

**Interventi di contrasto al tabagismo in Toscana**  
**Integrazione alle Linee guida di prevenzione Oncologica**  
**Tabagismo – Versione 2014**

**Estensori**

- Giuseppe GORINI* (coordinatore del gruppo estensore le LG 2014, estensore le LG 2009 e 2002 - ISPO, Firenze)
- Arcangelo ALFANO* (coordinatore Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico sul Tabagismo - Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale , Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere, Regione Toscana)
- Mateo AMEGLIO* (estensore le LG 2009 e 2002, componente Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico sul Tabagismo, Referente Aziendale, Referente HPH, Centro Antitabagico Integrato - ASL 7 Siena)
- Laura CARROZZI* (estensore le LG 2009, estensore le LG 2002, componente Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico sul Tabagismo, Centro per lo Studio e il Trattamento del Tabagismo, Pneumologia 1 Universitaria, Dipartimento Cardio-Toracico Vascolare, AOU Pisana - Pisa)
- Elisabetta CHELLINI* (coordinatore del gruppo estensore le LG 2009, coordinatore del gruppo estensore le LG 2002, componente Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico sul Tabagismo - ISPO, Firenze)
- Daniela D'ANGELO* (Crepes - Università di Siena/Regione Toscana)
- Maria Rosaria DE MONTE* (Dipartimento di Prevenzione, ASL 10 Firenze)
- Anna Maria GIANNONI* (estensore le LG 2009, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Settore Igiene Pubblica, P.O. Alimentazione e Salute, Regione Toscana)
- Sandra NUTINI* (estensore le LG 2009, componente Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico sul Tabagismo, Referente HPH, Centro Antifumo - AOU Careggi, Firenze)
- Nadia OLIMPI* (ARS, Firenze)
- Francesco PISTELLI* (estensore le LG 2009, estensore le LG 2002, componente Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico sul Tabagismo, Centro per lo Studio e il Trattamento del Tabagismo, Pneumologia 1 Universitaria, Dipartimento Cardio-Toracico Vascolare, AOU Pisana - Pisa)
- Laura RICCIARELLI* (Dipartimento di Prevenzione, ASL 10 Firenze)
- Mauro RUGGERI* (estensore le LG 2009, componente Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico sul Tabagismo - MMG, Prato)
- Maria Grazia SANTINI* (Dipartimento di Prevenzione, ASL 10 Firenze)
- Fabio VOLLER* (estensore le LG 2009, componente Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico sul Tabagismo - ARS, Firenze)

## **Conflitti di interesse**

Tutti gli estensori della presente Linea Guida, scelti in base alla loro competenza ed esperienza specifica sul tabagismo, hanno compilato un'autocertificazione relativa agli eventuali conflitti di interesse intervenuti nel lavoro di elaborazione. Ciascuno di loro ha interamente svolto il lavoro nell'ambito della propria attività lavorativa per il sistema sanitario regionale. Non sono stati rilevati conflitti di interesse per nessuno di coloro che ha steso o sottoscritto le seguenti linee guida sul tabagismo.

## INDICE

<b>Introduzione</b> .....	5
Regione Toscana e contrasto al tabagismo .....	5
<b>Capitolo 1 – Smettere di fumare in Toscana</b> .....	7
<b>1.1. Interventi di primo livello</b> .....	7
1.1.1. Percorso d’Intervento Clinico sul Paziente Tabagista “6elle”.....	7
1.1.2. iCoach .....	8
1.1.3. Strumenti informatici per il counseling antitabagico: Winsmoke .....	8
<b>1.2. Interventi di secondo livello presso i Centri Antifumo (CAF) toscani</b> .....	10
<b>1.3. Interventi su gruppi specifici di fumatori</b> .....	13
1.3.1. Interventi rivolti alle donne .....	13
1.3.1.1. Interventi rivolti alle donne fumatrici afferenti ai servizi di screening oncologico .....	13
1.3.1.2. Interventi a donne fumatrici in gravidanza .....	14
1.3.2. Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo correlata in Regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello.....	15
1.3.3. Interventi per fumatori con disturbi psichiatrici .....	16
1.3.4. Interventi per i fumatori con dipendenza da altre sostanze .....	19
1.3.5. Interventi per i fumatori carcerati .....	20
<b>Capitolo 2 – Limitare il fumo passivo in Toscana</b> .....	21
<b>2.1. Monitoraggio del divieto di fumo nei luoghi di lavoro, nei locali pubblici e nelle strutture sanitarie</b> .....	21
<b>2.2. Case libere da fumo</b> .....	23
<b>Capitolo 3 – Limitare l’inizio del fumo in Toscana</b> .....	25
<b>3.1. Le opportunità offerte dal programma regionale “Guadagnare Salute” per prevenire l’abitudine al fumo fra gli adolescenti</b> .....	25
<b>Capitolo 4 – Novità e approfondimenti sul fumo in Toscana</b> .....	28
<b>4.1. La sigaretta elettronica</b> .....	28
<b>4.2. TC a bassa dose per la diagnosi precoce del tumore del polmone nei fumatori ed ex-fumatori</b> .....	31
<b>4.3. Prevalenza di fumo e mortalità attribuibile a fumo in Italia e in Toscana</b> .....	34

<b>Capitolo 5 – Raccomandazioni per le politiche regionali sul tabagismo .....</b>	<b>37</b>
<b>5.1. Potenziamento e sostegno degli interventi già sviluppati .....</b>	<b>37</b>
<b>5.2. Formazione del personale sanitario .....</b>	<b>37</b>
<b>5.3. Linea telefonica e sito web per aiutare i fumatori a smettere .....</b>	<b>38</b>
<b>5.4. Campagne mediatiche antifumo .....</b>	<b>39</b>
<b>5.5. Rimborsabilità dei farmaci per la disassuefazione da fumo .....</b>	<b>40</b>
<b>Appendice: Norme e regolamenti regionali toscani dal 1996 al Novembre 2013 .....</b>	<b>43</b>

## INTRODUZIONE

Le linee guida toscane sul tabagismo del 2009 sono l'aggiornamento di linee guida prodotte nel 2002 e forniscono raccomandazioni ancora valide di quello che si può fare per limitare l'epidemia da tabacco in Toscana. Sono scaricabili presso questo sito: [http://www.snlg-iss.it/lgr\\_toscana\\_tabagismo\\_2009](http://www.snlg-iss.it/lgr_toscana_tabagismo_2009).

Per questo secondo aggiornamento abbiamo ritenuto utile fornire agli operatori sanitari toscani un quadro dettagliato degli interventi per il contrasto al tabagismo che sono stati messi in atto in Toscana negli ultimi anni, perché siano conosciuti ed utilizzati dal personale sanitario a cui queste linee guida sono rivolte. All'inizio di ogni intervento è riportato il nome e l'indirizzo email dell'operatore sanitario che lo ha effettivamente sviluppato, da utilizzare come riferimento per avere supporto e materiale per l'effettuazione dell'intervento.

Negli ultimi anni, al di fuori degli interventi e delle politiche per il contrasto del tabagismo, il panorama del controllo del tabagismo ha visto emergere lo screening per il tumore del polmone con la TC a basso dosaggio e la sigaretta elettronica come due nuovi fenomeni, con importanti implicazioni sul contrasto al tabagismo e sulla prevenzione di malattie fumo-correlate. Abbiamo quindi deciso di presentare approfondimenti specifici, in modo che il personale sanitario possa formarsi adeguatamente su questi temi.

Nel paragrafo introduttivo è presentato sinteticamente l'impegno della Regione Toscana nel contrasto al tabagismo e in appendice del volume è possibile trovare l'elenco delle principali norme e dei più significativi provvedimenti adottati dalla Regione Toscana, con indicazione sintetica del loro contenuto.

Un capitolo specifico è riservato alle politiche regionali che necessitano di essere ulteriormente sostenute e implementate in Toscana per ridurre il carico di malattie fumo-correlate. Queste politiche erano in parte già state suggerite nel volume precedente del 2009.

### *Regione Toscana e contrasto al tabagismo*

Arcangelo Alfano, Regione Toscana ([arcangelo.alfano@regione.toscana.it](mailto:arcangelo.alfano@regione.toscana.it))

La Regione Toscana ha sempre sviluppato la sua ampia attività di contrasto al tabagismo in un'ottica tesa ad assicurare sia l'osservanza dei divieti di legge e la tutela dal fumo passivo sia lo sviluppo della prevenzione primaria e del supporto alla disassuefazione dei fumatori.

Il modello di intervento privilegiato, in accordo con le indicazioni dell'OMS, è quello di un approccio globale intersettoriale ed interdisciplinare che integra le competenze sanitarie e sociali.

Le varie norme e provvedimenti regionali adottati in questo ambito sono stati orientati in questa direzione e pienamente accolti nella Legge Regionale n. 25 del 4 Febbraio 2005 "Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivanti da fumo" e nei successivi provvedimenti attuativi.

L'obiettivo teso a promuovere sul territorio regionale significativi processi di sviluppo, si è concretizzato nella realizzazione dei Workshop regionali sul Tabagismo, realizzati nel Marzo 2007 a Grosseto e nel Febbraio 2011 a Siena, e in altri seminari e convegni che hanno rappresentato proficue occasioni di confronto, approfondimento e rilancio delle strategie attivate.

Tale lavoro è stato supportato dal "Gruppo regionale di coordinamento tecnico intersettoriale sul Tabagismo", istituito dalla Giunta regionale toscana con deliberazione n. 894 del 12/09/2005.

La pluriennale attività regionale in questo settore ha fornito sostegno, anche finanziario, a numerose iniziative svolte in ambiti molto diversificati, quali la formazione, la ricerca, la prevenzione primaria, la disassuefazione, la rete dei servizi sanitari, i MMG, l'Ospedale,

l'ambito penitenziario, le farmacie, ecc.

E' stata curata la formazione degli operatori attraverso il sostegno fornito a specifici corsi Universitari presso l'Università di Firenze, quali il "Corso di Perfezionamento in Problemi e patologie tabacco correlati", confluito successivamente nell'attuale Master "Alcol e Tabacco: stili di vita e patologie correlate".

L'istituzione del "Centro di Documentazione Regionale sul Tabagismo" presso la ASL 7 di Siena, inserito nell'ambito della Rete dei Centri di Documentazione sulle Dipendenze Patologiche della Regione Toscana (Rete CEDRO), ha costituito un ulteriore supporto all'attività antitabagica regionale.

Anche la partecipazione ai vari progetti nazionali sul tabagismo, promossi dal Centro sul Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, ha contribuito ad arricchire le progettualità regionali.

Nell'ambito della Prevenzione primaria, sviluppata prevalentemente ma non esclusivamente a livello scolastico, è stata sperimentata negli ultimi anni la metodica "Unplugged" basata sul modello dell'"Influenza sociale", in linea con l'approccio regionale da tempo attento alle life-skills e sempre maggiormente inserito nella più ampia dimensione degli stili di vita, richiamati dal progetto "Guadagnare salute".

Sono state negli anni implementate campagne informative ed educative attraverso vari mezzi di informazione e sviluppati altresì interventi rivolti agli ambienti di vita e sportivi.

Specifiche progettualità sono state indirizzate agli ambienti di lavoro, in termini di sensibilizzazione, tutela dal fumo passivo e supporto alla disassuefazione.

Numerose altre progettualità sono state implementate in diversi ambiti quali: quello penitenziario, i percorsi assistenziali per pazienti fumatori, le fumatrici in gravidanza ed il coinvolgimento delle ostetriche, le medicine alternative, i determinanti oncogeni, ecc.

Il supporto alla disassuefazione per la popolazione generale è stato molto sostenuto attraverso numerose iniziative volte a coinvolgere e formare all'intervento di counseling di primo livello sui tabagisti, il personale sanitario ospedaliero e territoriale, con particolare attenzione ai Medici di Medicina Generale ed alla crescente applicazione della medicina d'iniziativa.

L'attuale rete per la disassuefazione specialistica di secondo livello, costituita da 25 Centri antifumo ambulatoriali, è stata significativamente sviluppata e rafforzata attraverso azioni di vario genere, tese alla formazione degli operatori, all'omogeneizzazione delle prestazioni erogate sulla base delle evidenze scientifiche, all'individuazione di standard minimi organizzativi, alla definizione del sistema tariffario delle prestazioni ed al periodico monitoraggio dell'attività dei Centri stessi.

In particolare la Delibera di Giunta regionale toscana n. 338 del 28/02/2005 "Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione al fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti termali" rende omogenee sul territorio toscano le prestazioni erogate dai Centri Antifumo delle Aziende Sanitarie Toscane, sulla base delle evidenze scientifiche riportate nelle principali linee guida nazionali ed internazionali e individua standard minimi organizzativi per i Centri Antifumo.

E' stata altresì realizzata una Cartella Clinica Informatizzata per i Centri antifumo, che è tuttora in corso di sperimentazione.

Nell'ultimo Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, sono stati sviluppati, oltre al su menzionato progetto "Unplugged", anche i seguenti progetti: "Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo correlata ed alla donna in gravidanza in regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello" e "Prevenzione dell'esposizione a fumo attivo e passivo, con particolare riferimento alla popolazione giovane-adulta". Gli ottimi risultati raggiunti dal progetto regionale "Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo correlata ed alla donna in gravidanza in Regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello" hanno indotto la Giunta regionale a disporre il suo proseguimento con un ulteriore finanziamento di Euro 100.000,00 (Deliberazione n. 976 del 25 novembre 2011).

## Capitolo 1 – Smettere di fumare in Toscana

### 1.1. Interventi di primo livello

Si tratta di interventi brevi di counseling che tutto il personale sanitario può effettuare sul fumatore con cui viene a contatto, non necessariamente per problemi legati all'abitudine al fumo. Per una descrizione dettagliata e come riferimento auto-formativo sull'intervento breve con il paziente fumatore, consigliamo di consultare il "Manuale di sensibilizzazione e informazione sulle tematiche collegate al fumo di tabacco", recentemente prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità e liberamente scaricabile dal sito qui riportato (<http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1&id=286&tipo=17>). In questo manuale un primo capitolo spiega perché è importante promuovere la cessazione del fumo, tratta delle sostanze presenti nelle sigarette, dei benefici della cessazione e dei motivi per cui le persone fumano, e infine della dipendenza da sigaretta e della sindrome da astinenza. Nel capitolo successivo viene spiegato in maniera dettagliata il colloquio con il paziente fumatore, le terapie disponibili, i consigli da dare per aiutare il fumatore nel momento della cessazione, e vengono forniti strumenti da utilizzare nella pratica clinica, come il diario giornaliero del fumatore, il test per la valutazione della motivazione a smettere, il test per la valutazione della dipendenza fisica da nicotina ed il risparmio economico che si ottiene smettendo di fumare.

Di seguito vengono presentati due strumenti operativi per gli interventi di counselling di primo livello, che possono essere scaricati liberamente da Internet e un terzo che è disponibile su richiesta. Il percorso "6elle" è una metodologia utile per tutto il personale sanitario al fine di promuovere la cessazione del fumo nel paziente fumatore, mentre iCoach è un sistema online disponibile per il fumatore stesso che fornisce supporto per la cessazione. Winsmoke invece è un package informatico che ha come principale obiettivo quello di facilitare l'attività di counselling antitabagico nell'ambito della Medicina Generale.

#### 1.1.1. Percorso d'Intervento Clinico sul Paziente Tabagista "6elle"

Francesco Pistelli, Laura Carrozzi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana ([f.pistelli@ao-pisa.toscana.it](mailto:f.pistelli@ao-pisa.toscana.it) ; [l.carrozzi@ao-pisa.toscana.it](mailto:l.carrozzi@ao-pisa.toscana.it) )

Il Percorso d'Intervento Clinico sul Paziente Tabagista "6elle" è stato elaborato, nell'ambito di un progetto dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), da esperti dei Centri Antifumo operanti sul territorio nazionale, compresi quelli del Centro per lo Studio ed il Trattamento del Tabagismo (CeST) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) e il Centro Antifumo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC).

Il Percorso "6elle" consiste in una metodologia standardizzata per facilitare nella pratica clinica interventi anti-tabagici sul paziente-fumatore, basata sulle raccomandazioni delle attuali Linee Guida per il trattamento del tabagismo [1,2]. Si sviluppa attraverso sei livelli (da qui l'acronimo "6elle") e prevede l'uso di strumenti operativi che comprendono: 1. domande standardizzate; 2. criteri semplificati per la diagnosi e stadiazione del tabagismo; 3. linee d'indirizzo per la prescrizione dei farmaci per la disassuefazione da fumo; 4. uno strumento informatico per calcolare indici individuali di beneficio correlati alla cessazione del fumo; 5. n. 11 diversi opuscoli informativi e di auto-aiuto da consegnare al paziente; 6. un modello di lettera al medico curante per comunicare l'intervento antitabagico svolto sul paziente. In particolare, gli opuscoli possono essere utilizzati separatamente o in associazione ai vari livelli del percorso, per fornire una guida informativa, motivazionale e comportamentale al paziente tabagista, e per facilitare e rinforzare l'intervento anti-tabagico svolto dal sanitario. Alcuni opuscoli prevedono di essere autocompilati dal paziente, venendo così a costituire uno

strumento per la raccolta d'informazioni sulle caratteristiche di abitudine al fumo del singolo paziente, che saranno utilizzate dal sanitario per svolgere il suo intervento anti-tabagico. Lo strumento informatico, realizzato in collaborazione con ISPO di Firenze e basato su una solida metodologia statistica (3), può essere utilizzato nel Percorso a scopo motivazionale, consentendo di calcolare, a partire da dati individuali (età, sesso, numero di sigarette fumate al giorno), i seguenti indici di beneficio correlati alla cessazione del fumo: guadagno in aspettativa di vita; riduzione del rischio di morire per importanti patologie fumo-correlate; risparmio economico per l'acquisto di sigarette. La metodologia del Percorso 6elle è illustrata nel dettaglio su un sito Internet dedicato, accessibile all'indirizzo URL: [www.6elle.net](http://www.6elle.net). Gli strumenti operativi sono liberamente scaricabili dopo registrazione al sito e facilmente fruibili per l'uso nella pratica clinica.

