



NSMT

National School of Medical Tobaccology

Società Italiana di Tabaccologia

VIRTUAL EDITION

IX CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD

LA **CLINICA** DELLE
DIPENDENZE

2 dicembre 2020

SERD: COME TRATTARE IL TABAGISMO

Biagio Tinghino

biagio.tinghino@asst-vimercate.it

Centro per il Trattamento del Tabagismo e UOS Alcologia e Nuove Dipendenze

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

ASST DI VIMERCATE (MB)

Chi deve trattare il tabagismo?

Il grande numero di fumatori suggerisce una strategia di intervento multilivello, che va dal Very Brief Advice alla cura nei CTT (Centri per il Trattamento del Tabagismo)



Il setting

- E' raccomandabile dedicare al tabagismo un luogo non connotato, molto utile sarebbe l'integrazione in un contesto ospedaliero, perché incrementerebbe l'accesso di utenti
- In qualsiasi caso bisogna almeno differenziare giorni e orari rispetto al resto dell'utenza
- E' importante avere iter di accoglienza snelli



La valutazione diagnostica: cosa?

- **Breve anamnesi medica e tabaccologica**

- ✓ Età di inizio del fumo
- ✓ N. Tentativi di cessazione e modalità
- ✓ Durata dei tentativi precedenti
- ✓ «Esperienza» ricavata

- **Test di Fagerstrom o di West**

- ✓ Fagerstrom: questionario a domande chiuse per valutare la dipendenza da nicotina
- ✓ West: questionario (a matrice) per valutazione rapida di dipendenza/motivazione

- **Breve valutazione della motivazione**

Valutazione clinica (esempi di domande):

- ✓ Pensa di smettere nei prossimi 6 mesi?
- ✓ Secondo lei ci saranno degli ostacoli particolari?
- ✓ Quali sono i (suoi) motivi per cui vuole smettere?

Valutazione motivazionale

- L'efficacia del trattamento è correlata con una elevata motivazione, adeguata self-efficacy e la presenza di una rete sociale di supporto (Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Department of Health and Human Service, Nov. 2000).
- Ne deriva la necessità di una adeguata valutazione di questi fattori e di una loro valorizzazione nel contesto del percorso terapeutico.
- La valutazione motivazionale non deve basarsi necessariamente su test, ma può – più agevolmente – essere clinica

Valutazione sanitaria

- Non necessariamente deve essere effettuato un esame obiettivo. E' importante invece raccogliere una buona anamnesi patologica, tossicologica, psichiatrica



La valutazione diagnostica: chi?

Equipe multidisciplinare?

Medico?

Psicologo?

