

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
**Corso di Laurea in Infermieristica**

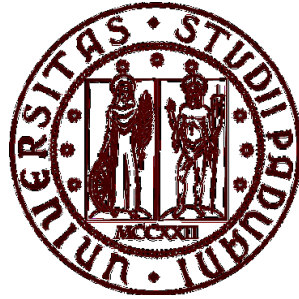
Gestione del paziente tabagista in regime di ricovero

Relatore: Dott.ssa Chiara Rizzo

Laureando: Marchi Chiara  
(Matricola n.: 2023067)

Anno Accademico 2022-2023





UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
**Corso di Laurea in Infermieristica**

Gestione del paziente tabagista in regime di ricovero

Relatore: Dott.ssa Chiara Rizzo

Laureando: Marchi Chiara  
(Matricola n.: 2023067)

Anno Accademico 2022-2023



*Dedico questa tesi a tutte le persone a me care,  
a chi è stata vittima, a chi è schiava  
e a chi non vede quanta oscurità  
sta dietro a questa sostanza.*



## **ABSTRACT**

### Background

Il tabagismo è un problema rilevante: si stima che circa il 50% dei fumatori italiani muoia prematuramente a causa di una patologia causata direttamente dal fumo, sottraendo loro dai 10 ai 15 anni di vita (1).

Le politiche di liberazione dal fumo introdotte negli ospedali italiani con la legge n. 584 dell' 11 novembre del 1975 che poneva il divieto di fumo in determinati locali tra questi i corridoi degli ospedali e con la legge n 3 del 6 gennaio 2003 entrata in vigore nel 2005 che ha esteso il divieto di fumo in tutti i locali chiusi, avrebbero dovuto tener conto del trattamento della dipendenza da tabacco, rendendo disponibile la terapia sostitutiva della nicotina in tutti i prontuari ospedalieri.

La riduzione del consumo di tabacco con un trattamento efficace del fenomeno di astinenza da nicotina durante il ricovero sosterrebbe un percorso adeguato di presa in carico e gestione del paziente fumatore: tuttavia, le evidenze (2) suggeriscono che di norma non venga adeguatamente considerata la dipendenza da tabacco. (3)

### Obiettivo

- . Ricercare in letteratura le modalità di trattamento per un corretto esito assistenziale del paziente tabagista.
- . Individuare e descrivere le strategie infermieristiche per il trattamento del tabagismo, da attuare durante la degenza del paziente dipendente da tabacco.

### Materiali e metodi

Attraverso una revisione della letteratura si sono ricercate le strategie infermieristiche per favorire l'assistenza più appropriata ed il benessere personale del paziente tabagista, in regime di ricovero ospedaliero.

Sono state consultate le banche dati scientifiche PubMed - Cochrane library – Google scholar e i siti internet di Società Scientifiche e Istituzionali che hanno proposto Documenti e Linee Guida sull' argomento.

## Risultati

Sono stati selezionati n. 4 articoli e consultate le linee guida del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) 1/2023 per rispondere ai quesiti di ricerca, ed analizzando queste pubblicazioni è emerso che esistono alcune strategie per affrontare l'astinenza da tabacco e promuovere un processo assistenziale efficace:

I risultati indicano i potenziali benefici dei consigli e/o della consulenza sulla cessazione del fumo forniti dagli infermieri ai pazienti, con prove ragionevoli che l'intervento risulta efficace.

Le linee Guida SNLG 1/2023 raccomandano il trattamento farmacologico in associazione all'intervento di *counseling*.

## Conclusione

Per una buona presa in carico del paziente tabagista è importante il coinvolgimento di più figure professionali poiché la dipendenza dalla nicotina è considerata una malattia cronica e ricorrente caratterizzata da un comportamento complesso, con influenze sia ambientali che genetiche. La nicotina, quale componente principale delle sigarette, contribuisce alla dipendenza, sebbene anche fattori psicologici e l'assuefazione giochino un ruolo importante. Come per tutte le malattie croniche, anche nel trattamento del tabagismo, dopo la diagnosi e la valutazione, gli operatori sanitari dovrebbero sviluppare un piano terapeutico per favorirne la cessazione.

Il ruolo dell'infermiera/e è di rilevante importanza per il percorso assistenziale intraospedaliero del paziente tabagista, attraverso il contributo che può esprimere nell'approccio multiprofessionale.



## INDICE

Introduzione

### Cap. 1 Quadro teorico

1.1.a	Dipendenza da nicotina	pag.	5
1.1.b	Astinenza	pag.	7
1.1.c	Patologia/Diagnosi	pag.	8
1.1.d	Fumatore	pag.	10
1.2	Epidemiologia	pag.	10
1.3	Politica sanitaria	pag.	12
1.4	Prevenzione	pag.	12

### Cap. 2 Obiettivo e Quesiti

2.1	Obiettivo dello studio	pag.	15
2.2	Quesiti di ricerca	pag.	15

### Cap. 3 Metodologia della ricerca

3.1	Criteri di inclusione	pag.	16
3.2	Criteri di esclusione	pag.	16
3.3	Flow chart per la selezione degli articoli	pag.	17

### Cap. 4 Risultati

4.1	Risposta al primo quesito di ricerca	pag.	19
4.2	Risposta al secondo quesito di ricerca	pag.	20
4.3	Risposta al terzo quesito di ricerca	pag.	21
4.4	Risposta al quarto quesito di ricerca	pag.	22
4.5	Risposta al quinto quesito di ricerca	pag.	23

### Cap. 5 Discussione e Conclusione

Discussione	pag.	25
Conclusione	pag.	27
Bibliografia	pag.	31

**Allegati 1** Impact of smoke-free hospital grounds policies: patient experiences and perceptions. Studio descrittivo qualitativo 2012

**Allegato 2** Il ricovero ospedaliero influenza la decisione di smettere di fumare? Studio retrospettivo 2006

**Allegato 3** Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Reviews 2012

**Allegato 4** A qualitative investigation of smoke-free policies on hospital property. Studio qualitativo 2011

**Allegato 5** Riepilogo dei criteri diagnostici del Disturbo da uso di tabacco dalle classificazioni DSM-V e Dipendenza dal tabacco dalle classificazioni dell' ICD-10

**Allegato 6** Test di Fagerström

**Allegato 7** Algoritmo delle 5 A

**Allegato 8** Modello degli Stadi del cambiamento di DiClemente e Prochaska

**Allegato 9** Modello operativo veneto di interventi brevissimi e brevi secondo un approccio motivazionale

**Allegato 10** Materiale informativo

## Introduzione

La dipendenza da fumo è una malattia riconosciuta *dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e inserita sia nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-V) che nella Classificazione Internazionale delle malattie (ICD-10).*

L'idea di questa tesi nasce dalle mie esperienze di tirocinio presso l'Ospedale dell'Angelo di Mestre e dell'Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia, facenti parte dell'Azienda ULSS 3 Serenissima.

Nei tre anni di tirocinio all'interno delle Unità Operative di degenza, ho notato che questo fenomeno non viene preso molto in considerazione: una volta dichiarato di essere un tabagista, al paziente non viene fatta diagnosi con la rilevazione del grado di dipendenza e in pochi intervengono attivamente per favorire la disassuefazione dal fumo di sigaretta.

Di fronte alla richiesta di poter fumare non viene data alcuna indicazione di trattamento per alleviare questo desiderio e tanto meno per affrontare i sintomi dell'astinenza; questi ultimi, spesso, causano disagio al professionista che si trova a dover gestire un paziente arrabbiato, ansioso, aggressivo, con difficoltà a riposare e ad affrontare il bisogno di fumare incontrollato (*craving*).

La nicotina, oltre a essere una sostanza che causa forte dipendenza, è causa anche di diversi danni alla salute a breve e a lungo termine: la sua attività simpaticomimetica determina un aumento della frequenza e della contrattilità cardiaca, causa vasocostrizione (cutanea e coronarica), aumenta transitoriamente la pressione sanguigna, riduce la sensibilità all'insulina, può aggravare il diabete e può promuovere l'aterogenesi (4).

L'ospedalizzazione può rappresentare un fattore importante nel processo di interruzione della dipendenza da fumo di tabacco e per la persona assistita un'opportunità di ricevere degli interventi educativi volti ad uno stile di vita sano (5) (Vedi allegato n. 2)

La tesi si pone l'obiettivo di individuare le modalità di trattamento per una buona riuscita assistenziale nel paziente tabagista e descrivere le strategie infermieristiche per favorire le attività da attuare durante la degenza del paziente dipendente da tabacco.

Il lavoro è articolato in una prima parte che definisce la dipendenza dal tabacco, a cosa porta l'astinenza dalla nicotina e chi è il fumatore, includendo la politica sanitaria e la prevenzione.

Nella seconda parte si troverà la revisione della letteratura condotta per rispondere ai quesiti di ricerca riferiti al fenomeno del tabagismo e all'assistenza infermieristica, i cui risultati saranno presentati nei capitoli successivi.

La tesi si conclude con una proposta di attività clinica pensata per il paziente tabagista, sostenuta dalla letteratura, riportando come esempio, di trattamento farmacologico, una realtà italiana che da anni si occupa del trattamento intraospedaliero del tabagismo.

## Cap. 1 Quadro teorico

### 1.1.a Dipendenza da tabacco: Tabagismo

Il tabagismo, lungi dall'essere un semplice "vizio" o "abitudine", è riconosciuto dall'*International Classification of Diseases* (ICD-10) dell'OMS e dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dell' American Psychiatric Association* (APA), come una patologia da dipendenza, in cui la nicotina, sostanza neuro-psicotropa, scatena alterazioni neurochimiche, modifica la plasticità di alcune zone cerebrali e delle strutture recettoriali, inducendo cambiamenti comportamentali relativi alla memoria, alle emozioni e all'apprendimento, alla stessa stregua di altre sostanze psicotrope. Il tabagismo, infatti, soddisfa tutti i criteri clinici e psicobiologici per definire uno stato di dipendenza, analogamente agli altri tipi di tossicodipendenze. (6) (Vedi allegato n. 5)

Nel 2007, la Task Force della European Respiratory Society (ERS) ha affermato che il fumo di tabacco e la conseguente dipendenza dalla nicotina possono essere considerati una malattia cronica e ricorrente. La dipendenza dal tabacco è un comportamento complesso, con influenze sia ambientali che genetiche. La nicotina è il componente principale delle sigarette che contribuisce alla dipendenza, sebbene anche fattori psicologici e l'assuefazione abbiano un peso fondamentale nella classificazione ed evoluzione del consumo dipendente della sostanza. (7)

La nicotina, una sostanza con proprietà psico-attive, causa il *craving* per sigarette, sigari, pipa, rendendo i fumatori incapaci di smettere agevolmente e causando loro sintomi fisici e psicologici.