### **1.1.2. iCoach**

Giuseppe Gorini, ISPO ([g.gorini@ispo.toscana.it](mailto:g.gorini@ispo.toscana.it))

iCoach è un sistema online esistente che i fumatori possono usare da soli senza la mediazione e l'intervento di personale sanitario. iCoach è una piattaforma online di educazione alla salute che aiuta i fumatori a rinunciare al fumo e si trova all'interno del sito <http://www.exsmokers.eu/it-it/about.html> sviluppato dalla Commissione Europea. La piattaforma è totalmente gratuita ed è disponibile in 23 lingue dell'Unione Europea. Sul sito web della Commissione Europea è riportato che oltre il 30% delle persone che l'hanno provata ha smesso di fumare. iCoach non si rivolge soltanto a chi desidera lasciarsi il fumo alle spalle, ma anche a chi non è ancora pronto a spegnere l'ultima sigaretta. All'inizio all'utente viene chiesto di compilare un breve questionario che ne determina la posizione nel percorso in cinque fasi verso la libertà dal fumo. Il questionario serve a valutare il comportamento, l'atteggiamento e la motivazione dell'utente. iCoach guida l'utente attraverso una serie completa di strumenti interattivi. Inoltre, fornisce feedback, consigli, tecniche, esercizi e mini-test tagliati su misura per l'utente. La piattaforma, che invia all'indirizzo e-mail dell'utente suggerimenti quotidiani per rafforzarne la motivazione, offre anche la possibilità di registrare i propri progressi in un diario: alla fine di ogni mese, iCoach compila una relazione consuntiva sui progressi maturati fino al raggiungimento della fase finale. iCoach è disponibile gratuitamente anche in versione mobile nell'Appstore e nel Google Play Store.

### **1.1.3. Strumenti informatici per il counseling antitabagico: Winsmoke**

Mauro Ruggeri, Medico di Medicina Generale, ASL 4 Prato ([ruggeri.mauro@tin.it](mailto:ruggeri.mauro@tin.it))

Ai medici e a tutti gli operatori sanitari viene riconosciuto ed affidato un ruolo determinante nella "cura" del tabagismo: in letteratura è ampiamente dimostrato, secondo comprovate evidenze scientifiche, che un consiglio breve di circa 2-3 minuti ai pazienti possa incrementare il numero dei fumatori che fanno seri tentativi di smettere. Qualsiasi operatore sanitario, indipendentemente dalla sua attività professionale specifica, è tenuto a svolgere in maniera corretta, almeno un intervento minimo di counseling per incentivare la motivazione a smettere dei pazienti fumatori. Il percorso assistenziale per il fumatore è delineabile a partire dal Medico di Medicina Generale o da altri Medici ed Operatori sanitari ospedalieri e territoriali, per giungere, nei casi più gravi, ai Centri Antifumo di II livello. Pertanto sono necessari strumenti gestionali che facilitino l'attività di counseling antitabagico intrapresa nel I livello, raccordandola con quella del II.

In questo contesto grazie alla collaborazione tra SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), ISPO, ITT (Istituto Toscano Tumori), con finanziamento della Regione Toscana è stato realizzato dalla ASL 4 di Prato un software denominato Winsmoke che ha come

principale obiettivo quello di facilitare l'attività di counseling antitabagico applicabile al setting della Medicina Generale. Il software permette di attuare un counseling guidato per il paziente fumatore; fornire un "help" gestionale con indicazioni terapeutiche e consigli comportamentali; registrare l'attività antitabagica svolta nei confronti dei propri pazienti; fornire al medico, in tempo reale, un report aggiornato dei propri pazienti fumatori suddivisi secondo il loro stadio motivazionale rispetto alla cessazione dal fumo, utilizzando lo schema classificativo di Prochaska e Di Clemente; inviare i dati raccolti, opportunamente criptati ad un centro di elaborazione e raccolta dati.

Winsmoke è costituito da 5 parti. La sezione "Medico" permette di registrare i dati del medico; mentre quella denominata "Pazienti" permette di registrare i dati anagrafici del paziente e i dati relativi al percorso di counseling e di utilizzare l'help gestionale, se ritenuto necessario. La sezione "Estrazione" permette di estrarre i dati del lavoro già svolto. Il "Report" permette di visualizzare il numero dei pazienti visitati suddivisi secondo il loro stadio motivazionale, ed infine la sezione "Risorse" fornisce i link ai principali siti di interesse sul tabagismo e dà accesso alla stampa di alcuni test sul fumo. Il software è stato realizzato in 4.000 copie distribuite a tutti i Medici di Medicina Generale della Toscana.

La raccomandazione ai MMG di utilizzare il software per l'intervento di primo livello su tutti i pazienti fumatori è stata chiaramente espressa nelle conclusioni del Workshop Regionale sul Tabagismo tenutosi a Grosseto il 23 marzo 2007 e nelle Linee guida Toscane Prevenzione oncologica - Tabagismo del luglio 2009. Infine nel Workshop Regionale sul Tabagismo del 23 -24 febbraio 2011 presso la Certosa di Pontignano-Siena, è stata posta particolare attenzione ai pazienti fumatori affetti da diabete, scompenso cardiaco, BPCO/insufficienza respiratoria, ictus, patologie in parte causate e comunque aggravate dal fumo di tabacco. Nelle indicazioni conclusive si afferma che per tutti i pazienti fumatori arruolati nella Sanità d'iniziativa secondo il modello toscano del Chronic Care Model (CCM) dovrebbe essere previsto un adeguato counseling antitabagico di primo livello anche avvalendosi di strumenti informatici quale il software Winsmoke.

Recentemente è stato sviluppato un "add-on" della cartella clinica informatizzata Millewin, utilizzata dalla maggioranza dei medici di medicina generale toscani, che contiene una sezione "Counseling del paziente fumatore" che analogamente a Winsmoke facilita l'attività di counseling antitabagico.

Il software Winsmoke ha grandi potenzialità poiché consente al medico di attivarsi a seconda della capacità di interazione col paziente, in funzione del suo livello di motivazione alla cessazione predisponendo un efficace intervento personalizzato di disassuefazione. Questo strumento informatico potrebbe trovare applicazione nelle attività antitabagiche previste in Toscana dalla Sanità d'iniziativa, nei moduli del CCM, nelle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e nelle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie).

#### Bibliografia

1. Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008. [http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/linee\\_guida\\_brevi\\_2008.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf)
2. Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline., Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. PublicHealth Service.
3. Carrozzi L, Falcone F, Carreras G, Pistelli F, Gorini G, Martini A, Viegi G. Life Gain in Italian Smokers Who Quit. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11(3): 2395-2406. DOI:10.3390/ijerph110302395

## 1.2. Interventi di secondo livello presso i Centri Antifumo (CAF) toscani

Mateo Ameglio, Centro Antitabagico Integrato - ASL 7 Siena ([m.ameglio@usl7.toscana.it](mailto:m.ameglio@usl7.toscana.it))

Gli interventi specialistici intensivi per la cessazione del fumo costituiscono uno dei nodi della rete di interventi sanitari e socio-educativi-normativi, tesa a far accrescere nei fumatori la consapevolezza, la motivazione e gli strumenti necessari a favorire il distacco dalla sigaretta.

Nell'ottica di tale approccio multidimensionale e trasversale, pienamente condiviso dalla Regione Toscana attraverso i suoi atti ed iniziative, è stato promosso da molti anni lo sviluppo della rete toscana dei Centri specialistici per la disassuefazione o Centri antifumo (CAF) (4,5). La spinta regionale, già presente in quella che è stata la prima Legge Regionale italiana sul tabagismo (LR 65/1996), ha visto un significativo salto di qualità attraverso la D.G.R.T 114/2002 ("Progetto regionale per lo sviluppo ed il potenziamento dei Centri Antifumo Toscani"), ed ha portato al progressivo sviluppo sia quantitativo che qualitativo dell'offerta specialistica regionale per la cessazione del fumo, presente oggi in tutte le Aziende Sanitarie della Toscana.

I 25 CAF toscani, che vantano in genere un'operatività ultradecennale, sono collocati sia nelle Aziende Universitarie-Ospedaliere, che negli ospedali delle Aziende USL o presso sedi territoriali, quali Ser.T., distretti, poliambulatori e case della salute. Si tratta di strutture appartenenti prevalentemente al settore delle Dipendenze, tranne che per i 6 CAF ospedalieri. In quasi tutte le province sono presenti anche i "Corsi per smettere di fumare" di gruppo, forniti dalle Sezioni provinciali della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT).

I trattamenti di disassuefazione, che combinano sempre la componente farmacologica ed il counseling, vengono offerti in tutti i CAF con modalità individuale ed in 22 Centri anche con modalità di gruppo. La durata di tali trattamenti è variabile.

L'attività svolta nei CAF è prevalentemente multidisciplinare: è sempre presente il medico e sono spesso presenti psicologi ed infermieri, la cui presenza andrebbe tuttavia ulteriormente diffusa. Sono presenti talvolta gli educatori ed è piuttosto diffusa nei centri una figura professionale specifica della Toscana, gli operatori "addetti al supporto dei centri antifumo".

L'accessibilità ai CAF è garantita da ampie fasce orarie che consentono un contatto diretto o telefonico con i Centri ed il primo accesso avviene in circa la metà dei casi in modo diretto senza necessità di prescrizione medica su ricettario del SSN o senza una prenotazione attraverso il CUP aziendale.

Le caratteristiche dell'offerta dei percorsi assistenziali per la disassuefazione dal fumo di tabacco nell'ambito dei Servizi pubblici specialistici per il tabagismo è stata appositamente definita dalla DGR 338/2005 (Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti termali).

La Del. GRT n.655 del 20/6/2005 ("Livello di assistenza della specialistica ambulatoriale. Integrazione al nomenclatore tariffario regionale"), ha quindi inserito le prestazioni erogate dai CAF nel nomenclatore regionale, mettendole a disposizione della cittadinanza attraverso un ticket molto accessibile e stabilendo che l'onere della "Visita di valutazione iniziale presso i CAF" è a carico del SSR. Il pagamento delle prestazioni presso tutti i CAF toscani è pertanto regolato dalle suddette disposizioni e presso 4 Centri si possono ricevere anche prestazioni a pagamento. I 4 Centri sono: Arezzo, Bibbiena, Castiglion Fiorentino e Colle Val d'Elsa.

I dati di attività dei CAF sono stati rilevati da apposito monitoraggio annuale sino all'anno 2008 e potrebbe venire ripreso, con un significativo ed utile allargamento dei dati di attività raccolti, quando verrà adottata la Cartella Tabaccologica digitale regionale, che è ancora in fase di sperimentazione.

I riferimenti specifici relativi ad ogni CAF toscano si trovano sul documento aggiornato annualmente dall'Osservatorio Fumo, Alcol, Droghe dell'Istituto Superiore di Sanità e scaricabile a questo sito <http://www.iss.it/binary/ofad4/cont/Toscana2013.pdf>.

Nella figura che segue viene descritto sinteticamente il Protocollo dei Programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco dei CAF toscani.

#### Bibliografia

4. Ameglio M, Alfano A, Cillerai A. I Centri antifumo Toscani nell'ambito della realtà nazionale. In: ARS. Il consumo di tabacco in Toscana : le prevalenze , le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto. Documenti ARS, 2007a; 30: 89-110
5. Ameglio M, Alfano A, Damiani S, Guidarini G, Bigazzi S, Marchini A. Lo sviluppo dei Centri Antifumo in Toscana. In: Scuotto S e Alfano A (Eds). Atti del Convegno Regionale "Tabagismo. Strategie integrate di intervento", Montelupo Digital, Sovigliana, 2007b

**Protocollo dei Programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco dei Centri Antifumo delle Aziende Sanitarie Toscane**

**Valutazione iniziale**

**Durata 60 - 90 minuti:**

- **Visita medica**
- **Anamnesi tabaccologica\***
- **Misurazione CO espirato\***
- **Eventuale somministrazione di questionari standardizzati\***

Richiesta di eventuali accertamenti diagnostici consigliati dal medico

La scelta di un programma di gruppo o individuale viene effettuata in base sia alla tipologia della richiesta sia alle modalità organizzative del Centro

**Programma di Gruppo**

**Programma Individuale**

- Durata totale programma: 3 mesi
- N° incontri: da 7 a 12
- Durata incontro: 90 – 120 min.
- N° massimo di partecipanti per gruppo: 20

Eseguito da personale sanitario appositamente formato

Interventi:

- Counseling di gruppo
- Prescrizione eventuale di terapia farmacologica da parte del medico, effettuata individualmente o in gruppo
- Anamnesi tabaccologica
- Misurazione CO espirato
- Uso di materiale cartaceo di auto-aiuto

Il programma di gruppo o individuale può essere integrato da uno dei seguenti interventi aggiuntivi, in numero e durata variabile:

- Incontro di gruppo
- Incontro individuale

Eseguito da personale sanitario appositamente formato

- Durata totale programma: 3 mesi
- N° incontri: 5 – 8
- Durata incontro: 30 – 45 min.

Eseguito da personale sanitario appositamente formato

Interventi:

- Counseling individuale
- Eventuale prescrizione di terapia farmacologica da parte del medico, effettuata individualmente
- Anamnesi tabaccologica
- Misurazione CO espirato
- Uso di materiale cartaceo di auto-aiuto

**Follow – up attivo**

richiamo telefonico a 6, 12, (24, 36) mesi dalla data di cessazione del fumo, con invito a presentarsi al Centro per la misurazione del CO espirato

Nota. L'attività di tipo coadiuvante degli operatori (OCA – ex Lsu) dei Centri Antifumo è sottointesa per tutti i programmi di cessazione

## 1.3. Interventi su gruppi specifici di fumatori

### 1.3.1. Interventi rivolti alle donne

#### Premessa

E' opportuno che siano messe in atto strategie di contrasto al tabagismo specificamente mirate alle donne perché fattori fisiologici (quali una diversa tolleranza/suscettibilità alla nicotina, un aumento dei sintomi di astinenza nelle donne che smettono di fumare in relazione alle variazioni ormonali mensili), psicologici (come la paura di ingrassare o la scarsa autostima) ed anche sociali (quali il convivere con fumatori o avere amici che fumano) hanno una diversa influenza nei due sessi, sia in relazione all'acquisizione dell'abitudine al fumo sia in relazione alla cessazione e alla continuazione dell'astensione da fumo. Nei decenni passati anche l'industria del tabacco ha utilizzato messaggi pubblicitari e strategie di mercato costruite ad hoc per stimolarne l'abitudine al fumo.

#### Bibliografia

6. Amos A. Women and smoking. Br Med Bull 1996, 52:74-89
7. Amos A, Haglund M. From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. Tob Control 2000; 9:3-8.
8. International Agency for Research on Cancer (IARC): IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Vol. 83. Lyon; 2004.
9. Pacifici R. Rapporto sul fumo in Italia 2013. In:  
<http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1&id=314&tipo=3>

#### 1.3.1.1 Interventi rivolti alle donne fumatrici afferenti ai servizi di screening oncologico

Elisabetta Chellini, ISPO ([e.chellini@ispo.toscana.it](mailto:e.chellini@ispo.toscana.it))

Dopo un iniziale studio pilota svolto nel 2004-2005 effettuato con il sostegno della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori per valutare la fattibilità di un intervento di counseling antitabagico durante le attività di screening per il tumore della cervice uterina, studio che aveva dato risultati promettenti, è stato attuato, con finanziamento del Ministero della Salute, un vero e proprio studio randomizzato e controllato (trial) per valutare l'efficacia di tale procedura. Il trial, denominato "Studio SPRINT", è stato coordinato da ISPO ed è stato svolto in 3 regioni italiane: Toscana, Piemonte e Lombardia. In particolare è stato predisposto e validato un modello d'intervento breve per la riduzione dell'abitudine al fumo fra le donne fumatrici afferenti ai servizi ambulatoriali di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina. L'intervento era un counseling individuale breve della durata di 3-5 minuti fornito dalle ostetriche e modulato a seconda del loro stadio motivazionale al cambiamento, secondo il modello di Prochaska-DiClemente, identificabile dalle risposte fornite al questionario sul fumo costruito ad hoc e che veniva richiesto alle donne di compilare in sala d'aspetto. Tale intervento, se erogato a fumatrici in stadio di preparazione, ovvero a donne che sono pronte a smettere entro un mese, è risultato efficace nel determinare sia una cessazione del fumo sia una riduzione del numero di sigarette fumate.

