study 2017" emerge che a livello mondiale tra i tre maggiori fattori di rischio per morte prematura e disabilità è incluso il fumo di tabacco (Carreras et al.,2019).

Approssimativamente ogni sigaretta riduce la vita di 11 minuti e si stima che almeno la metà dei fumatori abbia vita più breve di circa sei anni e mezzo a causa del fumo di tabacco. Una persona che fuma per tutta la vita ha il 50% di probabilità di morire per una patologia direttamente correlata al fumo e potrebbe non superare i 54 anni (Ministero della Salute).

A livello mondiale l'OMS stima che, con 1,1 miliardi di fumatori nel mondo, il consumo di tabacco uccida attualmente quasi 7 milioni di persone ogni anno, pari al 7% della popolazione mondiale, di cui 900 mila da fumo passivo. In assenza di provvedimenti volti a invertire questa preoccupante tendenza, il totale dei decessi entro il 2030 potrebbe raggiungere quota 8 milioni all'anno e si stima che nel XXI secolo il tabagismo avrà causato fino a un miliardo di morti (Ministero della Salute). Nell'Unione Europea il tabacco è responsabile di quasi 700.000 morti ogni anno, mentre milioni di cittadini soffrono di malattie fumo correlate, tra cui cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie. Oltre che dal punto di vista sanitario, volendo fare una stima in termini monetari gli anni di vita persi a causa del fumo ammontano a 517 miliardi di euro ogni anno, inoltre è stimata in ulteriori 8.3 miliardi di euro all'anno la perdita in termini di produttività lavorativa dovuta, ad esempio, a prepensionamenti, morti e assenteismo dal lavoro (Ministero della Salute). In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di decessi riguardanti cittadini tra i 35 ed i 65 anni di età (Ministero della salute).

I danni fisici dovuti al fumo di tabacco sono legati a diversi fattori: età di inizio, numero di sigarette fumate al giorno, numero di anni trascorsi da fumatore, inalazione più o meno profonda (Dati Passi).

Oltre al tabacco, una sigaretta contiene più di 4000 sostanze chimiche che si sprigionano per effetto della combustione (830-880°): idrocarburi alifatici e aromatici, alcoli, aldeidi, chetoni e acidi.

Il catrame è il costituente più importante della parte corpuscolata del fumo, formato principalmente da idrocarburi cancerogeni che si depositano nei polmoni e nelle vie respiratorie, aumentando il rischio di tumori, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare (Pacifci et al., 2014).

Sono presenti poi sostanze irritanti (acroleina, formaldeide, ossidi di azoto, ecc.) che inalate con il fumo inibiscono il movimento delle ciglia della mucosa delle vie respiratorie e, depositandosi, interferiscono con l'autodepurazione dei polmoni. Il fumo è, infatti, una delle principali cause di enfisema (abnorme allargamento degli alveoli con distruzione delle loro pareti), bronchite acuta e, alla lunga, bronchite cronica (presenza di tosse ed escreato per almeno tre mesi all'anno per 2 anni consecutivi) (Pacifci et al., 2014).

L'ossido di carbonio si forma per combustione incompleta del tabacco. Legandosi all'emoglobina riduce il trasporto dell'ossigeno dai polmoni ai tessuti, provocando così l'ingiallimento della pelle, una ridotta capacità respiratoria e un minor rendimento muscolare (Pacifci et al., 2014).

Secondo L'Organizzazione Mondiale della Sanità il 90-95% dei tumori polmonari, l'80-85% delle bronchiti croniche ed enfisema polmonare ed il 20-25% degli incidenti cardiovascolari sono dovuti al fumo di tabacco (Ministero della Salute).

In Italia, il tumore del polmone risulta il quarto in termini di incidenza e la prima causa di morte per tumore: uccide ogni anno circa 33.000 persone, di queste quasi l'80% sono attribuibili al fumo.

Con il crescere degli anni in cui si fuma e all'aumentare dell'intensità (numero di sigarette al giorno) aumenta il rischio di tumore del polmone. Infatti, il fumo di 20 sigarette al giorno per un anno è in grado di determinare 150 mutazioni nel DNA di ogni cellula polmonare, dato che spiega il motivo per cui i fumatori e gli ex-fumatori vanno incontro ad un rischio più elevato di sviluppare un cancro polmonare. Si possono costituire così quattro classi di rischio: basso rischio (fumatore con meno di 50 anni e che fuma meno di 20 sigarette al giorno), rischio moderato (fumatore da 50 anni in su ed esposto a una forte percentuale di fumo passivo, in assenza di altri fattori di rischio), rischio alto (fumatore da 50 anni in su e che fuma più di 20 sigarette al giorno, in presenza di un altro fattore di rischio eccetto il fumo passivo), rischio altissimo (fumatore da 55 anni in su e che fuma più di 30 sigarette al giorno) (Zagà & Martucci, 2019).

È stato riscontrato che coloro che fumano più di 25 sigarette al giorno presentano un rischio 35 volte più elevato di sviluppare un tumore del polmone rispetto ai non fumatori; anche chi fuma poche sigarette al giorno è comunque esposto al rischio di soffrire per tumore polmonare, infatti, rispetto ai non fumatori, il rischio è triplicato o addirittura quintuplicato (Gallus, Lugo, 2019).

Il fumo di sigaretta rappresenta, inoltre, uno dei principali fattori di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Si tratta di una malattia caratterizzata da ostruzione bronchiale parziale o totale non completamente reversibile, generalmente progressiva e associata ad un'abnorme risposta infiammatoria del polmone all'inalazione di particelle di gas nocivi, primariamente quelli inalati tramite il fumo di sigaretta. In alcuni casi la BPCO può evolvere in assenza di sintomi respiratori cronici, ma nella maggior parte dei casi si manifesta con tosse cronica persistente e/o dispnea che possono precedere anche di molti anni la diagnosi strumentale (Pacifichi, 2019).

Tale patologia rappresenta la quarta causa di morte nel mondo, con una prevalenza intorno al 10%, potendo però arrivare a colpire fino al 50% dei fumatori (Zagà & Martucci, 2019).

Il rischio di sviluppare BPCO è particolarmente elevato tra le persone che iniziano a fumare in giovane età in quanto il fumo di tabacco rallenta significativamente lo sviluppo del polmone (Sorveglianza Passi).

Il rischio assoluto di BPCO è molto alto (più del 40%) tra gli ex-fumatori e i fumatori tra i 55 e 64 anni; tra le donne, invece, il rischio è alto (20/39%) solo per le fumatrici tra i 55 e i 64 anni (Pacifci, 2019).

Nei fumatori episodi asmatici ed infezioni respiratorie ricorrenti aumentano per incidenza e gravità (Pacifci, 2019). I fumatori hanno, quindi, un rischio maggiore di sviluppare asma bronchiale rispetto ai non fumatori; allo stesso modo il fumo negli asmatici è associato ad aumentato rischio di severità della patologia, caratterizzato da incremento del numero di riacutizzazioni, maggiore accesso alle cure di pronto soccorso, peggiore qualità di vita e più elevata mortalità associata (Zagà & Martucci, 2019).

La tubercolosi (TBC) danneggia i polmoni e riduce la funzionalità respiratoria. I motori principali dell'epidemia di tubercolosi sono la diffusione dell'infezione da HIV e l'emergenza di ceppi di bacilli antibiotico-resistenti. Anche il tabagismo costituisce un fattore di rischio d'infezione tubercolare, di malattia tubercolare e di decesso conseguente alla tubercolosi, aggravando le forme polmonari e aumentando il rischio di forme antibiotico resistenti (Perriot et al., 2019).

Sul piano clinico ed evolutivo nei fumatori si riscontrano, oltre a ritardo diagnostico, una più lunga durata di ospedalizzazione, tosse e dispnea più frequenti, predominanza di forme escavate e maggior rischio di ricaduta (Zagà & Martucci, 2019).

Le sostanze chimiche contenute nel fumo di tabacco possono, inoltre, attivare infezioni tubercolari latenti (ITL), che sono presenti in circa una persona su quattro (Tabacco e salute dei polmoni, 2019).

Il rischio di contrarre TBC o ITL è dose dipendente (numero di sigarette consumate al giorno) e associato al consumo cumulativo, espresso in pacchetti all'anno. In particolare, la percentuale dei casi mondiali di tubercolosi attribuibile al tabagismo sfiora il 20% (Perriot et al., 2019).

Lo scompenso cardiaco è una sindrome complessa dove alterazioni strutturali cardiache portano a un deficit della funzionalità del cuore. Ha diverse cause e molti fattori di rischio, tra questi un ruolo importante è svolto dal fumo: il 59,5% dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco risulta positivo a una storia di abitudine tabagica, dimostrando come il fumo possa costituire un fattore di rischio importante nello sviluppo della patologia. La nicotina, infatti, oltre a causare un incremento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, produce un effetto infiammatorio generalizzato che va a ripercuotersi anche a livello dei vasi sanguigni, aumentando le resistenze periferiche e portando di conseguenza a un ulteriore aumento pressorio (Biase et al., 2019).

Oltre allo scompenso cardiaco, il fumo facilita l'arteriosclerosi delle coronarie e di tutte le arterie, causando numerose malattie tra cui ictus e aneurisma aortico (Ministero della Salute).

L'ictus si manifesta con perdita di conoscenza e incapacità di controllare feci e urine; può determinare la paralisi di una parte del corpo oppure, nei casi peggiori, portare alla morte. Il rischio di contrarre la patologia aumenta del doppio o addirittura del quadruplo tra i fumatori, tuttavia smettendo di fumare il rischio si riduce drasticamente già dopo un anno (Ministero della Salute). Con aneurisma aortico si intende una dilatazione anormale dell'arteria aorta, la sua rottura provoca la morte immediata. Nei fumatori la probabilità di decesso per tale patologia è sei volte superiore rispetto ai non fumatori (Ministero della Salute).

Il fumo ha un impatto negativo anche sul sistema riproduttivo, sia dell'uomo che della donna. Negli uomini incide sulla mortalità degli spermatozoi e sulla riduzione della densità dello sperma, riducendo la fertilità del liquido seminale (Istituto Superiore di Sanità, 2014). Costituisce, inoltre, un fattore di rischio nello sviluppo della disfunzione erettile del pene (Ministero della Salute). Nelle donne, invece, il fumo aumenta il rischio di osteoporosi e di tumore della cervice uterina, determina disfunzioni mestruali e anticipa la menopausa di circa 2 anni rispetto alle non fumatrici in quanto altera la normale produzione di ormoni sessuali femminili (Fattore, 2019).

Deve essere totalmente evitato in gravidanza per i molti effetti nocivi sul feto.

In primo luogo, il monossido di carbonio riesce ad attraversare la barriera placentare riducendo l'apporto di ossigeno e influenzando il sistema nervoso del feto (Pacifici et al., 2014).

Il fumo è poi il maggior fattore di rischio di basso peso alla nascita (in media 200g), parto prematuro, incremento della mortalità e morbilità perinatale e infantile. Aumenta il rischio di sindrome di astinenza neonatale da nicotina così come il rischio di altre complicanze, tra queste ritardo cognitivo di crescita nell'infanzia, infezioni respiratorie e asma (Ministero della Salute).

Infine, le madri che fumano hanno meno latte e di minore qualità rispetto alle donne non fumatrici e la produzione di latte nel tempo è più breve.

È importante sapere che se una donna smette di fumare non appena si accorge di essere incinta, il nascituro avrà la stessa probabilità di nascere sano che avrebbe avuto se la madre non avesse mai fumato (Pacifici et al., 2014).

2.3 Fumo passivo

Con fumo passivo ci si riferisce all'inalazione involontaria di fumo di tabacco disperso nell'ambiente. Si tratta di una miscela di gas e particelle fini composte dal fumo che si forma dalla combustione del tabacco, dal fumo esalato o espirato da chi fuma e da oltre 7000 sostanze chimiche, di cui centinaia sono tossiche e circa 70 possono causare il cancro (Sorveglianza Passi).

Le sostanze emesse vengono assorbite anche dagli arredi, dai quali vengono poi rilasciate lentamente. Tale fenomeno, detto "fumo di terza mano", fa sì che l'esposizione al fumo passivo perduri per un tempo di gran lunga superiore rispetto a quando le sostanze sono state esalate (Sorveglianza Passi).

E' ormai ampiamente dimostrato che l'esposizione al fumo di tabacco ambientale (FTA) costituisce uno dei più diffusi e pericolosi fattori inquinanti dell'aria degli ambienti confinati, un rischio sanitario significativo per i non fumatori (Ministero della Salute, 2018).

In Italia, il fumo passivo è responsabile di un migliaio di morti l'anno. Infatti, i non fumatori che ispirano passivamente fumo di tabacco subiscono effetti dannosi immediati sul sistema cardiovascolare, con aumento del rischio di ictus cerebrale, di malattie coronariche e di attacco cardiaco, soprattutto a causa della nicotina e del monossido di carbonio (Sorveglianza Passi).

Oltre al rischio di malattia cardiaca, che aumenta del 25–30%, il fumo passivo accresce anche il rischio di tumore al polmone del 20–30%. In particolare, il rischio cumulativo di morte per tumore polmonare è di un morto ogni 1000 persone esposte al fumo passivo, un valore di molto inferiore a quello dei fumatori attivi (380 morti ogni 1000 fumatori), ma comunque elevato (Sorveglianza Passi).

Nei bambini, l'esposizione al fumo passivo causa una serie di complicanze, tra cui infezioni dell'orecchio (otite media acuta e cronica), attacchi di asma più frequenti e severi, sintomi respiratori (tosse, respiro sibilante, starnuti, affanno), infezioni delle basse vie respiratorie (bronchiolite o polmonite) e meningite (Sorveglianza Passi).

Le conseguenze dell'esposizione al fumo di seconda mano nell'infanzia si protraggono fino all'età adulta: le frequenti infezioni delle basse vie respiratorie, solo per citare un esempio, aumentano significativamente il rischio di sviluppare BPCO in età adulta (Tabacco e salute dei polmoni, 2019). Infine, i bambini che vivono con persone che fumano, rispetto a coloro che vivono con non fumatori, hanno una probabilità maggiorata del 90% di diventare essi stessi fumatori, esacerbando così le conseguenze negative per la salute (Sorveglianza Passi).

La casa è rimasta ad oggi la sorgente principale di esposizione al fumo passivo in Italia (Sorveglianza Passi).

Consentire di fumare in casa ai propri ospiti è un comportamento fortemente correlato allo stato attuale di fumatore. Infatti, mentre non consente di far fumare all'interno della propria casa il 48,9% dei fumatori, non lo consentono il 74,9% degli ex-fumatori e l'80,4% dei non fumatori. Si nota, tuttavia, un aumento della sensibilità dei fumatori nei confronti del fumo passivo: la percentuale di coloro che si opponevano a far fumare gli ospiti all'interno della propria casa era pari al 37,4% nel 2017 e al 38,8% nel 2018 (Pacifci, 2019).

Anche l'esposizione dei bambini e degli animali domestici al fumo passivo in casa è fortemente correlata alla condizione di fumatore: dichiarano di esporre al fumo passivo i bambini il 25,4% dei fumatori, questa percentuale scende al 13,6% nel caso di ex-fumatori e al 5% per i non fumatori. Similmente, dichiarano di esporre al fumo passivo gli animali domestici il 41,8% dei fumatori, il 19,4% degli ex-fumatori e il 10,2% tra i non fumatori (Pacifci, 2019).

L'esposizione al fumo di tabacco ambientale avviene anche in altri contesti, ad esempio gli spazi esterni prospicienti edifici pubblici e ospedali, i cosiddetti dehors esterni, dove le persone si fermano a fumare (Sorveglianza Passi).

Molto alta la percentuale di esposizione al fumo passivo anche negli abitacoli delle auto in cui sono presenti fumatori. Pur con il finestrino completamente aperto, infatti, vengono rimossi soltanto il particolato grossolano e le sostanze volatili, ma non il particolato sub micrometrico (Sorveglianza Passi).

Non c'è un livello di esposizione al fumo passivo che non comporti rischi per la salute: anche una breve esposizione può rivelarsi dannosa. Il solo modo per proteggere pienamente i non fumatori è eliminare il fumo dagli ambienti chiusi in quanto la separazione dalle persone che fumano nella stessa camera, la depurazione dell'aria, tenere le finestre aperte e la ventilazione degli edifici non eliminano l'esposizione al fumo passivo (Sorveglianza Passi).

CAPITOLO 3

Strategia nazionale di contrasto al tabagismo

3.1 Misure legislative

L'uso dei prodotti del tabacco è tuttora nel nostro Paese la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. La prevenzione e la cura del tabagismo, pertanto, sono obiettivi prioritari da perseguire attraverso misure efficaci, come interventi normativi, attività di educazione e promozione della salute, sviluppo di metodologie e farmaci per favorire la cessazione (Ministero della Salute, 2018).

La prevenzione del tabagismo è una delle aree del Programma “Guadagnare Salute”, basato su un approccio intersettoriale alla promozione della salute che prevede il coinvolgimento attivo di amministrazioni centrali, regionali e locali anche esterne al settore sanitario. Il fine ultimo è quello di agire sui principali fattori di rischio di malattie croniche, tra i quali un ruolo importante è svolto dal fumo di tabacco, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche”.

Nello specifico, la strategia italiana di contrasto al tabagismo si sviluppa su tre direttive. La prima mira a proteggere la salute dei non fumatori attraverso il sostegno, il monitoraggio e l'ampliamento della legislazione di controllo del tabagismo. Ulteriore obiettivo è ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori, attraverso programmi di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro e campagne di informazione e comunicazione multimediali. Infine, è necessario sostenere la cessazione degli attuali fumatori attraverso la formazione dei professionisti sanitari e non, i programmi di comunità, il sostegno ai Centri Anti Fumo, gli interventi per aziende libere dal fumo e l'attuazione delle norme sulla regolazione degli ingredienti, il confezionamento e l'etichettatura dei pacchetti (Ministero della salute, 2018).

A livello legislativo, il primo importante passo per tutelare la salute dei non fumatori è stato effettuato nel novembre 1975, attraverso la Legge n. 584. Si stabiliva così il divieto di fumare sui mezzi di trasporto pubblici e in determinati locali, tra cui le corsie degli ospedali, le aule scolastiche, le sale d'attesa delle stazioni, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, i cinema e le sale da ballo (Sorveglianza Passi).

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995 ha poi esteso il divieto di fumo ai locali destinati al ricevimento del pubblico utilizzati dalla pubblica amministrazione, dalle aziende pubbliche e dai privati esercenti servizi pubblici (Sorveglianza Passi).

Queste norme, che pure hanno contribuito alla progressiva riduzione della prevalenza dei fumatori nel nostro Paese a partire dagli anni Ottanta, escludevano il fumo solo da certi locali e non avevano

di conseguenza un impatto significativo sui comportamenti dei fumatori, interferendo poco con le loro abitudini.

La Legge 3 del 16 gennaio 2003 (art. 51), “Tutela della salute dei non fumatori” (o Legge Sirchia), ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi (compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, i luoghi di svago, le palestre e i centri sportivi), con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (abitazioni civili) (Sorveglianza Passi).

Un ulteriore passo avanti è stato fatto con il Decreto Lgs. n. 6 del 12 gennaio 2016, che recepisce la direttiva 2014/40/UE. Tale direttiva è finalizzata a proteggere ulteriormente la salute dei cittadini attraverso maggiori restrizioni e avvertenze, così da dissuadere i consumatori dall’acquisto e dal consumo di prodotti a base di tabacco. Il decreto comporta importanti novità, tra cui l’introduzione sulle confezioni di sigarette, di tabacco da arrotolare e di tabacco per pipa ad acqua delle avvertenze combinate. Queste occupano il 65% del fronte e del retro delle confezioni e dell’eventuale imballaggio esterno (non più solo il 30-40%) ed includono testi e foto sui danni arrecati dal fumo, oltre al numero del telefono verde contro il fumo. Inoltre, sono stati eliminati i pacchetti da 10 sigarette e le confezioni di tabacco trinciato con meno di 30 g di prodotto ed è stato vietato inserire aromi caratterizzanti, come frutta, spezie o erbe, nelle sigarette e nel tabacco trinciato. Infine, è stata proibita la vendita a distanza transfrontaliera, utilizzando cioè i siti internet, di tutti i prodotti a base di tabacco, incluse le sigarette elettroniche e i contenitori dei liquidi di ricarica contenenti nicotina (Ministero della Salute, 2018).

L’Italia nel 2016 ha introdotto anche alcune disposizioni non espressamente previste dalla Direttiva europea 2014/40/UE, ma fortemente sostenute dal Ministero della Salute per favorire la denormalizzazione del fumo e ridurre l’accettabilità sociale di tale comportamento, al fine di assicurare la maggior protezione possibile per i minori. Tali misure prevedono il divieto di fumo in autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza, il divieto di fumo nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pediatrici, nonché nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia. È stato introdotto anche il divieto di vendita ai minori dei prodotti del tabacco di nuova generazione, inasprendo le sanzioni in caso di violazione (Ministero della salute, 2018).

Per monitorare l’applicazione della normativa vigente, il Ministero e i Carabinieri per la Salute (NAS) collaborano ad un’attività di controllo a campione su tutto il territorio nazionale in diverse tipologie di locali in cui non è consentito fumare.

Solo nel 2019 sono state eseguite 4.015 ispezioni che hanno compreso, oltre ai controlli ai

distributori automatici di sigarette e alle rivendite di tabacchi e sigarette elettroniche, anche il monitoraggio dei luoghi maggiormente a rischio di mancato rispetto della legge, come discoteche, bar, ristoranti, sale scommesse e ospedali. Tali verifiche hanno portato a contestare 181 infrazioni (il 4,5%), di cui 58 a persone che fumavano dove vietato e 123 per altre cause, come cartelli assenti o non a norma, distributori irregolari e vendite ai minori (Ministero della salute).

Oltre 90 adulti su 100 riferiscono che il divieto di fumo nei locali pubblici (91,9%) e nei luoghi di lavoro (93,9%) da loro frequentati è sempre o quasi sempre rispettato (Sorveglianza Passi).

Ciò nonostante, l'introduzione sul mercato di prodotti alternativi alla sigaretta tradizionale ed una legislazione non ancora adeguata ai nuovi scenari del mercato del tabacco stanno rimettendo in discussione l'educazione al comportamento rispettoso nei confronti dei non fumatori. Infatti, il 62,6% degli utilizzatori di e-cig e il 62% dei consumatori di sigarette a tabacco riscaldato dichiarano di sentirsi liberi di usare questi prodotti anche nei luoghi pubblici, in cui invece è vietato fumare la sigaretta tradizionale (Pacifci, 2019).

3.2 Smettere di fumare

Le stringenti azioni normative degli ultimi anni dimostrano che si può intervenire su fattori sociali, culturali ed economici per mettere il singolo individuo nelle condizioni di rinunciare al fumo e scegliere la salute.

Non fumare rappresenta un'importante scelta per uno stile di vita salutare di tutta la collettività, la cessazione permette, infatti, di migliorare le proprie abitudini di vita, recuperare anni in buona salute ed evitare di esporre gli altri al fumo passivo. Oltre ai vantaggi in termini di salute, smettere di fumare consente anche un importante risparmio economico in quanto libera somme di denaro non trascurabili che diventano disponibili per se stessi e per la propria famiglia (Sorveglianza Passi).

Ciò nonostante, risulta ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori sanitari al tabagismo: solo il 51,4% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario (Ministero della salute).

I benefici per la salute si ottengono a qualsiasi età si smetta di fumare e si apprezzano già nell'immediato. In particolare, dopo 20 minuti dall'ultima sigaretta la pressione arteriosa e il battito cardiaco si normalizzano, così come la temperatura di mani e piedi; dopo 8 ore i livelli di nicotina e di monossido di carbonio nel sangue si riducono di circa la metà e il livello di ossigeno torna normale. Dopo 24 ore il monossido di carbonio viene eliminato dal corpo, inoltre i polmoni iniziano ad autodepurarsi da muco e altri detriti, diminuendo il rischio di attacco cardiaco (Pacifci et al., 2014).