Il consumo di tabacco, ma anche di prodotti contenenti nicotina, genera una dipendenza che rende difficoltoso smetterne l'uso, nonostante la consapevolezza dei gravi rischi per la salute associati a quest'abitudine. (8)

I fumatori iniziano a sperimentare un peggioramento dell'umore e delle prestazioni entro poche ore dall'ultima sigaretta, e certamente durante la notte. Questi effetti vengono completamente alleviati fumando una sigaretta. I fumatori attraversano questo processo migliaia di volte nel corso della loro carriera da fumatori, e questo può portarli a identificare le sigarette come un'automedicazione efficace, anche se l'effetto è quello negativo di sollievo dall'astinenza piuttosto che di qualsiasi miglioramento assoluto. (9)

La decima Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica il fumo di tabacco all'interno del gruppo "Disordini mentali e comportamentali" come F17, Disordini mentali e comportamentali dovuti all'uso del tabacco.

Le suddivisioni sono:

F17.0	Intossicazione acuta
F17.1	Uso dannoso
F17.2	Sindrome da dipendenza
F17.3	Stato di astinenza
F17.4	Stato di astinenza con delirium
F17.5	Disturbo psicotico
F17.6	Sindrome amnesica
F17.7	Disturbo psicotico residuo o ad esordio tardivo
F17.8	Altri disturbi psichici e comportamentali
F17.9	Disturbi psichici e comportamentali non specificati
Z72.0	Uso del tabacco (che include F17.2 Dipendenza da tabacco)

La categoria F 17.2 "Sindrome da dipendenza" può essere definita come "un insieme di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici" che si sviluppano in seguito all'uso ripetuto e che tipicamente includono un forte desiderio di fumare, la difficoltà a controllare l'uso, la persistenza nell'uso nonostante le conseguenze dannose, un'aumentata tolleranza alla nicotina, e una condizione (fisica) di astinenza.

L'APA definisce la dipendenza da fumo di tabacco come tossicodipendenza da nicotina (10)

## 1.1 b. Astinenza

Un'altra caratteristica che dà forza al concetto di dipendenza è l'astinenza.

La sospensione dell'assunzione della sostanza provoca disagi fisici e psichici.

Sebbene la sindrome di astinenza sia correlata agli effetti farmacologici della nicotina, molti fattori comportamentali possono influenzare la severità dei sintomi. Per alcuni fumatori, toccare, annusare, guardare la sigaretta, assieme al rituale di acquistare o procurarsi le sigarette, maneggiare, accendere e fumare sono tutte attività associate agli effetti piacevoli e possono peggiorare i sintomi e la smania provati nell'astinenza.

I sintomi dell'astinenza possono avere inizio poche ore dopo l'ultima sigaretta, inducendo il fumatore a riprendere. I sintomi raggiungono il massimo nei primi giorni dalla cessazione e abitualmente si calmano in poche settimane, anche se, per alcune persone, i sintomi possono perdurare mesi (11)

La sindrome da astinenza da nicotina si manifesta nel momento in cui la persona dipendente dalla nicotina smette di somministrarsela; quindi, i sintomi di astinenza da nicotina sono causati dall'arresto improvviso dell'approvvigionamento di questa sostanza.

L'astinenza può manifestarsi nelle prime quattro - dodici ore dopo la sospensione del fumo, e rappresenta la somma di tutti i cambiamenti indotti dalla brusca cessazione.

I sintomi includono:

- bisogno di fumare acuto / incontrollabile (*craving*);
- irritabilità / aggressività / rabbia;
- ansia; depressione; irrequietezza;
- stanchezza;
- aumento dell'appetito;
- difficoltà di concentrazione;
- cefalea;
- risveglio notturno;
- leggero stordimento / vertigini.

Questi sintomi variano a seconda dell'individuo: alcuni fumatori sentono l'astinenza più intensamente di altri.

Tutte queste manifestazioni sono temporanee e raggiungono l'intensità massima nelle prime 24-72 ore, diminuendo in 3-4 settimane.

In circa il 40% dei pazienti i sintomi possono durare più di 3-4 settimane.

Una cessazione improvvisa del consumo di tabacco è particolarmente difficile e deve essere accompagnata da assistenza medica qualificata e supporto psicologico. Quindi la migliore strategia raccomandata da tutte le linee guida per la cessazione dal fumo per la cura della dipendenza da nicotina è quella di combinare il trattamento farmacologico con la terapia psico-comportamentale. (12)

Il disagio che si viene a creare durante l'astinenza è molto difficile da fronteggiare efficacemente per la maggior parte dei consumatori di nicotina, ma non è fisiologicamente debilitante e pericoloso come la sindrome da astinenza per la maggior parte delle altre sostanze che creano dipendenza.

L'intensità dei sintomi fisici e psicologici, tuttavia, determina l'incapacità dell'individuo di stabilire e mantenere l'astinenza.

Nel tempo il desiderio erode la determinazione, soprattutto per coloro che tentano di smettere senza l'aiuto dei farmaci. (13)

### **1.1.c. La Patologia/Diagnosi**

Il fumo di tabacco è, allo stesso tempo, patologia e causa/fattore di rischio per patologie di molti organi e apparati.

Nel singolo paziente fumatore è pertanto necessario quantificare il livello di entrambe le componenti: gravità di patologia tabagica e grado di esposizione al rischio.

Il tabagismo è una patologia cronica recidivante che può essere diagnosticata e stadiata clinicamente attraverso l'uso di domande standard.

L'OMS ha definito i criteri per la diagnosi di dipendenza da tabacco dalla presenza di almeno 3 dei 7 criteri di definizione, se presenti negli ultimi 12 mesi:

- . forte desiderio di fumare;
- . difficoltà nel controllo della quantità di sigarette consumate;
- . sintomi da astinenza quando si riduce o si abbandona il consumo di tabacco;
- . consumo continuato nonostante evidenti effetti dannosi;
- . priorità del fumo su altre attività;
- . elevata tolleranza;
- . sintomi fisici da astinenza dal tabacco.



Lo strumento standardizzato per valutare il livello di dipendenza da nicotina, che è ampiamente utilizzato su scala mondiale negli interventi di disassuefazione dal fumo di sigaretta è il Fagerström test -FTND- (Vedi allegato n. 6).

Le due domande più importanti sono l'ora della prima sigaretta del mattino e il numero di sigarette fumate al giorno. Queste due domande forniscono quasi tutte le informazioni derivabili dall'intero questionario, che fornisce non solo una risposta sì / no, ma anche un punteggio finale che classifica il livello della dipendenza da nicotina dei consumatori di tabacco come a bassa, media o elevata. Più alto è il punteggio, maggiore è la dipendenza da nicotina di un individuo. Il livello di dipendenza dalla nicotina può essere utilizzato per guidare la progettazione dei piani di trattamento per i pazienti.

La valutazione dei fumatori è un processo composto da:

- . valutazione clinica e biologica dell'esposizione al fumo di tabacco (il CO espirato è il più semplice biomarker da monitorare; in assenza di CO nell'ambiente, è una misura ben validata del consumo di tabacco);
- . valutazione della dipendenza dal tabacco;
- . valutazione del profilo psico-comportamentale;
- . valutazione delle conseguenze per la salute del consumo di tabacco.

La diagnosi clinica si basa su:

- . Status del fumatore (non fumatore, fumatore occasionale, fumatore quotidiano, ex-fumatore);
- . Il tipo di prodotto del tabacco consumato, che ci fornisce un'idea circa il livello della dipendenza, in quanto la dipendenza dalla nicotina è più grave nei consumatori di sigarette, rispetto a quelli che utilizzano sigari, pipe, pipe a vapore, sigarette elettroniche o tabacco orale.

Il consumo di tabacco può essere definito in base al:

- . numero di sigarette fumate al giorno;
- . numero di pacchetti di sigarette/anni.

Il numero di pacchetti/anno è calcolato moltiplicando il numero di sigarette fumate giornalmente per il numero di anni di fumo. (14)

### **1.1.d. Il Fumatore**

Si definisce:

- . Non fumatore la persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
- . Fumatore, secondo la definizione dell'OMS, è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
- . Fumatore occasionale il fumatore che dichiara di non fumare tutti i giorni.
- . Fumatore quotidiano la persona che dichiara di fumare almeno una sigaretta ogni giorno.
- . Il tentativo di cessazione riguarda coloro che negli ultimi 12 mesi hanno tentato almeno una volta di smettere di fumare.
- . Ex fumatore è la persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.
- . Fumatore in astensione è una persona che dichiara di aver smesso di fumare da meno 6 mesi. (15)

## **1.2 Epidemiologia**

Per analizzare il fumo di sigaretta e le caratteristiche dei fumatori si prenderà come riferimento il periodo 2021-2022, riportando i dati dell'Istituto Superiore di Sanità Progetto "Sorveglianza i Passi".

In Italia, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (59%) o ha smesso di fumare (17%), ma 1 italiano su 4 è fumatore (24%). Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia 22 fumatori su 100 ne consumano più di un pacchetto.

Il fumo di sigarette è più frequente fra gli uomini rispetto alle donne (28% vs 21%) e disegna un gradiente sociale significativo, coinvolgendo maggiormente le persone con difficoltà economiche (37% vs 21% fra chi non ne ha) o con bassa istruzione (27% fra chi ha al più la licenza elementare vs 18% fra i laureati).

La variabilità territoriale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, in particolare Umbria, Campania e Lazio.

Dal 2008, la percentuale di fumatori va riducendosi a rilento ma significativamente in tutto il territorio italiano, sebbene sembri rallentare questa discesa proprio nel periodo pandemico. La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali; tuttavia, la quota più alta di ex fumatori è tra i residenti della Sardegna (24%).

Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: meno di 5 fumatori su 10 riferiscono di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario. L'attenzione degli operatori sanitari peraltro scende nel tempo e in particolar modo nel periodo pandemico. (16)

Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio per i tumori (è fortemente associato a quelli del polmone, del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e ad alcuni tipi di leucemie) e per le malattie respiratorie non neoplastiche, come la bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); è inoltre uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ictus e infarto miocardico). Il fumo ha un impatto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna in quanto riduce la fertilità e deve essere totalmente evitato in fasi della vita quale ad esempio la gravidanza, per i molti effetti nocivi sul feto, rischio di basso peso alla nascita, e aborti spontanei. I danni fisici dovuti al fumo di tabacco sono legati a diversi fattori: età di inizio, numero di sigarette fumate quotidianamente, numero di anni di fumo, inalazione più o meno profonda. (17).

Dai risultati delle analisi comparative del "Global burden of disease study 2017", emerge che a livello mondiale, nel 2017, i maggiori fattori di rischio per una morte prematura e disabilità (in termini di Daly, *Disability-adjusted life years*; una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura) sono stati: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, iperglicemia.

In Italia, nell'intervallo temporale 2007-2017, pur con un decremento del 9,9%, l'abitudine tabagica si conferma il primo dei principali dieci fattori di rischio per morte prematura e anni vissuti in disabilità. (18)

### **1.3 Politica sanitaria**

Con l'accumularsi delle evidenze scientifiche che ne dimostrano i danni per la salute, hanno preso avvio iniziative legislative radicali dedicate, inizialmente, a proteggere i minori e i non fumatori e, poi, a contrastare il fenomeno in generale.

In Italia, tra i Paesi all'avanguardia nella lotta al fumo, è la legge n. 584 dell'11 novembre 1975 a porre, per prima, il divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico. Il divieto esplicita i luoghi proibiti, 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. Pur costituendo un punto di svolta epocale, la legge del 1975 lasciava ampia possibilità di fumare in molti luoghi e contesti. È la legge n. 3 del 6 gennaio 2003, nota come legge Sirchia, entrata in vigore nel 2005, a estendere il divieto di fumo a tutti i locali chiusi (con la sola eccezione dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati come le abitazioni civili).

La Regione del Veneto nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione - PRP 2010-2013 e poi del PRP 2014-2018, ha ritenuto di fondamentale importanza garantire il continuo monitoraggio di quanto previsto dalla Legge 3/2003 sulla protezione dal fumo passivo e la promozione di ambienti di vita e di lavoro liberi dal fumo. Gli ospedali e i servizi sanitari territoriali rivestono un ruolo trainante e strategico nei confronti delle comunità per la loro innegabile responsabilità nel proporre modelli positivi di salute e ambienti che promuovono la salute.

Tra gli obiettivi del progetto regionale veneto "Azienda Sanitaria Libera dal fumo" 2014 vi è quello di implementare il ruolo fondamentale degli ambienti sanitari nella promozione di stili di vita sani, adottandoli in primis fra operatori sanitari e sostenendo i fumatori nella scelta di smettere di fumare attraverso il consiglio mirato fornito da personale preparato e motivato (19)

### **1.4 Prevenzione**

Per gli interventi in ambito psicologico e sociale e visto che il tabagismo nella ICD-10 dell'OMS viene classificato all'interno del gruppo dei disordini mentali e comportamentali, la prevenzione viene distinta in:

Prevenzione universale quando un intervento è considerato desiderabile per la popolazione generale, in quanto si ritiene cioè che tutti possano trarne dei benefici.

Un esempio è quello per i programmi di prevenzione del consumo di sostanze, proposti in tutte le scuole e a tutti gli studenti che appartengono a questa categoria.

Prevenzione selettiva valuta il rischio di sottogruppi di popolazione e non del singolo soggetto. In altre parole, un individuo riceve l'intervento per il solo fatto di appartenere a un gruppo in cui il rischio di sviluppare un problema supera la media.

Un esempio nel campo delle dipendenze è quello dei professionisti con prossimità agli alcolici, come chi lavora nei locali notturni o nella ristorazione. Nel momento della realizzazione dell'intervento quei soggetti possono non avere alcun problema legato all'abuso alcolico e forse non lo svilupperanno mai, ma il fatto di fare quel lavoro, li "seleziona" come maggiormente a rischio.

Altri esempi sono i bambini che crescono in famiglie con genitori consumatori di sostanze o i ragazzi che vivono in un quartiere con alti tassi di spaccio.

Prevenzione indicata si rivolge invece a soggetti riconosciuti individualmente (attraverso uno screening o una valutazione, una diagnosi) come ad alto rischio per lo sviluppo di un potenziale problema ma sani al momento dell'intervento. Un esempio può essere quello di soggetti con caratteristiche di *sensation seeking* o con bassi livelli di autoefficacia. Nell'ambito della prevenzione delle dipendenze, si possono includere anche quei soggetti che, per particolari caratteristiche individuali, potrebbero correre rischi più gravi nel caso in cui assumessero alcol o droghe (per esempio le donne incinte o i pazienti con diagnosi psichiatriche). (20)



## Cap. 2 Obiettivi e Quesiti

### 2.1 Obiettivo dello studio

Lo scopo del presente elaborato è quello di condurre una revisione della letteratura al fine di indagare sull'assistenza del paziente tabagista in regime di ricovero, individuando le modalità di trattamento per una buona riuscita assistenziale.

### 2.2 Quesiti di ricerca

- . Esiste in letteratura qualche indicazione rispetto al trattamento del tabagista ricoverato in struttura ospedaliera?
- . Il ricovero ospedaliero può essere una opportunità di disassuefazione dal fumo di tabacco?
- . Il paziente tabagista rappresenta un problema di gestione assistenziale per gli infermieri?
- . Quali strategie tecniche, relazionali ed educative il professionista infermiere può mettere in atto durante la degenza del paziente tabagista?
- . La politica antifumo attuata negli ospedali può essere un problema per chi è dipendente dal tabacco?

## Cap. 3 Metodologia della ricerca

Rispetto ai quesiti di ricerca è stato formulato il seguente PIO, al fine di ricavare le parole chiave da utilizzare per la ricerca bibliografica nelle banche dati.

P	Population Problem	Persone con dipendenza da tabacco ricoverate in una struttura ospedaliera
I	Interventions	Interventi educativi / Strategie assistenziali
O	Outcome	Astinenza dal tabacco controllata / Cessazione breve e lungo termine

Dal PIO sono state ricavate le parole chiave: Smoking Cessation - Smoking Addiction - Tabagism - Nursing Intervention - Hospitalization - No Smoking in the hospital - Smoker - Health Policy. Con queste parole chiave sono state composte le stringhe di ricerca nelle seguenti banche dati: PubMed – Cochrane library – Google Scholar.

Inoltre sono stati consultati dei siti internet di Associazioni Scientifiche e Istituzionali per approfondire ulteriormente la ricerca:

[www.smettintempo.it](http://www.smettintempo.it)

<http://www.tabaccologia.it/>

<http://www.6elle.net/>

<http://ensp.org/>

Fumo (salute.gov.it)

European Network for Smoking and Tobacco 2020 Linee Guida per il Trattamento della dipendenza da Tabacco

### **3.1 Criteri di inclusione**

Nella selezione degli articoli, sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione:

- Pazienti adulti;
- Pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere;
- Articoli che trattavano il problema durante il ricovero ospedaliero;
- Articoli che trattavano il problema attraverso interventi infermieristici;
- Articoli che trattavano solo la sigaretta da tabacco tradizionale;
- Articoli disponibili in Full text;
- Articoli in italiano e inglese.

### **3.2 Criteri di esclusione**

Sono stati considerati i seguenti criteri di esclusione:

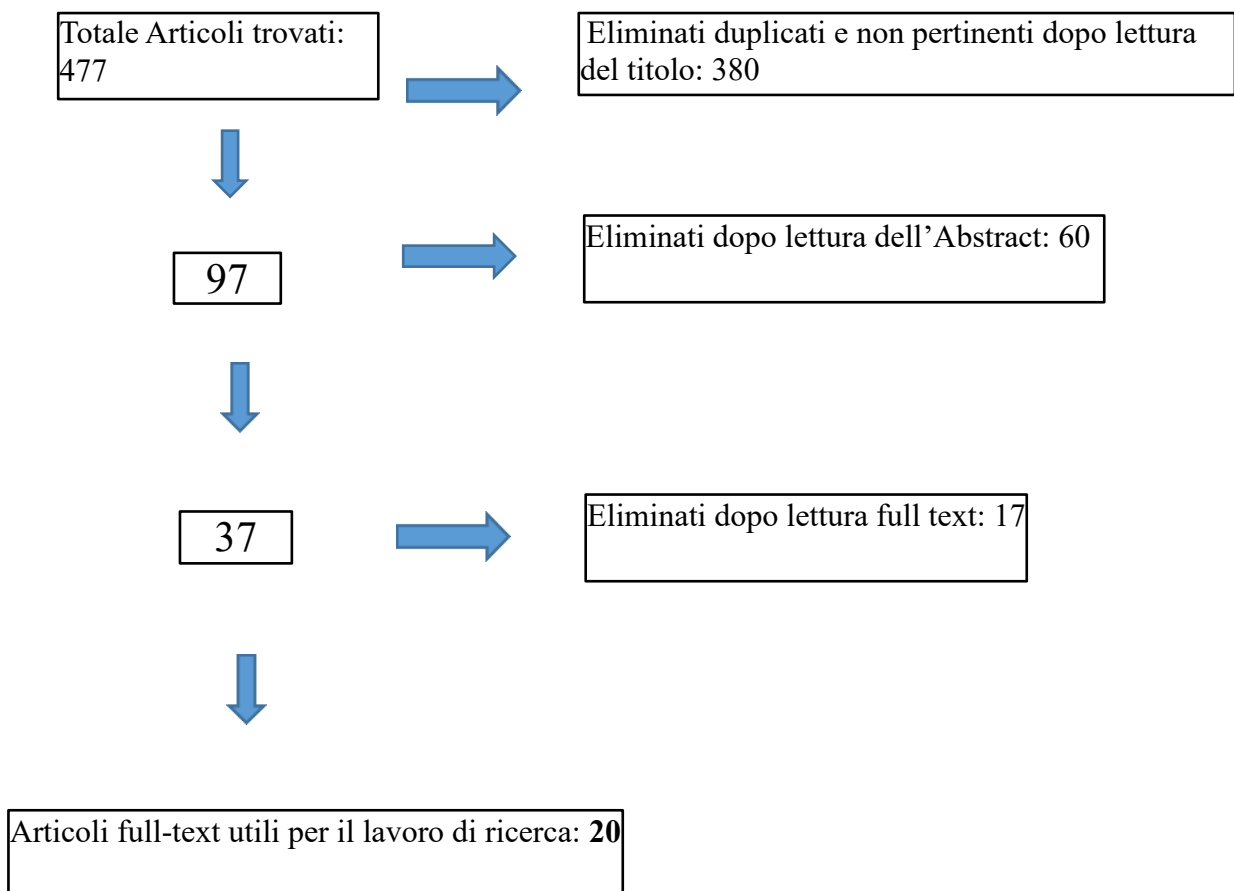
- Articoli che trattavano solo interventi medici;
- Articoli che trattavano il problema solo ambulatorialmente;
- Articoli che trattavano il tabagismo solo come patologia e le patologie correlate;
- Articoli che trattavano le sigarette elettroniche.