L'intervento di counseling breve testato potrebbe essere diffuso nell'ambito dello screening per il cervicocarcinoma, data l'elevata adesione a tale screening di giovani donne fumatrici, che oggi iniziano a fumare precocemente come gli uomini, e sono a rischio, analogamente

agli uomini, di tumori fumo-correlati e di patologie oncologiche tipicamente femminili come il tumore della cervice uterina, specialmente se sono positive al virus del papilloma umano e se fanno uso di contraccettivi orali. Inoltre, possono rappresentare un rischio per i figli sia in utero sia successivamente.

## Bibliografia

10. Chellini E, Gorini G, Gasparrini A, et al. Cervical cancer screening visit as occasion for counseling smoking women to quit. *Tumori* 2012; 98:27-32
11. Chellini E, Gorini G, Carreras G, et al. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counseling: baseline characteristics of women involved in the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011;11:906. doi: 10.1186/1471-2458-11-906
12. Gorini G, Carreras G, Giordano L, et al. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counseling: effectiveness of the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2012;12:740. doi: 10.1186/1471-2458-12-740.

### 1.3.1.2. Interventi a donne fumatrici in gravidanza

Sandra Nutini, Centro Antifumo - AOU Careggi, Firemze ([nutins@aou-careggi.toscana.it](mailto:nutins@aou-careggi.toscana.it))

#### *Percorso assistenziale alla donna fumatrice in gravidanza in Regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello*

Questo progetto è nel punto 8.2.9.4. del Piano Regionale della Prevenzione 2010- 2012 (Delibera GR N°1176 del 28 dicembre 2010)

Il progetto, coordinato dal Centro Antifumo dell'AOU Careggi, ha previsto la diffusione a livello regionale nel 2012 di un intervento rivolto alle donne fumatrici in gravidanza e su quelle che avevano smesso di fumare in occasione della gravidanza, effettuato dalle ostetriche nei consultori al momento della consegna del libretto di gravidanza, ed integrato con gli interventi di secondo livello effettuati dai Centri Antifumo. Hanno partecipato al progetto: ASL 1 Massa, ASL 2 Lucca, ASL 3 Pistoia, ASL 4 Prato, ASL 5 Pisa, ASL 6 Livorno, ASL 8 Arezzo, ASL 10 Firenze, ASL 11 Empoli 11 e l' AOU Meyer (Firenze).

Il progetto ha coinvolto 851 donne con età gestazionale media di 10,8 settimane e 57 partners fumatori. Sono state effettuate le seguenti azioni: formazione delle ostetriche; counseling breve eseguito dalle ostetriche rivolto alle donne e loro partners per promuovere la cessazione del fumo o prevenire le recidive; consegna dell'opuscolo educativo e di auto aiuto "Adesso smetto!"; intervento del Centro Antifumo sulla gestante e/o il partner fumatore, su richiesta della ostetrica .

Il progetto ha favorito lo sviluppo a livello regionale di competenze specifiche e di un percorso dedicato a favorire la cessazione del fumo nella donna fumatrice in gravidanza e al partner fumatore.

#### *Progetto Fumo e gravidanza 2006: prevalenza zero*

Il percorso assistenziale sopra descritto è stato possibile grazie a questo precedente progetto, sviluppato nel 2006-2007. Questo primo progetto prevedeva una valutazione ed un intervento sul fumo di tabacco durante la gravidanza in Toscana per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino.

Nella prima fase del progetto nel 2006 è stato somministrato un questionario da ostetriche appositamente formate a 1036 donne a termine di gravidanza presso i punti nascita delle Aziende Ospedaliere Universitarie di Careggi (Firenze), Siena e Pisa. Il 14 % delle donne aveva smesso di fumare in occasione della gravidanza; l'8,4 % delle donne continuava a fumare. Essere fumatrice in gravidanza era associato a: età inferiore a 31 anni; essere nubile; avere un livello di studio corrispondente alla scuola dell'obbligo o inferiore; avere un partner fumatore. Le fumatrici in gravidanza sottostimavano i danni da fumo. Il 44% delle donne che aveva smesso di fumare in gravidanza riprendeva ad un anno dal parto.

Nella seconda fase del progetto nel 2007, le donne che continuavano a fumare in gravidanza o avevano smesso in occasione della stessa, sono state sottoposte ad un intervento da parte di ostetriche appositamente formate per promuovere la cessazione del fumo in una fase precoce della gravidanza e prevenire le recidive (counseling breve, consegna dell'opuscolo educativo e di auto aiuto "Adesso smetto!", offerta di intervento del Centro Antifumo alla donna e al partner). La percentuale di donne che avevano smesso di fumare in gravidanza e rimanevano non fumatrici ad un anno dal parto era superiore nel gruppo di donne che avevano ricevuto l'intervento (34,9%) rispetto a quelle che non l'avevano ricevuto (21,1%).

Le conclusioni di questo progetto sono state le seguenti: 1) circa il 25 % delle donne toscane in gravidanza ha bisogno di un intervento per smettere di fumare o per prevenire le ricadute dopo il parto; 2) alcune donne necessitano di più attenzione e il partner fumatore dovrebbe essere coinvolto; 3) un intervento educativo per sensibilizzare le donne in gravidanza sui danni da fumo è auspicabile; 4) dovrebbero essere implementati su tutto il territorio toscano interventi specifici per promuovere la disassuefazione tabagica svolti dalle diverse figure sanitarie che seguono la donna in gravidanza e subito dopo il parto; 5) specifiche abilità dovrebbero essere promosse attraverso una adeguata formazione di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita.

## Bibliografia

13. Nutini S., Carrozzi L., Melani A., Pistelli F., Aquilini F., De Bernardo T, Bracci LS, Cardellicchio S, Checcacci S, Scarselli G, Mello G, Baldi C, Migliacci MF, Alfano A. Fumo di sigaretta in gravidanza: studio osservazionale prospettico in tre città della Toscana. *Epidemiol Prev* 2013; 37 ( 2-3)
14. Chamberlain C, O'Mara Eves A, Oliver S et Al. Psychosocial intervention for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database System Rev* 2013, 10.CD001055

### **1.3.2. Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo correlata in Regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello**

Sandra Nutini, Centro Antifumo - AOU Careggi, Firenze ([nutins@aou-careggi.toscana.it](mailto:nutins@aou-careggi.toscana.it))

Questo progetto è nel punto 8.2.9.4. del Piano Regionale della Prevenzione 2010- 2012 (Delibera GR N°1176 del 28 dicembre 2010)

Il progetto ha lo scopo di favorire la disassuefazione dal fumo nei soggetti con patologia fumo correlata, afferenti alle strutture sanitarie della Regione Toscana. Il progetto ha previsto una integrazione fra interventi di primo livello, eseguiti dagli operatori sanitari nelle strutture di ricovero e ambulatori/servizi specialistici, ai quali si rivolgevano i pazienti fumatori per problemi legati alla patologia di cui erano affetti, con quelli di secondo livello forniti presso i Centri Antifumo.

Hanno partecipato al progetto: ASL 2 Lucca, ASL 3 Pistoia, ASL 4 Prato, ASL 6 Livorno, ASL 7 Siena, ASL 9 Grosseto, ASL 12 Viareggio, AOU Meyer (Firenze), AOU Careggi (Firenze), AOU Siena, AOU Pisa.

I fumatori sono stati sottoposti a counseling breve dagli operatori sanitari nelle strutture di ricovero e ambulatori/servizi specialistici, a cui si rivolgevano per la patologia di base. Gli operatori proponevano a tutti i fumatori un programma di disassuefazione di secondo livello (trattamento farmacologico associato a counseling intensivo) presso il Centro Antifumo di riferimento.

Dal 4 ottobre 2010 al 31 dicembre 2011 sono stati arruolati 768 fumatori con patologia fumo correlata (in gran parte a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare). Ai pazienti, che accettavano la proposta (437, pari al 57% degli arruolati) è stato fissato un appuntamento presso il Centro Antifumo di riferimento; 368 soggetti si sono presentati all'appuntamento e hanno iniziato il percorso di disassuefazione. Dati preliminari al 31 dicembre 2012 sui 196 fumatori che avevano concluso il follow-up a sei mesi, mostrano un percentuale di astinenza del 48%.

Il percorso rivolto al fumatore con patologia fumo correlata all'interno delle strutture sanitarie coinvolte si è dimostrato realizzabile ed i dati preliminari relativi alla percentuale di astinenza a sei mesi sono particolarmente incoraggianti. Poiché la cessazione del fumo è un obiettivo prioritario per questi pazienti e deve essere intesa come elemento fondamentale del trattamento della patologia di base, il percorso dovrebbe entrare a far parte della normale routine di gestione dei pazienti fumatori all'interno dei servizi sanitari toscani.

## Bibliografia

15. Murray RL, Leonardi-Bee J, Marsh J et Al. Systematic identification and treatment of smokers by hospital based cessation practitioners in a secondary care setting: cluster randomised controlled trial BMJ 2013; 347:4004
16. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients Cochrane Database of System Rev 2012, 5: CD001837
17. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V et AL. 21st-Century hazards of smoking and benefit of cessation in the United States N Engl J Med 2013; 368:341-50
18. Hunter DJ, Srinath Reddy K. Noncommunicable diseases N Engl J Med 2013; 369:1336-43

### 1.3.3. Interventi per fumatori con disturbi psichiatrici

Mateo Ameglio, Centro Antitabagico Integrato - ASL 7 Siena ([m.ameglio@usl7.toscana.it](mailto:m.ameglio@usl7.toscana.it))

Molti degli aspetti che saranno descritti in questa sezione sono stati affrontati nell'ambito dei Progetti del Ministero della Salute – CCM “Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale” e “Un approccio integrato per la riduzione delle disuguaglianze all'accesso ai servizi di promozione della salute: interventi strategici per la gestione del rischio di utenti con disturbi di interesse psichiatrico e giovani problematici”, a cui la Regione Toscana ha partecipato attivamente. Qui di seguito riportiamo gli elementi salienti per interventi rivolti a fumatori con disturbi psichiatrici.

La percentuale di fumatori fra i pazienti psichiatrici adulti è nettamente superiore rispetto a quella presente nel resto della popolazione e secondo alcuni studi tale percentuale sarebbe

anche doppia (25). L'associazione tra la dipendenza grave da nicotina e i disturbi psichiatrici gravi è simile nei diversi paesi (20). Particolare attenzione deve essere posta ai fumatori affetti da Disturbi Ansiosi, Depressivi e dell'Alimentazione. In effetti la frequente presenza di queste patologie nell'anamnesi dei propri pazienti è nota a tutti gli operatori dei CAF.

I maggiori tassi di morbilità e mortalità presenti fra i fumatori portatori di una comorbilità psichiatrica, rispetto alla popolazione generale, sono dovuti in larga parte ai loro maggiori livelli di consumo di tabacco. Gli operatori del settore della Salute Mentale (SM) sono molto poco propensi ad occuparsi di questo aspetto ma, è dimostrato che questi fumatori mostrano livelli di motivazione a smettere di fumare non dissimili dal resto della popolazione e sebbene i loro tassi di cessazione dal fumo siano più bassi rispetto al resto dei fumatori, essi non sono affatto trascurabili (21,23,28).

Le indicazioni operative che emergono dalla letteratura e dalle esperienze sviluppate, in ambito prevalentemente anglosassone, forniscono chiare indicazioni in merito all'approccio necessario per affrontare in modo efficiente questo complesso fenomeno (22,30,31,34-36).

#### *Approccio globale:*

- Riconoscere che i fumatori con malattie mentali spesso vogliono e possono smettere e che questo è molto importante per la loro salute;
- Lavorare per far aumentare il numero di fumatori che chiedono aiuto per la disassuefazione e la percentuale di questi che hanno successo;
- Promuovere la formazione, anche congiunta, degli operatori dei settori della SM, della Medicina Generale e dei CAF. Promuovere la formazione anche a livello universitario;
- Offrire facilitazioni per la disassuefazione di operatori fumatori e richiedere a questi di non rendersi identificabili come fumatori agli occhi degli utenti;
- Effettuazione da parte degli operatori della SM di interventi di counseling breve motivazionale (5 o 3 «A»);
- Fornire assistenza agli utenti della SM che desiderano un aiuto per smettere di fumare, attraverso la gestione diretta del trattamento presso la SM, oppure l'invio al CAF o la gestione integrata del trattamento con il CAF.
- Promuovere l'approccio di rete attraverso una fattiva collaborazione fra i Servizi di SM, i CAF, ed i MMG;
- Promuovere lo sviluppo di politiche smoke-free nei Servizi di SM;
- Promuovere campagne educative – promozione di stili di vita sani;
- Evitare l'utilizzo delle sigarette come strumenti di gratificazione/punizione in contesti residenziali e territoriali;
- Creare ambienti liberi dal fumo;
- Sviluppare attività di promozione della salute, specificamente dirette alla cessazione del fumo, da parte di “peer counselors” e di associazioni di familiari.

#### *Aspetti specifici del trattamento di disassuefazione*

Nei confronti di fumatori portatori di gravi patologie psichiatriche, che necessitano di smettere di fumare per motivi di salute e per i quali non sia tuttavia realistico porre come obiettivo l'interruzione definitiva, possono essere presi in considerazione interventi tesi alla semplice sospensione temporanea (“Temporary cessation”) o alla riduzione del fumo (“Harm reduction”) anche utilizzando Sostituti Nicotinici al bisogno quali le gomme o l'inhaler o la stessa sigaretta elettronica (27,32,33).

I trattamenti sono sempre basati sulle componenti motivazionale, cognitivo-comportamentale e farmacologica e l'utilizzo di materiale di supporto scritto (dispense, ecc) ma sono più flessibili e personalizzati;

Il quit-day deve essere flessibile e “aperto”;

Può essere necessaria una durata maggiore del trattamento attraverso un maggior numero di sedute ed un monitoraggio di supporto a lungo termine (trattamento “cronico”);

In caso di trattamento di gruppo può essere necessario affiancare delle sedute individuali, per lavorare su specifici bisogni del paziente (coping skills, gestione stress/ansia, autoefficacia, ecc);

I clinici dovrebbero superare le loro resistenze ed offrire un trattamento a tutti questi fumatori, sfruttando in particolare i periodi di ricovero durante i quali i trattamenti si sono dimostrati efficaci e gravati da scarsi sintomi astinenziali (19,24,26,29). La sindrome da astinenza da nicotina va trattata per evitare che possa venire compromessa la terapia psichiatrica (31);

E' importante monitorare costantemente la sintomatologia psichiatrica e l'eventuale necessità di aggiustamento della terapia psicofarmacologica.

#### *Intervento dei CAF*

È importante che il CAF valuti l'eventuale presenza, attuale o pregressa, di problemi psichiatrici, con particolare attenzione ai disturbi d'ansia, depressivi e dell'alimentazione. È importante altresì la registrazione di questi dati nella cartella tabaccologica.

Possono presentarsi diversi tipi di quadri clinici che comportano scelte diverse rispetto al trattamento di disassuefazione dal fumo. Se durante la prima visita di valutazione emergono:

- disturbi psichiatrici pregressi, può essere condotto il trattamento, mantenendo un'attenzione costante all'eventuale ripresentarsi della pregressa sintomatologia (specie ansioso-depressiva);
- disturbi psichiatrici attuali ma ben compensati, è importante verificare l'esistenza di un trattamento psicologico e/o farmacologico in corso e se possibile contattare lo specialista di riferimento o il MMG oppure invitare il paziente a far presente al suo medico che sta per iniziare un trattamento di disassuefazione. Se il quadro psichiatrico è impegnativo, occorre attendere un parere da parte dello specialista o MMG prima di iniziare il trattamento;
- disturbi psichiatrici in atto o questi insorgono durante il trattamento di disassuefazione, occorre contattare lo specialista o il MMG.

#### Bibliografia

19. Dalack GW, Becks L, Hill E, et al. Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1999;21:195-202.
20. De Leon J, Becona E, Gurpegui M, Gonzales M, Gonzales-Pinto A, Diaz FJ, The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries, *J Clin Psychiatry* 2002, Sep 63 (9).
21. El-Guebaly N et al ., Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders, *PsychiatrServ* 2002, Sep 53 (9).
22. Faggiano F., et al. (cura di), Cessazione del fumo di tabacco: Linee guida clinico – organizzative per la Regione Piemonte, Commissione Regionale Anti-Tabacco, Quaderno n. 3, Maggio 2007
23. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al, Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
24. Hempel AG, Kownacki R, Malin DH, et al. Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behav Sci Law* 2002;20:507-22.
25. Lasser et al., Studio prevalenza su popolazione 4000 persone. *JAMA*, November 22/29, 2000-Vol 284, N° 20
26. Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:866-85.