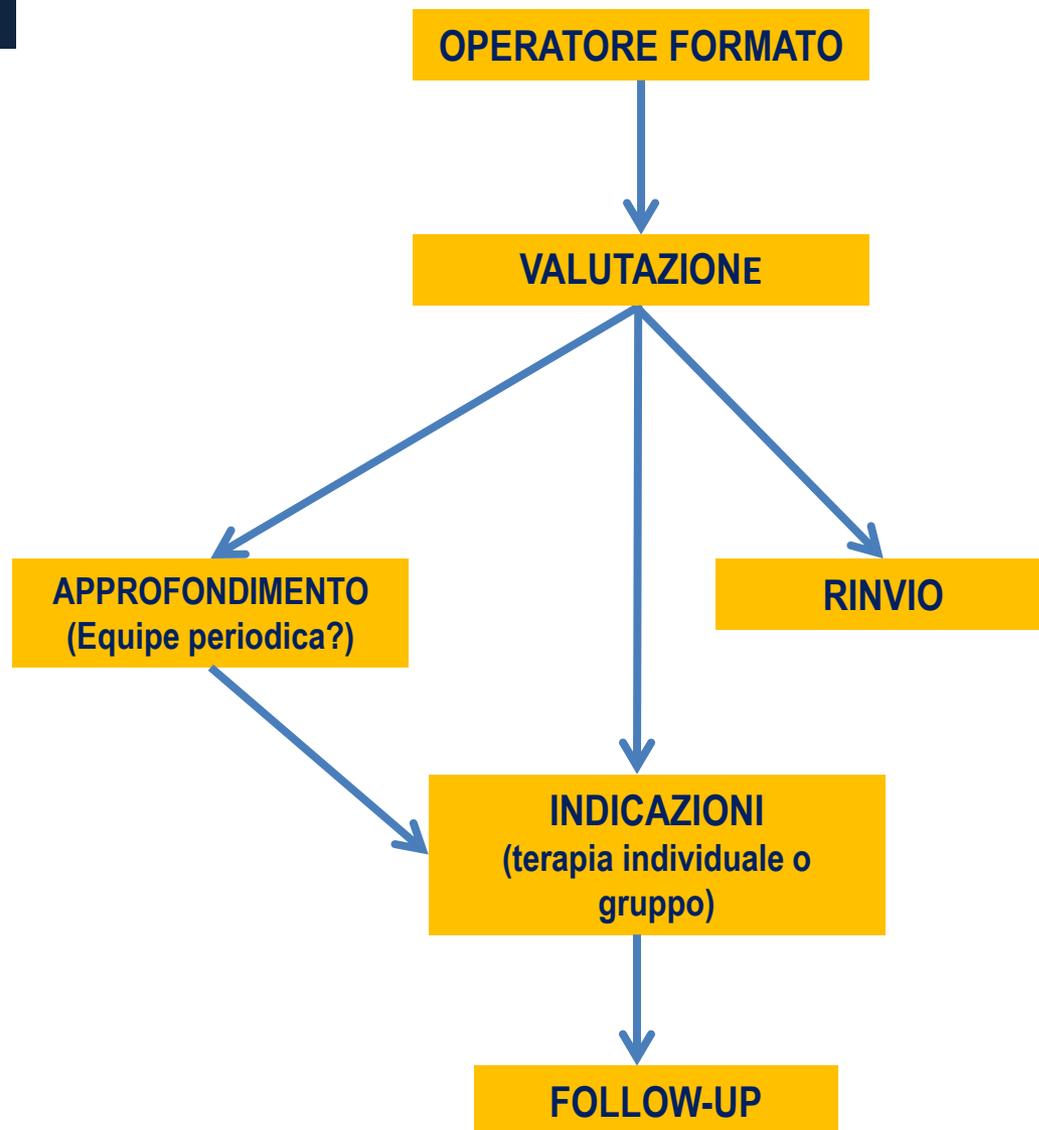
Altre figure?

La maggior parte dei fumatori non ha bisogno di una valutazione multidisciplinare, ma di una valutazione multidimensionale.

In non più del 5-10% dei casi serve un approfondimento medico o psicologico.

La valutazione non comprende l'esecuzione di esami strumentali per le patologie fumo-correlate, ma solo per la dipendenza da tabacco.

La valutazione può essere fatta da diverse figure professionali, purché formate



Il trattamento: chi?

Una figura formata per:

La valutazione
multidimensionale

Medico, AS, Educatore, infermiere psicologo?

Il sostegno
comportamentale

Medico, AS, Educatore, psicologo?

La gestione farmacologica

Medico

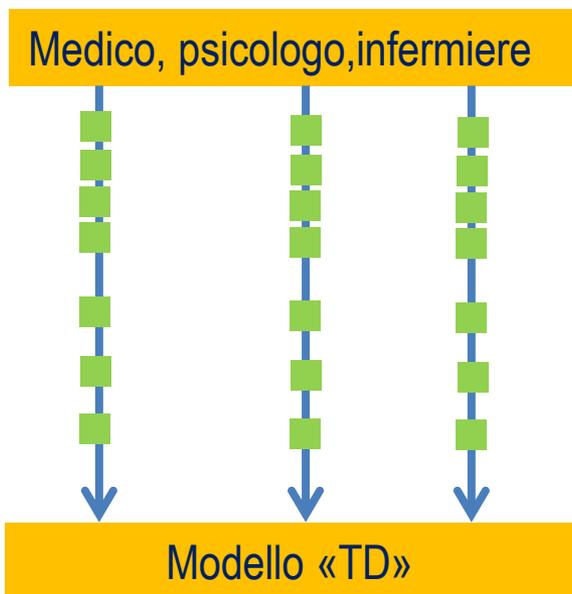
- La valutazione non è una valutazione «multidisciplinare»
- Il «Sostegno comportamentale» non è necessariamente la «Terapia cognitivo-comportamentale», anche se utilizza molti strumenti simili
- La terapia farmacologica deve essere prescritta dal medico e monitorata dal medico