Dopo 2 giorni la nicotina viene eliminata, iniziano a ricrescere le terminazioni nervose e migliorano i sensi dell'olfatto e del gusto; dopo 3 giorni si rilassano i bronchi, aumenta la capacità polmonare e il respiro migliora sensibilmente (Pacifici et al., 2014).

A breve termine (da 2 a 12 settimane di astensione) migliorano gli scambi gassosi respiratori della circolazione, camminare risulta sempre meno faticoso, la pelle ritorna più luminosa, l'alito più gradevole e l'odore complessivo diventa più piacevole (Pacifici et al., 2014).

A medio termine (da 3 a 12 mesi di astensione) migliorano la tosse e i problemi respiratori (respiro corto e sibili), diminuisce l'affaticamento, aumenta il livello generale di energia si dimezza il rischio di mortalità per malattie cardiovascolari (Pacifici et al., 2014).

Infine, a lungo termine (dai 10 ai 15 anni) il rischio di tumore si riduce ai valori minimi di probabilità (12 per centomila) per cui il rischio di decesso per tumore polmonare è paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato, le cellule pancreatiche vengono rimpiazzate e diminuisce il rischio di altri tumori (Pacifici et al., 2014).

Le prime 24 ore dall'ultima sigaretta sono le più difficili e nei primi 4 giorni sono più intensi i sintomi dell'astinenza. Il desiderio impellente di una sigaretta, tuttavia, dura solo pochi minuti e non è troppo difficile adottare strategie per distrarsi, ad esempio bere un bicchiere d'acqua, fare una passeggiata, chiacchierare con qualcuno, masticare una gomma o una caramella senza zucchero. La nicotina è un anoressizzante quindi, smettendo di fumare, è possibile un aumento di peso non superiore ai due o tre chili. Per evitare tale evenienza è sufficiente cambiare gradualmente le proprie abitudini alimentari, preferendo 3-5 pasti leggeri piuttosto che due abbondanti, riducendo il consumo di alcolici, scegliendo frutta e verdura quando si sente la necessità di mangiare qualcosa fra i pasti e aumentando l'attività fisica (Ministero della Salute).

È fondamentale ricordare ai tabagisti che le ricadute fanno parte del percorso di cambiamento e non devono rappresentare motivo di scoraggiamento, al contrario possono costituire un valido aiuto per conoscere e quindi affrontare meglio i momenti critici (Ministero della salute).

Smettere di fumare da soli è possibile, tuttavia la probabilità di smettere in modo definitivo aumenta proporzionalmente in base al supporto che si riceve.

Nell'ultimo anno il 68% dei fumatori ha tentato di smettere, la maggior parte uomini (67%) e autonomamente (60% dei casi), tra questi il 51% lo ha fatto buttando il prodotto fumato e il 12.1% utilizzando la sigaretta elettronica. Solo il 9% dichiara di aver utilizzato ausili, prevalentemente la terapia farmacologica (42% dei casi) o l'agopuntura (24,5%), mentre l'11,4% ha fatto ricorso al trattamento psico-comportamentale individuale o di gruppo (Pacifici, 2019).

Dai dati dell'indagine ISS-DOXA 2019 solo il 12,1% (6,3 milioni di persone) del campione esaminato è costituito da ex-fumatori, una percentuale lievemente inferiore a quella del 2018, in cui gli ex-fumatori erano il 12,9%. Le percentuali sono molto diverse nelle varie fasce d'età e seguono un gradiente in crescita dalla fascia d'età più bassa (15-24 anni), dove gli ex-fumatori sono solo l'1,7%, fino alla fascia d'età più elevata (da 65 anni in su) dove sono il 21%. La quota di ex fumatori cresce quindi all'avanzare dell'età (Pacifici, 2019).

La percentuale più alta di ex-fumatori (13,8%) riguarda le persone senza difficoltà economiche, i cittadini italiani rispetto agli stranieri e i residenti nelle regioni settentrionali (Ministero della Salute, 2018).

È stato rilevato che tra coloro che hanno tentato di smettere, la probabilità di successo è cinque volte superiore se si ricorre all'aiuto del proprio medico o se il fumatore si rivolge ai Centri Anti Fumo (CAF). Questi ultimi sono servizi dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi fumo correlati presenti sul tutto il territorio nazionale e attivi presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale, dei Sert (Servizi per le Dipendenze Patologiche), dei Servizi di Pneumologia, delle sedi provinciali della LILT o presso strutture del privato sociale (Pacifici, 2019).

L'aggiornamento concluso a maggio 2019 registra 292 Servizi, in calo rispetto agli ultimi 10 anni, di cui il 58% collocati al nord Italia. Essi sono composti da un'equipe di lavoro multiprofessionale di cui 32% medici, 23% infermieri, 20% psicologi, infine altro personale tra cui assistenti sanitari, educatori professionali, personale amministrativo e assistenti sociali. In tal modo è possibile offrire ai fumatori un'ampia varietà di interventi che contemplano sia la parte farmacologica sia il trattamento psico-comportamentale (Pacifici, 2019).

È stato, infatti, dimostrato che l'efficacia del trattamento aumenta se si offre a chi desidera smettere di fumare un supporto pluridisciplinare e integrato, in cui le terapie farmacologiche sono associate agli interventi psicologici (Ameglio et al., 2019).

Si può accedere ai servizi con diverse modalità: alcune prestazioni sono gratuite per l'utente, altre soggette al pagamento del ticket o di altre tipologie contributive. Attualmente anche i costi dei farmaci per la disassuefazione devono essere sostenuti dai pazienti, in quanto non sono a carico del Sistema Sanitario Nazionale (Pacifici, 2019).

Dal 2000 è attivo il Telefono verde contro il fumo (800.554.088) dell'Istituto Superiore di Sanità, un servizio anonimo e gratuito, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00, a cui possono rivolgersi tutti coloro che desiderano sostegno e aiuto per smettere di fumare, indicazioni rispetto alle attività dei Centri Anti Fumo e ogni tipo di informazione di carattere sanitario e legislativo relativa al fumo di tabacco (Ministero della Salute, 2018).

Dal 2012 il numero del telefono verde è stato inserito tra le avvertenze supplementari a rotazione sull'etichettatura dei prodotti del tabacco e con il D.L.vo n.6 del 2016 è stato inserito su tutti i pacchetti di sigarette e di tabacco da arrotolare (Ministero della Salute, 2018).

Nonostante soltanto il 2% dei fumatori dichiarati di aver notato il numero verde sui pacchetti di sigarette e aver deciso di chiamare, a fronte del 51,9% che pur avendolo notato non lo ha utilizzato (Pacifci, 2019), è stato rilevato un forte incremento delle telefonate negli ultimi anni. Infatti, nel 2011 il TVF ha ricevuto 500 chiamate, nel 2014 ne ha ricevute 5.415 e nel 2015 se ne contano 3.600, che sono più che raddoppiate nel 2016 (7.767 telefonate) e raddoppiate ancora nel 2017 (15263), ma lievemente diminuite nel 2018 (13158) (Ministero della salute).

L'utenza è rappresentata prevalentemente da fumatori (91%), anche se non mancano le telefonate di familiari e amici che chiedono suggerimenti per aiutare i propri cari a smettere di fumare (5%). Le telefonate giungono soprattutto dal Sud e dalle Isole (44%), a seguire dal Nord (36%) e dal Centro del Paese (20%) (Pacifci, 2019).

I fumatori che contattano il servizio sono in prevalenza maschi (68%), mentre la distribuzione per classe di età risulta piuttosto omogenea. Fumano principalmente la sigaretta confezionata (96,2%) e in misura notevolmente minore la sigaretta rollata a mano (4,8%). Da notare come iniziano a contattare il numero verde anche gli utilizzatori di sigaretta elettronica (0,7%) e della sigaretta a tabacco riscaldato (0,2%). Nel 64% dei casi i consumatori di sigaretta confezionata dichiarano di fumare non più di un pacchetto al giorno, i forti fumatori, invece, ovvero coloro che fumano oltre un pacchetto di sigarette al giorno, sono il restante 36% (Pacifci, 2019).

La richiesta principale che viene posta dai tabagisti al servizio è quella di ricevere supporto per smettere di fumare (94%), anche in virtù di precedenti tentativi risultati fallimentari; il 68% dei fumatori, infatti, dichiara di aver messo in atto almeno un altro tentativo di cessazione (Pacifci, 2019). Gli operatori del servizio offrono un intervento professionale diversificato e personalizzato, dove l'aspetto dell'accoglienza, dell'informazione e del rinforzo alla motivazione a cambiare stile di vita si configurano elementi salienti e imprescindibili della relazione di aiuto.

Per tutti coloro che desiderano interrompere l'abitudine al fumo sarebbe necessario ridurre le barriere che ostacolano l'accesso a un sostegno qualificato ed efficace. Questo obiettivo può essere raggiunto da un lato aumentando la capacità del sistema sanitario di fornire trattamenti di buona qualità, rendendo gratuiti (o semi-gratuiti) i trattamenti efficaci sia di tipo comportamentale che farmacologico, dall'altro aumentando la disponibilità del sostegno a distanza come il materiale di auto-aiuto, le quitlines telefoniche e i siti web dedicati (Sorveglianza Passi).

CAPITOLO 4

Interventi di disassuefazione al fumo

In generale, il trattamento del tabagismo consiste in un intervento ampio e sfaccettato che, a seguito di una valutazione iniziale del fumatore, contempla varie alternative di trattamento. Queste riguardano da un lato l'intervento psico-comportamentale, breve o più intenso, dall'altro il trattamento farmacologico. In alcuni casi ai tabagisti viene fornita una sola modalità di intervento, in altri, invece, sono proposti diversi tipi di trattamento che possono essere svolti sia in modo integrante sia come interventi paralleli e coordinati.

È stato dimostrato che coloro usufruiscono dei trattamenti per smettere di fumare hanno il quadruplo delle possibilità di successo rispetto a coloro che tentano in modo autonomo e senza alcun ausilio (Odorico et al., 2019).

4.1 Valutazione iniziale del fumatore

Prima di prendere il carico il fumatore e iniziare il trattamento è importante raccogliere alcune informazioni, in particolare la valutazione del tabagista si realizza attraverso quattro elementi fondamentali: indagine anamnestica, misurazione dei marcatori biologici, valutazione della dipendenza fisica, infine valutazione della motivazione.

Innanzitutto, non si può prescindere dall'effettuare un'indagine anamnestica, in cui si presti attenzione da un lato alle caratteristiche socio-demografiche del fumatore (età, scolarità, condizione lavorativa, presenza di patologie fumo correlate, eventuali disturbi psichiatrici, abitudini alimentari, attività fisica o sportiva), dall'altro è importate conoscere alcune variabili associate all'abitudine al fumo. In particolare, occorre indagare l'età in cui si è iniziato a fumare, il numero abituale di sigarette al giorno, modalità e andamento di eventuali tentativi di cessazione precedenti, infine la presenza di fumatori nei principali ambienti di vita del soggetto, come in casa o nell'ambiente di lavoro (Cifiello et al., 2010).

È altresì importante l'identificazione e la misurazione dei principali marcatori biologici dell'avvenuta esposizione al fumo di sigaretta, ovvero cotinina, carbossemoglobina e CO espirato (Foresi, & Cerveri, 2008).

La determinazione della concentrazione di cotinina, uno dei metaboliti della nicotina, risulta utile nel trattamento dei fumatori che decidono di vincere la dipendenza dal tabacco. Tale misurazione, infatti, permette di verificare l'astinenza dal fumo e stimare l'esposizione al fumo passivo.

Può essere dosata su campioni di sangue, urina e saliva. Nello specifico, la concentrazione urinaria di cotinina nei fumatori attivi è superiore a 70 µg/l, mentre nei fumatori esposti a fumo passivo è compresa tra 1 e 15 µg/l. Valori differenti si riscontrano nel dosaggio della cotinina plasmatica: i fumatori medi presentano concentrazioni che superano i 200 ng/ml, nei non fumatori, invece, il valore si attesta al di sotto dei 40 ng/ml. La misurazione risulta molto sensibile (96%-99%) anche per bassissimi livelli di fumo, tuttavia esiste una sovrapposizione tra persone fortemente esposte a fumo passivo e fumatori lievi (Foresi, & Cerveri, 2008).

La carbossiemoglobina (COHb%) rappresenta un buon indicatore di esposizione al fumo nelle precedenti 24 ore. La sua determinazione è effettuata su campioni di sangue, in particolare i valori normali di COHb si attestano al di sotto del 2%, mentre sono superiori nei fumatori e nei soggetti esposti al fumo passivo. La misurazione può variare in funzione di vari fattori quali la concentrazione di ossido di carbonio (CO) nell'aria inspirata, l'esercizio fisico, l'emoglobina totale, il numero di sigarette fumate al giorno e la concentrazione di CO nel fumo di sigaretta (Foresi, & Cerveri, 2008).

L'ossido di carbonio è un gas prodotto durante la combustione di tutte le materie organiche, oltre a costituire una delle numerosissime sostanze generate dalla combustione del tabacco. Per la sua misurazione il soggetto deve trattenere il respiro per 10 secondi e successivamente espirare in un tubo monouso (espirium) collegato ad un piccolo apparecchio che ne indica i livelli in parti per milione (ppm). Tale metodo permette anche una misurazione indiretta della quantità di carbossiemoglobina presente nel sangue (HbCO %) (Foresi, & Cerveri, 2008).

La misurazione del CO espirato è utilizzata essenzialmente con tre finalità: convalidare la dichiarata astinenza dal fumo di tabacco e verificare l'esposizione al fumo passivo; come strumento motivazionale in un setting di smoking cessation, consentendo al tabagista di acquisire consapevolezza della propria condizione; infine, viene utilizzata per valutare la gravità della dipendenza e la probabilità di craving durante la fase di astensione (Zagà, 2015).

La maggior parte dei non fumatori attesta livelli di CO in un range compreso tra 0 e 4 ppm, viceversa i fumatori superano in genere le 10 ppm. In particolare, si registrano livelli di 20-30 ppm nei fumatori medi, mentre nei forti fumatori i valori sono spesso superiori alle 40 ppm (Foresi & Cerveri, 2008).

Infine, può essere d'aiuto conoscere i livelli di dipendenza fisica del fumatore, così come la motivazione a smettere di fumare.

Per conoscere i livelli di dipendenza fisica lo strumento più utilizzato è il test di Fagerstrom. Nello specifico, sono valutati due fattori: il primo riguarda l'urgenza di ripristinare i livelli di nicotina dopo

l'astinenza notturna ed è indagato nelle domande riguardanti il fumo mattutino (item 1, 3 e 5); il secondo fattore, invece, esaminato nelle domande 2, 4 e 6, misura la persistenza con cui i livelli di nicotina sono mantenuti durante le ore di veglia. Si classifica quindi la dipendenza da nicotina in base a una scala di 10 punti, derivati dalla somma del punteggio ottenuto per ogni item: molto bassa (0/2 punti), bassa (3/4 punti), moderata (5/6 punti), alta (7/8 punti) o molto alta (9/10 punti) (Zuccaro et al., 2008).

Per valutare la motivazione al cambiamento si utilizza il test di Mondor, un semplice questionario formato da 16 item. Tra questi alcuni discriminano tra motivazione interna ed esterna, ad esempio si fa riferimento alla presenza di figli piccoli, all'importanza attribuita alla cura di sé e del proprio aspetto fisico, al desiderio di liberarsi dalla dipendenza oppure alla presenza di una gravidanza propria o del partner. Viene poi verificato il funzionamento del fumatore in area lavorativa, familiare e nel tempo libero, con domande che tendono genericamente ad esplorare l'attitudine al cambiamento. Infine, due domande sono rivolte a verificare il tono dell'umore e una la tendenza a mantenere un peso stabile (Bertoletti et al., 2009).

La somma dei punteggi ottenuti per ogni item definisce la probabilità di successo del tentativo di smettere di fumare: se si ottengono più di 16 punti le probabilità sono ottime, da 12 a 16 punti si hanno buone probabilità, da 6 a 12 punti le probabilità sono discrete, se infine si ottiene un punteggio inferiore a 6 le probabilità di cessazione sono scarse (Luoghi di Prevenzione).

La valutazione del tabagista può avvenire sia prima che venga preso in carico per un trattamento intensivo, come quelli erogati dai Centri Anti Fumo, ma può anche essere effettuata da parte dei medici di medicina generale, solo per citare un esempio, quando si attuano interventi brevi, al fine di determinare alcune caratteristiche del paziente e personalizzare così l'intervento.

4.2 Trattamento psico-comportamentale

4.2.1 Intervento di primo livello

Sia l'Unione Europea che l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandano l'adozione di un approccio multisettoriale per far fronte a tutte le problematiche inerenti il tabagismo (Zuccaro et al., 2008).

Effettuando semplici interventi brevi varie tipologie di figure professionali operanti in ambito sanitario (infermieri, farmacisti, dentisti, ecc.) possono svolgere un ruolo determinante per contrastare l'abitudine al fumo; questo vale in particolar modo per il medico di medicina generale, per il peculiare rapporto di fiducia che lo lega al pubblico e per il numero rilevante dei suoi contatti. Tali interventi, attuabili nel corso della normale attività clinica quotidiana delle varie figure professionali sopra citate, sono fondamentali al fine di individuare tutti i pazienti che fumano e supportarli quindi nel contrastare la dipendenza. È stato, infatti, dimostrato che l'applicazione di un approccio sistematico e semplice per identificare i fumatori e successivamente accompagnarli nel tentativo di cessazione può migliorare considerevolmente i tassi di abbandono dell'abitudine al fumo (Zuccaro et al., 2008).

Nello specifico, l'intervento breve prevede solo uno o due rapidi colloqui individuali all'interno dei quali si fornisce al fumatore supporto psicologico, basandosi su metodi educazionali e comportamentali. I primi riguardano l'informazione sui molteplici danni arrecati dal fumo, seguita dal consiglio di interrompere l'abitudine tabagica; il metodo comportamentale si riferisce, invece, all'offerta di supporto, ad esempio illustrando al paziente le varie modalità per smettere di fumare e fornendo suggerimenti su dove cercare aiuto. Normalmente non dura più di 20 minuti, anche se molto spesso i colloqui sono molto concisi (circa 5 minuti) (West et al., 2015).

Tale trattamento mostra molteplici vantaggi: nonostante esista una relazione tra l'intensità dell'intervento e la probabilità di successo dello stesso, è stato dimostrato che è possibile fare la differenza anche solo con un intervento minimo (meno di tre minuti); inoltre, anche quando i pazienti non sono disposti a smettere di fumare nell'immediato, l'intervento breve aumenta la motivazione e la probabilità di tentare la cessazione in futuro. Infatti, i fumatori sono molto sensibili ai fattori sociali e ambientali che li circondano e spesso sono proprio questi ultimi a indurli a voler cambiare il proprio stile di vita (Fiore et al., 2008).

Le principali componenti di un intervento breve sono note come le "5 A": ask, advice, assess, assist, arrange (Fiore et al., 2008).

Inizialmente viene chiesto al paziente se fuma (ask); è importante porre questa domanda a tutti coloro che si presentano in ambulatorio, indipendentemente dal motivo per cui sono lì, e ripeterla ad

ogni visita, anche a chi ha smesso di fumare nell'ultimo anno. In quest'ultimo caso, occorre rinforzare la scelta di aver abbandonato l'abitudine al fumo ed evidenziarne i vantaggi. Si registra quindi la condizione e la storia di fumatore tra i dati del paziente (Fiore et al., 2008).

Se il paziente è un fumatore gli si consiglia di smettere (advice), è importante che il consiglio sia chiaro, forte e individualizzato. A tale scopo è indicato l'utilizzo del Test di Fagerstrom per valutare il grado di dipendenza da nicotina del tabagista e dunque personalizzare l'intervento in base alla sua storia e ai suoi dati anamnestici e clinici. Ad esempio, dopo aver valutato la presenza di malattie legate o aggravate dal fumo, soprattutto riguardanti l'apparato respiratorio o cardiovascolare, si possono evidenziare le complicanze a cui si andrebbe incontro continuando a fumare (Zuccaro et al., 2008).

Si valuta quindi la volontà del paziente di effettuare un tentativo di cessazione (assess) (Fiore et al., 2008).

È importante che queste tre strategie (ask, advice, assess) vengano impiegate con tutti i fumatori, indipendentemente dalla motivazione a smettere (Fiore et al., 2008).

A questo punto l'intervento breve segue due diverse traiettorie in base al fatto che il tabagista sia motivato a smettere o, al contrario, dichiari di non essere al momento interessato alla cessazione. Una terza modalità d'intervento va attuata anche con i fumatori in astensione, ovvero che hanno recentemente smesso di fumare ma che sono ancora a rischio di ricaduta.

Se il paziente mostra l'intenzione di liberarsi dal fumo è necessario che sia supportato nel percorso di cambiamento (assist) (Fiore et al., 2008).

In primo luogo, occorre realizzare assieme un piano di cessazione quindi stabilire una data in cui si smetterà di fumare. È utile anche informare le persone con cui il tabagista è frequentemente a contatto (famiglia, amici e colleghi) dell'intenzione di smettere: fornire supporto sociale, incoraggiando e sostenendo il fumatore a cambiare stile di vita, aumenta le probabilità di successo del tentativo di cessazione (Fiore et al., 2008).

Occorre poi insegnare al paziente a riconoscere i sintomi dell'astinenza, spiegandogli che sono più forti nei primi giorni, ma si attenuano nel tempo. A tal proposito è importante anticipare i principali ostacoli che si possono incontrare nel percorso di disassuefazione, in particolare durante le prime settimane. Ad esempio, può essere d'aiuto rimuovere i prodotti del tabacco dal proprio ambiente o evitare di fumare nei luoghi in cui si trascorre molto tempo, come in casa o sul lavoro. Smettere è più difficile quando ci si trova assieme ad altri fumatori, per cui sarebbe utile che conviventi, amici o colleghi prestassero attenzione a non fumare in presenza del paziente (Fiore et al., 2008).

Al bisogno si indirizza il fumatore verso trattamenti appropriati, sia di tipo farmacologico che psico-comportamentale, tenendo sempre in considerazione le particolari caratteristiche ed esigenze del paziente nella scelta del trattamento (Fiore et al., 2008).

L'ultima fase dell'intervento breve riguarda l'organizzazione del follow-up per prevenire la ricaduta (arrange). In particolare, il follow-up dovrebbe essere effettuato subito dopo la data di cessazione, preferibilmente durante la prima settimana; è raccomandato anche un successivo monitoraggio entro il primo mese e quindi, con cadenza regolare, entro l'anno successivo.

Durante questi contatti, che possono avvenire anche telefonicamente, è necessario indagare le principali difficoltà incontrate dal paziente nel mantenere l'astinenza, così come discutere dei potenziali fattori che potrebbero costituire un rischio di ricaduta (Fiore et al., 2008).

È importante che l'intervento breve sia realizzato in tutte le sue componenti, infatti le prove indicano che la piena attuazione delle "5 A" produce risultati superiori rispetto a implementazioni parziali. L'intervento non deve necessariamente essere effettuato in modo rigido e invariante, ad esempio può essere attuato da più specialisti della salute, ognuno dei quali può contribuire nel condurre anche solo una specifica fase (Fiore et al., 2008).

Come accennato precedentemente, l'intervento breve non è rivolto solo ai fumatori che desiderano tentare la cessazione, ma anche a coloro che dichiarano di non essere attualmente intenzionati a smettere. Le ragioni per non volere smettere di fumare potrebbero essere molteplici: carenza di informazioni sugli effetti dannosi dell'uso del tabacco e sui benefici dell'abbandono, assenza di risorse finanziarie, paure o preoccupazioni sul cambiamento che tale scelta comporterebbe o demoralizzazione a causa di una ricaduta precedente (Fiore et al., 2008).

Nello specifico, per questa categoria di fumatori è consigliato l'utilizzo di un intervento breve progettato per promuovere la motivazione a cambiare il proprio stile di vita e liberarsi quindi dell'abitudine al fumo. Tale intervento si basa sui principi dell'intervista motivazionale (MI), una particolare tipologia di counselling centrata sul paziente e basata su quattro principi generali: esprimere empatia, trattare l'ambivalenza, contrastare le resistenze al cambiamento, infine supportare l'autoefficacia. Poiché si tratta di una tecnica specializzata, è necessario che chi eroga il trattamento riceva una formazione specifica (Fiore et al., 2008).