27. Le Houezec J, Sawe U, Soking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation, *J Mal Vasc*, 2003 Dec;28(5):293-300
28. McManus S, Meltzer H and Campion J, Cigarette smoking and mental health in England Data from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007, National Center for Social Research, December 2010
29. Olivier D, Lubman DI, Fraser R; Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings : a biopsychosocial perspective, *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2007, vol. 41, no7, pp. 572-580 (review)
30. Price J.H., Tobacco Intervention Training in Graduate Psychiatric Nursing Education Programs, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, Vol. 14, No. 2, 117-124, 2008
31. Prochaska JJ et al., Treatment of Tobacco Use in an Inpatient Psychiatric Setting, *Psychiatr Serv* 55:1265-1270, November 2004
32. Rodu B, Godshall WT, Tabacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers, *Harm reduction Journal*, 2006,3:37.
33. Stead LF, Lancaster T, Interventions to reduce harm from continued tabacco use, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 3
34. Tobacco Cessation Leadership Network (TCLN), <http://www.tcln.org/bea>, 2007.
35. Williams JM, Steinberg ML, Steinberg MB, A Comprehensive Model for Mental Health Tobacco Recovery in New Jersey, *Adm Policy Ment Health*, 2010.
36. Zuccaro P et al., Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo: Guida breve per la realizzazione degli interventi, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, ISS, 2008

#### **1.3.4. Interventi per i fumatori con dipendenza da altre sostanze**

Mateo Ameglio, Centro Antitabagico Integrato - ASL 7 Siena ([m.ameglio@usl7.toscana.it](mailto:m.ameglio@usl7.toscana.it))

Le ricerche evidenziano, pur con percentuali diverse, una forte associazione fra abuso di alcol/sostanze psicotrope e consumo di tabacco. Sia le Linee Guida americane (23) e sia quelle piemontesi (22) riportano che almeno il 20% dei pazienti che richiedono un trattamento per il tabagismo presentano un'anamnesi positiva per abuso o dipendenza da alcol. Altri studi hanno riscontrato che fra i soggetti che abusano di alcol e sostanze, l'abitudine al fumo di tabacco si presenta con una frequenza ben al di sopra di quella media della popolazione, superando anche il 70%.

Sia le Linee Guida americane (23) sia quelle piemontesi (22) concordano sull'opportunità di indagare e riportare in cartella tabaccologica l'uso di sostanze fra i fumatori e di offrire comunque dei trattamenti antitabagici anche in presenza di tali problematiche, effettuando se necessario un invio ai Servizi specialistici per le dipendenze da sostanze e da alcol.

Fra i vari studi ci sono pareri contrastanti rispetto alla scelta del momento migliore per attivare il trattamento per il tabagismo rispetto a quello per le altre sostanze, tuttavia ci sono riscontri favorevoli sia rispetto ad un trattamento effettuato in contemporanea sia rispetto ad un trattamento successivo alla cessazione dell'uso di alcol/sostanze (23,37-39).

Le evidenze indicano che i trattamenti per il tabagismo, basati sia sul counseling sia sull'uso di farmaci, sono efficaci anche su fumatori che stanno effettuando trattamenti per la dipendenza da altre sostanze e non interferiscono su questi ultimi (23).

Una preoccupazione comune è che la cessazione del fumo di tabacco possa causare la ricaduta nell'uso di droga o di alcol, tuttavia la maggior parte dei dati disponibili non confermano questa eventualità (37). Esistono inoltre alcuni esempi particolari, quale è l'abuso di

Cannabis, nei quali la sospensione del fumo di tabacco favorisce la sospensione della sostanza.

Ci sono evidenze che indicano che le persone con dipendenza da alcol, che vengono trattate per il fumo di tabacco, presentano tassi di successo simili alla popolazione generale e che l'astensione dal fumo di tabacco non aumenta la probabilità di ricaduta nell'abuso di alcol (22). È tuttavia diffusa fra gli operatori del settore una grande cautela nei confronti di questo tipo di interventi, che si tende comunque ad affrontare in presenza di una certa stabilizzazione del quadro clinico generale, che va monitorato molto attentamente per rilevare precocemente eventuali segnali di scompenso nell'uso di sostanze.

## Bibliografia

37. Hughes JR. Clinical implications of the association between smoking and alcoholism, in Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Policy: NIAAA Research Monograph 30. Edited by Fertig J, Fuller R. Washington, DC, US Government Printing Office, 1995, pp 171-181.
38. Hurt RD, Eberman KM, Croghan IT, et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. Alcohol Clin Exp Res 1994;18:867-72.
39. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, et al. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. J Stud Alcohol 2004; 65:681-91.

### 1.3.5. Interventi per i fumatori carcerati

Mateo Ameglio, Centro Antitabagico Integrato - ASL 7 Siena ([m.ameglio@usl7.toscana.it](mailto:m.ameglio@usl7.toscana.it))

Diversi progetti hanno esplorato questo delicato settore, compreso anche un progetto toscano, ma ancora questo resta ancora un settore che deve essere sviluppato.

È tuttavia condivisa la necessità, come lo è del resto per gli altri ambienti sanitari, che il personale medico ed infermieristico che vi opera applichi il collaudato approccio delle "5 A". È altrettanto auspicabile che i detenuti possano contare con l'offerta di trattamenti specialistici, opportunamente adattati a quella specifica realtà, realizzati attraverso l'accesso nella struttura degli operatori dei CAF.

Un'azione di indubbia utilità, sia nei confronti della protezione dal fumo passivo sia come sostegno ambientale a quei fumatori detenuti che cercano di smettere, è rappresentata dall'applicazione puntuale ed efficace della Legge "Sirchia" sul divieto di fumo nei luoghi chiusi aperti al pubblico, sia da parte delle persone detenute che di quelle che operano all'interno degli Istituti. Tali azioni potrebbero venire rinforzate da interventi di promozione della salute da ripetere nel tempo, visto anche il turnover presente in tali strutture.

## Capitolo 2 – Limitare il fumo passivo in Toscana

In questo capitolo si riportano due esperienze condotte in alcune aree della Toscana, che potrebbero essere sviluppate in tutto il territorio regionale per limitare l'esposizione al fumo passivo. Si tratta del monitoraggio dell'osservanza della legge anti-fumo, effettuata dal Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL 10 di Firenze nell'ambito di un progetto del Ministero della Salute, e dell'intervento effettuato da ISPO, in collaborazione con alcune aziende USL toscane, per promuovere case libere da fumo.

### 2.1. Monitoraggio del divieto di fumo nei luoghi di lavoro, nei locali pubblici e nelle strutture sanitarie

Maria Rosaria De Monte, Laura Ricciarelli, Maria Grazia Santini, Dipartimento di Prevenzione, Azienda USL 10 Firenze  
([mariarosaria.demonte@asf.toscana.it](mailto:mariarosaria.demonte@asf.toscana.it) ; [laura.ricciarelli@asf.toscana.it](mailto:laura.ricciarelli@asf.toscana.it) ; [maria\\_grazia.santini@asf.toscana.it](mailto:maria_grazia.santini@asf.toscana.it) )

È stato condotto dal Dipartimento della Prevenzione dell'Azienda Sanitaria di Firenze un monitoraggio dell'osservanza della normativa inerente il divieto di fumare negli ambienti di lavoro, nei locali pubblici e nelle strutture sanitarie nell'ambito dello studio ENFASI, un progetto nazionale CCM- Ministero della Salute sviluppato dalla regione Veneto (40).

#### *Luoghi di lavoro*

L'obiettivo è stato quello di monitorare l'osservanza della normativa sul divieto di fumo nei luoghi di lavoro in un campione di aziende e avviare con esse interventi di prevenzione primaria sul fumo di tabacco integrando gli aspetti normativi con quelli educativi. Il progetto ha avuto il seguente crono programma:

nel 2010, formazione nazionale con il coordinamento della Regione Veneto di un gruppo di operatori del Dipartimento della Prevenzione;

nel 2011 - I° semestre 2012, gli operatori dei servizi di P.I.S.L.L. hanno effettuato sopralluoghi e compilato un apposito questionario sul fumo, durante la normale attività di vigilanza nelle aziende, intervistando datori di lavoro, RLS, RSPP e lavoratori;

nel 2013, valutazione dell'intervento sul fumo nelle aziende, socializzazione dei risultati dell'esperienza mediante un workshop dal titolo "Abitudine al fumo e luoghi di lavoro: esperienze degli operatori della prevenzione", al quale hanno partecipato anche i medici competenti con lo scopo di definire un sistema permanente di monitoraggio in sinergia con il progetto nazionale CCM.

Nel territorio della ASL 10 sono state coinvolte nel monitoraggio 240 aziende con un totale di circa 4000 dipendenti. Sono stati selezionati principalmente i settori falegnameria, metalmeccanica, pelletteria, farmaceutico, grandi distribuzioni ed altre attività e sono stati osservati complessivamente 959 locali comprendenti non solo le aree produttive ma anche i servizi igienici, gli spogliatoi ed altre aree. Hanno risposto al questionario 379 soggetti aziendali. La maggior parte delle aziende (99%) non ha predisposto aree riservate per i fumatori ma risultava intenzionata a migliorare la valutazione di rischi aziendali e dei regolamenti aziendali con la volontà di dedicare maggiore attenzione al problema fumo.

Il monitoraggio ha evidenziato una buona applicazione della normativa, con possibilità di ridurre ulteriormente l'esposizione a fumo passivo sia negli enti pubblici sia nelle aziende private. Dai dati acquisiti mediante l'osservazione diretta degli ambienti e dalle interviste effettuate, è emersa la necessità di individuare azioni di miglioramento per alcuni settori

lavorativi come enti pubblici, grande distribuzione, piccole imprese e per alcune aree critiche come servizi igienici, spogliatoi, alcuni uffici.

Il percorso intrapreso con il campione di aziende della ASL di Firenze potrebbe diventare un modello per favorire la responsabilità sociale delle imprese e per implementare iniziative di prevenzione primaria sugli stili di vita nei luoghi di lavoro. I risultati del progetto locale, confrontati con i dati nazionali, potranno fornire informazioni utili per definire una mappa concettuale del rischio fumo in ambito lavorativo. In questa esperienza, gli incontri con i soggetti aziendali hanno permesso di focalizzare le criticità sul problema fumo e di analizzare i comportamenti individuali da parte di tutti i portatori di interesse. Per meglio diffondere la cultura della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, sarebbe auspicabile aumentare la copertura territoriale delle aziende, informando e sensibilizzando attraverso una rete che coinvolga i Servizi di Prevenzione, i Centri Antifumo, i medici competenti, i medici di famiglia, e i soggetti aziendali. Sarebbe perciò opportuno individuare indicatori di efficacia su interventi di questo tipo al fine di poter sviluppare azioni di cambiamento e di miglioramento per la salute globale del cittadino.

### *Locali pubblici*

Tramite campionamento casuale è stato individuato nel comune di Firenze un campione selezionato di locali pubblici, n. 50 tra bar, pub, ristoranti e/o pizzerie, del proprio territorio di competenza, al quale è stato somministrato un questionario autocompilato dai gestori o titolari dei locali pubblici, per ricavare informazioni su conoscenze, attitudini e comportamenti degli intervistati; è stata inoltre compilata dall'operatore incaricato dal servizio una scheda preposta per raccogliere informazioni sulla presenza di cartelli e zone riservate rispondenti alle indicazioni definite dalla legge, presenza di portacenere, di mozziconi, di fumatori, ecc.

Ecco alcuni dati emersi dalla nostra ricerca fiorentina:

i gestori degli esercizi nel compilare il questionario hanno dichiarato che:

- nel 78% dei casi il loro locale non è dotato di zona fumatori in conformità alle norme per i locali pubblici
- nel 90% dei casi i loro clienti rispettano la legge entrata in vigore il 10/01/2005
- nel 66% dei casi ritiene che con l'entrata in vigore della legge "antifumo" non vi siano state ripercussioni economiche (né negative né positive)
- nel 66% dei casi ha una opinione globale molto favorevole rispetto alla legge.

Invece dalle schede dei rilevatori è emerso che:

- nel 72% dei locali visitati ci sono cartelli regolamentari che indicano il divieto di fumo
- nel 100% dei casi durante la visita non sono state notate persone che fumavano
- solo nel 4% dei casi erano presenti mozziconi di sigarette.

Nel complesso gli esercenti hanno partecipato con entusiasmo all'indagine, rilevando che non avevano mai avuto la possibilità di esprimere il proprio parere a riguardo a tale legge.

### *Strutture sanitarie*

Dal punto di vista organizzativo il punto di forza è stata la stretta integrazione del Dipartimento di Prevenzione (UF ISP e PISLL) con le direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri e territoriali, i Centri antifumo e l'Educazione alla Salute; attraverso il loro attivo coinvolgimento sono stati individuati i presidi dove svolgere l'indagine. La Direzione generale e la Direzione Sanitaria della Azienda si sono fatte carico del problema e si sono fatte promotrici di azioni concrete coinvolgendo formalmente i Direttori dei Dipartimenti per la nomina dei controllori e per favorire la loro partecipazione alla formazione

Sono stati visitati 149 locali sanitari. Altro punto di forza è stata la valutazione congiunta con le strutture oggetto di verifica dei risultati del controllo, in modo da implementare il monitoraggio in un clima di collaborazione e di aiuto alla formazione individuale.

Si è realizzata una grande collaborazione da parte di tutti i presidi che prontamente hanno adottato i suggerimenti dati. Tutti i locali visitati sono adesso a norma.

## Bibliografia

40. Regione Veneto. Monitoraggio dell'osservanza della normativa inerente il divieto di fumare negli ambienti di vita e di lavoro. Risultati studio ENFASI. Venezia, 2012.

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1898\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1898_allegato.pdf)

## 2.2. Case libere da fumo

Elisabetta Chellini, ISPO (mail: [e.chellini@ispo.toscana.it](mailto:e.chellini@ispo.toscana.it))

Gli ambienti di vita privati (abitazione e auto privata) sono i luoghi dove buona parte dei fumatori continua a fumare, consapevole o meno dei rischi da esposizione a fumo passivo per tutti coloro che coabitano o utilizzano la stessa auto.

Il vivere in ambienti domestici liberi da fumo ha acclarate ripercussioni:

- sulla salute dei bambini che passano molto del loro tempo in casa e che possono più di altri essere esposti a fumo passivo dei genitori, ed è stato visto che funzionano meglio interventi di smoke-free home policy piuttosto che interventi di cessazione rivolti ai genitori fumatori;
- sull'abitudine al fumo negli adolescenti, che iniziano meno a fumare se l'ambiente domestico in cui vivono è smoke-free rispetto a quanto è stato osservato in coloro che vivono in case dove si può fumare;
- sulla salute degli adulti, sia che essi fumino (tra l'altro è stato visto che i fumatori che vivono in ambienti smoke free tendono a smettere di più rispetto a quelli che vivono in ambienti domestici dove si può fumare) sia che essi non fumino, in particolare se affetti da patologie cardio-respiratorie che li rendono particolarmente vulnerabili all'esposizione a fumo passivo.

Nel 2005 da un'indagine condotta dal DG Health and Consumer Protection dell'Unione Europea emergeva che in Europa solo il 18% dei fumatori dichiarava di non fumare in casa anche quando era solo, ad indicare un'ancora scarsa attenzione a questo problema.

È un aspetto rilevante anche in Italia: dall'indagine DOXA del 2010 è emerso che il 43.6% degli intervistati ritiene che aprire le finestre è utile per eliminare quasi completamente i danni provocati dal fumo passivo, e che pertanto nel 30% delle abitazioni gli ospiti sono liberi di fumare, mentre nel 68% dei casi possono fumare solo in alcuni ambienti interni alla casa e solo nell'1.4% delle case vi è un divieto esplicito del fumo. Inoltre, il 56% dei fumatori fuma in auto e solo il 12,7 non fuma mai.

In alcuni Paesi (USA, Canada, UK, Cipro, Polonia) sono state avviate campagne per la riduzione del fumo in ambiente domestico, quali ad esempio la campagna 2007 dell'U.S.EPA "Smoke-free Homes and Cars Program".

Nel 2010, in Toscana, con il sostegno finanziario dell'Istituto Tumori Toscano, è stato condotto uno studio di intervento sul fumo in ambiente domestico denominato "DA NOI NON SI FUMA", rivolto a donne residenti nelle aree urbane di Firenze, Prato, Arezzo e Empoli (42). E' stata predisposta una procedura agile di valutazione della motivazione ad

avere un ambiente domestico libero da fumo di donne, fumatrici e non fumatrici, residenti in area urbana, comprensiva di un intervento di counseling breve sui benefici di vivere in un ambiente libero da fumo, e di documentazione di supporto per impegnare le donne coinvolte a rendere e/o mantenere libero da fumo il proprio ambiente domestico. L'intervento veniva effettuato in ambiente sanitario da assistenti sanitari. Il questionario di ingresso aveva già di per sé una funzione motivante oltre a permettere di raccogliere informazioni utili per il counseling che veniva successivamente effettuato da un assistente sanitario. Lo specifico counseling, a partire dalle informazioni presenti sul questionario e dal livello di motivazione ad avere un ambiente libero da fumo (che comunque si supponeva alto tra coloro che aderivano allo studio), era fornito con l'obiettivo di fornire un consiglio chiaro che o stimolasse o rafforzasse la motivazione della donna a rendere il proprio ambiente domestico libero da fumo. Il counseling consisteva nel portare all'attenzione razionale della donna le proprie motivazioni per un ambiente libero da fumo ("da noi non si fuma") e nello stesso tempo le ambivalenze legate ad un'accoglienza libera e senza vincoli ("da noi si può fumare") nella propria abitazione nei confronti di tutti coloro che vi abitano o che vi transitano. Per tutte le donne in studio è stato registrato un cambiamento nell'atteggiamento e comportamento sul fumo passivo in ambiente domestico, mentre non si è evidenziata alcuna differenza tra il gruppo di donne che ha ricevuto il counseling rispetto alle altre di controllo. L'intervento nel suo complesso ha cioè indotto un incremento di case e auto libere da fumo di tutte le donne incluse nello studio, probabilmente da ricondurre all'attenzione che è stata suscitata sull'argomento anche solo distribuendo l'opuscolo in ambiente sanitario da operatori sanitari. L'opuscolo sul fumo passivo, distribuito a tutte le donne reclutate, è risultato ben gradito, sia dalle fumatrici sia dalle non fumatrici, sia da quelle incluse nel gruppo di intervento sia da quelle incluse nel gruppo di controllo. Inoltre, l'intervento di prevenzione ha suscitato interesse anche di altre persone a cui non era specificamente indirizzato.