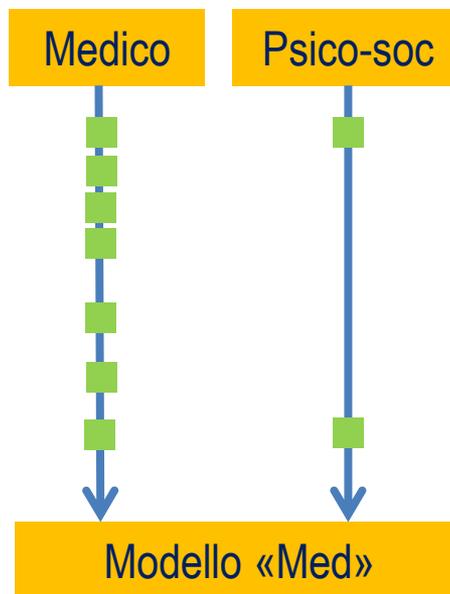
Il trattamento: come integrare le competenze?



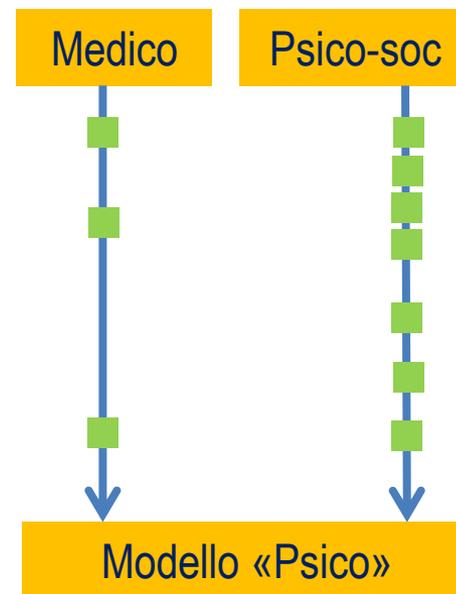
Ipotesi 1



Ipotesi 2



Ipotesi 3



La maggior parte delle situazioni può essere trattata da un solo operatore che, se non è medico, deve fare però riferimento al medico per la terapia farmacologica

Il trattamento: come integrare le competenze?

Approccio multidisciplinare. L'intervento integrato di due o più figure professionali ("multidisciplinare") incrementa l'efficacia della cessazione rispetto all'intervento di un solo professionista (Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update).

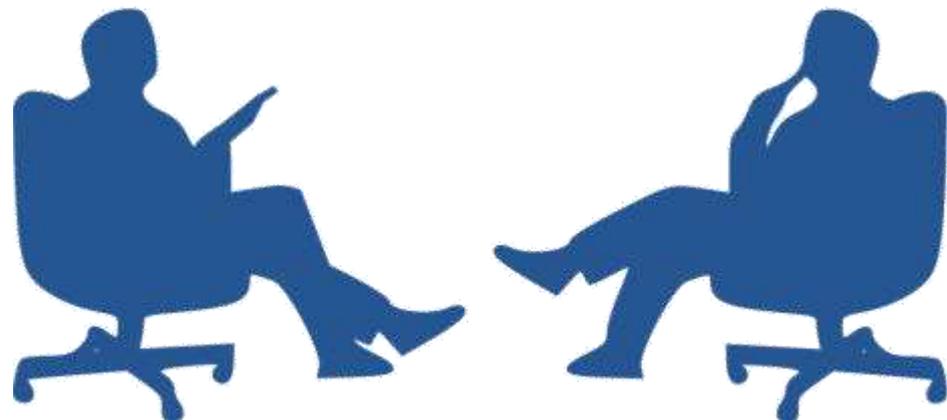
Formazione degli operatori L'efficacia dei trattamenti può addirittura quintuplicare se sono condotti da operatori formati, rispetto a quelli che non hanno ricevuto una formazione ed un training specifico (Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update). Vedere anche www.surgeongeneral.gov/tobacco