In primo luogo, al fine di esprimere empatia nei confronti del fumatore, occorre indagare il valore attribuito al tentativo di smettere, così come i vantaggi e gli svantaggi percepiti. È importante normalizzare sentimenti e preoccupazioni del tabagista, oltre a supportarne l'autonomia quindi il diritto di scegliere o rifiutare il cambiamento.

A questo punto ci si concentra sui sentimenti, le idee e i valori del paziente legati al fumo, con l'obiettivo di riconoscere e risolvere l'ambivalenza rispetto a tale abitudine. Nello specifico, viene sostenuta e rafforzata la motivazione al cambiamento, supportando l'impegno del tabagista a interrompere l'abitudine al fumo.

Qualora il paziente manifestasse resistenze al cambiamento è importante stimolare la riflessione, valorizzando i suoi sentimenti e al contempo rimandandogli che sono presenti trattamenti efficaci per alleviare i sintomi dell'astinenza e sostenere la cessazione.

Infine, occorre supportare l'autoefficacia, aiutandolo il tabagista da un lato a identificare e trarre forza dai successi passati, dall'altro a individuare piccoli obiettivi, come variare le proprie abitudini relative al fumo o cambiare i posti in cui si fuma, utili al raggiungimento dell'astinenza totale (Fiore et al., 2008).

Le aree di contenuto che dovrebbero essere affrontate all'interno dell'intervista motivazionale possono anche essere riassunte nelle "5 R": relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition (Fiore et al., 2008).

Occorre dunque esortare il paziente a individuare le motivazioni per cui ritiene importante riuscire a smettere, essendo il più specifico possibile (relevance), parallelamente è necessario aiutarlo a identificare le potenziali conseguenze negative apportate dall'abitudine al fumo (risks) e i potenziali benefici legati alla cessazione (rewards). Un altro elemento fondamentale dell'intervento è l'individuazione delle principali difficoltà che si potrebbero incontrare nel tentativo di cessazione, prevedendo anche possibili strategie utili a fronteggiarle (roadblocks); infine è importante reiterare l'intervista motivazionale ad ogni visita medica (repetition) (Fiore et al., 2008).

Nell'effettuare l'intervento breve non si può trascurare il fatto che i fumatori che hanno recentemente smesso vanno incontro ad un alto rischio di ricaduta, soprattutto entro il primo anno (Fiore et al., 2008).

È dunque fondamentale valorizzare e rinforzare il successo ottenuto, sostenendo l'impegno a mantenere l'astinenza. A tal proposito è utile discutere col paziente dei benefici legati all'abbandono, così come delle principali difficoltà riscontrate; queste spesso includono umore negativo, sintomi di astinenza intensi e prolungati, aumento di peso e mancanza di supporto sociale. Se il paziente sta ancora assumendo farmaci occorre verificare la loro efficacia, la compliance al trattamento e la presenza di eventuali effetti collaterali.

È, infine, importante manifestare interesse per il tabagista anche in caso di ricaduta e continuare ugualmente ad incoraggiare la possibilità di smettere di fumare in modo definitivo. Ad esempio, si può indirizzare il paziente verso trattamenti opportuni, valutando anche i motivi per cui i trattamenti

precedenti non hanno ottenuto l'effetto desiderato. È, inoltre, fondamentale ricordare ai fumatori che le ricadute fanno parte del percorso di disassuefazione e possono costituire un'utile esperienza di apprendimento per i tentativi futuri (Fiore et al., 2008).

È stato dimostrato che l'intervento breve incrementa l'astinenza a 12 mesi dal 4% all'11% rispetto alle cure usuali (Odorico et al., 2019). Inoltre, maggiore è la durata del primo colloquio, più elevata sarà l'efficacia dell'intervento (Foresi & Cerveri, 2008).

È stato riscontrato che i medici forniscono comunemente consigli ai pazienti per smettere di fumare, ma offrono meno spesso supporto alla cessazione, attuando così solo le prime tre componenti dell'intervento breve (ask, advice, assess). Al contrario, l'evidenza suggerisce che l'effetto di offrire supporto è sostanziale: se il consiglio di smettere di fumare aumenta la percentuale di fumatori intenzionati a smettere fino al 25%, offrire assistenza nel percorso di disassuefazione produce un incremento fino al 35% di coloro interessati a smettere (Aveyard et al., 2012).

A conferma di tali risultati, è stato dimostrato che l'intervento breve è tanto più efficace quanto più viene attuato in tutte le sue componenti: la piena attuazione delle "5 A" produce risultati superiori rispetto a implementazioni parziali (Fiore et al., 2008).

Inoltre, è importante che l'intervento sia erogato non solo ai fumatori disposti a tentare la cessazione, ma anche a coloro che non si considerano attualmente interessati o pronti a smettere di fumare. Infatti, la valutazione preventiva della volontà di smettere esclude dall'intervento molti fumatori che avrebbero accettato assistenza se fosse stata loro offerta direttamente. Queste evidenze sono sostenute dal fatto che quando ai fumatori viene proposto il trattamento di routine per smettere di fumare accetta una percentuale notevolmente più elevata di quanti avrebbero dichiarato di avere intenzione di smettere (Aveyard et al., 2012).

Anche l'intervista motivazionale si è mostrata un trattamento efficace, infatti, se confrontata alle cure usuali, produce un incremento del tasso di successo del trattamento del 23%, soprattutto quando l'intervento è ad alta intensità (Lai et al., 2020).

Sfortunatamente, il consumo di tabacco è molto elevato negli operatori sanitari in molti paesi e questo potrebbe ridurre l'efficacia dell'intervento (West et al., 2015).

Inoltre, diversi studi hanno evidenziato una scarsa aderenza dei medici ad aiutare i pazienti nel percorso di disassuefazione al fumo. Essi, infatti, riferiscono di aver l'impressione che il loro intervento sia poco produttivo sia a causa della mancanza di tempo, ma anche per l'assenza di competenze specifiche in questo campo e perché essi stessi hanno scarsa fiducia nell'efficacia dei loro interventi (Foresi, & Cerveri, 2008).

4.1.2 Intervento di secondo livello

Accanto all'intervento di primo livello, per i fumatori che lo desiderano o quando indicato, è presente anche il trattamento intensivo per la dipendenza da tabacco, comprendente trattamenti più completi forniti all'interno di più sessioni e per periodi di tempo più lunghi rispetto all'intervento breve (Fiore et al., 2008). L'intervento di secondo livello viene solitamente realizzato presso centri specializzati come ambulatori specifici, centri del Servizio Sanitario Nazionale, oppure i Centri Anti Fumo (Cademartori et al., 2008).

Il trattamento intensivo (o di secondo livello) comporta svariati vantaggi. In primo luogo, le prove mostrano che, in confronto all'intervento breve, è in grado di incrementare la percentuale di fumatori che riescono a raggiungere e mantenere l'astinenza. Ulteriore vantaggio di tale intervento è che la sua efficacia non è limitata ad una sottopopolazione specifica di fumatori, ad esempio i fumatori fortemente dipendenti, al contrario l'intervento risulta flessibile e adattabile alle diverse caratteristiche ed esigenze dei tabagisti (Fiore et al., 2008).

Diversi operatori sanitari possono erogare il trattamento, in particolare è stato riscontrato che coinvolgere più figure professionali ha effetti positivi sui risultati (Fiore et al., 2008).

Il trattamento intensivo può essere erogato in vari formati. In particolare, il counselling faccia a faccia, fornito a livello individuale o di gruppo, e il counselling telefonico sono fortemente consigliati. Sono presenti anche altre due modalità di intervento, ovvero gli interventi erogati online e i materiali di auto-aiuto, il loro utilizzo è facoltativo (Fiore et al., 2008).

Il counselling è un intervento di supporto comportamentale, diretto a singoli individui o a gruppi, effettuato da un operatore specificamente formato e finalizzato al potenziamento delle risorse e delle capacità personali dell'utente. Questo obiettivo viene raggiunto attraverso la promozione di atteggiamenti attivi e propositivi e stimolando la capacità di scelta (Bertolotti et al., 2009).

Si tratta quindi di un intervento aperto, orientato alle specifiche esigenze del cliente: a differenza del paziente nella psicoterapia, il cliente nel counselling non ha bisogno di essere né curato né aiutato a superare una sofferenza psicologica, ma si avvale delle competenze del counsellor come sussidio e rafforzamento alle capacità che già possiede, in modo da conseguire gli obiettivi che desidera nei modi e nei tempi che gli sono più consoni (Bertolotti et al., 2009).

Nello specifico, gli obiettivi dell'intervento nell'ambito della disassuefazione al fumo sono molteplici: massimizzare la motivazione a rimanere astinente, minimizzare la motivazione a riprendere a fumare, sviluppare e potenziare le abilità e le competenze necessarie per evitare e/o resistere agli stimoli ad alto rischio, rafforzare i comportamenti che possono favorire il cambiamento (West et al., 2015). E' da sottolineare la necessità di instaurare con il soggetto una

relazione che deve riconoscere come elementi fondamentali l'attenzione, la partecipazione, l'interesse e l'empatia (Bertolotti et al., 2009).

Il counselling contempla tre categorie di intervento che sono definite in base alla durata di una singola sessione, vale a dire il tempo massimo trascorso con il fumatore all'interno di un unico incontro. Sono dunque presenti il minimal counselling, con durata massima di 3 minuti, il counselling a bassa intensità, se ogni incontro ha una durata da 3 a 10 minuti, infine gli interventi di counselling ad alta intensità durano in genere più di 10 minuti (Fiore et al., 2008).

Il counselling con approccio psicologico di tipo cognitivo-comportamentale è quello prevalentemente utilizzato per la cessazione al fumo, tale approccio assume le caratteristiche della relazione di aiuto nella comunicazione interpersonale, ma si configura anche come intervento pragmatico, basato sul processo decisionale e sul problem-solving (Cademartori et al., 2008).

Tra i principali aspetti che si dovrebbero affrontare all'interno del trattamento sono inclusi la definizione dell'immagine che il fumatore ha di sé, l'identificazione degli svariati vantaggi della cessazione, da quelli fisici a quelli psicologici ed economici, infine il potenziamento dell'autostima e dell'autoefficacia (Bertolotti et al., 2009). In questo modo si mira ad aiutare gli utenti non solo ad acquisire consapevolezza dei rischi per la salute causati dal fumo, ma si offre anche supporto per cambiare stile di vita e prevenire le ricadute (West et al., 2015).

Per raggiungere tali obiettivi la maggior parte dei programmi prevede una riduzione progressiva del numero di sigarette piuttosto che un'interruzione drastica e immediata (Ameglio et al., 2019).

Come accennato precedentemente, l'intervento può essere effettuato singolarmente o in gruppo. In particolare, con trattamento individuale si intende un intervento intensivo, di durata superiore ai 10 minuti, condotto da un operatore appositamente formato e indirizzato specificatamente alla cessazione dell'abitudine al fumo (Ameglio et al., 2019).

L'intervento di counselling individuale dovrebbe essere distribuito in quattro o più colloqui, per una durata complessiva del trattamento non inferiore ad un mese. Il tasso di cessazione, infatti, aumenta in modo significativo con il numero di sedute, fino a 8 sedute di trattamento (Bertolotti et al., 2009).

Nel trattamento di gruppo, invece, i fumatori si incontrano in modo e con cadenza strutturata per condividere problemi, motivazioni ed esperienze con altri fumatori e per apprendere nuove abilità. Rispetto al trattamento individuale offre ai partecipanti specifici rinforzi, ad esempio il senso di appartenenza, la reciprocità presente nell'atto di offrire e ricevere aiuto, l'ambiente di incoraggiamento e di condivisione degli sforzi, il confronto e l'apprendimento di modalità di comportamento alternative e più idonee, la possibilità di riflettere sull'esperienza altrui ed essere

risorsa per gli altri, infine l'eventuale presenza di ex-fumatori come esempio di comportamento positivo (Ameglio et al., 2019).

Similmente all'intervento individuale, affinché il trattamento di gruppo produca effetti dovrebbero esser previsti tra i 4 e gli 8 incontri della durata di almeno 20/30 minuti l'uno, per un periodo complessivo di trattamento di almeno 4 settimane (Ameglio et al., 2019).

È inoltre maturata da tempo la necessità di prolungare ulteriormente il supporto trattamentale e post-trattamentale per prevenire le ricadute (Ameglio et al., 2019).

Accanto al counselling con approccio cognitivo-comportamentale, dalla letteratura emerge che altre due tipologie counseling sono particolarmente efficaci: il practical counseling e il sostegno sociale fornito come parte del trattamento (Fiore et al., 2008).

Il practical counselling è centrato sulla risoluzione di problemi e sul rafforzamento di specifiche competenze del cliente. In particolare, dopo aver fornito informazioni di base sul fumo e sulle modalità per smettere di fumare, l'obiettivo è quello di identificare situazioni ad alto rischio, ovvero eventi, stati interni o attività che aumentano il rischio di ricaduta. Si prova quindi ad anticipare col paziente possibili strategie per fronteggiarle, sviluppando e rafforzando le sue capacità di coping e traendo eventualmente insegnamento dagli elementi che sono stati d'aiuto e quelli che, invece, sono stati di ostacolo nei precedenti tentativi di cessazione (Fiore et al., 2008).

Il supporto sociale, invece, può essere sia intra-trattamento che extra-trattamento.

Nel primo caso il sostegno avviene da parte dello stesso counsellor che attraverso contatti ripetuti, anche telefonici, incoraggia e sostiene il fumatore nel tentativo di cessazione, mostrando fiducia nelle sue capacità e al contempo utilizzando un approccio di cura. Il counsellor, dunque, si interessa a come il paziente sta vivendo il tentativo di cessazione, sia relativamente alle ragioni che lo spingono a voler smettere sia indagando le sue paure e preoccupazioni a riguardo e le principali difficoltà incontrate, fornendogli da un lato indicazioni e consigli per affrontarle al meglio, dall'altro valorizzando i risultati ottenuti (Fiore et al., 2008).

Il supporto sociale extra-trattamento, invece, ha come finalità principale intervenire per aumentare il sostegno sociale nell'ambiente di vita del fumatore (Fiore et al., 2008), ad esempio identificando familiari o amici che possono supportare il tabagista nel percorso di disassuefazione al fumo o condividendo esperienze con altri fumatori o ex-fumatori (Bertolotti et al., 2009).

È stato riscontrato che l'intervento di counselling aumenta i tassi di astinenza continua per 12 mesi dal 3 al 9% rispetto alle cure usuali e del 5% rispetto all'intervento breve (Odorico et al., 2019). Inoltre, è stata dimostrata l'esistenza di una relazione dose-risposta tra intensità del trattamento e successo nei tentativi di cessazione: gli interventi a più sessioni sono più efficaci e dovrebbero essere utilizzati quando possibile (Fiore et al., 2008).

Il counselling individuale è efficace nel promuovere la cessazione al fumo. In particolare, l'efficacia degli interventi sembra aumentare parallelamente al tempo complessivo dedicato al paziente, con una significatività importante fino a 90 minuti in totale rispetto a zero minuti dedicati. Ancora più efficaci, anche se l'aumento è lieve rispetto ai precedenti, sono gli interventi che complessivamente durano fino a 300 minuti (Bertolotti et al., 2009).

Mentre in alcuni studi è emerso che i trattamenti individuali e di gruppo mostrano una simile efficacia (Ameglio et al., 2019), in altri è stata riscontrata una maggior efficacia del counselling individuale rispetto al counselling di gruppo (Fiore et al., 2008).

Dalla letteratura emerge che il counselling individuale, così come quello di gruppo, è più efficace dell'intervista motivazionale nell'indurre la cessazione dell'abitudine al fumo a sei mesi. In particolare, i tassi di cessazione vanno dal 25% per i pazienti che hanno effettuato il solo colloquio motivazionale, aumentano fino al 42,2% per coloro che hanno partecipato al trattamento di gruppo e raggiungono un massimo del 51,1% per coloro a cui è stato offerto il counselling individuale (Belludi et al., 2007).

Tra le caratteristiche del fumatore associate al successo dell'intervento sono incluse elevata motivazione, prontezza al cambiamento, alta autoefficacia, ambiente sociale supportivo.

Al contrario, elevata dipendenza da nicotina, presenza di comorbidità psichiatriche o uso di sostanze, alti livelli di stress e la presenza di altri fumatori nel proprio ambiente di vita sono tutti elementi che riducono le probabilità di successo del trattamento. Le prove esistenti suggeriscono che il counselling è efficace indipendentemente dalle caratteristiche del fumatore, tuttavia quando l'intervento è erogato a fumatori che presentano svariati fattori di rischio i tassi di astinenza prodotti dall'intervento tendono ad essere inferiori (Fiore et al., 2008).

Inoltre, gli interventi più efficaci sono quelli forniti da operatori sanitari appositamente formati e impiegati a tempo pieno in interventi di disassuefazione al fumo. Ciò evidenzia l'importanza di un'attenta selezione, formazione e valutazione del personale, nonché un attento monitoraggio dei risultati (West et al., 2015).

Il counselling telefonico è un intervento che si sta sempre più sviluppando nell'ambito della disassuefazione al fumo, infatti rappresenta un'alternativa meno costosa e più accessibile rispetto al counselling faccia a faccia. Vengono meno le difficoltà di trasporto così come i conflitti di pianificazione dell'intervento, oltre alla maggior comodità dei pazienti che possono ricevere supporto in un luogo per loro confortevole e protettivo come la loro abitazione (West et al., 2015). La sua applicazione ideale è quella di affiancare e integrare l'intervento faccia a faccia, soprattutto in momenti particolarmente cruciali del percorso di disassuefazioni, quali la pianificazione del tentativo di smettere e la prevenzione delle ricadute. Tuttavia, è possibile fornire il trattamento anche in maniera esclusiva, andando a sostituire integralmente il counselling faccia a faccia (Bertolotti et al., 2009).

Esistono due approcci di counselling telefonico: proattivo e reattivo.

Nel primo caso, un consulente qualificato avvia le chiamate, a seguito di una richiesta iniziale da parte del chiamante, per fornire supporto secondo un programma concordato (West et al., 2015); si risponde quindi alle chiamate in arrivo e si effettuano chiamate di follow-up in uscita (Fiore et al., 2008). Queste attività sono intese come parte integrante del trattamento offerto e sono indirizzate ai fumatori già presi in carico (Bertolotti et al., 2009)

Nel modello reattivo, invece, il fumatore, o un suo familiare o conoscente, contatta un numero verde o un numero deputato al trattamento del tabagismo (quitline) al fine di ricevere informazioni e assistenza (Bertolotti et al., 2009). Si risponde, dunque, solo alle chiamate in entrata, fornendo una risposta immediata alle richieste dei fumatori (Fiore et al., 2008).

Il counselling telefonico è un trattamento efficace nel contrastare la dipendenza da tabacco. È stato, infatti, riscontrato che aumenta in modo significativo i tassi di astinenza se confrontato con l'intervento minimo (meno di 3 minuti) e il materiale di auto-aiuto (Fiore et al., 2008).

Nello specifico, il counselling telefonico proattivo ha mostrato tassi di cessazione che vanno dal 10 al 45%; questi ultimi si sono rivelati significativamente più elevati durante i follow-up iniziali (3-6 mesi) rispetto ai follow-up successivi (12-18 mesi) (West et al., 2015).

L'efficacia del counselling telefonico proattivo è stata riscontrata anche in altri studi, in cui è emerso che tale intervento raddoppia le probabilità di successo del trattamento rispetto all'auto-aiuto al follow-up di 12 mesi (Skov-Ettrup, et al., 2016).

Inoltre, è stato evidenziato un effetto dose-risposta del trattamento: è probabile che effettuare solo una o due brevi chiamate non produca un effetto misurabile, mentre un intervento che prevede tre o più chiamate risulta più efficace, soprattutto se confrontato con l'auto-aiuto, l'intervento breve o anche la sola terapia farmacologica (Bertolotti et al., 2009).

Sono state trovate, invece, meno evidenze relative all'efficacia del counselling telefonico reattivo. Tuttavia, poiché spesso include materiali di auto-aiuto e/o brevi consigli da parte di un professionista della salute, è probabile che la sua efficacia sia comparabile a quella ottenuta da questi trattamenti (West et al., 2015).

Inoltre, dalle evidenze emerge che produce risultati inferiori rispetto al counselling telefonico proattivo, che quindi si conferma la tipologia di counselling telefonico più efficace (West et al., 2015). Al fine di incrementare l'efficacia del counselling telefonico reattivo è stato quindi suggerito di integrare successive chiamate, in modo da fornire un trattamento equivalente al counselling telefonico proattivo (Bertoletti et al., 2009).

Una difficoltà negli interventi di disassuefazione al fumo è che quelli maggiormente efficaci raggiungono un basso numero di utenti. È stato dimostrato che la personalizzazione delle informazioni aumenta l'efficacia degli interventi a bassa intensità, come i materiali di auto-aiuto, ma questi non consentono ai fumatori di beneficiare dei vantaggi della relazione faccia-a-faccia con un professionista della salute. Grazie ai progressi nelle tecnologie di comunicazione basate su computer (ICT), è possibile combinare efficacia e vasta portata degli interventi attraverso l'integrazione di strumenti facilmente accessibili e la presenza di funzionalità interattive, che richiamino la relazione interpersonale con un operatore sanitario (Shahab, & McEwen, 2009). I vantaggi degli interventi via internet sono svariati. Innanzitutto, è possibile superare le barriere che impediscono l'accesso alla consulenza diretta, come i problemi di trasporto e la lontananza geografica. Il supporto online rappresenta quindi una risorsa facilmente accessibile per i fumatori che vogliono smettere, soprattutto perché è disponibile in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo in cui sia presente una connessione Internet.

In secondo luogo, gli interventi erogati online hanno un miglior rapporto costo/benefici rispetto agli interventi faccia a faccia, pertanto è possibile offrire lo stesso servizio a un maggior numero di persone senza un aumento dei costi associati.

In terzo luogo, l'anonimato consente di accedere al trattamento anche a persone che non sono a proprio agio all'interno di una relazione terapeutica faccia a faccia, spesso a causa di stigma e imbarazzo. Inoltre, l'anonimato favorisce la self-disclosure, così che vengono fornite risposte più oneste e complete anche quando sono affrontati argomenti delicati.

Infine, gli interventi su Internet possono essere condotti contemporaneamente a varie forme di contatto con l'operatore sanitario, come telefonate o corrispondenza via e-mail, in base alle specifiche esigenze dei fumatori (Chebli et al. 2016).

Le modalità di erogazione di interventi basati sulle ICT, spesso adattati alla situazione clinica e all'empowerment dei pazienti, sono molteplici: pagine web, gruppi di chat online, newsletter e messaggi di testo, che funzionano sia automaticamente che su richiesta (Crocamo et al., 2018). Gli approcci più utilizzati per gli interventi via internet sono la terapia cognitivo comportamentale e il colloquio motivazionale. È consigliato almeno un minimo contatto con l'operatore sanitario per fornire supporto e sostenere la motivazione, tale contatto generalmente avviene tramite telefono, messaggi di testo o di risposta vocale, infine via e-mail (Chebli et al. 2016).

È stato dimostrato che gli interventi online sono in grado di aumentare il tasso di astinenza del 17% al follow-up di 6 mesi rispetto alle cure usuali. Dato che i tentativi di smettere senza aiuto comportano tassi di astinenza inferiori al 5% a 6 mesi, gli interventi via internet incrementano per più del doppio i tassi di astinenza a lungo termine (Shahab, & McEwen, 2009).

Questi risultati sono in linea con altri studi, in cui è stato riscontrato che l'efficacia degli interventi online è paragonabile a quella di interventi più intensivi e di bassa portata, come il counselling individuale o di gruppo (Chebli et al. 2016).