## Bibliografia

41. Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15 Suppl 3:iii42-50
42. Chellini E, Gorini G, Carreras G; Da noi non si fuma Study Group. The "Don't smoke in our home" randomized controlled trial to protect children from second-hand smoke exposure at home. *Tumori* 2013;99(1):23-9
43. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol.13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2009. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook13/handbook13.pdf>
44. Pacifici R. Rapporto nazionale sul fumo 2010. In: Atti del XII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, Roma, 31 maggio 2010. Istituto Superiore di Sanità. [http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto\\_annuale\\_sul\\_fumo\\_anno\\_2010.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_anno_2010.pdf)
45. Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, Webster P, Ferguson-Thorne G. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD001746.
46. Thomson G, Wilson N, Howden-Chapman P. Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:298-304.
47. U.S Department of Health and Human Services (USDHHS). Healthy people 2010. <http://www.healthypeople.gov/2010/Document/tableofcontents.htm#volume1>
48. WHO. International consultation on environmental tobacco smoke and child health. World Health Organization, Geneva, 1999. [http://www.who.int/tobacco/research/en/ets\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf)

## Capitolo 3 – Limitare l’inizio del fumo in Toscana

Il rischio di contrarre una patologia fumo-correlata è strettamente dipendente dall’età di inizio dell’abitudine al fumo: un ragazzo che comincia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto a un individuo che inizia a fumare a 20 anni. Inoltre, l’uso precoce di tabacco è in grado di modificare lo sviluppo polmonare nell’adolescenza con un’induzione precoce della crescita neoplastica. Infine, l’uso di tabacco determina alterazioni permanenti a livello del sistema nervoso centrale che rendono molto difficile l’astinenza e, nel caso di cessazione del fumo, esiste un’elevata probabilità di recidive. Quindi la prevenzione dell’uso del tabacco deve essere realizzata il più precocemente possibile, prima cioè che siano avvenute le prime sperimentazioni.

Per avere un quadro esaustivo delle strategie per prevenire l’instaurarsi dell’abitudine al fumo tra gli adolescenti, si consiglia di scaricare le Linee Guida di Prevenzione Primaria del fumo di tabacco, pubblicate nell’ottobre 2013 nel sito del Sistema Nazionale Linee Guida ([http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Prev\\_Fumo\\_B.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Prev_Fumo_B.pdf)). In queste linee guida si trovano le raccomandazioni per le politiche di controllo del tabagismo che hanno un impatto significativo sui giovani, come l’aumento del prezzo del tabacco, il divieto di vendita ai minori, il divieto di fumo nei locali e nelle scuole, compresi gli spazi all’aperto, ma anche raccomandazioni per interventi in ambito familiare, come la promozione di case libere da fumo, e i programmi di prevenzione scolastica considerati efficaci.

### 3.1. Le opportunità offerte dal programma regionale “Guadagnare Salute” per prevenire l’abitudine al fumo fra gli adolescenti

Daniela D’Angelo, Creps - Università di Siena/Regione Toscana

Anna Maria Giannoni, Regione Toscana

([danieladangelo28@gmail.com](mailto:danieladangelo28@gmail.com); [annamaria.giannoni@regione.toscana.it](mailto:annamaria.giannoni@regione.toscana.it))

La prevenzione dell’abitudine al fumo trova un punto di riferimento nel programma ministeriale “Guadagnare Salute rendere facili le scelte salutari”, che si sta radicando nelle varie regioni e in Toscana è stato recepito con la DGR 800/2008 “Guadagnare Salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari” in cui sono contenute le linee d’indirizzo da seguire per favorire sani stili di vita fra i quali l’abitudine di non fumare.

Il programma ha come obiettivo rendere facili le scelte per la salute favorendo una vita libera dal fumo, un’alimentazione corretta, il movimento e l’attività fisica, il consumo responsabile dell’alcol durante tutto l’arco dell’esistenza, con una particolare attenzione alla fascia di popolazione giovanile.

In regione Toscana pertanto la prevenzione del fumo fra i giovani passa anche attraverso i progetti di Guadagnare Salute, che si caratterizzano per essere orientati dal Sistema di Sorveglianza sugli stili di vita, basati sulle evidenze scientifiche, monitorati e valutati attraverso indagini ad hoc. Alcuni di questi progetti sono inseriti nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 e vengono monitorati nell’ambito delle attività di rendicontazione previste.

Gli interventi sono multilivello e multi contesto realizzati con programmi che prevedono percorsi educativi dentro e fuori la scuola e misure rivolte alla modifica dell’ambiente scolastico.

Alcuni di questi sono più specificamente orientati al contrasto del fumo di tabacco, altri affrontano il problema del fumo insieme ad altri comportamenti d’abuso (alcol e droghe), altri ancora scoraggiano l’abitudine del fumo nell’ambito di una strategia più generale di promozione di sani stili di vita, affrontando tutti i fattori di rischio comportamentali dall’alimentazione scorretta, all’abuso di alcol, alla sedentarietà.

Rientrano nella prima tipologia i progetti “Le scuole libere dal fumo: percorsi di benessere” e “Unplugged” e nella seconda i progetti “Ragazzinsieme e Ragazzinmovimento”.

Passiamo a descrivere più nel dettaglio le varie iniziative, iniziando da quella più strettamente indirizzata alla prevenzione del fumo di tabacco.

#### *Le scuole libere dal fumo: percorsi di benessere*

È un progetto di contrasto dell’iniziazione e dell’instaurarsi dell’abitudine al fumo a scuola (popolazione 12-19 anni), nato dall’esperienza di collaborazione con il progetto “Luoghi di prevenzione” promosso dalla Regione Emilia Romagna, realizzato in Regione Toscana in attuazione dell’Obiettivo Specifico 3 – area “Guadagnare Salute”, “Prevenire l’iniziazione dei giovani al fumo”. Il progetto coordinato dalla Azienda Usl 4 di Prato è dal 2009.

Per promuovere scuole libere dal fumo nei territori di riferimento delle 12 Az. Usl toscane sono stati costituiti gruppi di lavoro multiprofessionali con l’obiettivo di identificare le risorse del territorio da coinvolgere e gli stakeholders con i quali condividere il percorso progettuale.

Con la scuola è stato stipulato un “Patto per la salute” al fine di costruire un modello di scuola senza fumo, attraverso percorsi educativi e modifiche del contesto ambientale, favorite dalla stesura condivisa del Regolamento per una “Scuola Libera dal Fumo”.

Le scuole, i servizi sanitari e la comunità (inclusi gli enti locali) hanno lavorato assieme per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, attraverso processi di programmazione partecipata.

L’attivazione di processi di cambiamento di comportamenti individuali, come nel caso dell’abitudine al fumo, appresi anche in famiglia, ha richiesto anche azioni di sensibilizzazione dei genitori che sono stati coinvolti nel progetto.

A sostegno del progetto sono stati organizzati anche percorsi a piedi in collaborazione con le associazioni del territorio per facilitare nei ragazzi l’abitudine al movimento: un’attività fisica costante viene ritenuta un fattore di protezione per i comportamenti d’abuso.

#### *Unplugged*

E’ un programma di prevenzione scolastica (popolazione 12-14 anni) di comprovata efficacia nel ridurre il fumo di sigarette, il consumo di alcol e l’uso di droghe, che mira anche al potenziamento delle abilità personali.

Nello specifico, le attività previste dal progetto intendono rafforzare le life–skills (competenze per la vita) e agiscono a livello dei fattori predisponenti (idee, credenze e valori) cercando di modificare le errate convinzioni sulla diffusione e l’accettazione sociale dell’alcol e dell’uso di sostanze, fornendo informazioni sui rischi connessi all’uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive .

Il progetto prevede percorsi di formazione (di circa 20 ore) per gli operatori socio-sanitari, che in ogni territorio delle Aziende Usl vanno a formare gli insegnanti delle scuole secondarie di I° grado coinvolte nel progetto, sui contenuti specifici e la metodologia di Unplugged.

Il progetto, coordinato in Toscana dall’Azienda Sanitaria 10 Firenze, è stato condotto assieme alle Aziende USL 2 Lucca, USL 4 Prato, e USL 7 Siena. Unplugged è fra i progetti sugli stili di vita inseriti nel Piano Regionale della prevenzione 2010-2013, ed è presente in 9 Paesi europei.

### *Ragazzinsieme e Ragazzinmovimento.*

Il progetto “Ragazzinsieme “ è un programma di promozione di sani stili di vita, rivolto alla popolazione 9-17 anni, attraverso attività educative extra-scuola con la modalità dei “campus sugli stili di vita”. Lavora per favorire innanzitutto l’attività fisica e il movimento, ma anche una cultura alimentare corretta, l’uso responsabile dell’alcool, e per scoraggiare l’abitudine al fumo.

L’esperienza educativa residenziale prevede che i ragazzi partecipanti ai campus sottoscrivano un patto di convivenza e si impegnino a rispettare una serie di regole fra le quali il divieto di fumare.

Il progetto, nel 2013, alla sua 5° edizione, sta diventando una delle azioni di sistema che la Regione Toscana promuove per diffondere una cultura dei sani stili di vita. Sinora oltre 2.000 bambini e ragazzi toscani hanno partecipato ai soggiorni.

Da questa progettualità, nel 2010 si è sviluppato il progetto “Ragazzinmovimento” che ha proposto un analogo percorso agli studenti delle scuole secondarie di I° e II° grado della provincia di Livorno: la promozione dell’attività fisica e del movimento sono stati l’obiettivo privilegiato in quanto, sulla base delle recenti prove di efficacia, rappresenterebbe un valido fattore di protezione per i comportamenti d’abuso.

Oltre ai sopra menzionati progetti sono stati sviluppati:

- il progetto editoriale “*Scegli e vivi il tuo stile di vita*” nell’ambito del quale è stato realizzato un Kit educativo composto da un poster di info-grafica e di una guida per gli insegnanti. Nel poster sono raffigurate 12 magliette relative a 12 diverse tematiche sintetizzate con slogan che richiamano idee, concetti per parlare di benessere a scuola. Fra le tematiche affrontate c’è il fumo di tabacco e nella maglietta che parla di questo argomento il messaggio di contrasto del fumo è sintetizzato nello slogan “Baciami non fumo”. Nella guida ogni tematica viene affrontata attraverso una introduzione descrittiva di inquadramento generale e una proposta didattica. Per le tematiche più significative, sono state realizzate magliette da indossare che richiamano gli slogan del poster;
- il progetto “*Stretching in classe*”, azione rivolta a ridurre il rischio di sviluppare l’abitudine al fumo fra gli adolescenti, anche se non affronta esplicitamente questo tema. Il progetto infatti promuove l’importanza del movimento nella scuola primaria e prevede un percorso di allenamento delle life-skills dei bambini;
- infine, tutta l’esperienza progettuale di Guadagnare salute è confluita nella strategia regionale toscana per i ragazzi inserita nelle azioni di “*Programmazione dei percorsi di autonomia dei giovani*” del Documento di Programmazione Economico e Finanziario 2014 (DPFF). Con tale strategia ci sarà l’opportunità di continuare a promuovere la cultura dei sani stili di vita fra i giovani, fra i quali l’abitudine di non fumare.

## Capitolo 4 – Novità e approfondimenti sul fumo in Toscana

### 4.1. La sigaretta elettronica

Giuseppe Gorini, ISPO ([g.gorini@ispo.toscana.it](mailto:g.gorini@ispo.toscana.it))

Laura Carrozzi, Francesco Pistelli, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

([l.carrozzi@ao-pisa.toscana.it](mailto:l.carrozzi@ao-pisa.toscana.it); [f.pistelli@ao-pisa.toscana.it](mailto:f.pistelli@ao-pisa.toscana.it))

Per la maggior parte delle sigarette elettroniche non vi sono garanzie di qualità nei processi di fabbricazione e di successivo utilizzo, per la mancanza di standardizzazione nei processi di manifattura operati dalle diverse aziende produttrici. Inoltre le sigarette elettroniche non risultano sottoposte a test di verifica indipendenti.

Gli effetti collaterali più comuni osservati in uno studio clinico pilota sono stati secchezza delle fauci, irritazione di bocca e gola e tosse secca. Sono stati riportati anche effetti polmonari acuti (aumento dell'infiammazione, aumento della resistenza al flusso aereo) dopo un breve periodo di aspirazione di sigaretta elettronica; ed è stato segnalato un caso di polmonite lipidica associata all'uso di sigaretta elettronica.

Il contenuto nicotinic delle sigarette elettroniche può variare grossolanamente (da zero a oltre 20 mg/ml a seconda dei marchi), mentre la quota di assorbimento della nicotina dipende da molti fattori quali il sistema di vaporizzazione, la frequenza, la durata e la profondità delle tirate di fumo elettronico; la possibilità di ricaricare alcuni modelli con dosi personali di nicotina aggiunge una variabile incontrollabile che comporta il rischio di poter inalare alte dosi di nicotina. Esistono pertanto potenziali rischi d'intossicazione e sviluppo o aggravamento della dipendenza da nicotina, soprattutto in caso di doppio consumo (sigaretta elettronica in aggiunta alla sigaretta tradizionale).

Allo stato attuale delle conoscenze la sigaretta elettronica non può essere assimilata alla tradizionale terapia con sostituti nicotinici (cerotti transdermici, gomme da masticare, pastiglie, bocchini-inalatori) non avendo l'approvazione come trattamento della dipendenza da nicotina. La facilità con cui alcuni fumatori riescono a ridurre il consumo giornaliero di sigarette tradizionali utilizzando la sigaretta elettronica, potrebbe essere attribuibile, da un lato, all'assunzione di dosi di nicotina e, dall'altro, all'appagamento sensoriale e comportamentale.

Comunque, allo stato attuale delle conoscenze non si può affermare che la tossicità delle sigarette elettroniche sia paragonabile a quella della sigaretta tradizionale. Il numero e le quantità dei composti tossici che si generano durante l'uso della sigaretta elettronica sono nettamente inferiori rispetto a quelli che si formano dalla combustione del tabacco di una sigaretta tradizionale. I pochi studi al momento disponibili non sono comunque sufficienti a dimostrare né la totale innocuità delle sigarette elettroniche né la loro efficacia come mezzo per smettere di fumare, a differenza dei sostituti nicotinici: cerotto, bocchino-inalatore, pastiglie, gomme da masticare, spray nasale alla nicotina.

Le sigarette elettroniche producono fumo passivo (elettronico), anche se in quantità minore rispetto alla sigaretta tradizionale e chi è esposto a fumo passivo elettronico può assumere nicotina con le stesse modalità e quantità della sigaretta tradizionale.

Inoltre, le sigarette elettroniche contribuiscono a normalizzare l'abitudine al fumo di sigaretta tradizionale. Il fumatore le usa nei luoghi in cui vige il divieto di fumare, riducendo sostanzialmente l'impatto di tale normativa. Nelle pubblicità e nelle immagini dei media, la sigaretta elettronica ha l'aspetto di una sigaretta tradizionale, restituendo fascino all'atto di fumare, e può, da una parte, attrarre nuovi consumatori, dall'altra stimolare gli ex fumatori aumentando la probabilità di ricaduta. Esiste una preoccupazione particolare per gli adolescenti, per il rischio di sviluppo di dipendenza da fumo elettronico e/o dell'effetto

facilitante che la sigaretta elettronica può avere sull'iniziazione all'uso del fumo di tabacco, poiché la nicotina, contenuta sia nel tabacco sia nella maggior parte dei modelli di sigaretta elettronica, è la sostanza che causa dipendenza. Allo stesso modo, l'uso ripetitivo e la modalità di assunzione sono i presupposti per l'instaurarsi ed il perpetuarsi di una dipendenza gestuale o comportamentale. Anche per questo è stato introdotto il divieto di vendita di sigarette elettroniche con presenza di nicotina ai minorenni e, con il decreto Istruzione 104/2013, convertito nella legge 128/2013 l'11 novembre 2013, il divieto di uso nelle scuole. Purtroppo, con la stessa legge è stato anche cancellato il divieto di utilizzo della sigaretta elettronica nei luoghi pubblici. Infatti, è stata stralciata l'ultima parte del comma 10-bis dell'articolo 51 della legge Sirchia, con la quale erano state applicate alle sigarette elettroniche le norme in materia di tutela della salute dei non fumatori previste per i tabacchi. Di fatto quindi viene reso possibile "svapare" la sigaretta elettronica dove invece permane il divieto per le sigarette tradizionali: uffici, ristoranti, cinema, mezzi pubblici e bar. Inoltre, con lo stesso decreto, viene autorizzata la pubblicità di marchi di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina, a condizione che riporti in modo chiaramente visibile la dicitura "presenza di nicotina" e l'avvertimento sul rischio di dipendenza da nicotina. In ogni caso, il divieto di pubblicità di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina permane nei casi in cui sia trasmessa nell'ambito di programmi rivolti ai minori o che mostri minori che usano sigarette elettroniche. È vietata la pubblicità delle sigarette elettroniche anche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori ed è vietata la pubblicità radiotelevisiva di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina nella fascia oraria dalle 16 alle 19. Infine è vietata la pubblicità di liquidi o ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina sulla stampa destinata ai minori e nelle sale cinematografiche in occasione di film destinati prevalentemente ai minori.