Bisogna comunque fare una stima dei costi/benefici dell'impiego di diversi operatori!

Il trattamento: Quanto trattare e per quanto tempo?

- **Durata del colloquio di valutazione:** 30-45'
- **Durata di un colloquio di trattamento:** 15-30'
- **Numero di sessioni:** ≥ 4 , fino ad un massimo di 8, ma in genere 6-7 sono un numero adeguato. Un numero maggiore di sessioni non incrementa l'efficacia in modo proporzionale. Per i gruppi 7-10 incontri.
- **Durata del percorso:** non inferiore a un mese
- **Il follow-up:** a 3,6,12 mesi
- **La misurazione del CO espirato:**
incrementa l'efficacia del trattamento
e va considerato uno
strumento di rinforzo,
non di «controllo giudicante»

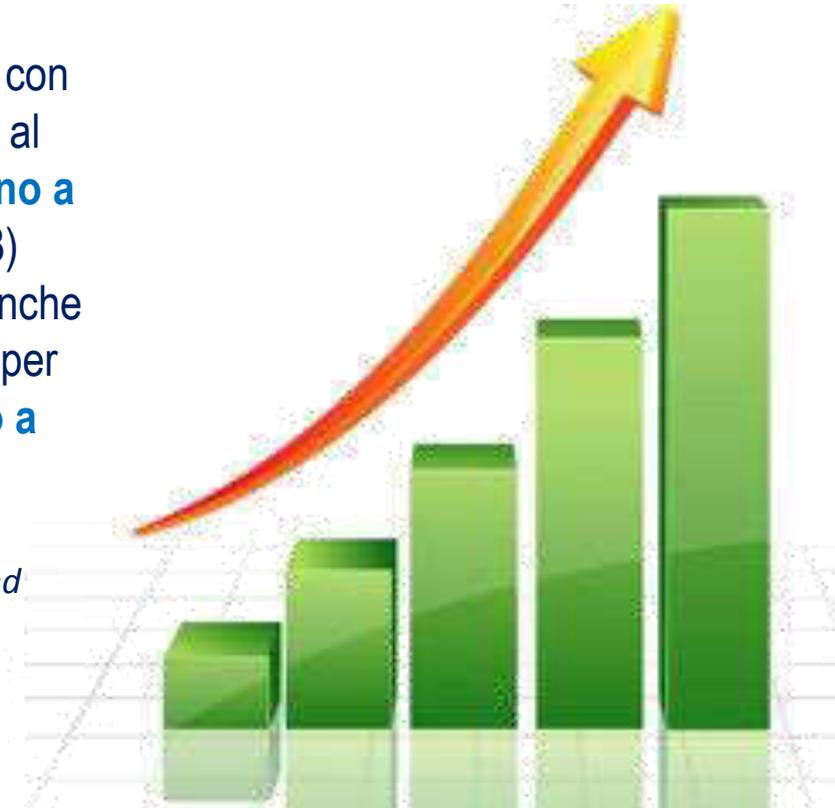


*(Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Department of Health and Human Service, Nov. 2000
Smoking cessation Guidelines for Australian General Practice, 2004, Cochrane Library, Issue 3, 2006)*

Il trattamento: Quanto trattare e per quanto tempo?