In genere il tasso di abbandono del trattamento è basso in quanto la maggior parte dei fumatori vengono coinvolti dal programma e sono motivati a portarlo a termine, questo aumenta l'efficacia del trattamento: maggiore è l'utilizzo del sito internet da parte degli utenti, più alta è la probabilità di successo dell'intervento (Chebli et al. 2016).

I risultati migliorano se le informazioni sono realizzate su misura in base alle caratteristiche dei fumatori e si utilizzano componenti interattive. Ad esempio, è stato riscontrato che la ricezione di e-mail personalizzate a partire dalla prima settimana di terapia favorisce l'astinenza a lungo termine. Le e-mail, infatti, attirano l'attenzione degli utenti e fungono da promemoria, sostenendo così la motivazione al cambiamento; inoltre costituiscono un possibile strumento di follow-up, contribuendo ad accrescere l'efficacia dell'intervento (Chebli et al. 2016).

Sembra che gli interventi automatizzati siano più efficaci rispetto alle chat o ai forum, nonostante questi ultimi permettano maggior confronto e supporto sociale (Crocamo et al., 2018).

Il tipo e la durata dell'intervento, il fatto di ricevere un altro trattamento simultaneo, l'età media dei fumatori o il coinvolgimento di particolari gruppi non ha influito sui risultati. Al contrario, la motivazione a smettere di fumare influenza il successo del trattamento, così come la durata del follow-up: i risultati non vengono generalmente mantenuti al follow-up di 1 anno (Crocamo et al., 2018).

L'auto-aiuto è un programma di trattamento che funge da sostegno e guida al tentativo di smettere di fumare, ma non prevede il contatto costante con specialisti della salute. In genere si utilizzano opuscoli, ma tra i materiali comunemente utilizzati è possibile trovare anche manuali, video, audio, programmi di intervento a livello comunitario e programmi basati su computer (Naughton et al., 2008).

Questo intervento è di particolare interesse nel campo della disassuefazione al fumo in quanto ha un duplice vantaggio: il basso costo e la capacità di raggiungere un pubblico vasto, rappresentando un ponte tra l'approccio clinico al tabagismo, orientato ai singoli individui, e gli approcci di salute pubblica, rivolti alla popolazione (Lancaster & Stead, 2005).

I materiali possono essere rivolti sia ai fumatori in generale, ma anche a particolari categorie di fumatori, ad esempio quelli appartenenti a una specifica fascia di età o a particolari gruppi etnici. L'intervento fa leva su vari elementi: la necessità di prendere una decisione personale, i passaggi per smettere di fumare con successo, la frequente necessità di ripetuti sforzi, infine l'importanza di definire una data di cessazione e utilizzare strategie sostitutive per compensare il desiderio di fumare (Odorico et al., 2009).

Uno svantaggio della maggior parte dei materiali di auto-aiuto è che tendono ad essere abbastanza generici; questo limite potrebbe essere superato proponendo materiali individualizzati, che tengano conto delle specifiche caratteristiche ed esigenze dei fumatori. Realizzare interventi su misura, infatti, consente di selezionare informazioni che per l'individuo risultano pertinenti e potenzialmente attrattive: maggiore è il ricordo delle informazioni fornite, maggiore è la probabilità che producano un cambiamento comportamentale (Naughton et al., 2008).

Gli interventi di auto-aiuto sembrano essere più efficaci delle cure usuali e hanno un buon rapporto qualità-prezzo (Fiore et al., 2008).

Inoltre, è stato dimostrato che gli interventi personalizzati sono più efficaci di quelli standard (Lancaster & Stead, 2005) e un intervento composto da più tipologie di materiali di auto-aiuto migliora in modo significativo i risultati del trattamento (Fiore et al., 2008).

Tuttavia, spesso l'effetto trovato è piccolo e se confrontato con altri tipi di intervento, soprattutto il counselling faccia a faccia o telefonico, l'auto-aiuto risulta meno efficace (Odorico et al., 2009).

Pertanto, sono necessarie ulteriori prove per comprendere non solo l'efficacia dei materiali di auto-aiuto, ma anche se aumentare l'intensità dell'intervento o fornirlo in combinazione ad altri trattamenti possa produrre risultati migliori (Naughton et al., 2008).

4.3 Trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico mira a mitigare i sintomi del craving e dell'astinenza, spesso associati al tentativo di cessazione, riducendo al contempo l'associazione condizionata tra fumo ed effetti positivi e piacevoli. Questo obiettivo viene raggiunto desensibilizzando i recettori nicotinici, interrompendo indirettamente il rilascio di dopamina, oppure fornendo un rinforzo positivo differente dalla sigaretta (Cahill, et al., 2013).

I farmaci di prima linea sono quelli per cui è stata dimostrata la sicurezza e l'efficacia per il trattamento del tabagismo e che sono stati approvati dalla FDA (Food and Drug Administration) a tale scopo. Questi sono il bupropione, la terapia sostitutiva della nicotina (o NRT) e la vareniclina. Sono presenti anche farmaci di seconda linea, anch'essi efficaci ma che, tuttavia, non sono stati approvati dalla FDA per il trattamento del tabagismo, ovvero clonidina e nortriptilina.

I farmaci di prima linea hanno una comprovata efficacia empirica e i medici dovrebbero considerarli come prima scelta quando propongono il trattamento farmacologico.

L'uso della farmacoterapia è sconsigliato solo quando sono presenti controindicazioni o se si interagisce con popolazioni specifiche per cui non sono ancora presenti sufficienti prove di efficacia, tra cui donne incinta, fumatori leggeri e adolescenti (Fiore et al., 2008).

4.3.1 Farmaci di prima linea

La terapia sostitutiva della nicotina (NRT) riduce la motivazione a fumare, in particolare fornisce nicotina con l'intento di sostituire, almeno parzialmente, quella ottenuta dalla sigaretta, così da contenere anche i sintomi fisici e psicologici dell'astinenza (West et al., 2015).

I pazienti in trattamento con NRT non dovrebbero contemporaneamente fumare o assumere nicotina sotto altre forme per evitare la comparsa di effetti collaterali, legati ad elevati livelli ematici di nicotina. Sebbene in letteratura non vi siano molti studi a riguardo, il rischio di sviluppare dipendenza dal farmaco è molto basso (Foresi & Cerveri, 2008).

La terapia sostitutiva della nicotina può essere disponibile in vari formati: il farmaco può essere assorbito attraverso la pelle utilizzando i cerotti transdermici (da 16 o 24 ore), oppure può essere assorbito dalla mucosa orale o nasale attraverso la gomma da masticare (da 2 o 4 mg), la compressa sublinguale (da 2 o 4mg), lo spray nasale o l'inalatore. In questi ultimi casi la nicotina viene rilasciata nell'organismo più velocemente rispetto ai cerotti, ma più lentamente rispetto alle sigarette (West et al., 2015).

Ciascuna modalità di somministrazione differisce per la cinetica e per il tempo di raggiungimento del picco ematico.

La gomma da masticare impiega generalmente circa 30 minuti per raggiungere il picco ematico.

Il trattamento dura fino a 12 settimane, nello specifico è consigliato assumere una gomma ogni 1-2 ore per le prime 6 settimane, fino a un massimo di 24 gomme al giorno. In genere si utilizza la dose da 4mg, anziché 2mg, per i forti fumatori. Quando si somministra il farmaco, è necessario insegnare ai pazienti la sua corretta assunzione, infatti, per trarne la massima efficacia, la gomma va masticata lentamente per 20-30 minuti circa: dopo 5-10 atti masticatori, quando cioè si inizia ad avvertire il sapore di nicotina, deve essere trattenuta nel cavo orale senza essere masticata per poi, successivamente, continuare a masticare al fine di consentire il rilascio di ulteriore nicotina (Foresi, & Cerveri, 2008).

I cerotti a cessione transdermica contengono dai 7 ai 21 mg di nicotina e possono essere applicati per 16 o 24 ore, consentendo di mantenere concentrazioni plasmatiche di nicotina stabili per tutta la durata dell'utilizzo. Le modalità di somministrazione sono di due tipi: si può utilizzare il cerotto da 15 mg per 8 settimane oppure, in alternativa, assumere per le prime 4 settimane il cerotto da 21 mg, per poi ridurre la dose a 14 mg per le successive due settimane, infine a 7 mg per le ultime due settimane di trattamento (Foresi, & Cerveri, 2008).

Gli inalatori hanno la forma di un bocchino, al cui interno si trova una cartuccia con un filtro poroso imbevuto di nicotina mentolata (Foresi & Cerveri, 2008). Ogni cartuccia eroga un totale di 4 mg di nicotina in 80 inalazioni, considerando ogni inalazione equivalente a una dose del farmaco.

In particolare, il dosaggio consigliato è di 6-16 cartucce al giorno per una durata del trattamento fino a 6 mesi; durante gli ultimi 3 mesi è preferibile istruire il paziente a ridurre gradualmente il dosaggio (Fiore et al., 2008).

La compressa sublinguale ha caratteristiche farmacocinetiche molto simili alla gomma da masticare; raggiunge il picco ematico in circa 20 minuti (Foresi & Cerveri, 2008).

La dose da 2 mg è raccomandata per i fumatori con bassi livelli di dipendenza, mentre quella da 4 mg è consigliata per i forti fumatori. Il trattamento è prescritto per un massimo di 12 settimane, assumendo non più di 20 compresse al giorno. In generale, è consigliato ridurre gradualmente il dosaggio del farmaco: si dovrebbe usare 1 compressa ogni 1-2 ore durante le prime 6 settimane, assumendo almeno 9 compresse al giorno, quindi ridurre la dose a 1 compressa ogni 2-4 ore durante le successive due settimane, per poi arrivare ad assumere 1 compressa ogni 4-8 ore nelle ultime due settimane di trattamento. La compressa va sciolta lentamente sotto la lingua, senza masticare né deglutire (Fiore et al., 2008).

Gli spray nasali costituiscono la forma di terapia sostitutiva della nicotina più rapida nel raggiungere il picco ematico (Foresi & Cerveri, 2008). Una singola dose del farmaco fornisce 0,5 mg di nicotina per ciascuna narice (1 mg totale), in particolare il dosaggio iniziale deve essere di 1-2 dosi all'ora, aumentando secondo necessità del fumatore in base alla severità dei sintomi di

astinenza. È consigliato un minimo di 8 e un massimo di 40 dosi al giorno, per un periodo di trattamento dai 3 ai 6 mesi. È importante spiegare ai pazienti che, durante la somministrazione del farmaco, non devono annusare, deglutire o inalare attraverso il naso poiché ciò aumenterebbe gli effetti irritanti (Fiore et al., 2008).

La modalità di somministrazione, il dosaggio e la durata della terapia sostitutiva della nicotina deve essere stabilita in base al numero di sigarette fumate al giorno dal paziente, al grado di dipendenza e alla presenza di patologie concomitanti (Foresi & Cerveri, 2008).

Gli effetti collaterali includono sensibilità cutanea e irritazione se si utilizzano i cerotti, irritazione della mucosa orale se si assumono la gomma da masticare o le compresse sublinguali, infine irritazione locale nel sito di somministrazione causata dagli inalatori e dagli spray nasali (Dogar & Siddiqi, 2013).

Il farmaco in genere può essere erogato solo su prescrizione medica, tuttavia negli ultimi anni la FDA ha approvato alcune forme di NRT, nello specifico la gomma da masticare, la compressa sublinguale e il cerotto transdermico, come farmaci da banco. Questa iniziativa può essere utile al fine di consentire a un'ampia gamma di figure professionali operanti in ambito sanitario di intervenire nel trattamento del tabagismo (Fiore et al., 2008).

La terapia sostitutiva della nicotina ha ottenuto risultati di astensione statisticamente significativi sia a 6 mesi, in cui i fumatori astinenti tra quelli a cui è stato erogato il trattamento raggiungevano il 33,6%, che a 1 anno, in cui la percentuale di fumatori astinenti si aggirava attorno al 27,5% (Zagà, 2009). In altri studi, invece, è stata riscontrata una bassa resa terapeutica delle NRT a distanza di un anno, non è superiore al 10% (Cademartori et al., 2008).

Quando sono coinvolti forti fumatori, è stato dimostrato che tutte le forme di NRT aumentano la probabilità di cessazione del 50/70% rispetto al placebo o a non ricevere alcun trattamento (Dogar & Siddiqi, 2013).

Non ci sono informazioni sufficienti per trarre conclusioni sulla maggiore efficacia di una forma di NRT rispetto a un'altra, tuttavia dalla letteratura emerge che gli inalatori, lo spray e le compresse sublinguali sono leggermente più efficaci della gomma alla nicotina (Ghamri, 2018).

Nello specifico, quest'ultima aumenta la probabilità di astinenza a lungo termine del 50% rispetto al trattamento con placebo; l'inalatore alla nicotina, lo spray nasale e il cerotto transdermico, invece, raddoppiano la probabilità di astinenza a lungo termine rispetto al trattamento con placebo (Fiore et al., 2008).

Inoltre, l'evidenza suggerisce che le forme a dosi più elevate producono risultati migliori rispetto a quelle a dosaggio inferiore (West et al., 2015). Ad esempio, la compressa sublinguale da 2 mg circa

raddoppia la probabilità di successo del trattamento a sei mesi rispetto al placebo; la dose da 4 mg, invece, la triplica. Anche per il cerotto transdermico la terapia ad alto dosaggio si è dimostrata di poco più efficace (Fiore et al., 2008).

È stato dimostrato che la combinazione di varie forme NRT, in particolare se include una forma a rilascio più lento (come il cerotto transdermico) e una a rilascio più rapido (ad esempio, la gomma da masticare), aumenta significativamente la probabilità di successo dei tentativi di smettere di fumare nei forti fumatori, rispetto all'utilizzo delle forme singole (West et al., 2015).

È possibile aumentare ulteriormente l'efficacia del farmaco iniziando il trattamento poco prima la data concordata in cui si smetterà di fumare. Questa modalità è in genere utilizzata per ridurre il numero di sigarette fumate al giorno, in modo da facilitare l'astinenza in un secondo momento (West et al., 2015).

Una possibile spiegazione dell'effetto benefico dell'assunzione della NRT prima della data di cessazione è che il farmaco, continuando a rilasciare nicotina nel corpo anche quando non si fuma, riesce a indebolire, fino a estinguere, l'associazione condizionata tra fumo ed effetti piacevoli, portando quindi a ridurre spontaneamente il numero di sigarette giornaliere. A supporto di questa ipotesi è stato dimostrato che le sigarette fumate mentre si indossa il cerotto transdermico sono percepite come meno gradevoli e gratificanti (Shiffman & Ferguson, 2008).

È stato anche suggerito che l'uso preventivo della NRT potrebbe aiutare i fumatori a familiarizzare con il farmaco, soprattutto per le forme la cui assunzione è più complessa, come la gomma da masticare. Allo stesso modo, tale modalità di trattamento può aumentare la compliance al farmaco, soprattutto per i fumatori che sono riluttanti a smettere in modo definitivo e che invece potrebbero trovare più rassicurante iniziare il trattamento farmacologico, propedeutico al mantenimento dell'astinenza, prima di smettere di fumare (Shiffman & Ferguson, 2008).

Vari studi confermano gli effetti positivi dell'utilizzo della terapia sostitutiva della nicotina prima della data di cessazione concordata, non solo con esiti a breve termine (6 settimane), ma anche a lungo termine (6 mesi) (Shiffman & Ferguson, 2008). È stato, infatti, riscontrato che al follow-up di sei mesi viene ridotto in modo significativo il consumo di sigarette giornaliere, concomitante con un minor desiderio di fumare. Non sono state trovate, invece, differenze in merito ad altri sintomi di astinenza, allo stesso modo non sono state riportate reazioni avverse significative iniziando la terapia prima della data di cessazione (Bullen et al., 2010).

Il bupropione è stato il primo farmaco non nicotinicco a dimostrarsi efficace per smettere di fumare ed è stato approvato dalla FDA come farmaco di prima linea nel 1997 (Fiore et al., 2008).

Si tratta di un antidepressivo atipico che esercita la propria azione sul sistema nervoso centrale nei confronti dei recettori dopaminergici e adrenergici (Cinciripini, et al., 2018). In particolare, inibisce il recupero neuronale di dopamina e noradrenalina nel centro di ricompensa del cervello, in questo modo viene indebolita l'associazione tra nicotina ed effetti benefici, riducendo così il desiderio di fumare (Vogeler et al., 2016).

La ricerca suggerisce che il bupropione funge anche da antagonista non competitivo della nicotina: il farmaco blocca i recettori colinergici nicotinici (nAChR), riducendo così le proprietà rinforzanti della nicotina (Cinciripini, et al., 2018).

Si raccomanda di iniziare il trattamento una o due settimane prima della data di cessazione concordata (quit day). Nello specifico, è consigliato un dosaggio iniziale di 150 mg ogni mattina per 3 giorni, che poi viene aumentato a 150 mg due volte al giorno per 7/12 settimane. Quest'ultima costituisce la dose massima, infatti è importante non superare i 300 mg al giorno. È presente anche la terapia a lungo termine, che prevede l'utilizzo di una dose di 150 mg del farmaco per un massimo di 6 mesi dopo aver smesso di fumare (Fiore et al., 2008).

Gli effetti collaterali includono insonnia, secchezza delle fauci, nausea, ipertensione arteriosa e raramente convulsioni (Dogar & Siddiqi, 2013).

Il bupropione è controindicato in pazienti con storia di emorragia/ischemia cerebrale, con una diagnosi attuale o precedente di bulimia o anoressia nervosa o in pazienti che hanno utilizzato inibitori delle monoamino ossidasi nei 15 giorni precedenti l'inizio della terapia (Fiore et al., 2008).

È stato dimostrato che il bupropione circa raddoppia la probabilità di astinenza a lungo termine (> 5 mesi) rispetto al trattamento con placebo (Fiore et al., 2008).

Questi risultati sono in linea con altri studi, dai quali si evince che il bupropione, se somministrato a fumatori moderatamente o fortemente dipendenti, aumenta i tassi di astinenza continua a sei mesi del 70% rispetto al placebo (West et al., 2015).

La percentuale di astinenti ad un anno, invece, non supera il 20% (Cademartori et al., 2008).

Mentre alcune evidenze indicano che l'efficacia del bupropione è simile a quella della terapia sostitutiva della nicotina a forma singola (West et al., 2015), in altri studi si è stato dimostrato addirittura più efficace. In particolare, è stato riscontrato che al follow-up di un anno il bupropione è in grado di produrre tassi di astinenza fino al 33%, contro il 21% riscontrato nei fumatori a cui è stato somministrato il cerotto alla nicotina (Zagà, 2009).

La vareniclina è un farmaco non nicotinic approvato dalla FDA come farmaco di prima linea per il trattamento della dipendenza da tabacco nel 2006 (Fiore et al., 2008).

Presenta un duplice meccanismo d'azione: effetto agonista parziale, infatti stimola i recettori colinergici della nicotina, anche se in misura significativamente inferiore a quest'ultima, ed effetto antagonista, con blocco della capacità della nicotina di attivare i recettori colinergici e quindi di stimolare il sistema dopaminergico mesolimbico, soprattutto nel nucleus accumbens (Zagà, 2009). Si consiglia di iniziare il trattamento una settimana prima della data di cessazione concordata, assumendo una dose di 0,5 mg una volta al giorno per 3 giorni. Successivamente il dosaggio è incrementato a 0,5 mg due volte al giorno per 4 giorni, fino ad arrivare ad assumere una dose da 1 mg due volte al giorno per 3 mesi. Il trattamento ha durata massima di sei mesi, in particolare il fumatore dovrebbe smettere di fumare nell'ottavo giorno, ovvero quando il dosaggio viene aumentato a 1 mg due volte al giorno (Fiore et al., 2008).

Gli effetti collaterali più frequenti sono nausea, cefalea ed alterazioni del sonno (Foresi, A., Cerveri, I., 2008). È controindicata per pazienti con disturbi psichiatrici, in particolare con umore depresso, disturbi comportamentali e ideazione suicidaria, inoltre deve essere usata con cautela nei pazienti con grave disfunzione renale. A tal proposito, la FDA raccomanda ai pazienti di informare il proprio medico della presenza di qualsiasi malattia psichiatrica prima di iniziare il trattamento con vareniclina, allo stesso modo i medici dovrebbero monitorare la presenza di cambiamenti di umore o di comportamento nei tabagisti quando prescrivono questo farmaco (Fiore et al, 2008).

Rispetto al placebo, la vareniclina aumenta notevolmente le probabilità di successo del trattamento ed è efficace sia con il dosaggio standard (2mg) che ridotto (1mg) (Dogar & Siddiqi, 2013).

In particolare, la dose ridotta circa raddoppia la probabilità di raggiungere l'astinenza a lungo termine rispetto al placebo, mentre la dose da 2 mg la triplica (Fiore et al., 2008).

L'efficacia della vareniclina è stata dimostrata anche in altri studi, in cui è stato riscontrato che il farmaco determina un tasso di astensione dopo 12 settimane di trattamento pari al 44%. La sua efficacia, tuttavia, diminuisce nel tempo: a 24 settimane la percentuale di fumatori in astinenza scende al 29.5%, dopo 52 settimane decresce ulteriormente al 21% (Cademartori et al., 2008).

Le meta-analisi indicano che la vareniclina è più efficace del bupropione così come della NRT a forma singola. Questo vantaggio è mantenuto fino a 3 anni dopo il trattamento; al contrario viene eliminato se la terapia sostitutiva della nicotina viene somministrata in forma combinata oppure prima della data di cessazione prevista (Hsueh et al., 2014).

Questi risultati sono stati confermati anche in altri studi, in cui è stato riscontrato che la vareniclina aumenta l'efficacia del trattamento del 50% rispetto al bupropione e alle singole forme di NRT, ma non rispetto alla combinazione di NRT (Ghamri, 2018).

Il vantaggio della vareniclina rispetto alla terapia sostitutiva della nicotina in forma singola viene mantenuto indipendentemente da una vasta gamma di caratteristiche del fumatore, come il fatto che gli uomini hanno maggiori probabilità di smettere di fumare rispetto alle donne e che la percentuale di persone che riescono a smettere aumenta con l'età (Walker et al., 2018).

4.3.2 Farmaci di seconda linea

Il trattamento farmacologico di seconda linea include nortriptilina e clonidina. Si tratta di farmaci per i quali esistono prove di efficacia nel trattamento del tabagismo, ma vengono impiegati in misura inferiore rispetto ai farmaci di prima linea, sia perché non sono stati approvati dalla FDA a tale scopo, ma anche per le maggiori preoccupazioni inerenti i potenziali effetti collaterali.

I farmaci di seconda linea dovrebbero essere presi in considerazione solo quando il trattamento con i farmaci di prima linea (erogati singolarmente o in combinazione) ha prodotto scarsi risultati o quando sono presenti specifiche controindicazioni che impossibilitano l'uso dei farmaci di prima linea (Fiore et al., 2008).

La nortriptilina è un antidepressivo triciclico, in particolare agisce inibendo il recupero neuronale di noradrenalina e serotonina, mitigando così i sintomi dell'astinenza (Cademartori et al., 2008).

Il regime di trattamento raccomandato è un periodo di titolazione di 10-28 giorni prima del tentativo di cessazione, si somministra quindi il farmaco a dosaggi crescenti iniziando con una dose di 25 mg fino ad una posologia massima di 75-100 mg al giorno per 12/ 14 settimane (Cahill, et al., 2013).

Sebbene la durata generica del trattamento sia di circa 12 settimane, il medico può valutare di estendere il trattamento fino a sei mesi (Fiore et al., 2008).

Gli effetti collaterali più comuni comprendono secchezza delle fauci, visione offuscata, ritenzione urinaria, vertigini e mani tremanti. Inoltre, la nortriptilina può compromettere le capacità mentali e fisiche richieste per l'esecuzione di compiti pericolosi, come la guida o l'utilizzo di macchine operatrici (Fiore et al., 2008).