Con il decreto del Ministero delle Finanze del 16/11/2013 saranno soggetti a tassazione del 58,5% i liquidi delle sigarette elettroniche e le parti di ricambio (come le batterie) e i dispositivi meccanici ed elettronici. Inoltre i produttori dovranno istituire dei depositi e chiederne l'autorizzazione all'Agenzia delle dogane e dei monopoli.

Le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità del 10 febbraio 2014 relative alla regolarità/irregolarità di etichettatura per sigaretta elettronica, forniscono la classificazione dei liquidi con nicotina utilizzati nelle sigarette elettroniche, e rappresentano un orientamento per le attività di controllo.

Alcune indicazioni per gli operatori sanitari:

-- non ci sono al momento dati scientifici per approvare l'uso della sigaretta elettronica come metodo per smettere di fumare;

-- si raccomanda che gli operatori sanitari ricordino e seguano sempre e comunque le attuali linee guida basate sull'evidenza scientifica per il trattamento del tabagismo. Quindi il primo consiglio per ogni fumatore è smettere di fumare, ed ogni fumatore deve essere informato sull'esistenza di farmaci e programmi di trattamento efficaci che possono aiutarlo nella cessazione del fumo;

-- l'uso della sigaretta elettronica può essere valutato in casi selezionati (e pertanto, a livello individuale, ma non a livello di popolazione), all'interno di un percorso medico-guidato di disassuefazione dal fumo di tabacco, finalizzato a una possibile strategia di riduzione del rischio (ad esempio, in fumatori con grave comorbidità psichiatrica, malattie neoplastiche in stadio terminale, storia di dipendenza da fumo di tabacco non rispondente a ripetuti interventi farmacologici e comportamentali di dimostrata efficacia);

- gli utilizzatori della sigaretta elettronica dovrebbero essere informati dei danni alla salute (biologico, e/o di dipendenza fisica e comportamentale) la cui entità è ancora oggetto di studio;

- nel caso di fumatori concomitanti di sigaretta elettronica e di sigaretta tradizionale, raccomandare che l'obiettivo prioritario è quello di usare la sigaretta elettronica per smettere

di fumare il prima possibile la sigaretta tradizionale. L'uso concomitante di sigarette tradizionali ed elettroniche va scoraggiato, perché crea una situazione instabile che spesso lascia insoddisfatto il fumatore, che ritorna quindi a fumare esclusivamente tabacco.

- nel caso di utilizzatori esclusivi di sigaretta elettronica, raccomandare di interromperne l'uso, poiché gli effetti sulla salute dell'uso a lungo termine non sono noti.

- nel caso di donne in gravidanza e di pazienti che hanno avuto da poco un evento coronarico acuto, in mancanza di studi sui rischi della sigaretta elettronica, ne va scoraggiato l'uso.

- nel caso di ex-fumatori e non fumatori, gli operatori sanitari dovrebbero assolutamente scoraggiare l'uso della sigaretta elettronica per i suoi effetti irritanti e le potenzialità di creare dipendenza.

-- non è possibile escludere che l'uso della sigaretta elettronica in ambienti confinati sia nocivo per la salute dei soggetti esposti non fumatori, in particolare quelli potenzialmente più suscettibili (bambini, donne in gravidanza, anziani, pazienti con malattie respiratorie e cardiovascolari croniche);

Indicazioni più generali:

-- dovrebbe essere incrementata la ricerca sulla sigaretta elettronica per valutarne il reale impatto in termini di sicurezza per la salute, di cessazione del fumo di tabacco, e di riduzione del danno nel fumatore tradizionale che non riesce a smettere;

-- dovrebbe essere regolamentata la produzione e commercializzazione delle sigarette elettroniche;

-- dovrebbero essere vietate in ambienti chiusi aperti al pubblico e dovrebbe essere vietata la pubblicità, così come accade per le sigarette tradizionali.

## Bibliografia

49. Istituto Superiore di Sanità. Richiesta di aggiornamento scientifico in merito alla pericolosità delle sigarette elettroniche contenenti nicotina. 2012; Prot. 20/12/12-0046571. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1882\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1882_allegato.pdf)
50. Tinghino B. Sigaretta elettronica: luci e ombre. *Tabaccologia* 2012;3-4:36-41. [http://www.tabaccologia.it/PDF/Tabaccologia3-4\\_12.pdf](http://www.tabaccologia.it/PDF/Tabaccologia3-4_12.pdf)
51. Documento a cura del Gruppo di Studio "Prevenzione, controllo del fumo di tabacco e ambiente" dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) e "Epidemiologia e prevenzione" della Società Italiana di Medicina Respiratoria (SIMeR) <http://www.aiponet.it/it/news/aiponews/detail/0/262/9884/sigaretta-elettronica.html/?ctxid=0&npage=2&ctxid2=0#ancorMaterial>
52. Tinghino B, Pacifici R, Di Pucchio A, Palmi I, Solimini R, Faggiano F, Gorini G. Focus sulle sigarette elettroniche. *Epidemiol Prev* 2013; 37(4-5):303-7.
53. World Health Organization - Framework Convention on Tobacco Control. Electronic nicotine delivery systems, including electronic cigarettes. Report by the Convention Secretariat. 18 June 2012. Disponibile: [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop5/FCTC\\_COP5\\_13-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop5/FCTC_COP5_13-en.pdf). Accesso 20 maggio 2013.
54. Gilardi L. Aspetti tossicologici della e-cig. Centro di documentazione della Regione Piemonte . [http://www.dors.it/alleg/newcms/201307/capitolo\\_tossicit%E0Xsito.pdf](http://www.dors.it/alleg/newcms/201307/capitolo_tossicit%E0Xsito.pdf)

## **4.2. Tomografia computerizzata (TC) a bassa dose per la diagnosi precoce del tumore del polmone nei fumatori ed ex-fumatori**

Laura Carrozzi, Francesco Pistelli, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana  
([l.carrozzi@ao-pisa.toscana.it](mailto:l.carrozzi@ao-pisa.toscana.it); [f.pistelli@ao-pisa.toscana.it](mailto:f.pistelli@ao-pisa.toscana.it) )

### *Stato dell'arte sulla problematica dello screening per tumore polmonare*

I risultati di un largo studio randomizzato controllato americano (National Lung Screening Trial, NLST) hanno dimostrato l'efficacia della procedura di screening con TC a bassa dose sulla mortalità, sia specifica per tumore polmonare sia generale (20% e 6.7% di riduzione rispettivamente), in soggetti ad alto rischio di tumore (per età ed esposizione al fumo di tabacco), appartenenti alla popolazione americana (54). Sulla base di questo risultato, la US Preventive Task Force ha recentemente pubblicato le sue raccomandazioni, considerando lo screening polmonare con TC a bassa dose come intervento di provata efficacia nel ridurre la mortalità per cancro polmonare in gruppi selezionati di popolazione, cioè quelli rispondenti ai criteri di arruolamento dello studio NLST: soggetti di età compresa tra 55 e 74 anni, con una storia di consumo di sigarette maggiore di 30 anni-pacchetti (equivalenti, ad esempio, a 30 anni trascorsi fumando 20 sigarette al giorno, oppure a 60 anni trascorsi fumando 10 sigarette al giorno). Nel documento sono tuttavia sottolineate problematiche ancora aperte, con particolare riferimento al rapporto costo-beneficio e alla quota di sovradiagnosi. (55)

A livello europeo, sono stati realizzati 6 studi randomizzati controllati che hanno arruolato un totale di circa 32.000 soggetti; uno studio è in fase di avvio nel Regno Unito su un campione di circa 28.000 soggetti. In attesa dei risultati conclusivi e delle analisi di mortalità, l'attuale mancanza di evidenze di efficacia non permette di definire linee guida e indicazioni precise. Le raccomandazioni delle Società Scientifiche esprimono interesse e, allo stesso tempo, cautela per l'importante potenziale impatto in Sanità pubblica legato all'implementazione di procedure non controllate e non completamente verificate. (56).

In Italia, un documento recentemente realizzato dall'Osservatorio Nazionale Screening su richiesta del Ministero della Salute (57), recependo il pensiero dei ricercatori che si stanno occupando degli studi nazionali in corso (compreso lo studio ITALUNG – CT realizzato in Regione Toscana), conclude che, nell'attesa dei dati che saranno prodotti dall'analisi complessiva dei dati europei, attesa nel 2015/2016, lo screening per il tumore polmonare deve essere scoraggiato al di fuori di progetti che non siano condotti da centri di eccellenza in diagnostica polmonare e con protocolli di ricerca adeguati.

### *La cessazione del fumo nei programmi di screening per tumore polmonare*

Nonostante i punti critici e l'attesa di ulteriori risultati di efficacia, tutti i documenti di indirizzo e gli articoli pubblicati sulla tematica dello screening per tumore polmonare concordano nell'affermare la priorità del controllo del tabagismo nella prevenzione di tale patologia. Secondo stime ottenute dall'applicazione di modelli statistici, uno scenario di intervento che combinasse il controllo del tabagismo con i risultati delle procedure di diagnosi precoce potrebbe modificare, a livello di popolazione, il rischio per tumore polmonare e migliorare il rapporto costo-beneficio degli stessi programmi di screening (58).

E' certo che qualsiasi programma, sperimentale e non, di valutazione e/o di pianificazione di screening per il cancro polmonare debba incorporare interventi di disassuefazione del fumo, che devono essere considerati una componente integrante dei protocolli applicativi. Tuttavia, i dati relativi alla quantificazione del tasso di cessazione del fumo all'interno dei programmi di screening ad oggi condotti sono variabili: in alcuni casi, la partecipazione allo screening si

è dimostrata associata ad una maggiore astinenza; in altri, questo risultato si è osservato solo nei fumatori nei quali si siano riscontrate anomalie all'esame TC; in molti casi, non si sono riscontrate tendenze evidenti. E' tuttavia da sottolineare che, mentre viene riferita l'applicazione di interventi educazionali e/o di counselling, non ci sono dati pubblicati e non sono molti gli esempi che valutino e descrivano la gestione di programmi intensivi di disassuefazione (59).

#### *L'esperienza toscana nello Studio ITALUNG CT*

In Toscana, grazie al supporto regionale, è stato organizzato lo studio multicentrico ITALUNG-CT, studio randomizzato e controllato, realizzato con il coordinamento dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), sotto l'egida dell'Istituto Toscano Tumori (ITT), e condotto nelle Aziende Ospedaliere-Universitarie di Firenze e Pisa e nella ASL di Pistoia (60). Le fasi di raccolta dati sul campo si sono concluse con risultati sovrapponibili a quelli di altri studi internazionali, in termini di numero di esami eseguiti e di tumori rilevati. I due bracci di popolazione arruolati (quello "attivo", sottoposto al test di screening, e quello "passivo", sul quale nessuna procedura è stata applicata) sono in fase di follow up riguardo ai dati di mortalità, la cui analisi rappresenterà l'outcome primario dello studio.

I dati relativi al tasso di cessazione del fumo, calcolato come quota di soggetti fumatori al momento dell'arruolamento, divenuti ex-fumatori dopo i 4 anni di conduzione dello studio sul campo, dimostrano una maggiore quota di astinenza nel gruppo attivo (20.8%) rispetto al gruppo passivo (16,7%). L'interesse di questo dato nasce dalla dimostrazione che il successo è risultato associato soprattutto alla partecipazione ad un programma intensivo di disassuefazione condotto da personale qualificato. Tale opportunità si è verificata in particolare nel centro di Pisa, dove il CAF dell'Azienda Ospedaliere-Universitaria Pisana (Centro per lo Studio ed il Trattamento del Tabagismo – CeST) è anche il centro di coordinamento dello screening ed il punto di riferimento sia per i soggetti arruolati sia per le molteplici figure professionali coinvolte (Radiologi, Chirurghi, Medici di Medicina Generale) (61). Il tasso di cessazione dovuto all'intervento di disassuefazione, condotto dal CeST nel contesto del programma di screening, si è inoltre dimostrato più elevato di quello osservato nei fumatori aventi le stesse caratteristiche di esposizione al fumo ed afferenti al CeST dalla popolazione generale, durante lo stesso periodo di studio (a 12 mesi, 28.9% vs. 13.6%) (62); ciò a dimostrazione della opportunità della partecipazione al programma di screening come momento target per iniziare un percorso antitabagico. L'articolazione dell'intervento realizzato a Pisa rappresenta un esempio efficiente delle potenzialità di sviluppo delle attività dei CAF e il loro ruolo di riferimento e centralità per la gestione delle malattie fumo-correlate.

## Bibliografia

55. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al. National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1627-33. 2011
56. Humphrey LL, Deffebach M, Pappas, Baumann C, Artis K, Mitchell JP, Zakher B, Slatore CG. Screening for lung cancer with low-dose computer tomography: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med* 2013. [www.annls.org](http://www.annls.org) 30 July 2013,.
57. Field JK, Hansell DM, Duffy S, Baldwin DR. CT screening for lung cancer: countdown to implementation. *Lancet Oncol* 2013; 14: e591-600.
58. <http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Screening.pdf>, 2013
59. Carreras G, Gorini G, Paci E. Can a national lung cancer screening program in combination with smoking cessation policies cause an early decrease in tobacco deaths in Italy? *Cancer Prev Res (Phila)* 2012;5(6):874-82.
60. Munshi V, McMahon P. Importance of Smoking Cessation in a Lung Cancer Screening Program. *Curr Surg Rep*. 2013; 1 doi: 10.1007/s40137-013-0030-1.
61. Lopes Pega A, Picozzi G, Falaschi F, Carrozzi L, Falchini M, Carozzi FM, Pistelli F, Comin C, De Liperi A, Grazzini M, Innocenti F, Maddau C, Vella A, Vaggelli L, Paci E, Mascalchi M for the ITALUNG Study Research Group. *J Thorac Oncol* 2013; 8 : 866-75.
62. Pistelli F, Aquilini F, Tavanti L, Cini S, Conti B, Falaschi F, Lopes Pegna A, Paci E, Carrozzi L. Predictors of smoking cessation within a lung cancer CT screening trial. *Eur Respir J* 2011; 38 p4248.
63. Pistelli F, Aquilini F, Tavanti L, Cini S, Spinelli C, Falaschi F, Paci E, Carrozzi L. Smoking cessation over the first year of follow-up in a lung cancer screening with spiral chest CT scan (Italung\_CT study). *Eur Respir J* 2007; 30 p

### 4.3. Prevalenza di fumo e mortalità attribuibile al fumo in Italia e in Toscana

Fabio Voller, Nadia Olimpi, ARS Toscana, Firenze ([fabio.voller@ars.toscana.it](mailto:fabio.voller@ars.toscana.it); [nadia.olimpi@ars.toscana.it](mailto:nadia.olimpi@ars.toscana.it))

In Italia, la percentuale di fumatori è notevolmente diminuita nel corso degli ultimi 50 anni. Le indagini campionarie condotte dalla DOXA per conto dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che la percentuale dei fumatori maschi è passata dal 65% nel 1957 al 26,2% nel 2013. Nelle donne l'andamento è stato diverso: la percentuale delle fumatrici è aumentata inizialmente dal 6,2% del 1957 al 25,9% del 1990, e successivamente si è progressivamente ridotta, per arrivare al 2013 in cui sono risultate pari al 15,3% (9).

In Toscana, i dati più recenti sui fumatori sono del 2011 (fonte: elaborazioni dell'ARS toscana dei dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT). Nella tabella 1 sono riportati i dati recenti più significativi sulla diffusione del fumo in Toscana.