### 3.3 Flow chart per la selezione degli articoli

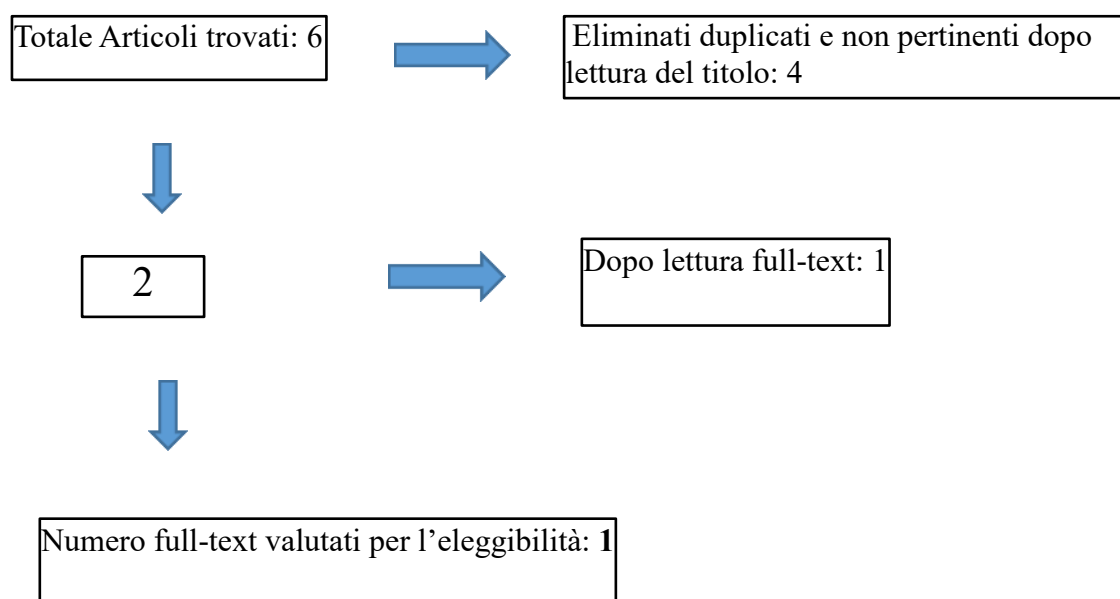
Attraverso la combinazione di parole chiave in diverse stringhe di ricerca per la consultazione di PubMed sono stati reperiti 477 articoli pubblicati negli ultimi 5 anni. Gli articoli selezionati in base al titolo pertinente sono stati sottoposti a screening, di questi ne sono rimasti 30 articoli. Dopo lettura dell'abstract sono rimasti 20 articoli utilizzati per la stesura della tesi.

Flow chart n. 1 per la selezione degli articoli



Dalla ricerca presso la Cochrane Library sono risultate 6 Cochrane reviews e dopo eliminazione dei titoli non pertinenti ne sono rimasti 2, nella successiva lettura abstract è stato utilizzato 1 articolo per rispondere ad un quesito di ricerca

Flow chart n. 2 per la selezione degli articoli in Cochrane Library



Per dare risposta ai quesiti di ricerca sono state fondamentali anche le Linee Guida SNLG 1/2023 dell'Istituto Superiore di Sanità

## Cap. 4 Risultati

### 4.1 Primo quesito di ricerca

Quesito n. 1: Esiste in letteratura qualche indicazione rispetto al trattamento del tabagista ricoverato in struttura ospedaliera?

Si riportano tre raccomandazioni presenti nella “Linea Guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina” dell’Istituto Superiore di Sanità, gennaio 2023.

Raccomandazione n. 1: Nei fumatori di sigaretta di tabacco tradizionale, il *Panel* raccomanda di utilizzare l’intervento breve (*minimal advice*) rispetto a nessun intervento.

[Raccomandazione forte basata su una qualità bassa delle prove]

Gli studi valutati hanno definito l’intervento breve come un intervento una tantum, senza follow-up o consulenze supplementari, della durata da 5 a 10 minuti che può includere uno o più tra i seguenti aspetti:

- .un semplice suggerimento a smettere di fumare;
- .una valutazione dell’impegno da parte del paziente a smettere di fumare;
- .l’offerta di una farmacoterapia o supporto comportamentale;
- .fornire materiale informativo sulla cessazione da fumo e dare indicazioni sui centri antifumo.

L’esito considerato è stato il numero di persone astinenti al più lungo follow-up (20 studi randomizzati controllati- RCT), al follow-up di 6 mesi (8 RCT) e al follow-up di 12 mesi (12 RCT). Gli interventi erano riferiti alla popolazione generale e a pazienti ospedalizzati, fumatori di sigaretta tradizionale.

Raccomandazione n. 2: Nei fumatori di sigaretta di tabacco tradizionale che hanno scelto di seguire un trattamento per la cessazione, il *Panel* raccomanda di utilizzare l’intervento di *counselling* rispetto alla sola informazione di tipo medico.

[Raccomandazione forte basata su una qualità bassa delle prove]

Negli studi valutati gli interventi di *counselling* erano riferiti a fumatori di sigaretta di tabacco tradizionale sia nella popolazione generale che in persone ospedalizzate e con comorbidità.

Gli esiti considerati sono stati: numero di persone astinenti al più lungo follow-up che includeva anche 3 mesi (15 RCT), numero di persone astinenti al follow-up di 6 mesi (9 RCT), numero di persone astinenti al follow-up di 12 mesi (6 RCT).

Raccomandazione n. 3: Nei fumatori di sigaretta di tabacco tradizionale che hanno scelto di seguire un trattamento per la cessazione, il *Panel* raccomanda di utilizzare l'associazione del trattamento farmacologico con l'intervento di *counselling* rispetto al solo intervento di *counselling*.

[Raccomandazione forte basata su una qualità moderata delle prove]

Gli interventi erano riferiti alla popolazione generale, a pazienti ospedalizzati, a pazienti con comorbidità e problemi di salute mentale.

Gli studi selezionati dalle revisioni sistematiche (RS) includevano i seguenti confronti: .associazione “*Counselling*” più trattamento farmacologico vs solo “*Counselling*”; .associazione “*Counselling*” più trattamento farmacologico vs solo trattamento farmacologico. I farmaci utilizzati in combinazione con il “*Counselling*” erano: NRT, bupropione, nortriptilina e vareniclina. Gli esiti considerati sono stati: numero di persone astinenti al follow-up (uguale o superiore a 6 mesi), qualsiasi evento avverso, eventi avversi gravi, dropout. (21)

## 4.2 Secondo quesito di ricerca

Quesito n. 2: Il ricovero ospedaliero può essere una opportunità di disassuefazione dal fumo di tabacco?

Studi osservazionali hanno confermato come l'ospedalizzazione può rappresentare un fattore importante nel processo di interruzione della dipendenza da fumo di tabacco, realizzando così un passaggio ad uno stadio di azione nei confronti della decisione di smettere di fumare. Ciò avviene con l'aumento della motivazione:

Il paziente che si ricovera in ospedale è un paziente vulnerabile, suscettibile, e con grande capacità di motivazione dovuta alla sofferenza per una patologia in atto, che sia un infarto miocardico, un'insufficienza respiratoria o per altre patologia fumo-correlata o meno. Pertanto, la semplice ospedalizzazione contribuisce ad incrementare la motivazione del paziente producendo una migrazione nel processo dinamico nella decisione di smettere di

fumare, verso uno stadio superiore nel processo di cambiamento, in cui prevale la presa di coscienza che fumare possa essere la causa del proprio problema (fase di Contemplazione o di Considerazione secondo il modello di Prochaska) e si attiva per rimuoverlo (fase di Azione). (5)

Interventi per smettere di fumare che includano trattamento farmacologico e *counselling* individuale iniziati durante la degenza ospedaliera e seguiti da monitoraggio della sospensione del consumo di sigarette dopo la dimissione si sono dimostrati efficaci nella prevenzione delle ricadute. (22) (Vedi allegato n. 3)

### 4.3 Terzo quesito di ricerca

Quesito n. 3: Il paziente tabagista rappresenta un problema di gestione assistenziale per gli infermieri?

Il paziente tabagista rappresenta un problema di gestione assistenziale quando si trova ad affrontare un'astinenza obbligata e non controllata.

Come visto nella definizione di astinenza:

La sindrome da astinenza da nicotina si manifesta nel momento in cui la persona dipendente dalla nicotina smette di somministrarsela; quindi, i sintomi sono causati dall'arresto improvviso dell'approvvigionamento di questa sostanza.

L'astinenza può manifestarsi nelle prime quattro - dodici ore dopo la sospensione del fumo, e rappresentano la somma di tutti i cambiamenti indotti dalla brusca cessazione.

I sintomi includono:

- bisogno di fumare acuto / incontrollabile (*craving*):
- irritabilità / aggressività / rabbia / ansia / depressione
- irrequietezza / stanchezza / cefalea / difficoltà di concentrazione
- aumento dell'appetito;
- risveglio notturno / leggero stordimento / vertigini

Questi sintomi variano a seconda dell'individuo: alcuni fumatori sentono l'astinenza più intensamente di altri.

Tutte queste manifestazioni sono temporanee e raggiungono l'intensità massima nelle prime 24-72 ore, diminuendo in 3-4 settimane (12)

La terapia comportamentale può migliorare le abilità degli individui nell'affrontare situazioni in cui essi normalmente fumano, mentre la farmacoterapia attenua i fisiologici sintomi astinenziali da nicotina.