Pertanto, è necessaria una stretta supervisione del medico per monitorare ed eventualmente aggiustare la dose (West et al., 2015), anche in virtù del fatto che il sovradosaggio potrebbe essere dannoso a livello cardiovascolare, potrebbe causare convulsioni e nei casi peggiori coma (Fiore et al., 2008). Il farmaco va somministrato con cautela nei soggetti con patologie cardiache ed epatiche, epilessia e psicosi (Cademartori et al., 2008). Inoltre, deve essere preso in considerazione il

monitoraggio terapeutico dei livelli plasmatici di nortriptilina secondo le linee guida dell'American Psychiatric Association per il trattamento dei pazienti con depressione (Fiore et al., 2008).

È stato dimostrato che la nortriptilina ha effetti benefici sulla cessazione a lungo termine rispetto al placebo, la sua efficacia è simile a quella del bupropione (Cahill, et al.,2013). Questi risultati sono in linea con altri studi, in cui è stato riscontrato che la nortriptilina circa raddoppia la probabilità del fumatore di ottenere l'astinenza a lungo termine rispetto al placebo (Fiore et al., 2008).

La clonidina viene comunemente usata come farmaco antipertensivo, nello specifico è un agonista noradrenergico in grado di ridurre il rilascio di dopamina (Cademartori et al., 2008).

Il dosaggio consigliato è molto variabile: si può somministrare per via orale una dose compresa tra 0,15 e 0,75 mg al giorno, mentre per via transdermica la posologia di solito raccomandata è compresa tra 0,10 e 0,20 mg al giorno. Non è presente, infatti, una chiara relazione dose-risposta sugli esiti del trattamento. In genere si parte somministrando il dosaggio più basso, per poi aumentare gradualmente la dose giornaliera di 0,10 mg ogni settimana in base alla necessità del fumatore (Fiore et al., 2008).

Il trattamento viene effettuato per un periodo da 3 a 10 settimane, iniziando qualche giorno prima o il giorno stesso della data di cessazione concordata (Fiore et al, 2008).

Gli effetti collaterali più frequenti sono secchezza delle fauci, sedazione, capogiri, sonnolenza, vertigini ed ipotensione posturale (Foresi & Cerveri, 2008). Essendo un farmaco antipertensivo è probabile che nella maggior parte dei pazienti produca un abbassamento della pressione sanguigna, che dunque si consiglia di tenere monitorata; inoltre, come nel caso della nortriptilina, è importante avvertire coloro che svolgono attività potenzialmente pericolose del possibile effetto sedativo del farmaco (Fiore et al., 2008).

È stato dimostrato che la clonidina produce un aumento assoluto della probabilità di smettere di fumare di circa il 9% rispetto al placebo; in genere i fumatori riescono a mantenere l'astinenza per almeno 12 settimane dopo la fine del trattamento (Cahill, et al.,2013).

Questi risultati sono in linea con quelli di altri studi, in cui è stato riscontrato che il trattamento con clonidina è associato con un maggior tasso di cessazione dopo 12 settimane (Bertoletti et al., 2009). Anche da altre evidenze è emerso che la clonidina è efficace nel promuovere l'astinenza dal fumo, in particolare circa raddoppia i tassi di astinenza rispetto al placebo, anche se i molteplici effetti collaterali ne limitano l'utilità (Fiore et al., 2008).

4.3.3 Prevenzione delle ricadute e combinazione di trattamenti

Molti fumatori, nonostante il successo dei tentativi di cessazione, hanno riportato nel tempo una riduzione dei tassi di astinenza. In particolare, il vantaggio netto dell'intervento diminuisce del 4,95% da 3 a 6 mesi e di un ulteriore 3 % da 6 a 12 mesi (Rosen et al. 2018).

Questo declino è stato osservato per tutti i farmaci di prima linea: è stato dimostrato che al termine del trattamento, solo il 45,1% dei partecipanti trattati con vareniclina, il 26,3% di quelli trattati con bupropione e il 20,8% di quelli trattati con terapia sostitutiva della nicotina erano ancora astinenti. Entro 52 settimane, i tassi di astinenza decrescono ulteriormente fino al 22,5% per vareniclina, 16,7% per bupropione e 13% per NRT (Jackson, et al., 2019).

Indagare le ragioni sottostanti la ricaduta è importante sia a livello individuale che di popolazione. Da un lato, infatti, permette di comprendere il motivo dell'assenza nella società di un chiaro impatto della farmacoterapia nel trattamento del tabagismo, evidenziando al contempo l'importanza di intervenire per prevenire le ricadute; allo stesso modo a livello individuale si potrebbe pianificare di prolungare l'intervento al fine di aumentarne l'efficacia (Rosen et al. 2018).

Per prevenire le ricadute sarebbe necessario fornire interventi di supporto ai fumatori in astinenza, che hanno recentemente smesse di fumare grazie a un intervento di disassuefazione (Taylor et al. 2011). Dal momento che un solo aumento dei tassi di astinenza dell'1% in 6 mesi è in grado di produrre 3 anni di vita guadagnati per ogni 100 fumatori trattati (Rosen et al. 2018), il vantaggio degli interventi di prevenzione delle ricadute è comparabile a quello degli interventi per smettere di fumare (Taylor et al. 2011).

In particolare, è stato mostrato che tutti i farmaci di prima linea possono costituire trattamenti altamente efficaci in termini di costi/benefici per prevenire le ricadute, se forniti all'interno delle cure cliniche di routine. Un possibile ostacolo dell'implementazione del trattamento farmacologico per prevenire le ricadute è l'ostilità dei fumatori a utilizzare i farmaci anche per lunghi periodi di tempo dopo aver smesso di fumare (Taylor et al. 2011).

In letteratura sono presenti numerose evidenze sulla maggior efficacia della combinazione di varie forme di farmacoterapie rispetto al trattamento con un singolo farmaco. In particolare, con i farmaci di prima linea questo miglioramento è stato riscontrato non solo combinando varie forme di NRT, ma anche vareniclina e bupropione (Ghamri, 2018).

È stato infatti dimostrato che il cerotto transdermico alla nicotina è maggiormente efficace se combinato a una forma di NRT a rilascio più rapido, così come se fornito in combinazione al bupropione. Non è invece raccomandata la combinazione di terapia sostitutiva della nicotina e vareniclina, a causa delle proprietà agoniste di quest'ultima verso la nicotina (Fiore et al, 2008).

Alcune evidenze mostrano che i forti fumatori traggono beneficio dalla combinazione di vareniclina e bupropione rispetto al trattamento con solo vareniclina, tale vantaggio è confermato al follow-up a 26 e 52 settimane, ma non viene riscontrato nei fumatori leggeri e poco dipendenti da nicotina (Vogeler et al., 2016).

In un altro studio, invece, è stato dimostrato che la maggior risposta al trattamento farmacologico combinato di vareniclina e bupropione si verifica nei fumatori con alto livello di dipendenza da nicotina e di sesso maschile, tale risultato è mantenuto dopo 8 settimane, 11 settimane e dopo 6 mesi. Al contrario, le fumatrici e coloro con livelli di dipendenza più bassi non mostrano alcun vantaggio nel ricevere il trattamento combinato rispetto ai due farmaci erogati in forma singola (Vogeler et al., 2016).

In contrasto a questi risultati, da ulteriori ricerche emerge che, nonostante la combinazione di vareniclina e bupropione sia efficace, sembrano esserci poche evidenze per raccomandare la combinazione dei due farmaci come trattamento di prima linea per smettere di fumare. Infatti, il trattamento combinato non produce tassi di astinenza significativamente superiori rispetto al trattamento con sola vareniclina. Inoltre, il trattamento combinato potrebbe comportare la comparsa di alcuni effetti avversi come diminuzione dell'appetito, secchezza delle fauci, edema, gusto anormale e insonnia (Cinciripini, et al., 2018).

Ugualmente, non sono stati ottenuti ulteriori benefici a lungo termine quando il bupropione oppure la nortriptilina sono stati erogati in combinazione alla NRT rispetto al trattamento con la NRT a forma singola (Ghamri, 2018).

È, infine, ormai constatato che gli interventi in cui vengono combinati la farmacoterapia e il supporto comportamentale sono in grado di aumentare notevolmente l'efficacia degli interventi se confrontati con entrambi i trattamenti erogati singolarmente (Ghamri, 2018).

Allo stesso modo, la combinazione della terapia farmacologica e il supporto comportamentale aumenta la probabilità di successo dei tentativi di cessazione dal 70 al 100% rispetto all'intervento breve e le cure usuali (Dogar & Siddiqi, 2013).

Inoltre, c'è una forte relazione tra il numero di sessioni di counselling, quando combinate con la farmacoterapia, e la probabilità di riuscire a smettere di fumare: due o più sessioni di counselling migliorano significativamente i risultati del trattamento rispetto a una singola sessione, tuttavia i risultati migliori in termini di tassi di astinenza si ottengono se sono fornite almeno 8 sessioni (Fiore et al., 2008).

In un altro studio è stato riscontrato che aumentare l'intensità del supporto comportamentale nei fumatori trattati con farmacoterapia aumenta il successo della cessazione di un ulteriore 10/25%

rispetto alla combinazione di farmacoterapia e supporto comportamentale meno intenso (Dogar & Siddiqi, 2013).

Pertanto, quando possibile e opportuno, ai fumatori che desiderano smettere dovrebbero essere offerti sia la farmacoterapia che il trattamento psico-comportamentale, soprattutto se quest'ultimo prevede più sessioni.

4.4 Interventi aggiuntivi

In aggiunta agli interventi psico-comportamentali e farmacologici precedentemente esposti, esistono anche interventi alternativi per contrastare la dipendenza da nicotina.

Tra questi sono presenti l'agopuntura, l'ipnosi e le tecniche di rilassamento, applicati in alcuni casi anche nei Centri Anti Fumo (Bertolotti et al., 2009).

L'agopuntura è un trattamento che prevede il posizionamento di aghi in specifiche zone del corpo, questa tecnica può anche essere eseguita utilizzando l'elettrostimolazione o il laser. L'ipnosi, invece, (o ipnoterapia) è un trattamento mediante il quale si induce nel tabagista uno stato di attenzione alterato e una maggiore suggestionabilità (Fiore et al., 2008).

Il rilassamento psicofisico è una strategia di intervento che consiste nell'insegnare ai fumatori l'utilizzo di alcune tecniche specifiche, come la meditazione e gli esercizi di controllo della respirazione, in tale ambito si inseriscono anche gli interventi basati sulla mindfulness (Fiore et al., 2008). Tali tecniche apportano un valore aggiunto al trattamento del tabagismo: favorendo lo sviluppo di una maggior consapevolezza delle proprie esperienze esterne ed interne, aiutano il fumatore a riconoscere i sintomi dell'astinenza introducendo così una pratica basata sul farne esperienza, piuttosto che reagire in maniera automatica (Ameglio et al., 2019).

Ugualmente, in aggiunta ai farmaci di prima e seconda linea, ne esistono molti altri impiegati per il trattamento del tabagismo. Tra questi gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, come la fluoxetina, la sertralina e la paroxetina, e alcuni farmaci ansiolitici, ad esempio il buspirone e il diazepam. Sono presenti anche il vaccino contro la nicotina, l'acetato d'argento, il rimonabant, la citisina, il nicobrevin, il naltrexone e la mecamilamina (Fiore et al., 2008; Cahill et al., 2013).

Tali interventi, tuttavia, non sono stati trattati in questa sede in quanto hanno evidenze di efficacia nulle e molto piccole; questo è vero sia per i trattamenti farmacologici (Fiore et al., 2008; Cahill et al., 2013) che per l'agopuntura, l'ipnosi e le tecniche di rilassamento psicofisico (Fiore et al., 2008, Bertolotti et al., 2009). Inoltre, i farmaci precedentemente elencati non sono stati raccomandati dalla FDA per il trattamento del tabagismo, né il loro utilizzo è consigliato nelle linee guida (Fiore et al., 2008; Cahill et al., 2013).

CAPITOLO 5

Interventi di prevenzione al fumo

Il tabagismo, i cui effetti in termini di sofferenza, malattia e costi economici sono ben noti, è in realtà un fenomeno particolarmente complesso e sfaccettato, non riconducibile solo all'ambito medico (Ministero della Salute, 2007).

Costituisce in primo luogo un fenomeno sociale e culturale, ancora fortemente radicato nella nostra vita quotidiana: le sigarette sono facilmente accessibili, il consumo di tabacco è spesso presentato attraverso i media e talora è associato a personalità di successo.

Non si può trascurare anche il carattere economico: il commercio dei prodotti a base di nicotina costituisce un importante giro d'affari, di conseguenza l'industria del tabacco sostiene i propri interessi estendendo, da un lato, il mercato alle nuove generazioni, dall'altro proponendo prodotti sempre innovativi che rispondano alle nuove strategie di salute pubblica.

Il tabagismo presenta poi aspetti di tipo psicologico: non solo rappresenta una dipendenza patologica, ma costituisce uno stile di vita, si parla infatti di "abitudine al fumo".

Tutti questi elementi dimostrano che, prima di diventare sanitario, il problema sembra essere socio-culturale (Ministero della Salute, 2007).

È stato dimostrato che la probabilità di diventare dipendenti dalla nicotina dopo un'esposizione è superiore a quella di altre sostanze psicoattive che creano dipendenza (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

Inoltre, le persone che iniziano a fumare precocemente riscontrano maggiori difficoltà a smettere, è più probabile che diventino forti fumatori e sono più esposti al rischio di contrarre una malattia fumo correlata (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

Infatti, da numerose evidenze emerge che tra i fattori prognosticamente sfavorevoli alla cessazione è presente la precocità di inizio al fumo (Cifiello et al., 2010). Questo si riscontra già tra i giovani fumatori che tentano la cessazione: il 70% di coloro di età compresa tra 12 e 17 anni si pente di aver iniziato, allo stesso tempo, pur desiderando smettere, trovano complesso rinunciare al fumo soprattutto a causa della difficoltà a sopportare i sintomi dell'astinenza (Bogden, 2000).

Inoltre, sebbene il fumo sia dannoso a tutte le età, il rischio di conseguenze negative sulla salute è strettamente dipendente dalla data in cui si instaura l'abitudine: chi inizia a fumare prima dei 15 anni ha probabilità maggiori di soffrire per problematiche legate o aggravate dal fumo rispetto a chi inizia dopo i 20 anni (Bogden, 2000).

Purtroppo, i dati mostrano che generalmente si inizia a fumare nella preadolescenza e, per chi inizia, l'abitudine appare consolidata già prima del completamento della Scuola secondaria di II° grado (Ministero della Salute, 2007).

Da ulteriori evidenze emerge che il 72% dei fumatori ha acceso la prima sigaretta tra i 15 e i 20 anni, ancora più preoccupante il fatto che il 10% dei fumatori ammette di essersi avvicinato al fumo ancora prima dei 15 anni (Pacifici et al., 2019).

Proprio perché la maggior parte dei fumatori ha instaurato tale abitudine in giovane età e considerati i numerosi effetti negativi arrecati dal fumo, a maggior ragione se si inizia precocemente, è evidente la necessità di agire al fine di contenere e contrastare questo preoccupante fenomeno.

È stato, infatti, ampiamente dimostrato che i comportamenti non salutari spesso si instaurano a partire dall'infanzia e adolescenza, per poi persistere fino all'età adulta; inoltre occorre considerare che i ragazzi che adottano comportamenti a rischio tendono ad applicare la categoria del rischio anche ad altre aree comportamentali (Ministero della Salute, 2007).

Per contro, se un adolescente decide di rimanere libero dal tabacco, è molto probabile che vi rimanga per tutto il resto della sua vita (Ministero della Salute, 2007).

In tale ottica, gli interventi di prevenzione al fumo possono diventare una delle strategie più indicate ed incisive, sia a livello nazionale che mondiale, per ridurre l'onere delle spese sostenute per curare le malattie fumo correlate, così come per realizzare trattamenti efficaci di disassuefazione al fumo (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

5.1 Fattori di rischio e fattori di protezione

Conoscere i fattori di rischio specifici associati all'avvicinamento e successivamente alla stabilizzazione dell'abitudine al fumo nei giovani è fondamentale per intervenire efficacemente in ottica preventiva.

La letteratura ribadisce che l'iniziazione al fumo sottende ad un processo complesso e multifattoriale, frutto dell'interazione dinamica tra l'individuo e il suo contesto di vita.

In particolare, i fattori che spingono i giovani ad avvicinarsi al fumo possono essere suddivisi in tre categorie: ambientali, socio-demografici e comportamentali-individuali (Ministero della Salute, 2007).

I primi includono gli atteggiamenti dei genitori rispetto al fumo, le caratteristiche dell'ambiente familiare e il tipo di attaccamento ai genitori, gli atteggiamenti e le norme osservati dai coetanei rispetto al fumo, infine la presenza di conviventi o amici fumatori (Ministero della Salute, 2007).

A conferma della forte influenza dei modelli familiari sull'abitudine al fumo, è stato riscontrato che i ragazzi fumatori hanno nel 62% dei casi uno o entrambi i genitori che fumano, contro il 47% dei coetanei non fumatori (Ministero della Salute, 2007). È stato anche comprovato che gli adolescenti con familiari abituati a fumare nell'ambiente domestico riportano una sensazione di inevitabilità riguardo al fumo (Cheney & Mansker, 2013).

Al di là della presenza di fumatori in casa, una famiglia con uno stile educativo permissivo, in cui il sostegno emotivo è scarso e sono assenti regole e limiti precisi, costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo dell'abitudine al fumo (Ministero della Salute, 2007).

Allo stesso modo, se si hanno amici fumatori è maggiore la probabilità che si abbiano occasioni di avvicinarsi al fumo, anche a causa dell'influenza sociale esercitata dai pari e dalle pressioni dirette e indirette verso la sperimentazione del fumo. È vera anche l'associazione contraria: è stato dimostrato che gli adolescenti tendono a scegliere amici che hanno abitudini simili alle proprie, anche relativamente al fumo (Vartiainen et al., 2006).

I fattori socio-demografici si riferiscono all'età, la provenienza etnica, la disponibilità economica e lo stato socio-economico dei genitori (Ministero della Salute, 2007).

Ad esempio, da alcune ricerche è emerso che tra i giovani afroamericani circa il 30%, contro il 9% dei ragazzi caucasici, inizia a fumare dopo i 18 anni; viceversa il 30% dei ragazzi occidentali si avvicina al fumo a 12 anni, una percentuale che tra i ragazzi afroamericani è solo del 7% (Cheney & Mansker, 2013). Il motivo dell'instaurazione tardiva dell'abitudine al fumo tra i ragazzi afroamericani è dovuto alla forte influenza esercitata dagli adulti significativi, in particolare genitori e nonni, nelle loro scelte di vita: ricevendo forti messaggi di disapprovazione al fumo durante l'infanzia e l'adolescenza, farsi scoprire fumare costituirebbe motivo di vergogna e delusione. Tuttavia, la disapprovazione esplicita del fumo diminuisce all'età di 18 anni, età in cui infatti aumenta la percentuale di fumatori (Cheney & Mansker, 2013).

È stato anche dimostrato che l'instaurarsi dell'abitudine tabagica è inversamente correlata allo stato socioeconomico dei genitori (Tinghino, 2003); inoltre, è stato trovato che il rischio di avvicinarsi al fumo è maggiore tra gli studenti che ricevono una paghetta più elevata, dunque con più soldi a disposizione per acquistare le sigarette rispetto ai compagni (Vartiainen et al., 2006).

Infine, lo stile di vita, il rendimento scolastico, il livello di autostima, le aspettative per il futuro, l'importanza attribuita alla salute e la presenza di fattori di stress fanno parte dei fattori individuali (Ministero della Salute, 2007).

In particolare, gli adolescenti maggiormente a rischio sono coloro con scarsa autoefficacia, basso rendimento scolastico, con scarse prospettive per il futuro e che attribuiscono poca importanza alla

realizzazione personale, con elevate aspettative relazionali e un alto orientamento verso i pari anche nelle scelte inerenti lo stile di vita (Ministero della Salute, 2007).

Ad esempio, è emerso che i giovani fumatori riportano maggiormente rispetto ai coetanei di avere ansia da prestazione, attingono meno a risorse di socializzazione e di benessere personale (come la pratica costante di uno sport o la partecipazione a gruppi di volontariato), hanno una bassa stima di sé e ottengono scarsi risultati scolastici, tanto da considerare la scuola inutile o essere intenzionati ad abbandonarla (Tinghino, 2003). Anche da altre evidenze risulta che maggiore è il livello di istruzione, minore è la probabilità di diventare fumatori (Cheney & Mansker, 2013).

È fondamentale tener presente che l'attrattività che il fumo esercita per i giovani deriva dai significati che per loro assume e dalla possibilità di offrire una risposta ad alcuni bisogni che si manifestano in questa particolare fase di vita. Tra questi va ricordato il bisogno di dare un'immagine di sé positiva, il bisogno di autonomia e di emancipazione, così come il bisogno di appartenenza e di prestigio rispetto al gruppo dei pari (Ministero della Salute, 2007).

Un altro importante fattore che spinge gli adolescenti a iniziare a fumare è gestire lo stress dovuto al momento di transizione e trasformazione psicofisica che stanno attraversando. Questo accade sia perché si sottovalutano le proprie risorse personali, ma anche perché il tabagismo viene spesso visto come una strategia adulta per far fronte alle difficoltà (Cheney & Mansker, 2013).

Inoltre, il fumo di tabacco può costituire un mezzo per regolare le emozioni, oltre che rappresentare uno strumento facilmente accessibile per contrastare ansia, tensione, depressione e bassa autostima (Ministero della Salute, 2007).

Nel determinare o meno un comportamento a rischio per la salute vanno considerati anche i fattori di protezione e la loro interazione dinamica con i fattori di rischio.

Con questi ci si riferisce alle competenze individuali o risorse ambientali che promuovono lo sviluppo e sono in grado di impedire o mitigare l'azione negativa esercitata dai fattori di rischio (Bonino & Cattelino, 2008).

A livello individuale, tra i principali fattori di protezione rispetto al fumo sono presenti le life skills, l'importanza attribuita alla salute, la disapprovazione dei comportamenti devianti, così come le attese di successo per la propria vita, sia nell'immediato che future. Infine, sono importanti anche alcune conoscenze specifiche relative ai danni comportati dai comportamenti a rischio (Bonino & Cattelino, 2008).

Attraverso uno stile educativo autorevole la famiglia svolge un importante ruolo protettivo, aiutando da un lato l'adolescente nell'acquisizione di una capacità di autoregolazione sempre maggiore, dall'altro riducendo, attraverso il dialogo ed il sostegno affettivo, i sentimenti di

malessere (Ministero della Salute, 2007). Inoltre, l'integrità del nucleo familiare risulta protettiva rispetto a famiglie con un solo genitore o con genitori separati (Tinghino, 2003).

Il comportamento dei genitori è protettivo anche quando viene esercitato in senso normativo e di opposizione rispetto all'uso del tabacco (Tinghino, 2003).

I fattori di protezione riguardano anche la scuola, tra questi il principale è la soddisfazione per l'esperienza scolastica, intesa non solo in termini di successo accademico, ma anche di relazioni instaurate con i compagni e gli insegnanti (Bonino & Cattelino, 2008).

È stata ampiamente dimostrata l'importanza che i fattori protettivi si sviluppino prima del passaggio dalla fanciullezza all'adolescenza, ne deriva la necessità di promuoverne lo sviluppo già nei bambini della scuola primaria (Ministero della Salute, 2007).

5.2 Il ruolo dell'ambiente scolastico

In aggiunta ai fattori di rischio e di protezione, in genere legati alle caratteristiche individuali o dell'ambiente familiare e del gruppo dei pari, è stato riscontrato che anche i fattori contestuali più ampi giocano un ruolo rilevante nel determinare l'attrattività del fumo per i giovani. In particolare, dalle evidenze emerge che l'ambiente scolastico rappresenta il più significativo fattore contestuale associato al fumo giovanile (Murnagha et al., 2008).

Da qui l'importanza del forte coinvolgimento della scuola, considerata come luogo privilegiato per effettuare interventi indirizzati alla popolazione giovanile.

In primo luogo l'esperienza scolastica ricopre un ruolo chiave nell'accompagnare i giovani nella costruzione del loro senso d'identità personale, così come nella definizione delle loro relazioni interpersonali e con le istituzioni sociali (Ministero della Salute, 2007).