Tabella 1 - Prevalenze di fumo in Toscana

<b>Categoria</b>	<b>Prevalenze registrate</b>	<b>Fonte</b>
<i>Maschi (M)</i> (età ≥ 14 anni)	27,9% (28,9% in Italia)	ISTAT, 2011*
<i>Femmine (F)</i> (età ≥ 14 anni)	19,5% (16,9% in Italia)	ISTAT, 2011*
<i>Fumatori</i> (M+F; età ≥ 14 anni)	23,5% (22,7% in Italia)	ISTAT, 2011*
<i>Ex-fumatori</i> (M+F; età ≥ 14 anni)	24,9% (23,7% in Italia)	ISTAT, 2011*
<i>Mai fumatori</i> (M+F; età ≥ 14 anni)	51,6% (53,6% in Italia)	ISTAT, 2011*
<i>Andamento temporale</i>	<p>Dagli anni '80 si è osservato un trend in riduzione della diffusione del consumo di tabacco, legato fondamentalmente al calo della prevalenza di fumatori tra gli uomini (-23,8% dal 1980 al 2011). Nello stesso periodo la percentuale di fumatrici si è mantenuta sostanzialmente stabile (-0,2%).</p> <p>Le tendenze nei due generi osservate in Toscana ripetono l'andamento registrato negli stessi anni in Italia.</p> <p>La diminuzione dei fumatori in Toscana sembra essere dovuta soprattutto all'aumento sensibile degli ex-fumatori (da 6,9% del 1980 a 24,9% del 2011), più che a variazioni dei mai fumatori, che anzi sono diminuiti (da 58,2% nel 1980 a 51,6% nel 2011).</p>	ISTAT, 2011*
<i>Soggetti 18-65 anni</i>	<p>In Toscana :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 28,4% i fumatori (28% in Italia),</li> <li>- 20,4% gli ex-fumatori</li> <li>- 1% quelli che hanno smesso di fumare da meno di 6 mesi</li> <li>- 51,2% i mai fumatori</li> </ul>	Studio PASSI, 2010 (Cecconi, Mazzoli, Garofalo, 2010) (64)

\* elaborazioni ARS toscana dei dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT 2011

Tabella 1 - (continua)

<b>Categoria</b>	<b>Prevalenze registrate</b>	<b>Fonte</b>
<i>Giovani adulti (20-39 anni)</i>	Il fumo è molto diffuso in Toscana, fuma: - il 41,6% dei maschi di età 30-39 anni; - il 27% nelle donne di età 30-39 anni	ISTAT, 2011*
<i>Adolescenti (14-19 anni)</i>	17,5% (14,7% in Italia); - 20,1% dei maschi (18,7% in Italia); - 14,9% delle femmine (10,6% in Italia).	ISTAT, 2011*
<i>Ragazzi e adolescenti (11, 13 e 15 anni)</i>	In Toscana, hanno dichiarato di fumare tutti i giorni: - a 11 anni: 0,4% (0,7% maschi, 0% femmine) - a 13 anni: 1% (1,1% maschi e 0,8% femmine) - a 15 anni: 15,9% (14,5% maschi e 17,3% femmine)	Studio HBSC, 3° rapporto dati toscani 2009- 2010 (65)
<i>Età di inizio</i>	15 anni. Ha provato a fumare il 60,9% dei ragazzi ed il 68,8% delle ragazze che frequentano le scuole medie sup. toscane; dal 2008, una percentuale crescente di adolescenti che ha provato a fumare diventa consumatore regolare.	Studio EDIT: ARS Toscana, 2011 (66)
<i>Livello di istruzione</i>	Uomini: percentuale più alta di fumatori tra quelli con livello di istruzione più basso, come in Italia. Donne: percentuale più alta di fumatrici tra quelle con livello di istruzione più alto, come in Italia.	Elaborazioni ARS su dati ISTAT
<i>Fumo passivo in ambito domestico</i>	78% dei rispondenti all'indagine PASSI nazionale nel 2012 hanno riferito di vivere in case libere da fumo, dove non è permesso agli ospiti fumare, con un aumento significativo dal 2008 (72%).	Indagine Passi, 2012 (67)

\* elaborazioni ARS toscana dei dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT 2011

Il consumo di tabacco, come è noto, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie dell'apparato cardiovascolare e respiratorio e per diversi tipi di tumore. È stato stimato che, nel 2010, in Italia, i tre principali fattori di rischio a cui è possibile attribuire la "perdita di salute" (DALYs) sono l'alimentazione, l'ipertensione e il fumo di tabacco, seguiti da alto BMI e inattività fisica (<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>). In Italia, è stato calcolato che, nel 2010, i decessi attribuibili al fumo sono stati 71.445, di cui 52.707 negli uomini e 18.738 nelle donne, pari, complessivamente, al 12,5% della mortalità totale. Tali decessi attribuibili al fumo sono dovuti a cancro del polmone (25.987 decessi), altre neoplasie maligne (10.121 decessi), malattie cardiovascolari (19.612 decessi) e patologie respiratorie non neoplastiche (15.725 decessi) (68). Rispetto al 1998, è stata osservata una riduzione della quota di mortalità totale attribuibile al fumo, dal 15,1% al 12,5%, pari a 12.215 decessi in meno (69). Un'analisi analoga è stata condotta sulla mortalità attribuibile al fumo in Toscana nei soggetti di età  $\geq 35$  anni, attraverso l'utilizzo, come per i dati italiani, del programma SAMMEC (Smoking-Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs), sviluppato dal Center for Disease Control and Prevention statunitense (70). Nel 2008, in Toscana, il numero di decessi attribuibili al fumo è stato di 5.682, 4.342 nei maschi e 1.340 nelle femmine. I decessi attribuibili al fumo comprendevano 2.816 casi di neoplasie maligne, di cui 1.940 del polmone, 1.566 casi di malattie cardiovascolari e 1.300 casi di patologie respiratorie non neoplastiche, di cui 1.117 broncopneumopatie croniche ostruttive. Il tasso standardizzato di mortalità attribuibile al fumo nella popolazione toscana è diminuito da 271,2/100.000 nel 2000 a 225,8/100.000 nel 2008, con 371 decessi attribuibili al fumo in meno. Il tasso standardizzato di mortalità attribuibile al fumo per una delle patologie maggiormente correlate

al tabacco, ovvero il tumore del polmone, a fronte di una riduzione negli uomini da 190,7/100.000 nel 2000 a 152,9/100.000 nel 2008, ha visto nelle donne un incremento, nello stesso periodo, da 17,5/100.000 a 24,2/100.000.

Tabella 2. Decessi e tassi (tra parentesi) standardizzati di mortalità attribuibili al fumo, totale e per gruppi di patologie. Popolazione standard: Toscana, anno 2000. Maschi, femmine, totale. Età  $\geq$  35 anni. Toscana, anno 2008.

Patologie fumo correlate	Maschi	Femmine	Totale
Neoplasie	2.346 (226,8/100.000)	470 (34,9/100.000)	2.816 (114,9/100.000)
Malattie cardiovascolari	1.108 (117,2/100.000)	458 (28,9/100.000)	1.566 (62,6/100.000)
Patologie respiratorie non neoplastiche	888 (93,2/100.000)	412 (24,0/100.000)	1.300 (48,3/100.000)
Totale	4.342 (437,2/100.000)	1.340 (87,8/100.000)	5.682 (225,8/100.000)

## Bibliografia

64. Cecconi R, Mazzoli F, Garofalo G. Sistema di Sorveglianza Passi Rapporto Regionale. Regione Toscana, 2010. <http://www.usl3.toscana.it/allegati/Passi%202010.pdf>
65. Regione Toscana. Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. 3° Rapporto sui dati toscani dello studio HBSC 2009-2010. Regione Toscana, 2010  
[http://www.toscana.istruzione.it/novita/allegati/2010/novembre/HBSC\\_REPORT\\_stampato.pdf](http://www.toscana.istruzione.it/novita/allegati/2010/novembre/HBSC_REPORT_stampato.pdf)
66. Agenzia Regionale di Sanità Toscana. Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT 2005-2008-2011. regione Toscana, 2011.  
<http://www.ars.toscana.it/it/pubblicazioni/collana-documenti-ars/pubblicazioni-2011/180-comportamenti-a-rischio-e-stili-di-vita-dei-giovani-toscani-i-risultati-delle-indagini-edit-2005-2008-2011.html>
67. Minardi V, Gorini G, Carreras G, Masocco M, Ferrante G, Possenti V, Quarchioni E, Spizzichino L, Galeone D, Vasselli S, Salmaso S. Compliance of the Italian smoking ban: an 8-year update. Int J Public Health 2014 (in press)
68. Gallus S. et al. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. Preventive Medicine 2011; 52: 434-438.
69. Gorini G, Chellini E, Querci A, Seniori Costantini A. Impact of smoking in Italy in 1998: deaths and years of potential life lost. Epidemiol Prev 2003;27:285-90.
70. <http://apps.nccd.cdc.gov/sammec/>

## Capitolo 5 – Raccomandazioni per le politiche regionali sul tabagismo

### 5.1. Potenziamiento e sostegno degli interventi già sviluppati

Fermo restando la validità delle precedenti raccomandazioni del 2009, e considerando l'impegno assunto dall'Italia firmando la Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) dell'OMS che impegna in prima istanza il Sistema Sanitario a sostenere, favorire e accompagnare i processi individuali e collettivi di consapevolezza dei rischi per la salute da esposizione a fumo attivo e passivo e a mettere in atto interventi efficaci di riduzione dei rischi da fumo, si ritiene che il Sistema Sanitario Regionale (SSR) in prima istanza assuma comportamenti e iniziative di contenimento del rischio nella proprie Strutture da parte dei propri operatori.

A tal fine si raccomanda:

- il divieto di fumo nelle strutture di pertinenza del SSR e di introdurre ciò nei regolamenti aziendali;
- di sostenere e potenziare laddove necessario, in tutte le Strutture del SSR toscano, gli interventi descritti nei capitoli 1, 2 e 3 affinché non rimangano sporadici, patrimonio di solo alcune aziende;
- di sviluppare indicatori aziendali in grado di monitorare l'effettiva implementazione di idonei interventi di contrasto al tabagismo. Gli indicatori selezionati potrebbero diventare patrimonio del sistema di valutazione della performance della sanità toscana, nella dimensione valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (71).

### 5.2 Formazione del personale sanitario

Elisabetta Chellini, ISPO ([e.chellini@ispo.toscana.it](mailto:e.chellini@ispo.toscana.it))

Per qualsiasi azione di contrasto al fumo attivo e passivo, sia sporadica sia di sistema, è fondamentale la partecipazione condivisa e convinta del sistema sanitario e del personale che vi opera, specialmente di quello sanitario per la valenza esemplificativa che ha nei confronti di soggetti che non hanno una formazione in ambito sanitario.

La formazione del personale sanitario non specificamente impegnato in Centri Antifumo va dall'acquisizione di conoscenze adeguate sull'argomento all'utilizzo di strumenti interattivi con gli assistiti, in particolare se fumatori per motivarli alla cessazione e a comportamenti idonei a non far sì che altri soggetti siano esposti a fumo passivo. In particolare la cassetta degli attrezzi dell'operatore sanitario in genere deve comprendere:

1 – Conoscenze adeguate sui danni da fumo attivo e passivo, con particolare enfasi sugli aspetti sanitari di cui si sta occupando

2 - Strumenti informativi:

- la lista dei centri antifumo della propria azienda o vicini al proprio servizio
- opuscoli da fornire ai pazienti/utenti del servizio

3 - Capacità di utilizzare il counseling motivazionale per interventi brevi.

È opportuno inserire il counseling motivazionale non solo sul fumo ma sugli stili di vita salubri in generale in qualsiasi contesto sanitario. Questo è particolarmente importante per quegli operatori sanitari non medici che vengono considerati punto di riferimento e di ascolto da parte degli utenti, che spesso arrivano ai vari servizi sanitari con il bisogno di fare domande e di essere ascoltati.

Lo studio SPRINT, già citato in merito a interventi rivolti alla donne (10-12,72), ha mostrato come le ostetriche impegnate nel counseling motivazionale sugli stili di vita (in particolare

fumo e attività fisica), peraltro già predisposte per questo tipo di lavoro, abbiano riportato un significativo livello di soddisfazione, coerente con la buona risposta e soddisfazione da parte delle donne, utenti del servizio, ed hanno anche evidenziato un miglioramento nel tempo delle loro abilità relazionali con le pazienti.

La formazione al counseling motivazionale deve essere soprattutto di tipo pratico sull'ascolto focalizzato e sulla relazione, in modo tale da consentire all'operatore di gestire nel modo migliore le situazioni più difficili nel poco tempo che ha a disposizione.

Ovviamente la capacità di offrire un counseling motivazionale deve essere sostenuta da un'organizzazione del servizio sanitario tale da permettere che sia effettivamente svolto e cioè che l'operatore abbia effettivamente anche pochi minuti per attuarlo, che tale attività sia condivisa da tutto lo staff della struttura, e che vi sia la possibilità per l'operatore di entrare in contatto o anche solo inviare l'utente al MMG e ai Centri Antifumo.

## Bibliografia

71. Laboratorio di Management e Sanità, Regione Toscana. Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana. Report 2012. MeS, Pisa, 2013
72. Grechi E, Chellini E, Bellati C; Gruppo di lavoro SPRINT. Il counseling sugli stili di vita nell'ambito delle attività di prevenzione secondaria dei tumori: riflessioni dall'esperienza dello studio SPRINT a Firenze, Mantova e Torino. *Epidemiol Prev* 2012; 36:56-8

### **5.3. Linea telefonica e sito web per aiutare i fumatori a smettere**

Giuseppe Gorini, ISPO ([g.gorini@ispo.toscana.it](mailto:g.gorini@ispo.toscana.it))

Una linea telefonica gratuita dedicata ai fumatori, definita "Quitline", con somministrazione di counselling telefonico, è considerata efficace ed economica, con un ottimo rapporto di costo-efficacia. La linea telefonica è uno strumento flessibile, e può essere disegnato per venire incontro a svariate esigenze. Permette una risposta immediata alla richiesta del fumatore di smettere, senza aspettare il tempo necessario per un appuntamento "faccia a faccia" con un operatore sanitario. Ha un potenziale elevato nel raggiungere un'ampia fascia di fumatori. Infatti è raccomandata in tutte le linee guida sul tabagismo perché riesce a raggiungere anche fumatori di bassa condizione socio-economica. Infine, può essere un servizio a cui gli operatori sanitari, che hanno una minore disponibilità di tempo per svolgere interventi di counselling per la cessazione del fumo, possono indirizzare i pazienti-fumatori che incontrano nella loro pratica professionale.

Il numero verde contro il fumo dell'Osservatorio Fumo Alcol Droga – Istituto Superiore di Sanità (ISS) (<http://www.iss.it/ofad/serv/cont.php?id=3&lang=1&tipo=7>) è uno strumento per aiutare il fumatore a smettere. Gli operatori erogano al fumatore che chiama un intervento di counselling breve e lo indirizzano al centro anti-fumo più vicino.

Nei prossimi anni, entrerà in vigore la nuova Direttiva Europea sui prodotti del tabacco che prevede che sui pacchetti di sigarette venga riportato il numero dell'ISS. Questo determinerà un aumento notevole dell'utilizzo da parte di adulti fumatori di questo numero. La regione Toscana potrebbe sfruttare questa occasione sviluppando un progetto pilota per effettuare una presa in carico più sostanziale del fumatore che chiama il numero verde dell'ISS. Si potrebbe costituire un centralino regionale a cui il numero verde dell'ISS passa le telefonate che riceve da fumatori toscani. Questo centralino regionale dovrebbe favorire il contatto con i già esistenti centri anti-fumo (CAF), prevedendo un primo accesso gratuito. Se il fumatore non fosse interessato ad un intervento presso i CAF della sua zona, il centralino potrebbe

continuare a seguirlo telefonicamente nell'eventuale tentativo di cessazione, secondo protocolli validati e considerati efficaci dalla Cochrane Collaboration, che prevedono di fissare il "quit-day" (giorno in cui si smette di fumare) e di effettuare successivamente altre 4 chiamate di 10-15 minuti fatte dal counselor al fumatore immediatamente dopo il "quit-day", a 3 giorni, a una settimana e a un mese di distanza.

In Toscana ci sono circa 800.000 fumatori. Una quitline ben divulgata raggiungerebbe almeno l'1% dei fumatori toscani: intorno a 8.000 chiamate l'anno come primo accesso. Considerando che dovremmo ottenere un'astinenza a 6 mesi-un anno intorno al 15%, otterremo circa 1.200 astinenti l'anno in più per l'attività svolta dalla quitline.

Un ulteriore aiuto ai fumatori potrebbe essere la promozione di sistemi online già esistenti per aiutare i fumatori a smettere, come la piattaforma iCoach descritta nel capitolo 1 o l'applicazione "Quanto fumi?" sviluppata dal Ministero della Salute (76).

## Bibliografia

73. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quitlines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004.  
<[http://www.cdc.gov/tobacco/quit\\_smoking/cessation/Quitlines/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/Quitlines/index.htm)>
74. Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact Quitlines. *Tob Control* 2007;16 Suppl 1:i3-8.
75. Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GJ, Rosbrook B, Johnson CE, Byrd M, Gutiérrez-Terrell E. Evidence of real-world effectiveness of a telephone Quitline for smokers. *N Engl J Med.* 2002;347(14):1087-93.
76. Feenstra TL, van Baal PHM, Hoogenveen RT, SMC Vijgen, E Stolk, WJE Bemelmans. Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM report 260601003/2005.
77. [http://www.salute.gov.it/portale/p5\\_0.jsp?lingua=italiano&id=55](http://www.salute.gov.it/portale/p5_0.jsp?lingua=italiano&id=55)

## 5.4. Campagne mediatiche anti-fumo

Giuseppe Gorini, ISPO ([g.gorini@ispo.toscana.it](mailto:g.gorini@ispo.toscana.it))

Esiste forte evidenza che le campagne mediatiche riducano il fumo tra i giovani, promuovano la cessazione negli adulti e riducano la prevalenza di fumo tra gli adulti.

Per registrare un effetto quantificabile, una campagna mediatica deve avere una durata minima di 3 mesi e deve essere vista almeno una volta alla settimana dalla popolazione dell'area di copertura mediatica. Il canale più efficiente è sicuramente quello televisivo perché le pubblicità televisive rispetto a quelle radiofoniche sono meglio ricordate dalla popolazione poiché si basano sull'immagine e non sulla parola. Le nuove strategie digitali (pubblicità tramite banner, servizi di messaggi, applicazioni sul telefonino) possono invece raggiungere un numero limitato di persone poiché richiedono la selezione attiva da parte dell'utilizzatore.

I contenuti delle pubblicità che generano emozioni negative (paura, colpa, disgusto, rabbia) attraverso testimonial o rappresentazioni grafiche degli effetti sulla salute del fumare, o attraverso l'esposizione delle pratiche ingannevoli utilizzate dalle industrie del tabacco per vendere i loro prodotti, suscitano l'interesse degli adolescenti, vanno a toccare le credenze

classiche sul fumare e quindi riducono l'attrazione verso il fumo. Invece, pubblicità che mostrano gli effetti cosmetici del fumare (denti gialli, invecchiamento precoce della pelle), la capacità di indurre dipendenza o di peggiorare le prestazioni atletiche hanno meno attrattiva sui giovani.