Le persone che fumano manifesteranno sintomi di astinenza durante la degenza in un ospedale con una politica antifumo e proprio in queste situazioni, il supporto all'assistenza, con una gestione efficace dei sintomi di astinenza per il paziente ospedalizzato è fondamentale. (2) (Allegato n 4)

#### **4.4 Quarto quesito di ricerca**

Quesito n. 4: Quali strategie tecniche, relazionali ed educative il professionista infermiere può mettere in atto durante la degenza del paziente tabagista?

Secondo quanto definito dal profilo professionale dell'infermiere:

gli interventi che l'infermiere/a può individuare in relazione ai bisogni dei pazienti possono essere di natura: tecnica, relazionale, educativa (23)

Tecnica: sottoporre il paziente tabagista al test di Fagerström (14) permette di fare diagnosi del livello di dipendenza e il rilevamento della concentrazione del CO espirato (14) per tutti i fumatori attivi e passivi porterebbe sia il paziente che il professionista ad una maggiore consapevolezza della malattia del tabagismo.

Relazionale: dal momento dell'accertamento e nella successiva presa in carico della persona, tra l'infermiere e il paziente si instaura una relazione di cura che permette al professionista di raccogliere dati ed informazioni utili sulle condizioni psico-fisiche e comportamentali del paziente. In questa fase si può applicare il Modello transteorico del Cambiamento di Di Clemente e Prochaska (24) (Allegato n. 8): questo viene utile per capire l'approccio migliore da utilizzare in un intervento successivo breve o brevissimo con il fumatore.

Attraverso l'Algoritmo delle 5 A (25) (Allegato n.7), (26) il professionista: identifica (registrando i dati rilevati), consiglia (favorendo la disassuefazione dal fumo di tabacco), valuta (identificando lo stadio del cambiamento), aiuta (con interventi brevi e brevissimi e consultando il medico per un approccio farmacologico) e organizza (mettendo in contatto il tabagista con l'ambulatorio per il trattamento del tabagismo dell'ASL di riferimento).

Per i tabagisti che vogliono smettere di fumare al momento della valutazione è raccomandato fornire loro immediatamente un trattamento integrato (farmaco + sostegno comportamentale) (21)

Per i tabagisti che non vogliono smettere al momento della valutazione, è raccomandato l'uso di una strategia di rinforzo motivazionale al fine di incoraggiare la cessazione, promuovere la motivazione a smettere, accelerare la decisione di smettere di fumare nel più breve tempo possibile. (25)

Educativa: Attraverso il Modello transteorico di Di Clemente e Prochaska, già citato, il professionista con un intervento di primo livello educa il paziente ad uno stile di vita più sano.

Inoltre il paziente deve poter riconoscere i segni e sintomi che si troverà ad affrontare nel periodo di degenza a causa dell'astinenza da fumo di sigaretta e deve poter decidere quale approccio migliore sottoporsi per affrontare tale disagio.

#### **4.5 Quinto quesito di ricerca**

Quesito n. 5: La politica antifumo negli ospedali può essere un problema per chi è dipendente dal tabacco?

E' stato condotto uno studio qualitativo sulle politiche antifumo, in due ospedali canadesi per cure acute.

I partecipanti (n 186 tra pazienti e personale), hanno condiviso le loro prospettive ed esperienze con la dipendenza dal tabacco e la gestione dell'uso del tabacco nonché le loro impressioni sulla politica antifumo.

I risultati emersi hanno evidenziato un mancato rispetto della politica e di conseguenza un'esposizione al fumo passivo preoccupante.

Per il trattamento della dipendenza dal tabacco e la gestione dei sintomi di astinenza non sono state offerte soluzioni in modo coerente, e i partecipanti hanno espresso preoccupazione per la sicurezza dei pazienti e per l'uscita dal reparto a fumare.

In conclusione, la non conformità e il trattamento inadeguato per la dipendenza dal tabacco sembrano essere la norma. (2)





## Discussione

Gli studi che trattano l'argomento della gestione e della disassuefazione dal fumo prendono in considerazione e analizzano molteplici aspetti riguardanti il paziente, gli operatori della salute e il contesto di vita; tuttavia, nella pratica non viene fatto molto e le politiche che impongono il divieto di fumo negli ospedali hanno conseguenze importanti che vanno oltre la non conformità, comprese le preoccupazioni sulla sicurezza dei pazienti e le interruzioni delle cure.

Senza un supporto adeguatamente disponibile e accessibile per l'astinenza del tabacco, i pazienti continueranno ad affrontare i rischi personali quando lasciano l'ospedale.

Nella pratica clinica non ci sono impedimenti che giustificano la rinuncia ad eseguire una diagnosi clinica di dipendenza da nicotina in un fumatore. Pensare in termini di "dipendenza patologica da tabacco", invece che in termini di "fumo di tabacco", potrebbe agevolare il professionista a considerare i fumatori correnti come pazienti che necessitano di un trattamento immediato e gli ex-fumatori come pazienti che necessitano di sorveglianza in quanto affetti da un disturbo cronico a rischio di ricaduta o "riacutizzazione". (7)

Il fumo di sigaretta è così diffuso che si dovrebbe approfittare di ogni momento di vicinanza con il paziente per cercare di sensibilizzarlo e guidarlo verso scelte, soluzioni terapeutiche di sostegno, far conoscere e proporre modalità e programmi per smettere.

Il supporto comportamentale e motivazionale sono interventi determinanti per favorire la cessazione, così come la terapia farmacologica che mette a disposizione diversi principi attivi (sostituti nicotinici, NRT, bupropione, nortriptilina, vareniclina, citistina) che hanno mostrato efficacia nel sostenere la cessazione, o l'interruzione obbligata.

Gli interventi di supporto comportamentale sono vari ed includono materiali scritti contenenti consigli per smettere, programmi di terapia di gruppo in più sessioni o sessioni di *counselling* individuale in presenza o per telefono.

La NRT, la vareniclina, il bupropione, la citistina aumentano il successo a lungo termine dei tentativi di smettere. Molte linee guida di pratica clinica raccomandano che gli operatori sanitari suggeriscano entrambe le classi di intervento alle persone che sono disposte a fare un tentativo di smettere, sulla base del fatto che possono avere un effetto additivo. Questo

approccio presuppone che i due tipi di trattamento abbiano modalità d'azione complementari e che possano migliorare in modo indipendente le possibilità di mantenere l'astinenza a lungo termine. (21)

## Conclusione

Come per tutte le malattie croniche, anche nel trattamento del tabagismo, dopo la diagnosi e la valutazione, gli operatori sanitari dovrebbero sviluppare un piano terapeutico per favorire la cessazione. Il paziente può rifiutare il trattamento, ma gli strumenti per cercare di promuovere le cure per una malattia che uccide più di 93.000 persone l'anno, solo nel nostro paese (27), dovrebbero essere a disposizione di tutti i professionisti della salute. Come gli operatori portano avanti il trattamento del diabete mellito, dell'ipertensione o di qualsiasi altra malattia cronica, così, una volta diagnosticata, dovrebbero poter trattare la dipendenza da tabacco.

Esiste una realtà italiana che gestisce un trattamento intraospedaliero dal 2016, si riporta quanto comunicato in un'intervista dal Dott. Lugoboni Direttore Unità Operativa Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata di Verona:

“Dal 2016 l'AOUI di Verona fornisce capsule di Citisina da 1,5 mg per il trattamento intraospedaliero dei pazienti degenti con l'obiettivo di fornire un supporto costo-efficace per il trattamento del tabagismo, promuovendo la continuità terapeutica anche dopo la dimissione e riducendo il rischio di ricaduta (Lugoboni, 2016).

Le indicazioni al trattamento con Citisina che si rilevano in letteratura – e che sono incluse nel documento “Il Protocollo Citisina nel Trattamento Multifasico Multimodale Integrato del Tabagismo” della Regione del Veneto (2020) - sono le seguenti:

- consumo di sigarette quotidiano in particolare se superiore a 15;
- disponibilità immediata a smettere di fumare;
- motivazione stimata medio-alta.

Va infatti, sottolineato che la Citisina, rispetto ad altre formulazioni con spesa a carico del paziente, è di gran lunga l'opzione antifumo più economica, caratteristica che la rende particolarmente apprezzata dai fumatori più problematici, che generalmente richiedono dosi terapeutiche più elevate e per tempi più lunghi (Tutka e Zatoński, 2006).

Dal 2016 l'AOUI di Verona ha messo in atto una serie di azioni per incentivare l'utilizzo della Citisina ovvero:

- inserimento in Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO);
- incontri formativi e produzione di materiale informativo;

- presenza di un consulente dell'Unità di Medicina delle Dipendenze (MdD).

Il presente protocollo descrive uno studio osservazionale prospettico con l'obiettivo primario di investigare la sicurezza di Citisina prescritta ad un campione di pazienti tabagisti ricoverati in regime ordinario, ambulatoriale, AMID e DH nei reparti specialistici partecipanti.

Lo svolgimento di questo studio presso i reparti di AOUI Verona contribuirà alla conoscenza nell'uso e nella maneggevolezza della Citisina, promuovendo l'intervento per la cessazione del fumo mediante l'utilizzo di una sostanza efficace e sicura all'interno di un intervento integrato di disassuefazione e prevenzione della ricaduta.”

A seguito si riporta il Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista proposto dall'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri:

. Livello 1 (percorso d'intervento irrinunciabile) deve essere parte integrante della buona pratica medica ed è raccomandato anche ad ogni operatore sanitario non medico che interagisca col paziente tabagista in ambito clinico: chiedere sistematicamente lo stato di fumatore ad ogni contatto con un paziente, prima visita o controllo ambulatoriale, accertamento diagnostico specialistico, ricovero ospedaliero;

. Livello 2 Registrare: lo stato di fumatore ad ogni contatto con un paziente: prima visita o controllo ambulatoriale, accertamento diagnostico specialistico, ricovero ospedaliero.

La registrazione deve essere effettuata negli archivi sanitari e nella documentazione ufficiale cartacea che viene rilasciata al paziente.

La registrazione deve essere aggiornata ad ogni nuovo contatto con lo stesso paziente;

. Livello 3 misurare l'esposizione al fumo: Misurare e registrare il livello di esposizione al fumo di tabacco al primo contatto col paziente fumatore: prima visita o controllo ambulatoriale, accertamento diagnostico specialistico, ricovero ospedaliero.

La misurazione e registrazione del livello di esposizione al fumo deve essere ripetuta a ogni nuovo contatto con lo stesso paziente.