Inoltre, la scuola riveste un ruolo educativo fondamentale nell'orientare i ragazzi rispetto agli stili di vita, motivo per cui può svolgere un importante ruolo protettivo nei confronti dei diversi comportamenti a rischio: per quanto riguarda il fumo, così come per le altre sostanze in generale, può rappresentare una palestra favorente l'iniziazione oppure un modello da seguire per l'adozione di stili di vita salutari (Bosi, s.d.).

Ad esempio, la prevalenza di fumatori tra gli studenti più grandi è associata al rischio di fumo occasionale tra gli studenti delle classi prime. Infatti, vedendo gli studenti già presenti nella scuola fumare, nei ragazzi appena entrati si crea la percezione errata che il fumo costituisca un comportamento accettabile nell'ambiente scolastico in cui ci si trova e che le sigarette, oltre ad essere facilmente accessibili, potrebbero costituire un mezzo per favorire l'inserimento nel gruppo dei pari. A conferma di questi risultati, dalla letteratura emerge che una prevalenza di fumatori tra

gli studenti più grandi superiore del 30% crea un ambiente scolastico particolarmente a rischio per l'iniziazione al fumo (Murnagha et al., 2008).

Per contrastare la sperimentazione dei prodotti del tabacco e soprattutto l'instaurarsi dell'abitudine al fumo tra i propri studenti è importante che la scuola adotti e diffonda una cultura del "non fumo", creando ambienti scolastici sensibili al recepimento della normativa vigente. Alcune azioni efficaci a tal proposito sono dotarsi di un regolamento specifico sul tabagismo, posizionare cartelli educativi e cartelli di divieto in posti facilmente visibili come gli atri, i corridoi o i bagni, infine far rispettare il divieto di fumo all'interno dell'intero istituto scolastico, compresi i cortili (Luoghi di Prevenzione).

È stato dimostrato che politiche scolastiche anti fumo chiaramente articolate e applicate in modo equo e coerente possono aiutare gli studenti a decidere di non usare il tabacco. Tali politiche, infatti, determinano cambiamenti nelle convinzioni degli studenti sul fumo di sigaretta, che viene percepito meno disponibile, più rischioso, meno attraente e meno socialmente accettato (Bosi et al., 2013). Inoltre, per garantire ampio sostegno e aderenza alla politica scolastica, anche studenti, genitori, personale scolastico e operatori sanitari dovrebbero partecipare alla sua realizzazione e attuazione (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

Ma la sola politica scolastica non è sufficiente: al fine di creare una cultura del non fumo, oltre a prevedere un regolamento specifico sul tabagismo, è bene che l'istituto scolastico si impegni ad integrare nelle proprie azioni curriculari e formative interventi di prevenzione e sensibilizzazione sugli effetti del fumo, con la partecipazione attiva di tutti i soggetti a cui sono rivolti (docenti, personale non docente, studenti e famiglie) (Luoghi di Prevenzione).

Infatti, dalla letteratura emerge che talvolta le scuole in cui sono presenti forti politiche di contrasto al tabagismo riportano una percentuale più alta di fumatori tra i propri studenti; questo accade perché le politiche da sole non sono efficaci se non vengono affiancate da adeguati programmi di prevenzione al fumo (Murnagha et al., 2008).

A conferma di questi risultati, è stato riscontrato che gli studenti che frequentano scuole in cui sono attuati interventi di prevenzione, in accordo con politiche anti fumo già presenti nell'istituto, hanno meno probabilità di avvicinarsi al fumo, soprattutto quando percepiscono l'esistenza di regole chiare a riguardo (Murnagha et al., 2008).

Più nello specifico, l'obiettivo primario degli interventi di prevenzione al fumo rivolti ai giovani è quello di contrastare l'iniziazione al fumo, altrettanto importante è impedire che il fumo diventi un'abitudine consolidata e che si instauri così la dipendenza (Ministero della Salute, 2007).

Si utilizzano quindi una vasta gamma di strategie che tendono non solo a limitare la disponibilità dei vari prodotti a base di tabacco, ma anche a modificare le opinioni e gli atteggiamenti dei ragazzi

verso il fumo e i fumatori, orientando la preparazione degli studenti a saper rifiutare e proteggersi da questo comportamento a rischio.

In questo modo si cerca di limitare il numero di giovani che si avvicinano al fumo o almeno a ritardarne l'età di contatto (Ministero della Salute, 2007).

In conclusione, il contesto scolastico può essere modificato attraverso scelte che favoriscono il benessere psicofisico di tutti coloro che lo abitano, integrando azioni di educazione, formazione e informazione.

In particolare, nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, un approccio olistico che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi, favorendo lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, è efficace al fine di promuovere l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute in una logica di ricerca di benessere psicofisico e affettivo. Infatti, se da un lato il contesto ambientale influenza le scelte sulla salute, dall'altro la componente educativa sviluppa l'empowerment dei soggetti (Bosi, s.d.).

5.3 Progettazione e realizzazione di programmi di prevenzione nelle scuole

Nella progettazione di interventi di prevenzione in ambito scolastico è necessario considerare alcuni elementi chiave, in particolare la National Mental Health Association (NHMA) ha individuato una serie di fasi fondamentali (Tinghino, 2003).

In primo luogo, è importante che il programma si basi su evidenze empiriche, quindi su modelli teorici o ricerche precedenti di cui è già stata validata l'efficacia, così da realizzare interventi evidence-based e che tengano conto delle "best practices" (Tinghino, 2003).

Allo stesso modo è utile disporre di dati oggettivi sul tasso di fumatori nella comunità in cui si agisce, al fine di realizzare un intervento che affronti in modo specifico il problema e risponda ai bisogni della popolazione a cui è rivolto (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). Infatti, nell'ambito della lotta al tabagismo può essere facile considerare la fase dell'individuazione dei bisogni come scontata dal momento che sono ormai risaputi i molteplici effetti negativi del fumo sulla salute. Al contrario, è fondamentale un'analisi della "percezione" dei bisogni degli utenti a cui i programmi sono rivolti, pena il rischio di sovrastimare la richiesta di prestazioni e trovarsi a proporre attività a ragazzi totalmente disinteressati (Tinghino, 2003).

Vanno poi elaborati e definiti gli obiettivi, generali e specifici. Non necessariamente il bersaglio dell'intervento deve essere costituito da un effetto diretto al cambiamento dell'abitudine al fumo: il grado di coinvolgimento della famiglia, l'attivazione delle istituzioni, il numero di accessi ad un servizio possono essere tutti obiettivi legittimi. Inoltre, non vanno trascurati gli obiettivi di tipo

economico, ossia la valutazione del rapporto costi/benefici dello smettere di fumare o del non cominciare (Tinghino, 2003).

Non si può prescindere dalla definizione di indicatori di efficacia, utili a valutare il cambiamento atteso all'interno del programma. Sono presenti vari elementi che possono fungere da indicatori: il numero di soggetti che non iniziano a fumare, il numero di fumatori occasionali, il numero di sigarette fumate dagli studenti in un certo intervallo di tempo, la qualità e la correttezza delle informazioni acquisite dai ragazzi, la quantificazione del rapporto costo/beneficio, la riduzione dei fattori di rischio (Tinghino, 2003).

Le fasi successive riguardano l'individuazione delle risorse necessarie, sia umane che economiche, e delle specifiche competenze richieste per l'implementazione dell'intervento, l'identificazione delle fonti di finanziamento e la definizione del piano operativo, in cui siano esplicitate le singole componenti del progetto e le rispettive attività nel dettaglio (Tinghino, 2003).

Infine, è fondamentale una valutazione periodica dell'intervento, in modo da monitorare il raggiungimento degli obiettivi ed effettuare, quando necessari, miglioramenti in corso d'opera, assicurandosi che il programma si basi su dati e strategie sempre aggiornati (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). I metodi di valutazione più comuni sono l'arruolamento di almeno due gruppi di studenti, gruppo sperimentale e di controllo, tra cui si esegue il confronto e la somministrazione di test (metodo test-retest) prima, dopo e a distanza di uno o due anni dall'intervento (Tinghino, 2003). Nell'attività di valutazione è possibile considerare anche la presenza di alcuni elementi che caratterizzano e arricchiscono i programmi, come la promozione delle conoscenze e delle abilità necessarie per resistere e rifiutare il fumo, l'implementazione del programma fin dai primi anni di scuola, infine il coinvolgimento di famiglie, studenti e personale scolastico nella pianificazione e attuazione dell'intervento (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

Accanto alle considerazioni precedenti, relative alla fase di progettazione, dalle evidenze emergono alcune raccomandazioni per la realizzazione di interventi sempre più efficaci.

Innanzitutto, come anche approfondito precedentemente, è fondamentale inserire il programma all'interno di un contesto scolastico in cui sia stata definita e approvata una politica di contrasto al tabagismo, quindi che vieti a studenti, genitori, visitatori e a tutto il personale di fumare in tutte le strutture dell'edificio scolastico, così come di inserire pubblicità relativa ai prodotti del tabacco (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

In secondo luogo, è importante iniziare l'attività di prevenzione al fumo già a partire dai primi anni di scuola elementare e garantire la continuità dell'intervento fino alle scuole superiori, attuandolo in

forma integrata all'interno del curriculum scolastico. Infatti, affinché la prevenzione produca dei risultati occorre che sia rivolta ai ragazzi prima che si avvicinino al fumo (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000); allo stesso modo è importante perpetuare l'intervento durante tutto il percorso scolastico in quanto, senza sessioni ripetute nei gradi successivi di istruzione, gli effetti dei programmi si disperderebbero nel tempo (Bogden, 2000).

Aumentare l'intensità e la durata dei programmi ne accresce l'efficacia, in particolare occorre prevedere programmi più intensivi quando è maggiore il rischio di iniziare a fumare, come il momento di ingresso nella scuola media e nella scuola superiore (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). Il modo in cui sono trattati i vari elementi del programma deve essere adeguato alla fase di sviluppo degli studenti, alle nozioni che possiedono in merito al tabagismo e alle loro esperienze passate (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

L'obiettivo finale dell'attività di prevenzione e di educazione alla salute non si limita, come la normale attività didattica, a costruire la base di conoscenze e sviluppare le abilità cognitive degli studenti, ma mira a influenzarne e talvolta modificarne i comportamenti (Bogden, 2000).

Ne deriva l'importanza di formare adeguatamente il personale docente. Infatti, partecipare a corsi di formazione aiuta gli insegnanti a sviluppare una comprensione più profonda del background teorico e della logica alla base delle varie componenti del programma. Questo permette loro non solo di sentirsi maggiormente competenti nell'implementazione dell'intervento, ma a farlo con maggiore motivazione ed entusiasmo, elementi essenziali per trasmetterne efficacemente i contenuti (Josendal et al., 2005). Inoltre, la formazione favorisce l'adesione degli insegnanti al programma, elemento da non trascurare in quanto l'efficacia complessiva è maggiore quando il programma viene applicato in ogni sua parte (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

Allo stesso modo va ricercato ed incoraggiato il sostegno dei genitori: è stato dimostrato che i programmi che dedicano una specifica parte al coinvolgimento dei genitori aumentano la loro consapevolezza sulla prevalenza dell'uso di tabacco tra i giovani. La maggior conoscenza dell'entità del problema, così come delle conseguenze negative che ne derivano, facilita lo sviluppo di atteggiamenti negativi sul tabagismo e la conseguente tendenza a scoraggiarne o disapprovarne l'avvicinamento da parte dei figli (Ministero della Salute, 2007), fattore che è stato dimostrato essere protettivo per l'istaurarsi dell'abitudine al fumo (Tinghino, 2003).

Una modalità per coinvolgere i genitori è inserire all'interno del programma, parallelamente alle attività svolte a scuole, anche compiti a casa. Ad esempio, si può chiedere agli studenti di indagare abitudini e atteggiamenti relativi al fumo di uno o più membri della famiglia, preferibilmente conviventi, così come le opinioni dei familiari sugli effetti del fumo sulla salute (Lotrean et al., 2010).

Queste attività aumentano la probabilità che il tabagismo sia oggetto di discussione all'interno della famiglia e motivano i fumatori adulti a considerare la cessazione (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). Appare, infatti, necessaria una riflessione da parte degli adulti significativi, primi tra tutti i genitori, sull'opportunità di adottare comportamenti coerenti, non limitandosi a scoraggiare l'abitudine al fumo nei ragazzi, ma mettendo in discussione in prima persona il proprio essere fumatore, consapevoli di rappresentare dei modelli di comportamento (Ministero della Salute, 2007).

Ne deriva la necessità, accanto alla prevenzione, di promuovere e favorire l'accesso a programmi efficaci di disassuefazione al fumo, rivolti a tutto il personale scolastico e non scolastico, agli studenti che desiderano smettere di fumare così come ai genitori (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

Anche per quanto riguarda il cuore del programma, ovvero la parte che coinvolge direttamente gli studenti, è importante considerare alcuni accorgimenti.

Le informazioni sul tabagismo costituiscono sicuramente la base sulla quale costruire il percorso di cambiamento delle attitudini e dei comportamenti dei ragazzi nei confronti del fumo. Non si può, infatti, prescindere dall'illustrare le componenti della sigaretta, così come gli effetti a breve e lungo termine del fumo sulla salute, sia attivo che passivo, oltre che trattare le caratteristiche neurobiologiche della dipendenza (Lotrean et al., 2010).

Una strategia di insegnamento che attira spesso l'attenzione degli studenti è quella di sottolineare gli effetti immediati, piuttosto che a lungo termine, dell'uso del tabacco (Bogden, 2000).

Infatti i giovani, nel fare considerazioni sui possibili guadagni e le ipotetiche perdite conseguenti alla scelta di fumare, hanno maggiori probabilità di considerare gli aspetti a breve termine, di cui è più facile prevedere le conseguenze, piuttosto che quelli a lungo termine. Pertanto, per trasmettere informazioni che riescano a colpire e influenzare il comportamento e le scelte degli studenti, è preferibile soffermarsi sulle conseguenze negative a breve termine del tabagismo, allo stesso tempo occorre enfatizzare i benefici immediati della scelta di astenersi dal fumo (Josendal et al., 2005).

Tuttavia, un approccio che si limita a fornire informazioni isolate sugli effetti del fumo, tentando di generare paura nei ragazzi, rischia di produrre l'effetto contrario, stimolando curiosità e inducendo alcuni studenti a credere che i rischi arrecati dal fumo siano in realtà sovrastimati (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). Infatti, dalla letteratura emerge che i programmi di prevenzione volti unicamente a fornire nozioni conoscitive sul tabagismo sono meno efficaci nel modificare atteggiamenti e comportamenti degli studenti rispetto ai programmi che considerano

anche altri aspetti del fenomeno. Tra questi non si possono trascurare i fattori psicosociali associati al fumo, come l'influenza e le norme sociali (Park, 2006).

In primo luogo, occorre ridurre l'accettabilità sociale del fumo. A tal proposito è utile evidenziare la normativa vigente in materia, così come proporre attività mirate a correggere le frequenti sopravvalutazioni sulla prevalenza dei fumatori (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). Mostrando che il tabagismo è un'abitudine meno diffusa di quanto si creda, sia tra i coetanei ma soprattutto tra gli adulti, si tenta di rompere l'associazione tra fumo e acquisizione di caratteristiche comportamentali associate agli adulti.

Un altro aspetto molto importante per realizzare interventi efficaci è valorizzare l'immagine del non fumatore. È stato dimostrato che interventi in cui la scelta di astenersi dal fumo viene presentata come un attributo desiderabile e segno di maturità, mettendone in evidenza gli aspetti positivi, come il mantenimento della forma fisica, il maggiore rendimento sportivo, i fattori estetici, l'igiene personale e la libertà, in opposizione alla dipendenza del fumatore, sono efficaci nel ridurre il numero di ragazzi che desiderano provare a fumare (Luoghi di Prevenzione).

Allo stesso modo, è necessario affrontare i significati che assume il fumo per i giovani e i principali motivi per cui si decide di iniziare a fumare. L'obiettivo è quello di supportare gli studenti a sviluppare modalità alternative più idonee ed efficaci per soddisfare i bisogni a cui si tenta di dar risposta fumando (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

Infatti, anche se uno dei motivi per cui gli studenti spesso si avvicinano al fumo è per emulare ciò che percepiscono una norma sociale tra gli adulti, possono poi scegliere di continuare per altre ragioni, come la riduzione dello stress o l'evasione da stati mentali ed emotivi intensi e difficili da gestire. Di conseguenza, l'acquisizione di competenze utili ad affrontare efficacemente le principali sfide a cui vanno incontro i giovani, soprattutto nella fase adolescenziale, incoraggiando allo stesso tempo esperienze gratificanti, anche se non riduce direttamente la percentuale di ragazzi che sperimentano il fumo può essere utile ad impedire che questo diventi un'abitudine e che si instauri quindi la dipendenza (Adame et al., 2013).

Ne deriva l'importanza di inserire nei programmi di prevenzione attività focalizzate al potenziamento delle competenze trasversali. Queste si riferiscono all'insieme di abilità personali e relazionali, come le capacità comunicative e di assertività, le abilità di decision-making e problem-solving, l'autoefficacia e il pensiero critico, funzionali ad affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità. La mancanza di tali abilità socio-emotive può causare l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta allo stress (Ministero della Salute, 2007).

Relativamente al fumo, l'acquisizione e il rafforzamento delle life skills può aiutare i ragazzi a prendere coscienza delle pressioni sociali e culturali sul tabagismo, sostenendo così processi di scelta consapevole (Park, 2006).

Una strategia efficace nel potenziare le competenze trasversali è l'utilizzo di metodologie interattive. È stata, infatti, ampiamente dimostrata l'importanza di coinvolgere gli studenti nell'implementazione dell'intervento, adottando modalità che li rendano protagonisti dello stesso (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). Al fine di sollecitare la partecipazione dei ragazzi il lavoro di gruppo costituisce il contesto ottimale, favorendo la buona comunicazione, la riflessione e l'approfondimento delle tematiche proposte a partire dalla soggettività dell'esperienza. Rappresenta, oltre che uno strumento educativo volto alla realizzazione del progetto, il primo e principale contenuto che viene trasmesso (Bosi, s.d.).

Esempi di metodologie interattive sono la scrittura creativa, il role playing, l'attività di visualizzazione e fantasia guidata e l'attività di problem-solving (Bosi, s.d.).

La scrittura creativa permette di stabilire un contatto che lascia spazio alla fantasia e favorisce il raccontare senza vincoli, permettendo di integrare il vissuto emozionale in un'esperienza cognitiva. Si parte da uno stimolo iniziale, ovvero una breve attività di fantasia guidata, a cui segue la distribuzione di una lista di parole o immagini stimolo. Dopo che ognuno ha scelto la parola o l'immagine che più lo ha colpito, viene avviata l'attività di approfondimento introspettiva e relazionale, attività svolta da ogni alunno singolarmente. Si leggono quindi in gruppo i testi dei compagni, sollecitando tutti i ragazzi ad esprimere un commento libero e una riflessione sulle tematiche emerse. Questa attività favorisce il manifestarsi delle contraddizioni relative al fumo: ad esempio, può succedere che nonostante si conoscano i danni arrecati dal fumo si trovi affascinante la propria immagine con la sigaretta, oppure si provi la sensazione che fumare sia piacevole pur ritenendo sgradevoli i luoghi in cui troppe persone fumano insieme. La dimensione del sentire, grazie alla discussione di gruppo, viene quindi prevalsa da quella cognitiva, rafforzando così i passaggi di consapevolezza (Bosi, s.d.).

Il gioco di ruolo (o role playing) è una modalità teatrale utilizzata per affrontare i conflitti in modo costruttivo, aiutando i partecipanti ad individuare sia gli ostacoli che gli aspetti facilitanti l'elaborazione di una soluzione finale. Esempi di situazioni conflittuali sono le difficoltà che si incontrano nel modificare un contesto scolastico in cui molti tra docenti, allievi e personale non docente fumano dove non è consentito, oppure le difficoltà nel resistere alle pressioni dei coetanei. Prima di iniziare l'attività si divide la classe in due gruppi, assegnando ad ognuno un conflitto; compito di ogni gruppo è elaborare un canovaccio in cui sia inscenata la situazione conflittuale e una possibile soluzione. Le rappresentazioni sceniche durano circa cinque minuti, nella prima si

descrive il conflitto mentre in quelle successive chi fra il pubblico crede di poter dare il proprio contributo alla risoluzione tocca la spalla dell'attore di cui vuole assumere il ruolo e lo sostituisce. Infine, è presente un momento di discussione finale in cui i ragazzi confrontano le loro sensazioni e i loro sentimenti rispetto ai conflitti inscenati, riflettendo anche su com'è cambiata la loro percezione di tali situazioni (Bosi, s.d.).

L'attività di problem-solving è utile per aiutare i ragazzi a resistere alle pressioni sociali, maturando la capacità di scegliere liberamente. Dopo aver presentato una situazione stimolo, ad esempio un episodio in cui al protagonista, possibilmente un loro pari, viene offerta una sigaretta dai coetanei ed è spinto ad accettare, è chiesto alla classe di mettersi nei suoi panni ed elaborare sia alternative di accettazione che di rifiuto. Queste ipotesi vengono poi analizzate insieme per riflettere sulle motivazioni che spingono le persone a fare determinate scelte, elaborando un elenco dei motivi che possono influenzarle. Si discute, quindi, dei processi che favoriscono scelte autonome, in modo da insegnare ai ragazzi a riuscire a vincere i condizionamenti (Bosi, s.d.).

L'attività di visualizzazione e fantasia guidata permette di avviare un confronto di classe sui temi chiave riguardanti il fumo. Dopo aver individuato la parola o la situazione su cui si intende attivare la visualizzazione, si lasciano cinque minuti a ogni studente per l'elaborazione mentale del concetto. In seguito, viene narrato un breve episodio riguardante la situazione stimolo, facendo il più possibile riferimento a vicende che siano vicine alle esperienze di vita dei ragazzi per favorire la loro immedesimazione nella storia. Dopo la narrazione, vengono poste agli studenti domande guida alla visualizzazione, ad esempio si può chiedere di immaginare dove si trova il protagonista, il motivo per cui sta fumando, la sua personalità. Si fanno quindi riflettere individualmente gli studenti sulle immagini visualizzate nei primi momenti, le associazioni che hanno innescato e le emozioni suscitate (Bosi, s.d.).

Al fine di aumentare il coinvolgimento degli studenti molto utile è anche l'attività di educazione fra pari, di rinforzo alle azioni del programma.

I pari, infatti, costituiscono spesso un modello in termini di atteggiamenti, abilità sociali e comportamenti (Bosi et al., 2013). Si è fatto precedentemente riferimento all'importanza dell'influenza dei coetanei per l'instaurarsi dei comportamenti a rischio, ad esempio è più probabile che si avvicinino al fumo ragazzi che appartengono ad un gruppo di amici fumatori o che frequentano scuole in cui molti tra gli studenti più grandi fumano.

Inoltre, i pari sono percepiti come fonte di informazione più credibile rispetto agli operatori sanitari o agli insegnanti, riuscendo a comunicare efficacemente anche con i ragazzi più inclini a sviluppare comportamenti a rischio e di cui spesso gli adulti faticano a conquistare la fiducia (Bosi et al.,

2013). L'attività di educazione tra pari è molto utile anche per i peer, che in questo modo vengono responsabilizzati e accrescono le loro capacità interpersonali e di comunicazione (Bonino, Cattelino, 2008).

In particolare, gli studenti che vogliono assumere il ruolo di peer educator, in seguito ad un percorso di formazione, hanno il compito di sensibilizzare gli studenti della scuola, soprattutto quelli delle classi prime, sul tema dell'abitudine al fumo, sia fra i giovani che tra gli adulti. Ai peer può essere anche chiesto, ad esempio, di programmare un'iniziativa della scuola di contrasto al tabagismo, in collaborazione con rappresentanti degli studenti, enti locali e associazioni, oltre a pubblicizzare e raccogliere le adesioni per le attività di disassuefazione al fumo (Bosi, s.d.).