Per quanto riguarda gli adulti, campagne che enfatizzano le ragioni per smettere di fumare, abbinate a forti emozioni e all'illustrazione delle gravi conseguenze per la salute, sono percepite come più efficaci, sono ricordate maggiormente dagli adulti fumatori e determinano un aumento dei tentativi per smettere. Invece spot pubblicitari che illustrano come smettere hanno un impatto meno chiaro; in alcuni casi hanno registrato effetti significativi, in altri nessun effetto.

Una campagna mediatica regionale lanciata in concomitanza della quitline regionale, potrebbe essere un'ottima iniziativa per promuovere la cessazione tra gli adulti in Toscana.

## Bibliografia

78. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
79. Schar E, Gutierrez K, Murphy-Hoefer R, Nelson DE. Tobacco Use Prevention Media Campaigns: Lessons Learned from Youth in Nine Countries. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. Available at [www.cdc.gov/tobacco](http://www.cdc.gov/tobacco).
80. Hammond D, Wakefield M, Durkin S, Brennan E. Tobacco packaging and mass media campaigns: research needs for Articles 11 and 12 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Nicotine Tob Res* 2013;15(4):817-31. doi: 10.1093/ntr/nts202.
81. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tob Control* 2012;21(2):127-38. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050345.

## 5.5. Rimborsabilità dei farmaci per la disassuefazione da fumo

Laura Carrozzi, Francesco Pistelli, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana ([l.carrozzi@ao-pisa.toscana.it](mailto:l.carrozzi@ao-pisa.toscana.it), [f.pistelli@ao-pisa.toscana.it](mailto:f.pistelli@ao-pisa.toscana.it))

Nonostante la rimborsabilità dei farmaci per la disassuefazione dal fumo sia al momento attuale solo un'ipotesi in discussione in ambito sanitario sia nazionale sia regionale, si è ritenuto di trattarne brevemente la problematicità all'interno di questo aggiornamento, allo scopo di stimolare la riflessione e la messa in opera di scelte future.

Il rationale del rimborso dei farmaci per il trattamento del tabagismo da parte del Sistema Sanitario poggia su due argomentazioni:

1) il vantaggioso rapporto costo-beneficio, come emerge anche dal confronto con altre misure farmacologiche di prevenzione riconosciute e rimborsate, che è dimostrato in contesti e sistemi organizzativi sanitari diversi (82,83);

2) la dimostrata efficacia di provvedimenti finanziari che prevedano la gratuità dell'intervento di disassuefazione dal fumo, compreso il trattamento farmacologico, come è confermato dall'aumento della quota dei fumatori intenzionati ad intraprendere percorsi di cessazione, dell'uso dei trattamenti e del tasso di cessazione raggiunto (84).

Gli scenari esistenti sono molto variabili da Paese a Paese con alcune realtà nazionali e regionali all'avanguardia (85). Negli Stati Uniti, un numero crescente di Stati sta provvedendo o programmando di provvedere alla copertura Medicaid (86). In UK, il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha sviluppato, ed aggiorna periodicamente, linee guida per la gestione dei Servizi di cessazione del fumo, che sono sostenuti all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, e prevede anche un'accurata analisi dei costi e dei benefici del trattamento farmacologico (87).

In Italia, nessuna misura nazionale è attiva e l'intervento di disassuefazione dal fumo non rientra tra le prestazioni di Livello Essenziale di Assistenza (LEA). Per quanto riguarda i farmaci, i sostituti nicotinici rientrano nella categoria dei prodotti da banco (OTC - Over The Counter), non necessitano di ricetta medica e non sono neanche potenzialmente suscettibili di rimborso da parte del Sistema Sanitario Nazionale. Per il bupropione cloridrato, benché il principio attivo sia rimborsabile come farmaco antidepressivo, la preparazione commerciale che ha ottenuto l'indicazione per la disassuefazione non ha riconosciuta nessuna rimborsabilità. Per la vareniclina, è in fase di iniziale avvio una negoziazione tra l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e la ditta produttrice in merito alle condizioni di ammissione al rimborso. ([http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/evento/Ordine%20del%20giorno%20CT%20\(7-8-9%20ottobre%202013\).pdf](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/evento/Ordine%20del%20giorno%20CT%20(7-8-9%20ottobre%202013).pdf)).

Un esempio d'iniziativa per la rimborsabilità dei farmaci "antifumo" è stato condotto in Regione Veneto, che ha finanziato la realizzazione, in tre ASL del suo territorio, di un progetto finalizzato a verificare la fattibilità e la resa della somministrazione gratuita di un trattamento individuale per smettere di fumare a soggetti affetti da malattie fumo-correlate (88). Il progetto è ancora in corso e sono in fase di follow-up i dati relativi al successo in termini di cessazione del fumo. Le relazioni preliminari riportano tassi di aderenza al trattamento tra i soggetti arruolati pari al 72,8% (aderenza totale), 14,0% (aderenza parziale/incostante) e 13,2% (tasso di abbandono), che dimostrano una buona "resa" della somministrazione gratuita del trattamento individuale per smettere di fumare a soggetti affetti da malattie fumo-correlate. Tuttavia, il reclutamento dei pazienti è stato faticoso e sotto-dimensionato rispetto all'atteso, evidenziando che la fattibilità di tale pratica clinica appare problematica e molto condizionata dalla scarsa sensibilità nei confronti della disassuefazione dal fumo come misura terapeutica essenziale, sia da parte dei medici e del personale sanitario sia da parte dei pazienti. La misura di somministrazione gratuita dei farmaci "antifumo" va quindi inquadrata in un percorso di diffusione e condivisione della cultura del trattamento medico-farmacologico del tabagismo, che preveda, in primo luogo, una formazione specifica degli operatori sanitari, al fine di garantire un adeguato reclutamento e massimizzarne l'utilità/efficacia.

In Toscana, dove l'intervento di disassuefazione dal fumo riconosce un suo preciso inquadramento nel Nomenclatore Regionale e il primo accesso ai CAF è gratuito per tutti i soggetti (vedi paragrafo 1.2), il problema della rimborsabilità dei farmaci "antifumo" ad oggi non è stato ancora affrontato. Si segnalano alcune esperienze sporadiche condotte da CAF operanti all'interno di strutture pneumologiche ospedaliere (ad esempio, ASL 2 Lucca), in cui il farmaco prescritto per la disassuefazione dal fumo, in particolare la vareniclina, è stata acquistata "in economia" dalle farmacie ospedaliere ed utilizzata per pazienti ricoverati o afferenti al CAF, a cui è stata quindi offerta una somministrazione gratuita per le prime due settimane di trattamento.

## Bibliografia

82. Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does preventive care save money? Health economics and preferential candidates. *N Engl J Med* 2008; 358: 661-3
83. Lock K, Wilson K, Murphy D, Riesco JA. A cost-effectiveness model of smoking cessation based on a randomized controlled trial of varenicline versus placebo in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Expert Opin Pharmacother* 2011; 12: 2613-26.
84. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment (Review). Reda AA, Kots D, Evers SMSS, va SchayckCP. *The Cochrane Library* 2012, Issue 6. <http://www.thwcochranelibrary.com>
85. Tremblay M, Payette Y, Montreuil A. Use and reimbursement costs of smoking cessation medication under the Quebec public drug insurance plan. *Can J Public Health*. 2009;100:417-20.
86. Reimbursement for Smoking Cessation Therapy. A Healthcare Practitioner's Guide. Third Edition Developed by Professional Assisted Cessation Therapy (PACT). Baker D et al. <http://www.endsmoking.org>
87. NICE Smoking cessation services. Issues :February 2008 last modified November 2013. NICE public healthguidance 10 <http://guidance.nice.org.uk/ph10>
88. "Protocollo regionale di somministrazione gratuita di terapia farmacologica a pazienti affetti da patologie fumo-correlate." *Bollettino Ufficiale Regione Veneto*. Anno XXXIXN 105,23 dicembre 2008.

## Appendice

### Norme e regolamenti regionali toscani sul fumo di tabacco dal 1996 al Novembre 2013

Legge Regionale n. 65 del 7/8/1996 (abrogata dalla L.R. n 25 del 4 Febbraio 2005) “Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivati dal fumo”:

- *Detta disposizioni applicative della Legge 584/1975 "Divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico"*
- *Promuove la tutela della salute dei cittadini dai danni derivanti dal fumo, attraverso azioni di: educazione sanitaria, informazione, intervento sui fumatori (Centri Antifumo, formazione del personale sanitario)*

Delibera del Consiglio Regionale n. 41 del 17/2/1999 “Piano Sanitario Regionale 1999-2001”:

- *Dispone lo sviluppo della rete dei Centri Antifumo e la promozione dell'integrazione tra Aziende Ospedaliere, SERT e MMG*

Delibera del Consiglio Regionale n. 3 del 16/1/2001 “Programma di educazione, informazione, intervento per l'anno 2001 per la prevenzione primaria e secondaria dei rischi derivanti dal fumo di tabacco (ex-art. 5 e 6 L.R. 7/8/96, n. 65)”

Delibera di Giunta regionale n. 681 del 26/6/2001 “Programma annuale 2001 per le attività di educazione alla salute in attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001”

Delibere di Giunta regionale n. 786 e n. 787 del 16/7/2001 “Interventi formativi connessi alla lotta al tabagismo rivolti al personale dipendente e convenzionato delle Aziende sanitarie”

Delibera di Giunta regionale n. 937 del 6/8/2001 “Indicazioni operative per la prevenzione primaria e secondaria del tabagismo e dei rischi derivanti dal fumo di tabacco”:

- *Stabilisce la costituzione a livello di ogni Azienda USL uno specifico gruppo di lavoro, con possibilità di raccordo interaziendale, per la promozione e il coordinamento di interventi di prevenzione del tabagismo al fine di favorire l'integrazione operativa fra le diverse risorse, interne ed esterne all'Azienda, presenti a livello territoriale.*
  - *Individua altresì le seguenti aree privilegiate di intervento:*
    - a) *le scuole medie inferiori e superiori*
    - b) *il personale sanitario con particolare attenzione ai Medici di Medicina Generale*
    - c) *la “Rete Toscana degli ospedali che promuovono salute”*
    - d) *gli ambienti di vita, di lavoro e sportivi*
    - e) *gli Uffici della Pubblica Amministrazione*
    - f) *i Centri Antifumo territoriali ed ospedalieri;*
- e le seguenti indicazioni operative :*
1. *il fumo passivo*
  2. *la formazione degli operatori*
  3. *lo sviluppo della rete dei servizi per aiutare il cittadino a smettere di fumare*
  4. *le strategie di comunicazione, informazione ed educazione alla salute*
  5. *la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi.*

Piano Sanitario Regionale 2002-2004:

*- Ribadisce gli indirizzi programmatici dei precedenti Piani Sanitari Regionali e impegna la Giunta regionale a realizzare una campagna informativa ed educativa sul fumo di tabacco e a rafforzare e sviluppare la rete dei Centri Antifumo*

Delibera di Giunta regionale n. 114 del 4/2/2002 “Adesione della Regione Toscana al Progetto Nazionale: “Progetto per lo sviluppo e il potenziamento dei Centri Antifumo” con la quale viene deciso di:

- Sostenere lo sviluppo dei Centri Antifumo Toscani ed inserimento di 22 operatori (OCA) ex-LSU*
- Costituire il Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico Intersettoriale*
- Monitorare annualmente l'attività dei Centri Antifumo annualmente (protocollo già in essere dal 1/07/2001)*

Piano Sanitario Regionale 2005-2007

Ribadisce gli indirizzi programmatici dei precedenti Piani Sanitari Regionali e impegna la Giunta regionale a:

- sviluppare le iniziative di formazione del personale che opera nei Centri Antifumo, anche attraverso accordi con le Università toscane;*
- realizzare iniziative di prevenzione innovative mirate alle fasce di popolazione maggiormente a rischio (giovani e adolescenti);*
- ottimizzare la rete dei Centri Antifumo attraverso la definizione dei requisiti minimi organizzativi, l'omogeneizzazione dei programmi di trattamento e del sistema tariffario;*
- realizzare interventi di disassuefazione dal fumo che facilitino la cura di sé e il benessere della persona (es. stabilimenti termali);*
- realizzare iniziative di sostegno negli ambienti di lavoro per l'applicazione della normativa sul divieto di fumo (consulenza ai datori di lavoro, attività di sensibilizzazione e informazione sui rischi da fumo attivo e passivo).*

Legge Regionale n. 25 del 4/2/2005 “Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivati dal fumo”:

- recepisce la Legge Sirchia (n. 3 del 16/1/2003)*
- sostiene gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e provvede alla formazione.*
- destina Euro 500.000,00 annue per gli interventi tesi alla prevenzione e contrasto al tabagismo*

Delibera di Giunta regionale n. 338 del 28/2/2005 “Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti termali”:

- Individua standard minimi organizzativi dei Centri Antifumo*
  - Rende omogenee sul territorio toscano le prestazioni erogate dai Centri Antifumo*
- Stabilisce:*

- a) la definizione del sistema tariffario delle prestazioni erogate dai CAF;*
- b) la prima visita e parte del trattamento individuale a carico della Regione;*
- c) l'inserimento delle prestazioni nel Nomenclatore Tariffario Regionale*

Delibera di Giunta regionale n. 894 del 12/9/2005 “Istituzione del Gruppo regionale di coordinamento tecnico intersettoriale sul Tabagismo”

- Stabilisce un sostegno economico per la partecipazione degli operatori del S.S.R. al Corso di Perfezionamento sul Tabagismo (Università di Firenze), divenuto dall'aa 2007-8 Master I° livello su Tabagismo e Alcolismo (“Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate”).*

*Decreto Dirigenziale n. 7400 del 30/12/2005 “Approvazione progetti per interventi di prevenzione e cura del tabagismo previsti dalla L.R. 25/2005 – Impegno di spesa” che approva i seguenti progetti:*

- *Fumo e Giovani: “Percorsi di salute nella prevenzione del tabagismo a favore della popolazione giovanile”*
- *Fumo e Gravidanza: “Valutazione e intervento sul fumo di tabacco in gravidanza per la prevenzione dei danni da fumo attivo e passivo nella donna e nel bambino”*
- *Fumo e Carcere: “Interventi di prevenzione e disassuefazione in ambito penitenziario”*
- *Fumo e lavoro: “Studio epidemiologico sui determinanti oncogeni nelle aree di Massa Carrara e Viareggio con particolare attenzione al fumo di tabacco”*
- *Fumo e Medicina Alternativa: “Azioni sperimentali di disassuefazione con l'utilizzo della Medicina alternativa e valutazione degli interventi”*
- *Counseling antitabagico: “Studio, implementazione e diffusione di strumenti idonei a favorire l'attività di counseling antitabagico da parte dei medici di Medicina Generale”*
- *Centro di Documentazione Regionale sul Tabagismo*
- *Cartella Clinica Informatizzata: “Ampliamento del Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze con la costruzione di una Cartella Clinica individuale sul tabagismo in grado di fornire dati ed indicatori comparabili a livello regionale”*
- *Interventi di prevenzione per la giornata del 31 Maggio (giornata mondiale contro il fumo di tabacco)*
- *Definizione e realizzazione del Percorso preventivo-assistenziale per pazienti fumatori*

*Delibera di Giunta regionale n. 669 del 25/9/2006 e Delibera di Giunta regionale n. 622 del 03/09/2007 “Partecipazione operatori del Servizio Sanitario Regionale a master universitari sulle dipendenze organizzati dalle Università degli Studi di Pisa e Firenze. Finanziamento alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Toscane della quota d'iscrizione”.*

- *dispongono una riserva di 16 posti nell'ambito dei posti previsti per il Corso di Perfezionamento Post Laurea sul Tabagismo istituito dall'Università degli Studi di Firenze e di Pisa, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per gli anni accademici 2006-2007 e 2007-2008, ad operatori delle Aziende Sanitarie Toscane,*

*Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010*

- *dispone di rafforzare l'integrazione delle varie componenti territoriali secondo l'approccio multidisciplinare e intersettoriale previsto dal Piano Nazionale “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”;*
- *promuove favorisce le azioni di protezione dal fumo passivo.*

*Delibera di Giunta regionale n. 800 del 13-10-2008 “Guadagnare Salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari – Linee di indirizzo e istituzione dell'Osservatorio sugli stili di vita”:*

- *individua e promuove l'azione progettuale sul fumo a livello toscano denominata “Percorsi di benessere per gli adolescenti”.*

*Delibera di Giunta regionale n. 1272/2009 “Approvazione progetto "Prevenire l'iniziazione dei giovani al fumo - percorsi di benessere per gli adolescenti". Impegno e liquidazione.*

*Delibera di Giunta regionale n. 583 del 11/07/2011 DGRT 1176/2010 "Piano Regionale Prevenzione" - Azione progettuale "Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo correlata e alla donna in gravidanza in Regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello". Determinazioni.*

Delibera di Giunta regionale n. 976 del 25 novembre 2013 “DGRT 583/2011 – Progetto regionale “Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo correlata e alla donna in gravidanza in Regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello” - Proseguimento e destinazione risorse all'AOU di Careggi”.