I dati misurati devono essere riportati negli archivi sanitari e nella documentazione ufficiale cartacea che viene rilasciata al paziente;

. Livello 4 Diagnosticare e stadiare il tabagismo: eseguire la diagnosi di tabagismo e definire la gravità al primo contatto col paziente fumatore, prima visita o controllo ambulatoriale, accertamento diagnostico specialistico, ricovero ospedaliero;

. Livello 5 Informare e promuovere la cessazione: Informare in modo personalizzato sui rischi causati dall'esposizione al fumo, sul livello di dipendenza da nicotina e sui benefici ottenibili con la cessazione del fumo. (28)

Da quanto emesso dalla ricerca e dalle esperienze raccolte, si conclude esprimendo l'idea che per “vincere” almeno in parte l'ipotesi che il tabagismo sia solo una questione di “volontà”, si debba organizzare l'assistenza ospedaliera in sinergia con quella ambulatoriale dei centri del SERD come un continuum al fine di identificare e sostenere il paziente tabagista. Inoltre la presenza di un referente esperto all'interno della struttura sanitaria sarebbe molto utile per sostenere le équipes assistenziali delle varie Unità Operative, nella messa in atto di alcune strategie, sensibilizzando maggiormente gli operatori a considerare il problema del tabagismo.



## BIBLIOGRAFIA

- (1) World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*. World Health Organization.
- (2) Schultz, A. S., Finegan, B., Nykiforuk, C. I., & Kvern, M. A. (2011). A qualitative investigation of smoke-free policies on hospital property. *Cmaj*, 183(18), E1334-E1344.
- (3) Shopik, N. A., Schultz, A. S., Nykiforuk, C. I., Finegan, B. A., & Kvern, M. A. (2012). Impact of smoke-free hospital grounds policies: patient experiences and perceptions. *Health Policy*, 108(1), 93-99.
- (4) Benowitz, N. L. (2009). Pharmacology of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, and Therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 49(1), 57–71. <https://doi.org/10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742>
- (5) Georgina Jimenez, Ana Romero, Maria Martinez, Jorge López, Bernardino Alcázar, Jose Manuel González de Vega , *Tabaccologia* 2006; 3: 22-24
- (6) Zagà, V., Amram, D. L., Baraldo, M., Tinghino, B., & Cattaruzza, M. S. (2021). Il trattamento integrato del paziente fumatore. *Tabaccologia*, 19(3), 20-26.
- (7) Cosci, F., Pistelli, F., & Carrozzi, L. (2011). Tobacco smoking: why do physicians not make diagnoses?. *European Respiratory Review*, 20 (119), 62-63.
- (8) European Network for Smoking and Tobacco c 2020 Linee Guida per il Trattamento della dipendenza da Tabacco, 3
- (9) [BRITTON, John (ed.). *ABC Of smoking cessation*. Blackwell Publishing, 2004.].
- (10) American Psychiatric Association, DSM-5, 2013 , 2024 ICD-10-CM Codes F17\*: *Nicotine dependence*. (s.d.). Recuperato 15 marzo 2024, da <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F10-F19/F17->
- (11) EpiCentro. (s.d.). *Smettere di fumare dati Passi*. Recuperato 5 marzo 2024, da <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo#tecnic>
- (12) European Network for Smoking and Tobacco c 2020 Linee Guida per il Trattamento della dipendenza da Tabacco 1.2.4 , 20-21

(13) Kolodner, G., DiClemente, C. C., & Miller, M. M. (2022). Nicotine Addiction: A Burning Issue in Addiction Psychiatry. *Psychiatric Clinics*, 45(3), 451-465.

(14) European Network for Smoking and Tobacco c 2020 Linee Guida per il Trattamento della dipendenza da Tabacco 1.5 , 23-27

(15) EpiCentro. (s.d.). *Smettere di fumare dati Passi*. Recuperato 5 marzo 2024, da <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo#indicatori>

(16) EpiCentro. (s.d.). *Abitudine al fumo dati sorveglianza Passi*. Recuperato 5 marzo 2024, da <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo#dati>

(17) Salute, M. della. (s.d.). *I danni del fumo*. Recuperato 10 marzo 2024, da <https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp?lingua=italiano&id=5580&area=fumo&menu=vuoto>

(18) EpiCentro. (s.d.). *Abitudine al fumo dati sorveglianza Passi*. Recuperato 5 marzo 2024, da <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo#impatto>

(19) *Piano Regionale Prevenzione—Regione del Veneto*. (s.d.). Recuperato 5 marzo 2024, da <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/piano-regionale-prevenzione-prp>

(20) Sistema di classificazione elaborato da Mrazek e Haggerty (1994) per l’Institute of Medicine (IOM)

(21) Linea guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina 1/2023 SNLG, 47-48, 62-64, 116-118

(22) Rigotti, N. A., Clair, C., Munafò, M. R., & Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.

(23) *Gazzetta Ufficiale*. (s.d.). Recuperato 5 marzo 2024, da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>

Codice deontologico delle professioni infermieristiche Approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019

(24) European Network for Smoking and Tobacco c 2020 Linee Guida per il Trattamento della dipendenza da Tabacco 1.5.3, 24,25



- (25) European Network for Smoking and Tobacco c 2020 Linee Guida per il Trattamento della dipendenza da Tabacco 4.1.2, 40-41
- (26) Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... & Leitzke, C. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update US Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory care*, 53(9), 1217-1222.
- (27) Salute, M. della. (s.d.). *Tabagismo*. Recuperato 15 marzo 2024, da <https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp?lingua=italiano&id=5579&area=fumo&menu=vuoto>
- (28) *6elle—Percorso d'intervento clinico sul paziente tabagista*. (s.d.). Recuperato 23 novembre 2023, da <https://www.6elle.net/>
- (29) Daniela Orlandini, in collaborazione con Valter Spiller Annarosa Pettenò Paolo Civitelli: Interventi Brevi di 1°livello per fumatori in setting sanitari opportunistici



## **ALLEGATI**

**ALLEGATO N. 1**

<b>Titolo</b>	<i>Impact of smoke-free hospital grounds policies: Patient experiences and perceptions.</i>
<b>Autore/i</b>	Shopik, N. A., Schultz, A. S. H., Nykiforuk, C. I. J., Finegan, B. A., & Kvern, M. A. (2012)
<b>Disegno</b>	Studio descrittivo qualitativo
<b>Materiali</b>	Questo studio descrittivo qualitativo incentrato sulle opinioni dei pazienti faceva parte di uno studio più ampio condotto presso due ospedali terziari del Canada occidentale, che supporta una visione approfondita che emerge dal punto di vista dei pazienti, che ha ricevuto un'attenzione minima. (*)
<b>Metodi</b>	Il reclutamento dei partecipanti, in questo studio, è stato condotto su quattro unità di pazienti adulti in ciascun sito ospedaliero. I pazienti sono stati reclutati da diverse unità: cardiologia (n. 2), respiratoria (n. 2), ortopedia/traumatologia (n. 2), riabilitazione (n. 1) e trapianti (n. 1). L'inclusione di queste unità ha comportato diversità per quanto riguarda i dati demografici (età) e le diagnosi dei partecipanti. Fumatori attuali, ex e non fumatori sono stati invitati a partecipare, in quanto ogni sottogruppo può avere prospettive uniche della politica e delle cure che hanno ricevuto in ospedale. Inoltre, l'inclusione di tutti e tre i sottogruppi consente l'esame delle esperienze dei pazienti sia passivi che attivi. In totale sono state utilizzate n. 82 interviste semi-strutturate
<b>Scopo -</b>	Lo scopo di questo studio, situato in una varietà di reparti medici e chirurgici per adulti ricoverati, era di esplorare le esperienze e le impressioni dei ricoverati adulti sulle politiche dei terreni senza fumo.
<b>Obiettivi</b>	
<b>Risultati -</b>	Questo studio ha generato prove di significative preoccupazioni dei pazienti relative alla sicurezza personale, alle violazioni delle politiche e alla mancanza di un adeguato trattamento della dipendenza dal tabacco.
<b>Conclu-</b>	

<b>Titolo</b>	<i>Il ricovero ospedaliero influenza la decisione di smettere di fumare?</i>
<b>Autore/i</b>	Georgina Jimenez, Ana Romero, Maria Martinez, Jorge López, Bernardino Alcázar, Jose Manuel González de Vega (2006)
<b>Disegno</b>	Studio retrospettivo
<b>Materiali</b>	Lo studio retrospettivo delle durate di un anno è stato condotto su una coorte di pazienti fumatori ricoverati. Ad un anno dalla dimissione i pazienti sono stati contattati telefonicamente per valutare l'eventuale cessazione dal fumo
<b>Metodi</b>	durante il ricovero e se l'astinenza permaneva dopo un anno.
<b>Scopo - Obiettivi</b>	L'obiettivo dello studio era quello di valutare il ruolo dell'ospedalizzazione nei servizi di Pneumologia e Cardiologia come fattore favorente l'interruzione del fumo considerando le variabili associate all'astinenza.
<b>Risultati - Conclusioni</b>	R: La percentuale di astinenza è stata maggiore nei pazienti ricoverati presso il servizio di Cardiologia rispetto a quello di Pneumologia. C: Il ricovero ospedaliero sembra influenzare positivamente la decisione di smettere di fumare.

<b>Titolo</b>	<i>Intervention for smoking cessation in hospitalised patients.</i>
<b>Autore/i</b>	Rigotti, N. A., Clair, C., Munafò, M. R., & Stead, L. F. (2012)
<b>Disegno</b>	Cochrane Review
<b>Materiali</b>	Sono state effettuate ricerche nel registro Cochrane Tobacco Addiction Group, CINAHL e nel database Smoking and Health nel marzo 2002 per studi sugli interventi per la cessazione del fumo nei pazienti ospedalizzati, utilizzando termini tra cui (ospedale e paziente) o Ospedali* o Ricoverato* o Ricovero* o Ammesso.
<b>Metodi</b>	
<b>Scopo -</b>	Determinare l'efficacia degli interventi per la cessazione del fumo nei pazienti ospedalizzati
<b>Risultati -</b>	R: Diciassette studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione. L'intervento intensivo (contatto ospedaliero più follow-up per almeno un mese) è stato associato a un tasso di cessazione significativamente più elevato rispetto al controllo. Gli interventi con meno di un mese di follow-up non hanno mostrato evidenze di benefici significativi.
<b>Conclusioni</b>	Gli interventi comportamentali ad alta intensità che includono almeno un mese di contatto di follow-up sono efficaci nel promuovere la cessazione del fumo nei pazienti ospedalizzati. I risultati della revisione erano compatibili con la ricerca condotta in altri contesti che mostrava che la NRT aumenta i tassi di abbandono. Non c'erano prove per giudicare l'effetto di interventi molto brevi (<20 minuti) erogati solo durante la degenza ospedaliera. Interventi più lunghi erogati solo durante la degenza ospedaliera non erano significativamente associati a un tasso di abbandono più elevato. Sebbene gli interventi abbiano aumentato i tassi di abbandono indipendentemente dal fatto che fosse utilizzata la terapia sostitutiva della nicotina (NRT), i risultati per la NRT erano compatibili con altri dati che indicavano che aumenta i tassi di abbandono. Non c'erano prove evidenti che la diagnosi clinica influenzasse la probabilità di smettere.