5.4 I programmi efficaci

Di seguito si riportano alcuni esempi di programmi di prevenzione al fumo realizzati in ambito scolastico. In particolare, sono stati selezionati due interventi dall'esperienza italiana, rivolti sia a studenti della scuola primaria che a ragazzi della scuola secondaria, considerati dal Ministero della Salute esempi di buone pratiche (Ministero della Salute, 2007).

Tali programmi, infatti, prevedono attività coordinate che vedono il coinvolgimento di insegnanti, genitori e soprattutto degli stessi studenti a cui sono rivolti, che diventano così protagonisti dell'intervento grazie all'utilizzo di metodologie interattive adeguate all'età e all'esperienza degli alunni. Oltre ad essere facilmente riproducibili, si caratterizzano per l'utilizzo di un approccio globale che consente la partecipazione non solo di tutte le componenti scolastiche, ma anche delle altre agenzie sociali all'interno della più ampia comunità di vita dei ragazzi.

Il progetto "Club dei vincenti. Un piano speciale contro il fumo" è rivolto a bambini, docenti e genitori delle classi IV° e/o V° della scuola primaria. Il programma può essere, infatti, biennale, iniziato con gli alunni della classe IV° per poi effettuare le attività di rinforzo l'anno successivo, oppure annuale, svolto con gli alunni di V° nella prima parte dell'anno, mentre l'attività di rinforzo è prevista nella seconda parte (Regione del Veneto).

L'obiettivo generale è quello di prevenire l'abitudine al fumo e promuovere una cultura libera dal tabacco. Gli obiettivi specifici possono essere suddivisi in conoscitivi, attitudinali e comportamentali. In particolare, si vuole favorire lo sviluppo di conoscenze e comportamenti favorevoli all'adozione di uno stile di vita sano e libero dal fumo, così da ridurre il numero di bambini che provano a fumare e allo stesso tempo incentivare l'intenzione a rimanere non fumatori anche in futuro.

L'approccio positivo è una garanzia per la riuscita del lavoro: lo scopo non è mostrare gli effetti negativi del fumo, ma creare input che favoriscano una serie di riflessioni e approfondimenti che possono aiutare l'alunno a scegliere in modo autonomo e responsabile di non fumare.

L'argomento riguardante il fumo è presentato ai ragazzi in modo coinvolgente e creativo grazie all'introduzione di un personaggio guida, "Mister Starbene". Si tratta di un istruttore della salute che richiede e stimola la classe a trovare soluzioni in riferimento a situazioni, problemi e provocazioni da lui proposte tramite una corrispondenza. È importante che la lettera sia fornita a ogni alunno affinché il contatto con "Mister Starbene" coinvolga i ragazzi non solo a livello di classe, ma anche individualmente. In particolare, dopo che l'insegnante legge la lettera alla classe, chiede un parere sulla situazione proposta a ogni alunno singolarmente, per poi concordare una risposta collettiva alla corrispondenza.

L'aspetto ludico/creativo trova nell'immaginario dei bambini il suo punto di forza: oltre a favorire il loro coinvolgimento, consente di rendere più semplice la comprensione anche degli aspetti più tecnici e scientifici.

Nel programma è fondamentale e irrinunciabile coinvolgere i genitori, a cui sarà evidenziato che lo scopo non è demonizzare il fumatore, ma suscitare nei bambini il desiderio di non fumare. Il genitore che fuma avrà così l'occasione di considerare gli aspetti del fumo passivo e condividere le finalità dell'intervento.

Nello specifico, la proposta si struttura in cinque unità didattiche.

Nella prima, l'obiettivo è quello di prendere contatto con il personaggio. È importante che la lettera venga recapitata in classe dal bidello e venga letta agli alunni dando rilievo al fatto che il personaggio si sia rivolto proprio alla loro classe, suscitando interesse verso "il problema da risolvere". Si propone quindi alla classe di delineare il personaggio, disegnandolo o descrivendolo. Si aiutano poi gli alunni a riflettere sul concetto di salute, ad esempio descrivendo l'insieme delle cose, delle parole o delle azioni che fanno stare loro bene. Successivamente, si chiede alla classe di identificare e definire i problemi di salute e di elencare organizzazioni sanitarie a supporto della salute presenti nel loro territorio.

La seconda unità didattica favorisce l'approfondimento delle conoscenze sul corpo umano, ponendo l'accento sul fatto che è una struttura complessa e articolata. Nello specifico, ci si concentra sul sistema respiratorio, in modo da possedere le informazioni necessarie per trovare la giusta risposta alle domande di Mister Starbene. Se possibile, si mostriamo concretamente gli effetti dannosi del fumo di sigaretta: dopo aver posto dell'ovatta all'interno di una bottiglia di plastica, si introduce il fumo e si chiude bene la bottiglia, osservando come l'ovatta cambia colore.

La terza unità didattica stimola la scelta di non iniziare a fumare, evidenziando il fatto che smettere non è un'azione facile. In particolare, si cerca di aiutare gli alunni a comprendere che ci sono diversi modi di pensare e di affrontare i problemi. A tale scopo è proposta un'attività in cui viene chiesto di caratterizzare i cervelli inconsapevoli, che rappresentano coloro che non conoscono, i cervelli ipnotizzati, rappresentanti coloro che sono dipendenti, e i cervelli presuntuosi, riferiti a coloro che credono di incominciare a fumare e smettere quando vogliono.

La successiva unità didattica entra nel vivo della proposta, mostrando che il problema del fumo dipende da una scelta personale e dalla capacità di non lasciarsi condizionare. Si stimolano quindi gli alunni a discutere e argomentare i vari fattori che inducono le persone a fumare, evidenziando le influenze dirette e indirette di pari, famiglia, società e pubblicità.

Nell'ultima fase del percorso educativo si propone la costituzione del Club dei Vincenti, composto da tutti coloro che, conoscendo il problema legato al fumo e considerando che non è possibile eliminare i prodotti del tabacco, scelgono e dichiarano di non fumare e di impegnarsi a dissuadere anche gli altri dal farlo. È importante pensare a un momento formale e ufficiale in cui consegnare la tessera del "club dei vincenti", ad esempio prevedendo la presenza di un rappresentante della ASL o del Dirigente Scolastico per distribuire la tessera, si consiglia, inoltre, di estendere l'invito ai genitori.

Come momento di sintesi e verifica di quanto appreso in relazione al fumo, si propone il gioco del giro della salute. Si tratta di un percorso che presenta diverse situazioni in cui è possibile conquistare dei bonus per la salute, se si fanno scelte che promuovono uno stile di vita sano, o viceversa dei malus, se si fanno scelte che porterebbero a trovarsi in situazioni a rischio o negative per la salute. Vince colui che durante il percorso non solo arriva prima, ma che guadagna il maggior numero di bonus. Il gioco costituisce una modalità di apprendimento che impegna gli alunni sia a livello logico-concettuale che espressivo-cognitivo, permettendo loro di comprendere che la salute non è qualcosa di gratuito ma, al contrario, una conquista che si ottiene facendo scelte non sempre facili, come quella di resistere alle pressioni sociali e scegliere di non fumare (Regione del Veneto).

"Liberi di scegliere" è un programma di prevenzione primaria dell'abitudine al fumo di sigaretta rivolto a studenti e docenti della scuola secondaria di I° grado, preferibilmente di classe seconda. Come nel progetto precedente, l'obiettivo generale è quello di prevenire l'abitudine al fumo e promuovere una cultura libera dal tabacco (Regione del Veneto).

L'attenzione non viene posta sugli effetti del fumo sulla salute: si preferisce dar rilievo alle pressioni sociali che spingono a iniziare a fumare, individuabili nel gruppo dei coetanei, nei modelli familiari e, a livello sociale, nell'informazione e nella pubblicità.

Obiettivo specifico del programma è quindi quello di aiutare i ragazzi a comprendere il complesso di fattori ambientali e personali che inducono le persone a fumare, così da sviluppare le conoscenze e le capacità necessarie per identificarli e reagire positivamente; un altro aspetto molto importante dell'intervento educativo è la valorizzazione dell'immagine del non fumatore.

In particolare, il progetto si snoda in cinque attivazioni della durata di circa due ore ciascuna.

Nel corso di ogni incontro sono proposte attività che permettono il confronto tra i ragazzi e gli adulti di riferimento (docenti e genitori) sul tema del tabagismo, affrontandone i vari aspetti.

Il coinvolgimento della famiglia, infatti, è molto importante dal momento che è stato ampiamente dimostrato svolgere un ruolo determinante nell'acquisizione dell'abitudine al fumo. I genitori saranno quindi informati del progetto tramite una lettera e saranno coinvolti in un'intervista in cui potranno partecipare attivamente.

Inoltre, attraverso le attivazioni si cerca di potenziare le capacità degli studenti di far fronte alle pressioni sociali e di comportarsi da non fumatore, anche in situazioni in cui è difficile.

Il programma è lasciato alla conduzione autonoma dagli insegnanti, che ricevono a tal proposito un'apposita formazione. In particolare, si predilige l'utilizzo di una metodologia interattiva che si snoda in attività di drammatizzazione, analisi della pubblicità, interviste agli adulti e momenti di discussioni in classe.

Nella prima attivazione, denominata "cosa ne penso...", i ragazzi mettono in comune opinioni ed esperienze personali inerenti il tema del tabagismo. A ogni studente è consegnato un post-it in cui scrivere gli elementi che associa alla parola fumo; successivamente è prevista un'attività di gruppo in cui si chiede ai ragazzi di individuare almeno tre motivi che spingono le persone a fumare, che poi l'insegnante raggrupperà in pressione dei coetanei, della famiglia oppure dell'offerta sociale. Per rendere più articolate le opinioni degli alunni e confrontarle con quelle degli adulti, è previsto un compito a casa in cui si richiede di intervistare adulti fumatori, ex fumatori e non fumatori.

La seconda attivazione, denominata "mi confronto...", si articola in varie attività. Innanzitutto, si fanno riflettere gli alunni su atteggiamenti e percezioni che hanno gli adulti sul fumo, raccolte nelle interviste assegnate come compito a casa nell'attivazione precedente. Si invitano quindi i ragazzi ad esprimere la propria percezione del fenomeno, ponendo attenzione ai vari aspetti che lo caratterizzano: i motivi che spingono le persone a fumare, le difficoltà a resistere alla pressione dei coetanei, i piaceri o i divertimenti che si perde una persona fumando, l'opinione dei genitori nel realizzare che il figlio fuma, infine i comportamenti che favoriscono o diminuiscono il successo all'interno del gruppo dei pari. Si chiede, infine, ai ragazzi di stimare la percentuale di fumatori tra i coetanei (12-13 anni), tra i giovani (15-24 anni) e in generale tra gli italiani, confrontandola con i

dati reali. L'obiettivo è quello di far loro comprendere che fumare non è statisticamente il comportamento più diffuso non solo tra le persone della loro età, ma anche tra gli adulti.

Nella terza attivazione, chiamata "no, grazie!", utilizzando la tecnica della drammatizzazione si aiutano gli studenti a individuare e risolvere in modo consapevole situazioni di conflittualità legate al fumo. Dopo aver suddiviso la classe in gruppi di 6-7 alunni, è chiesto a ogni gruppo di inventare, e successivamente rappresentare, una storia che tratti una situazione di offerta di una sigaretta da parte dei pari, in cui siano anche improvvisate possibili tecniche di rifiuto. Al termine di tutte le rappresentazioni l'insegnante invita i ragazzi a condividere le opinioni e le riflessioni individuali, valorizzando le idee emerse, così da favorire il confronto sulle possibili soluzioni alternative alle storie inventate. Infine, viene nuovamente assegnato un compito a casa: un'intervista ai genitori in cui si indaga la loro opinione sul fumo in adolescenza.

L'attivazione numero quattro, denominata "sono libero di scegliere", si propone di aiutare gli studenti a riconoscere le pressioni che coetanei, famiglia e società esercitano nei confronti del fumo di tabacco. Inizialmente si espongono i risultati dell'intervista ai genitori, successivamente si analizzano i vari tipi di pressione che possono essere esercitate dai coetanei (diretta, indiretta, insistente), infine si aiutano gli alunni a diventare consapevoli delle principali strategie nascoste dietro ai messaggi pubblicitari a favore del fumo.

Nell'ultima attivazione, chiamata "gli artisti siamo noi", viene proposto agli alunni di liberare la loro creatività e realizzare un messaggio "antifumo", l'obiettivo è quello di elaborare messaggi positivi a favore della scelta di non fumare. Infine, gli studenti vengono invitati ad esprimere considerazioni, opinioni e gradimento rispetto alle attività svolte, compilando il questionario finale. "Liberi di scegliere" è un'utile guida didattica per tutte le classi della scuola secondaria di primo grado che vogliono affrontare in modo pluridisciplinare il tema del fumo di tabacco, in un'ottica di prevenzione e promozione della salute (Regione del Veneto).

5.5 Evidenze di efficacia nell'ambito della prevenzione del tabagismo nelle scuole

Da numerose evidenze emerge che i programmi di prevenzione al fumo realizzati nelle scuole possono avere un impatto positivo sulla riduzione della diffusione del fumo giovanile, diminuendo il numero di ragazzi che desiderano provare a fumare o che, dopo averlo fatto, reiterano tale comportamento fino a farlo diventare un'abitudine.

In particolare, è stato riscontrato che tra gli studenti che partecipano ai programmi, rispetto ai controlli, è presente una riduzione dal 25 al 60% nella prevalenza di fumatori; tali risultati persistono fino a quattro anni (Bogden, 2000).

L'efficacia dei programmi preventivi in età evolutiva tende ad essere maggiore nella scuola primaria e secondaria di primo grado, mentre nella scuola secondaria di secondo grado l'approccio educativo sui temi dell'abitudine al fumo risulta meno efficace (Bertoletti et al., 2009).

Programmi basati esclusivamente su un approccio informativo, dunque volti ad accrescere le conoscenze dei ragazzi sul fenomeno del tabagismo e a mostrare dati oggettivi sulla prevalenza dei fumatori, si sono mostrati inefficaci.

Infatti, nonostante le informazioni sul fumo e sui danni da esso arrecati costituiscono un elemento imprescindibile nel realizzare interventi di prevenzione, le informazioni da sole non sono sufficienti e vengono facilmente perdute (Tinghino, 2003). Anche in base ad altre evidenze è possibile dedurre che i programmi che mirano semplicemente ad aumentare le conoscenze sul tabagismo, tentando di indurre timore nei giovani, non riducono la percentuale di fumatori (Bogden, 2000).

Questo si verifica anche quando i programmi sono erogati per un ampio periodo di tempo e da personale appositamente formato (Adame et al., 2013).

Questi risultati suggeriscono che la bassa efficacia degli interventi, contrariamente a quanto si supponeva in studi precedenti, non dipende dalla breve durata dei programmi, né dalla loro scarsa attuazione. Piuttosto i risultati ottenuti potrebbero essere attribuiti all'aver trascurato uno dei fattori fondamentali nel determinare l'iniziazione al fumo tra i giovani: i significati che per loro assumono le sigarette e i bisogni a cui si tenta di dar risposta fumando, primo tra tutti l'interesse ad emulare abitudini e comportamenti associati agli adulti. Infatti, anche se i ragazzi comprendono le conseguenze negative del fumo sulla salute, così come la vera prevalenza di fumatori tra gli adulti, sembra altamente improbabile che queste informazioni isolate siano sufficienti a rompere il legame tra fumo e acquisizione di comportamenti adulti. Inoltre, sebbene il numero di adulti che fumano sia molto più basso di quello stimato dai giovani, rimane relativamente alto (Adame et al., 2013).

A conferma di questi risultati, da numerose evidenze emerge che realizzare interventi di prevenzione in cui una parte importante viene dedicata agli aspetti psicosociali del tabagismo, come le norme e l'influenza sociale, consente di ottenere risultati migliori (Park, 2006).

Ad esempio, è stato dimostrato che un programma focalizzato sull'influenza sociale in cui, accanto a una parte informativa sugli effetti a breve e lungo termine del fumo sulla salute e sulla pericolosità di sperimentarlo, l'attenzione è stata posta sulle svariate pressioni dirette e indirette per iniziare a fumare, si è mostrato efficace nel contrastare l'iniziazione al fumo. Infatti, a 9 mesi dall'intervento iniziava a fumare settimanalmente solo il 4,5% degli studenti, rispetto al 9,5% nel gruppo di controllo. Sono stati osservati effetti significativi anche su fattori motivazionali: tra gli studenti è emerso un atteggiamento maggiormente negativo nei confronti del fumo e un miglioramento nei livelli di autoefficacia (Lotrean et al., 2010).

Anche da altri studi emerge che realizzare interventi focalizzati sull'influenza sociale costituisce una strategia di prevenzione efficace. In particolare, è stato riscontrato che il consumo di sigarette negli studenti a cui era erogato il programma è diminuito in modo significativo rispetto al gruppo di controllo: la proporzione di studenti che fumava a frequenza settimanale o giornaliera era del 29,2% tra i controlli, contro il 19,6% riscontrata nel gruppo di intervento (Josendal et al., 2005).

Ancora più promettenti sono i programmi focalizzati al rafforzamento delle abilità trasversali (Life Skills Training), di cui è stata dimostrata l'efficacia sia a breve che a lungo termine nel ridurre la prevalenza di fumatori. Questi programmi, infatti, permettono di interiorizzare e consolidare alcune abilità che hanno mostrato esercitare un ruolo protettivo sull'iniziazione al fumo, quali definizione degli obiettivi, problem-solving, decision-making, assertività, miglioramento dell'autostima e capacità di coping (Bosi et al., 2013).

In particolare, è stato dimostrato che a seguito di un programma basato sull'acquisizione e il potenziamento delle life skills il consumo mensile di tabacco tra gli studenti è diminuito del 44% rispetto ai controlli, mentre gli studenti che riferivano di fumare settimanalmente sono diminuiti del 66%. Inoltre, il programma si è mostrato ugualmente efficace nel contrastare l'uso di altre sostanze, come alcol e marijuana. I risultati sono stati mantenuti anche a lungo termine: al follow-up di sei anni è emerso che gli effetti sono stati conservati fino alla fine della scuola secondaria di secondo grado (Bogden, 2000).

In linea con questi risultati, anche in altre ricerche è stata dimostrata l'efficacia di programmi basati sul consolidamento delle life skills. In particolare, nelle scuole in cui è stato erogato il programma la prevalenza di fumatori è diminuita del 61% rispetto ai controlli. L'intervento è efficace non solo per gli studenti delle scuole medie, ma anche per quelli delle scuole elementari (Botvin et al., 2003).

È stato riscontrato che i programmi di prevenzione che utilizzano metodi di consegna non interattivi (presentazioni didattiche, video e altre modalità che comportano interazioni limitate con gli studenti) risultano meno efficaci rispetto ai programmi che utilizzano tecniche interattive, basate sulla condivisione, la cooperazione e la valorizzazione del contributo degli alunni (Park, 2006). Oltre a coinvolgere gli studenti, affidare ai pari un ruolo importante nella gestione del programma costituisce una valida strategia di prevenzione, in grado di produrre risultati migliori rispetto a programmi condotti esclusivamente da insegnanti o ricercatori (Park, 2006).

Infatti, tra le metodologie più recenti sembra che l'intervento educativo più idoneo per mandare messaggi di salute agli adolescenti sia quello dell'educazione tra pari, con risultati positivi che perdurano nel tempo (Bertoletti et al., 2009).

A conferma di questi risultati, anche in altri studi è stato dimostrato che gli interventi di educazione tra pari sono efficaci nel ridurre il tasso di fumatori tra gli studenti: nelle scuole in cui è stato realizzato l'intervento i fumatori sono diminuiti del 22% rispetto ai controlli (Bosi et al., 2013).

Nel progettare i programmi di prevenzione al fumo si possono integrare diverse strategie, realizzando interventi pluridisciplinari e multicomponente.

Ad esempio, è stato dimostrato che un intervento sfaccettato, con l'obiettivo di monitorare l'applicazione della politica scolastica e rafforzare le conoscenze sul fumo, oltre a prevedere un intervento di educazione tra pari per potenziare le abilità trasversali degli alunni, ha prodotto una diminuzione del 31% della prevalenza dei fumatori nei 30 giorni precedenti. Questi risultati sono mantenuti anche al follow-up di 18 mesi, in cui i fumatori giornalieri sono diminuiti del 46%.

L'intervento ha prodotto anche una maggiore osservanza della politica scolastica di contrasto al tabagismo, infatti nei 30 giorni precedenti gli studenti che hanno dichiarato di aver fumato nelle aree scolastiche sono diminuiti del 62% rispetto ai controlli (Gorini et al., 2014).

Allo stesso modo, interventi che adottano un approccio globale, che agisce su tutti i livelli di vita dei giovani (individuale, familiare, scolastico e comunitario) si sono dimostrati efficaci: nel gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo, l'insorgenza di fumatori settimanali è diminuita in modo significativo. I risultati sono stati riscontrati su tutti gli studenti, compresi quelli più a rischio (Vartiainen et al., 2006).

Ne deriva l'importanza di inserire l'intervento all'interno di un programma scolastico coordinato, attraverso il quale non solo il personale scolastico, ma anche la famiglia e i membri della comunità inviano ai ragazzi messaggi chiari e coerenti sul fumo (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). Infatti, è stato dimostrato che i programmi di prevenzione realizzati all'interno del contesto scolastico possono avere un impatto ancor più significativo se estesi all'intera comunità di

vita degli studenti, riuscendo a prevenire l'iniziazione al fumo nel 20/40% degli alunni (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

Gli interventi di prevenzione al tabagismo realizzati in ambito scolastico potrebbero avere sostanziali benefici anche semplicemente ritardando l'insorgenza di fumatori, senza necessariamente ridurre il numero complessivo di alunni che si avvicinano al fumo nell'immediato. Attraverso tali programmi, infatti, è possibile ridurre in modo significativo la prevalenza di fumatori tra gli adulti, così come i tassi di mortalità per tutte le patologie fumo correlate. Ne deriva che, anche se l'effetto del programma non si manifesta o non è visibile in età scolare, episodio che si verifica soprattutto quando l'intervento viene realizzato nelle scuole primarie in cui il numero di fumatori è minimo ed è difficile prevedere le conseguenze a lungo termine, i programmi di prevenzione al fumo hanno comunque un effetto potenzialmente positivo per i partecipanti (Jit et al., 2009).

Conclusioni

L'abitudine al fumo di tabacco costituisce uno dei maggiori problemi di sanità pubblica a livello mondiale: è stato stimato dall'OMS che rappresenta la seconda causa di morte e la principale causa di morte evitabile fra quelle non infettive (Ministero della Salute).

Infatti, con 1,1 miliardi di fumatori nel mondo, il tabagismo uccide attualmente quasi 7 milioni di persone ogni anno, pari al 7% della popolazione mondiale, di cui 900 mila da fumo passivo.

In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di decessi riguardanti cittadini tra i 35 ed i 65 anni di età (Ministero della salute).

In particolare, nel 2019, secondo i dati dell' Indagine ISS-DOXA, in Italia sono 34,4 milioni i non fumatori (65,9% della popolazione) e 11,6 milioni i fumatori (22% della popolazione). Tale prevalenza è in lieve diminuzione rispetto al 2018, ma uguale a quella riscontrata rispettivamente cinque anni fa e undici anni fa, a riprova del fatto che ci troviamo da oltre dieci anni in una situazione di stagnazione (Pacifci, 2019).

In assenza di provvedimenti volti a invertire questa preoccupante tendenza, il totale dei decessi mondiali entro il 2030 potrebbe raggiungere quota 8 milioni all'anno e si stima che nel XXI secolo il tabagismo avrà causato fino a un miliardo di morti (Ministero della Salute).

Non fumare rappresenta un'importante scelta per uno stile di vita favorevole alla salute, non solo del singolo ma dell'intera comunità.

Per coloro in cui questa abitudine è ormai consolidata decidere di smettere consentirebbe di migliorare il proprio stile di vita, recuperare anni in buona salute ed evitare di esporre gli altri al fumo passivo, oltre ai vantaggi in termini di risparmio economico (Sorveglianza Passi).