<b>Titolo</b>	<i>A qualitative investigation of smoke-free policies on hospital property. (*)</i>
<b>Autore/i</b>	<i>Schultz, A. S., Finegan, B., Nykiforuk, C. I., &amp; Kvern, M. A. (2011)</i>
<b>Disegno</b>	Studio qualitativo
<b>Materiali</b>	Sono stati intervistati individualmente pazienti ricoverati provenienti da otto reparti ( $n = 82$ ), decisori politici chiave ( $n = 9$ ) e personale di supporto ( $n = 14$ ) e abbiamo tenuto 16 focus group con operatori sanitari e personale di reparto ( $n = 81$ ). Abbiamo anche esaminato i documenti di reparto relativi alla dipendenza dal tabacco e esaminato le attività legate al fumo nella proprietà dell'ospedale.
<b>Metodi</b>	
<b>Scopo -</b>	Condividere con i partecipanti prospettive ed esperienze con la dipendenza dal tabacco, capire quali fossero le impressioni sulla politica antifumo e capire come viene gestito l'uso del tabacco
<b>Obiettivi</b>	
<b>Risultati -</b>	Il mancato rispetto della politica e l'esposizione al fumo passivo erano preoccupazioni costanti. Le impressioni delle persone sull'uso del tabacco variavano, comprese opinioni divergenti sul fatto che tale uso fosse una cattiva abitudine o una dipendenza. Il trattamento per la dipendenza dal tabacco e la gestione dei sintomi di astinenza sono stati offerti in modo incoerente. I partecipanti hanno espresso preoccupazione per la sicurezza dei pazienti e per l'uscita dal reparto a fumare.
<b>Conclusioni</b>	

## ALLEGATO N. 5

Riepilogo dei criteri diagnostici del Disturbo da uso di tabacco dalle classificazioni sviluppate dall'American Psychiatric Association (DSM-Five) e Dipendenza dal tabacco dalle classificazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10)

DSM-Cinque	ICD-10
Un modello problematico di consumo di tabacco che porta a menomazione o disagio clinicamente significativi. Approvazione di almeno due criteri negli ultimi 12 mesi:	Un insieme di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici in cui l'uso del tabacco assume una priorità molto più elevata rispetto ad altri comportamenti che un tempo avevano un valore maggiore. Approvazione di tre o più criteri presenti in un determinato momento negli ultimi 12 mesi:
Il tabacco viene spesso assunto in quantità maggiori o per un periodo più lungo del previsto	
Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso del tabacco	Difficoltà nel controllare l'uso del tabacco
Gran parte del tempo viene dedicato ad attività necessarie per procurarsi o consumare tabacco	
Craving, o un forte desiderio o urgenza di usare il tabacco	Un forte desiderio di consumare tabacco
Uso ricorrente di tabacco che comporta l'incapacità di adempiere ai principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (p. es., interferenza con il lavoro)	
Uso continuato di tabacco nonostante problemi sociali o interpersonali persistenti o ricorrenti causati o esacerbati dagli effetti del tabacco (p. es., discussione con altri sull'uso del tabacco)	
Importanti attività sociali, lavorative o ricreative abbandonate o ridotte a causa dell'uso di sostanze	Progressiva trascuratezza di piaceri o interessi alternativi a causa dell'uso del tabacco, aumento del tempo necessario per ottenere o assumere tabacco o per riprendersi dai suoi effetti
Uso ricorrente del tabacco in situazioni in cui è fisicamente pericoloso (p. es., fumare a letto)	
L'uso del tabacco viene continuato nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico o psicologico persistente o ricorrente che probabilmente è stato causato o esacerbato dal tabacco	Uso persistente di tabacco nonostante la chiara evidenza di conseguenze dannose.
Tolleranza: necessità di quantità di tabacco notevolmente aumentate per ottenere l'effetto desiderato o effetto notevolmente ridotto con l'uso continuato della stessa quantità di tabacco	Prova di tolleranza, dove è necessario un maggiore uso di tabacco per ottenere gli stessi effetti originariamente prodotti da dosi più basse
Astinenza: la caratteristica sindrome di astinenza dal tabacco o dal tabacco (o da una sostanza strettamente correlata, come la nicotina) viene assunta per alleviare o evitare i sintomi di astinenza	Uno stato fisiologico di astinenza quando l'uso del tabacco è cessato o è stato ridotto, dimostrato dall'astinenza o dall'uso della stessa sostanza (o strettamente correlata) per evitare sintomi di astinenza

Fonte: tratto dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: criteri di utilizzo del tabacco - 5 e dalla classificazione ICD-10 dei disturbi mentali e comportamentali: descrizioni cliniche e linee guida diagnostiche



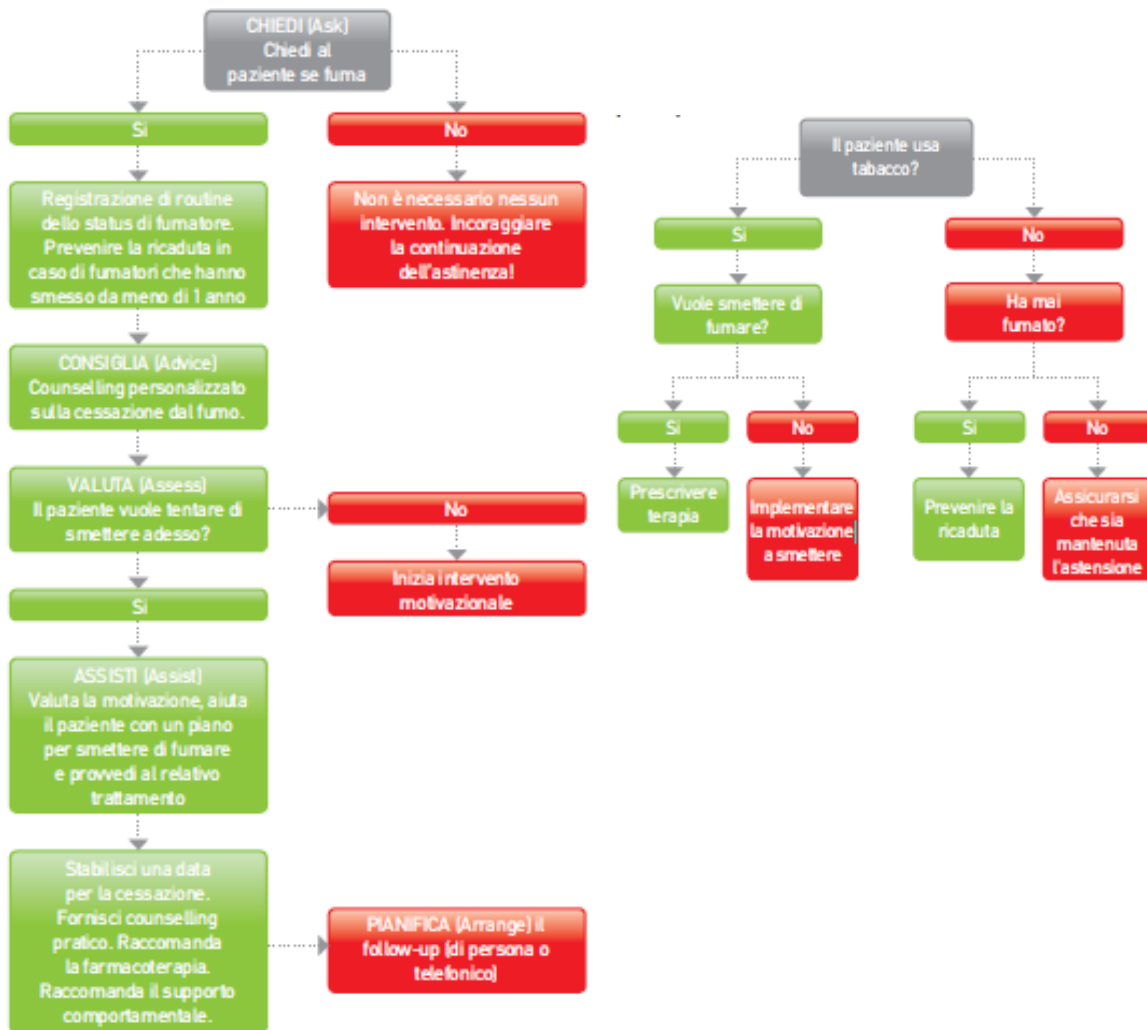
## Test di Fagerström

Domande	Risposte	Punti
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Entro 6-30 minuti	2
	Entro 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?	Si	1
	No	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino	1
	Tutte le altre	0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Si	1
	No	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Si	1
	No	0
Punteggio totale 0-2 =		livello di dipendenza lieve
Punteggio totale 3-4 =		livello di dipendenza <b>media</b>
Punteggio totale 5-6 =		livello di dipendenza <b>forte</b>
Punteggio totale 7-10 =		livello di dipendenza <b>molto forte</b>

Il questionario può essere compilato direttamente dal paziente.

La gamma dei punteggi è da 0 a 10. Ciò consente una valutazione precisa della dipendenza dalla nicotina, sulla base della quale verrà elaborata una terapia

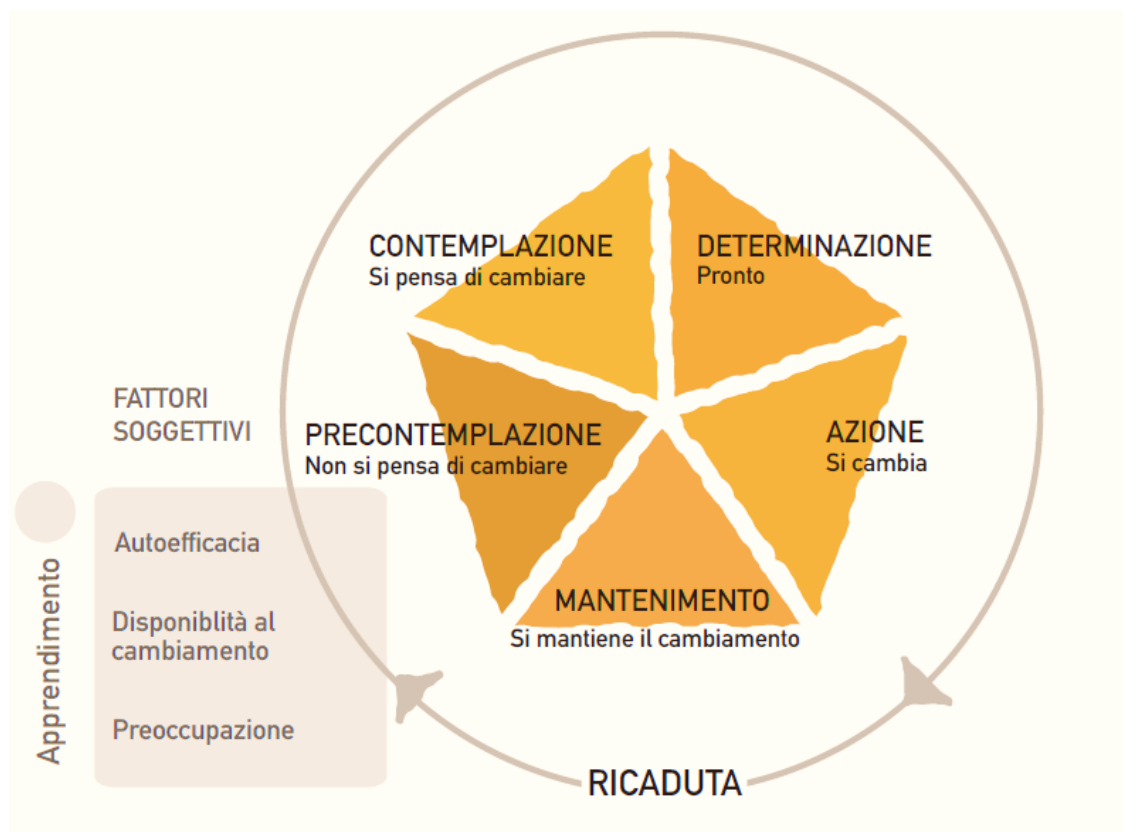
## ALLEGATO N. 7



Questo modello rappresenta un approccio basato sull'evidenza per incrementare il tasso di cessazione dal fumo di tabacco.

Tale metodologia è stata usata in una grande varietà di programmi di disassuefazione.

## ALLEGATO N. 8



Il modello degli Stadi del Cambiamento di DiClemente e Prochaska è un riferimento concettuale tra i più noti e rilevanti per chi si occupa di cambiamento

## ALLEGATO N. 9

Il modello operativo veneto, di seguito presentato, che comprende interventi brevissimi e brevi secondo un approccio motivazionale, si basa sull'idea che è sempre possibile, indipendentemente dal tempo che si ha a disposizione, inserire nella quotidianità professionale un intervento rivolto ai fumatori. Il modello si articola in tre diversi step. Ogni step ha una valenza ed un significato intrinseci, ma, nel contempo, i tre step segnano una possibile sequenza di interventi a seconda della disponibilità temporale dell'operatore e del contesto di riferimento e della disponibilità al cambiamento del fumatore (3)

### INTERVENTI BREVI E BREVISSIMI PER SOSTENERE I FUMATORI VERSO LA LIBERTÀ DAL FUMO



Porre sistematicamente la domanda

**Lei fuma o ha mai fumato?**

E prendere nota in cartella della condizione riferita dalla persona



**PRIMO STEP - Per chi ha pochi secondi**  
Sollevare il problema e prenderne nota.



**SECONDO STEP - Per chi ha un minuto a disposizione** esplicitare l'importanza di soffermarsi sul tema del fumo, chiedere il *permesso* di affrontare la questione e se la persona è disponibile, sulla base delle risposte alla domanda precedente:



**NO, non fumo**

<b>NO</b> Non ho mai fumato	<b>NO</b> Sono un ex fumatore
Fornire un <b>rinforzo</b> , un commento positivo congratulandosi della buona scelta di salute sia per sé che per le persone vicine.  <b>Chiedere</b> se vive con famigliari fumatori. Se sì, spiegare l'importanza per la salute di un ambiente libero dal fumo e cosa pensa della possibilità di chiedere al familiare di non fumare in sua presenza nei luoghi comuni (es. casa, auto, ecc).	<b>Se ha smesso da più di 6 mesi:</b> <b>Rinforzare</b> sottolineando i benefici di salute raggiunti con una riduzione dei rischi di malattie\ mortalità fumo-correlate in generale o per la situazione specifica per la quale la persona si è rivolta al servizio sanitario.  <b>Se ha smesso da meno di 6 mesi:</b> <b>Rinforzare</b> sottolineando l'importanza di continuare nella decisione per la propria salute. <b>Raccomandare</b> di mantenere alta l'attenzione per fronteggiare il possibile desiderio di fumare. <b>Informare</b> che in caso di difficoltà può rivolgersi al Centro/Ambulatorio Trattamento Tabagismo.



**SI, fumo**

Esplorare l'atteggiamento della persona verso lo smettere di fumare e la sua disponibilità al cambiamento con una delle seguenti domande:



- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- Cosa pensa ora della possibilità di smettere di fumare?

A seconda delle risposte può essere possibile offrire:

- **Rinforzo** degli aspetti orientati al cambiamento
- **Raccomandazione** di considerare seriamente l'opportunità di smettere di fumare accennando brevemente ai benefici che gli deriverebbero dalla scelta di smettere di fumare sia in generale che per la situazione specifica per la quale si è rivolto al servizio sanitario.



**TERZO STEP** - Per chi ha almeno 3-5 minuti è possibile personalizzare ulteriormente l'intervento approfondendo la risposta alle domande precedenti e differenziando l'intervento in base alla diversa posizione motivazionale della persona nel suo percorso di cambiamento verso la libertà dal fumo:

 <p>NO Non voglio smettere di fumare <i>Non pronto</i></p>	<p>SI Vorrei smettere, ma ... <i>Indeciso/ambivalente</i></p>
<p><b>Prendere atto rispettosamente</b> della posizione della persona cercando di far capire che si è compreso il suo punto di vista e le sue resistenze al cambiamento.</p> <p><b>Esprimere brevemente in modo empatico e chiaro</b> la propria posizione di operatore sanitario fornendo informazioni sulle buone ragioni per smettere di fumare e sostenere la decisione di smettere, le possibilità di riuscita e di considerare seriamente questo cambiamento.</p> <p><b>Terminare</b> dimostrando di non essere irritati o delusi offrendo la propria disponibilità futura di riprendere l'argomento se possibile.</p>	<p><b>Sottolineare l'importanza di questa condizione di conflitto</b> comunicando interesse per le ragioni dei pro e dei contro del fumo.</p> <p><b>Esplorare brevemente:</b> <b>gli aspetti negativi del fumo</b>, le preoccupazioni e le insoddisfazioni del fumatore rispetto al fumo e <b>i vantaggi dello smettere</b> - da condurre il più possibile con domande aperte come ad es.: <i>Cos'è che le dà più fastidio di questa sua abitudine? Quali sono le sue buone ragioni per smettere di fumare?</i></p> <p><b>Terminare la discussione</b> dimostrando di non essere irritati o delusi offrendo la propria disponibilità futura di riprendere l'argomento se possibile.</p>
<p><p>SI Voglio smettere di fumare <i>Pronto/Determinato</i></p></p>	
<p>Esprimere un <b>sincero apprezzamento</b> per la decisione e sottolineare l'importanza di questa scelta.</p> <p><b>Chiedere le sue personali buone ragioni</b> per attuare questa scelta e rinforzare questa decisione offrendo sostegno attivo, informazioni ed eventuali consigli.</p> <p><b>Chiedere se ha già deciso una data per smettere</b> o sostenere la persona ad immaginare e concordare insieme una data precisa per smettere.</p> <p><b>Informarsi sul suo piano di azione</b> e fornire eventuali informazioni ed aiuti concreti ad es. fornire materiale informativo, invitare a visitare il sito <a href="http://www.smettintempo.it">www.smettintempo.it</a> o un contatto diretto con il Centro/Ambulatorio Trattamento Tabagismo locale.</p>	

## ALLEGATO N. 10

Fornire materiale informativo, invitare a visitare il sito [www.smettintempo.it](http://www.smettintempo.it) dove il paziente potrà trovare materiali utili (eventualmente fornendo il segnalibro promemoria) o un contatto diretto con il Centro/Ambulatorio Trattamento Tabagismo locale.



La parte dedicata agli operatori sanitari, alla quale si accede attraverso una semplice registrazione, permette di approfondire vari aspetti del trattamento del tabagismo, dagli interventi di primo livello a quelli di secondo livello, da studi e ricerche di settore a formazione, reti e progetti a carattere regionale, nazionale ed internazionale

REGIONE VENETO U.S.S.S. area operatori | login

**smettintempo**  
TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

home | chi siamo | i numeri del tabacco

## Area Operatori

Benvenuto nell'*area operatori* del sito.

L'area si rivolge a tutti gli operatori che si occupano di trattamento del tabagismo. Raccoglie le azioni promosse dalla Regione del Veneto in quest'ambito; fornisce strumenti utili alla quotidianità lavorativa; mette a disposizione documentazione aggiornata; fornisce informazioni rispetto ad iniziative formative e di aggiornamento.

- ▶ Interventi di primo livello
- ▶ Interventi di secondo livello
- ▶ Studi e Ricerche
- ▶ Reti
- ▶ Progetti
- ▶ Formazione/aggiornamento
- ▶ Documentazione
- ▶ Link

© 2018 Smettintempo - Sistema Veneto Trattamento Tabagismo - [credits](#) [contatti](#) | [iscrizione](#)