Smettere di fumare da soli è possibile, tuttavia la probabilità di abbandonare definitivamente l'abitudine al fumo, riducendo al minimo il rischio di ricaduta, aumenta proporzionalmente in base al supporto che si riceve. È stato, infatti, dimostrato che coloro che usufruiscono dei trattamenti di disassuefazione al fumo hanno il quadruplo delle possibilità di successo rispetto a coloro che tentano autonomamente (Odorico et al., 2019).

I trattamenti per smettere di fumare sono tutti efficaci nell'indurre la cessazione dell'abitudine al fumo a medio termine, anche quando offerti nella pratica quotidiana dai centri specializzati.

Nello specifico, il tasso di cessazione a 3 mesi è pari al 40%, a 6 mesi al 28% e a 1 anno al 27% (Belludi et al., 2007).

Al fine di realizzare interventi di disassuefazione al fumo efficaci occorre tenere in considerazione tre punti salienti.

In primo luogo, i farmaci di prima linea per il trattamento del tabagismo (terapia sostitutiva della nicotina, bupropione e vareniclina) aiutano a contrastare i sintomi del craving e dell'astinenza e pertanto costituiscono un valido aiuto per i fumatori che tentano di smettere, specie se combinati tra loro. Dalla letteratura emerge che anche i farmaci di seconda linea (nortriptilina e clonidina) aumentano le probabilità di successo del trattamento, tuttavia vengono impiegati in misura inferiore rispetto ai farmaci di prima linea sia perché non sono stati approvati dalla FDA a tale scopo, ma anche per le maggiori preoccupazioni inerenti i loro potenziali effetti collaterali.

In particolare, i trattamenti farmacologici maggiormente efficaci sono la vareniclina e la combinazione di varie forme di terapia sostitutiva della nicotina.

In secondo luogo, nel trattamento del tabagismo non si può trascurare l'aspetto psico-comportamentale: il counselling, indipendentemente dalla sua durata, intensità e articolazione, è un elemento indispensabile dell'intervento.

Gli specialisti della salute maggiormente a contatto col pubblico, in particolare i medici di medicina generale, dovrebbero offrire ad ogni paziente che ammette di fumare almeno l'intervento breve; questo si configura come intervento di primo livello. È importante che l'intervento breve venga erogato non solo ai fumatori che desiderano interrompere l'abitudine al fumo, ma anche a coloro che dichiarano di non essere attualmente interessati alla cessazione così come ai fumatori in astensione, che hanno smesso di fumare recentemente ma che sono ancora a rischio di ricaduta. Per tutti i fumatori intenzionati a smettere, interessati a partecipare o per i quali è indicato, occorre proporre un intervento più intensivo. Questo include trattamenti più completi, che accompagnano e supportano il fumatore nel percorso di disassuefazione per un periodo di tempo più esteso in confronto all'intervento breve. Si passa così all'intervento di secondo livello, erogato da centri specializzati come i Centri Anti Fumo.

Il trattamento intensivo è consigliato in quanto risulta più efficace rispetto all'intervento breve, oltre ad essere flessibile e adattabile alle diverse caratteristiche ed esigenze dei tabagisti.

Infine, gli interventi in cui vengono combinati la farmacoterapia e il supporto psico-comportamentale sono in grado di aumentare notevolmente l'efficacia degli interventi, sia a breve che a lungo termine, se confrontati con entrambi i trattamenti erogati singolarmente. Pertanto, quando possibile e opportuno, ai fumatori che desiderano smettere dovrebbero essere offerti sia la farmacoterapia che il counselling, soprattutto se quest'ultimo prevede più sessioni.

Un aspetto da non trascurare riguarda il completamento del programma terapeutico. Questo elemento, infatti, risulta un determinante fondamentale del successo del trattamento, indipendentemente dalla sua tipologia. È stato dimostrato che il tasso grezzo di cessazione medio nel caso si selezionino i soli programmi terapeutici interrotti è del 17,8%, mentre raggiunge il 50,3% per i programmi terapeutici completati (Belludi et al., 2007).

È stato dimostrato che le persone che iniziano a fumare precocemente riscontrano maggiori difficoltà a smettere, è più probabile che diventino forti fumatori e sono più esposti al rischio di contrarre una malattia fumo correlata (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000). Purtroppo, i dati mostrano che generalmente si inizia a fumare nella preadolescenza e, per chi inizia, l'abitudine appare consolidata già prima del completamento della Scuola secondaria di II° grado (Ministero della Salute, 2007).

È dunque evidente la necessità di agire al fine di contenere e contrastare questo preoccupante fenomeno. In tale ottica, gli interventi di prevenzione al fumo possono diventare una delle strategie più indicate ed incisive, sia a livello nazionale che mondiale, per ridurre l'onere delle spese sostenute per curare le malattie fumo correlate, così come per realizzare trattamenti efficaci di disassuefazione al fumo (Montana State Office of Public Instruction, H., 2000).

In particolare la scuola è considerata come luogo privilegiato per effettuare interventi indirizzati alla popolazione giovanile, sia per l'importante ruolo educativo che ricopre nell'orientare i ragazzi rispetto agli stili di vita, ma anche per la possibilità di raggiungere un vasto pubblico.

Per riuscire a modificare effettivamente gli atteggiamenti e i comportamenti dei giovani nei confronti del fumo i programmi devono possedere alcune caratteristiche salienti.

In primo luogo, è fondamentale comprendere i fattori che rendono le sigarette fonte di curiosità e attrattività per gli studenti e i significati ad esse associate, così come i fattori di rischio e quelli di protezione rispetto all'instaurarsi dell'abitudine al fumo.

È molto importante iniziare i programmi precocemente, in una fascia di età ancora suscettibile all'intervento preventivo (10- 11 anni). È altrettanto necessaria la continuità negli anni: gli interventi saranno efficaci se sviluppati a spirale, partendo dalla scuola dell'infanzia fino a quella secondaria di secondo grado.

Inserire il programma all'interno del curriculum scolastico rappresenta un'ottima strategia per garantire che vi siano dedicate tempo e risorse adeguate, infatti l'efficacia degli interventi cresce proporzionalmente all'intensità e alla durata che li contraddistingue. Nello specifico, l'intervento dovrebbe essere particolarmente intensivo al momento di ingresso alle scuole medie e alle scuole superiori.

L'obiettivo della prevenzione deve essere quello di aiutare i ragazzi a comprendere il complesso intreccio di fattori ambientali e personali che inducono le persone a fumare, potenziando al contempo le capacità di riconoscere e fronteggiare positivamente le pressioni sociali, anche in situazioni in cui non risulta facile. Pertanto, la parte educativa e formativa deve ricoprire un ruolo prioritario rispetto a quella meramente informativa.

Molto importante è anche rendere gli studenti non solo fruitori passivi, ma veri e propri protagonisti dell'intervento, utilizzando da un lato metodologie interattive, dall'altro inserendo attività di educazione tra pari.

I programmi di prevenzione al fumo sono più efficaci se gli adulti con cui i ragazzi sono maggiormente a contatto, in particolare genitori e insegnanti, sono coinvolti attivamente.

Il loro coinvolgimento permette non solo di inviare messaggi chiari di opposizione e disapprovazione del fumo, ma attiva negli adulti stessi una riflessione sul loro essere fumatori, portandoli a mettersi in discussione e considerare la cessazione.

La riuscita degli interventi è ulteriormente potenziata quando agli insegnanti coinvolti nel progetto viene offerta la possibilità di essere formati, così da condurre il programma con le caratteristiche operative che per esso erano state supposte.

Inoltre, è necessario un impegno da parte dell'istituto scolastico perché la scuola venga dichiarata libera dal fumo e la normativa vigente sia fatta rispettare. Infatti, gli interventi di prevenzione al fumo ottengono maggior successo se inseriti all'interno di un contesto in cui è già presente una chiara politica scolastica di opposizione al tabagismo.

Da tutte queste raccomandazioni si evince la necessità di adottare un approccio globale, capace di favorire il coinvolgimento e la partecipazione di tutte le componenti scolastiche e non (docenti, personale non docente, studenti e genitori).

Sembrano produrre un successo ancora maggiore gli interventi supportati parallelamente da progetti che coinvolgono la popolazione generale, nei quali siano incluse le componenti più significative della comunità di vita dei ragazzi, dai mass-media alle agenzie sportive e socio-sanitarie.

In conclusione, nel realizzare programmi di prevenzione al tabagismo è indispensabile tenere a mente che l'obiettivo della prevenzione non si limita a modificare il comportamento relativo al fumo: è necessario che gli interventi adottino una prospettiva più ampia, finalizzata non solo a creare ambienti liberi dal fumo, ma anche ad aumentare la consapevolezza dei fattori che promuovono la salute, in un'ottica di ricerca del benessere psico-fisico globale.

Bibliografia

- Amato, L., Cruciani, F., Solimini, R., Barca, A., Pacifici, R., & Davoli, M. (s.d.). Effetti sulla salute delle sigarette elettroniche: Una revisione sistematica delle prove disponibili.
- Ameglio, M., Cincinelli, B., & Tanzini, E. (2019). Il trattamento del tabagismo e la sua evoluzione: dai modelli cognitivi-comportamentali ai modelli basati sulla mindfulness. *Alcolologia*, 35
- Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., & West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: A systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance: Brief interventions for smoking cessation. *Addiction*, 107(6), 1066–1073.
- Belleudi, V., Bargagli, A. M., Davoli, M., Di Pucchio, A., Pacifici, R., Pizzi, E., ... & Perucci, C. A. (2007). Characteristics and effectiveness of smoking cessation programs in Italy. Results of a multicentric longitudinal study. *Epidemiologia e Prevenzione*, 31, 148-157.
- Bertoletti, R., Baraldo, M., Beatrice, F., Boffi, R., Caneparo, R., Chiamulera, C., Del Donno, M., Diana, E.M., Enea, D., Gamba, A., Lugoboni, F., Mangiaracina, G., Pulerà, N., Tenconi, M.T., Tinghino, B., Tominz, R., Vegliach, A., Zagà, V. (2009). *I centri per il trattamento del tabagismo in Italia*, Convegno Nazionale SITAB, Monza
- Bodgen, J. F. (2000). *Fit, Healthy, and Ready To Learn: A School Health Policy Guide. Part I: Physical Activity, Health Eating, and Tobacco-Use Prevention*. National Association of State Boards of Education, 277 South Washington Street, Suite 100, Alexandria, VA 22314.
- Bonino, S., Cattelino, E., *La prevenzione in adolescenza: percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*. Gardolo: Trento, Erickson, 2008
- Bosi, (2006), Aspetti neurobiologici della dipendenza da Nicotina. *Strumenti teorici, metodologici e operativi per pianificatori regionali*, 134-138.
- Bosi, S. (s.d.) *Scuole libere dal fumo in Emilia-Romagna*, Luoghi di Prevenzione
- Bosi, S., Gorini, G., Tamelli, M., Monti, C., Storani, S., Carreras, G., Martini, A., Allara, E., Angelini, P., & Faggiano, F. (2013). A School-Based Peer-Led Smoking Prevention Intervention with Extracurricular Activities: The LILT-LdP Cluster Randomized Controlled Trial Design and Study Population. *Tumori Journal*, 99(5), 572–577.

- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 1-17.
- Cademartori, S., Cristinziani, G. R., & Mola, F. (2008) Principi di terapia del tabagismo. *Cardiology Science*, 6, 218-224
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5)
- Carreras, G., Lachi, A., Gorini, g. (2019). Esposizione al fumo attivo e passivo e tumore al seno in Italia. *Tabaccologia 2019*; 4:16-20
- Cattaruzza, M.S., D'argenio, P., Zagà, V., Mangiaracina, G., Bodini, L., Gallus, S., Gorini, G., Faggiano, F., (2019). Sponsorizzazioni di società medico-scientifiche da parte dell'industria del tabacco, *Tabaccologia 2019*; 1:16-18
- Chebli, J.-L., Blaszczynski, A., & Gainsbury, S. M. (2016). Internet-Based Interventions for Addictive Behaviours: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*, 32(4), 1279–1304.
- Cheney, M. K., & Mansker, J. (2014). African American Young Adult Smoking Initiation: Identifying Intervention Points and Prevention Opportunities. *American Journal of Health Education*, 45(2), 86–96
- Chiamulera, C. (2019). Context reactivity: lo spazio del fumatore. *Tabaccologia 2019*; 3:12-17
- Chiamulera, C. (2019). Nicotina e Tabagismo: mattoni ed edificio del fumare. *Tabaccologia 2019*; 2:30-31
- Cifiello, S., Piancastelli, G., Bavagnoli, F., Bernardi, A., Bettinardi, O., Cortesi, E., Flamigni, M., Frignani, G., Grazioli, A., Giampaolo, R., Giucastro, G., Gorini, P., Marsili, R., Monti, M., Mussoni, C., Panelli, E., Poggiali, I., Rossi, B., Storani, S., Tomassini, I., Trianni, G., Trullo, N, Zagà, V. (2010). *Terapia del Tabagismo. Raccomandazioni per la corretta pratica clinica nella disassuefazione*. Bologna, Centri Anti-Fumo Regione Emilia-Romagna
- Colosimo, C. (2014). *Strategie nel settore delle sigarette elettroniche in Italia: Il caso “eBreeze”*, tesi di laurea, LUISS, 2013-2014, Dandi, R.

- Crocamo, C., Carretta, D., Ferri, M., Dias, S., Bartoli, F., & Carrá, G. (2018). Web- and text-based interventions for smoking cessation: Meta-analysis and meta-regression. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(3), 207–216.
- De Biase, L., Renda, M., Chiarion Casoni, L., Pittoni, V., Pierleoni, A., Lollo, G., Caffio, S. (2019). Ruolo del fumo nello scompenso cardiaco. *Tabaccologia* 2019; 4:39
- De Noni, R., Di Pieri, M., Liessi, M., Marcolina, D., Michieletto, F., Moretti, A., Orlandini, D., Pavarin, M.C., Pettenò, A., Sbrogiò, L., Tamang, E., (2007). *Verso una scuola libera dal fumo. Guida per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti scolastici*. Venezia, Direzione Prevenzione – Regione del Veneto
- Del Donno, M., Russo, A., Zagà, V., Saglia, A., Romano, A., Micco, A., ... & Beatrice, G. (2008). Le dimensioni del problema fumo e l'approccio clinico e terapeutico al tabagismo. *Rass Patol App Respir*, 23, 88-106.
- Dogar, O. F., & Siddiqi, K. (2013). An evidence-based guide to smoking cessation therapies. *Nurse Prescribing*, 11(11), 543–548.
- Fattore, L. (2019). Differenze di genere nel tabagismo e le sue conseguenze. *Tabaccologia* 2019; 2:5-8
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Dorfman, S. F., Froelicher, E. S., Goldstein, M. G., Heaton, C. G., Henderson, P. N., Heyman, R. B., Koh, H. K., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mermelstein, R. J., Mullen, P. D., Orleans, C. T., ... Leitzke, C. (s.d.). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. 276.
- Forza, G. (2006). Il fumo di nicotina come dipendenza. *Strumenti teorici, metodologici e operativi per pianificatori regionali*, 139-142.
- Gallus, S. (2019). Sigaretta a tabacco riscaldato. *XXI Convegno Nazionale Tabagismo*, OFAD- ISS
- Gallus, S., Lugo, A. (2019). Fumo di tabacco e tumore del polmone. *Tabaccologia* 2019; 2: 14-16
- Ghamri, R. A. (2018). Identification of the most effective pharmaceutical products for smoking cessation: A literature review. *Journal of Substance Use*, 23(6), 670–674.
- Gorini, G. (2019). Sigarette elettroniche, *XXI Convegno Nazionale Tabagismo*, OFAD- ISS

- Hsueh, K.-C., Hsueh, S.-C., Chou, M.-Y., Pan, L.-F., Tu, M.-S., McEwen, A., & West, R. (2014). Varenicline versus transdermal nicotine patch: A 3-year follow-up in a smoking cessation clinic in Taiwan. *Psychopharmacology*, *231*(14), 2819–2823
- Jackson, S. E., McGowan, J. A., Ubhi, H. K., Proudfoot, H., Shahab, L., Brown, J., & West, R. (2019). Modelling continuous abstinence rates over time from clinical trials of pharmacological interventions for smoking cessation. *Addiction*, *114*(5), 787–797
- Jit, M., Aveyard, P., Barton, P., & Meads, C. A. (2010). Predicting the life-time benefit of school-based smoking prevention programmes: School-based smoking prevention benefits. *Addiction*, *105*(6), 1109–1116
- Josendal, O., Aaro, L. E., Torsheim, T., & Rasbash, J. (2005). Evaluation of the school-based smoking-prevention program «BE smokeFREE». *Scandinavian Journal of Psychology*, *46*(2), 189–199
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. (2017). *Psicologia clinica*. Zanichelli.
- Lai, D. T., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1
- Lancaster, T., Stead, L. F. (2005). Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3)
- Lotrean, L. M., Dijk, F., Mesters, I., Ionut, C., & De Vries, H. (2010). Evaluation of a peer-led smoking prevention programme for Romanian adolescents. *Health Education Research*, *25*(5), 803–814.
- Luna-Adame, M., Carrasco-Gimenez, T. J., & Rueda-Garcia, M. d. M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the «Life Skills Training» approach. *Health Education Research*, *28*(4), 673–682
- Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. *Drug use and abuse*, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
- Mangiaracina, G. (2015). La dipendenza da tabacco. *Società Italiana di Tabaccologia*
- Marco, C. D., Borgini, A., Ruprecht, A. A., Veronese, C., Mazza, R., Bertoldi, M., Tittarelli, A., Scaburri, A., Ogliari, A. C., Zagà, V., Contiero, P., Tagliabue, G., & Boffi, R. (2018). La formaldeide nelle sigarette elettroniche e nei riscaldatori di tabacco (HnB): Facciamo il punto. *Epidemiol Prev*, 6.

- Montana State Office of Public Instruction, (2000). *Curriculum Planning Guidelines for Tobacco Use Prevention and Education*. Helena
- Murnaghan, D. A., Leatherdale, S. T., Sihvonen, M., & Kekki, P. (2007). A multilevel analysis examining the association between school-based smoking policies, prevention programs and youth smoking behavior: Evaluating a provincial tobacco control strategy. *Health Education Research*, 23(6), 1016–1028
- Naughton, F., Prevost, A. T., & Sutton, S. (2008). Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 103(4), 566–579.
- Odorico, M., Le Goff, D., Aerts, N., Bastiaens, H., & Le Reste, J. Y. (2019). How To Support Smoking Cessation In Primary Care And The Community: A Systematic Review Of Interventions For The Prevention Of Cardiovascular Diseases. *Vascular Health and Risk Management, Volume 15*, 485–502
- Pacifici, R. (2019). Rapporto nazionale sul fumo 2019, *XXI Convegno Nazionale Tabagismo*, OFAD-ISS
- Pacifici, R., Di Pirchio, R., Palmi, I., Mastrobattista, L. (2019). Il fumo di tabacco in Italia. *Tabaccologia 2019*; 3:9-11.
- Pacifici, R., Pizzi, E. Di Pucchio, A., Pichini, S., Mortali, C., Palmi, I., Di Carlo, S., Bacosi, A., Di Giovannandrea, R., Martucci, L., Gori, P., Solimini, R., Mastrobattista, L., Toth, G., Minutillo, A., Scaravelli, G. (2014). *Smettere di fumare, una questione che mi sta a cuore*. OFAD - ISS
- Park, E. (2006). School-based smoking prevention programs for adolescents in South Korea: A systematic review. *Health Education Research*, 21(3), 407–415
- Perriot, J., Tollis, E., Underner, M., Peiffer, G. (2019). Tabagismo e supporti al trattamento nei pazienti con tubercolosi. *Tabaccologia 2019*; 2: 34-42
- Rosen, L. J., Galili, T., Kott, J., Goodman, M., & Freedman, L. S. (2018). Diminishing benefit of smoking cessation medications during the first year: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, 113(5), 805–816

- Skov-Ettrup, L. S., Dalum, P., Bech, M., & Tolstrup, J. S. (2016). The effectiveness of telephone counselling and internet- and text-message-based support for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Addiction*, *111*(7), 1257–1266
- Tabacco e salute dei polmoni (2019). *Tabaccologia 2019*; 1: 8-11
- Taylor, M., Leonardi-Bee, J., Agboola, S., McNeill, A., & Coleman, T. (2011). Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation: Cost effectiveness of relapse prevention. *Addiction*, *106*(10), 1819–1826
- Tinghino, B., (2003). Efficacia della prevenzione del tabagismo. *Tabaccologia 2003*;1:33-36
- Vartiainen, E., Pennanen, M., Haukkala, A., Dijk, F., Lehtovuori, R., & De Vries, H. (2007). The effects of a three-year smoking prevention programme in secondary schools in Helsinki. *The European Journal of Public Health*, *17*(3), 249–256
- Vogeler, T., McClain, C., & Evoy, K. E. (2016). Combination bupropion SR and varenicline for smoking cessation: A systematic review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *42*(2), 129–139
- Walker, N., Gainforth, H., Kiparoglou, V., Robinson, H., van Woerden, H., & West, R. (2018). Factors moderating the relative effectiveness of varenicline and nicotine replacement therapy in clients using smoking cessation services: Treatment moderators in smoking cessation. *Addiction*, *113*(2), 313–324
- West, R., Raw, M., McNeill, A., Stead, L., Aveyard, P., Bitton, J., Stapleton, J., McRobbie, H., Pokhrel, S., Lester-George, A., & Borland, R. (2015). Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: A review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction*, *110*(9), 1388–1403
- Zagà, V. (2009). Linee Guida e terapia farmacologica della disassuefazione. *Tabaccologia 2009*; 1: 26-30
- Zagà, V. (2015) Misurazione del monossido di carbonio: lo stetoscopio della smoking cessation. *Tabaccologia 2015*; 4:30-34

Zagà, V., Martucci, P. (2019). Danni respiratori del fumo di tabacco. *Tabaccologia* 2019; 3:24-34

Zuccaro, P., Amato, I., Caraffa, G., Massimo Corti, F., Davoli, M., Enea, D., Fogliani, V., Galeone, D., Malvezzi, E., Minozzi, S., Nardini, S., Pacifici, R., Vanuzzo, D. (2008). *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, OSFAD – ISS

Sitografia

Abitudine al fumo dati sorveglianza Passi. (s.d.). Recuperato 16 aprile 2020, da

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo#indicatori>

Fumo passivo dati Passi. (s.d.). Recuperato 16 aprile 2020, da

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumoPassivo>

Luoghi di prevenzione. (s.d.-a). Recuperato 10 agosto 2020, da

<http://www.luoghidiprevenzione.it/Home/ProgettiProgrammi.aspx?PK=b3a5c745-4a89-4b36-8910-08d0aebda5fa>

Ministero della Salute. Come smettere di fumare. Recuperato 16 aprile 2020, da

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=464&area=stiliVita&menu=fumo

Ministero della Salute. Dati epidemiologici. Recuperato 16 aprile 2020, da

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=467&area=stiliVita&menu=fumo

Ministero della Salute. Rapporto su prevenzione e controllo del tabagismo. Recuperato 16 aprile 2020, da

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5215&area=stiliVita&menu=fumo

Ministero della Salute. Rischi per la salute. Recuperato 16 aprile 2020, da

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=463&area=stiliVita&menu=fumo

Ministero della Salute. Tutela della salute dei non fumatori. Recuperato 16 aprile 2020, da

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1746&area=stiliVita&menu=fumo

Programmi didattici—Regione del Veneto. (s.d.). Recuperato 10 agosto 2020, da

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/programmi-didattici>

Quadro normativo fumo. (s.d.). Recuperato 16 aprile 2020, da

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=466&area=stiliVita&menu=fumo

Smettere di fumare dati Passi. (s.d.). Recuperato 16 aprile 2020, da

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo#impatto>

Test motivazionale (Mondor). Recuperato il 4 maggio 2020, da

http://www.luoghidiprevenzione.it/_public/Files/fld_MediciSport_StrumentiOperativi/Fumo_di_sigaretta_Mondor.pdf