L'efficacia degli interventi sembra aumentare con l'incremento del tempo complessivo dedicato al paziente, con una significatività importante **fino a 90 minuti in totale, O.R. 3.0** (95% CI 2.3-3.8) rispetto a zero minuti dedicati. Un ulteriore, anche se più modesto incremento di efficacia, si ha per interventi che complessivamente durano **fino a 300 minuti, con O.R. 3.2** (95% C.I. 2.3-4.6)

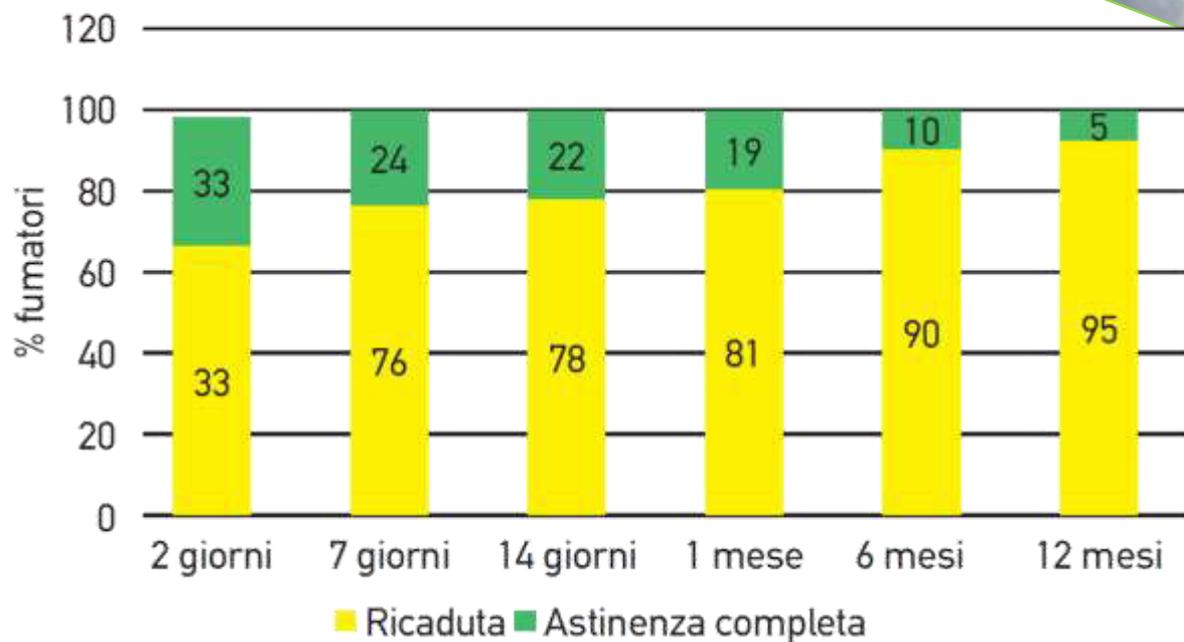
(Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update).



EFFICACY

Smettere da soli è difficile e induce molte ricadute

Figura 1.2: Modello di ricaduta nei fumatori che hanno smesso da soli (senza alcun supporto)¹²



Terapia di gruppo

La terapia comportamentale risulta più efficace dei programmi di auto aiuto: 16 studi, OR 2.04 (CI 95% 1.60-2.60). La terapia comportamentale risulta più efficace di nessun intervento: 7 studi, OR 2.17 (CI 95% 1.37-3.45). La terapia di gruppo non risulta più efficace del counselling individuale della stessa intensità: 5 studi, OR 0.86 (CI 95% 0.66-1.12).

(Clinical Practice Guideline, Treating
Tabacco Use and Dependence, 2008 Update).



Dobbiamo trattare

- Solo persone altamente motivate a smettere?
- Solo persone con elevata dipendenza fisica?
- Solo pazienti esenti da patologie organiche o psichiche?



- ✓ Molti fumatori sono «non motivati» semplicemente perché **credono di non farcela**. Quando sperimentano il trattamento e vedono che questo li aiuta efficacemente, ottengono buone percentuali di successo. Dovremmo peraltro implementare le nostre competenze motivazionali per aiutare tutti i fumatori a decidere di smettere.
- ✓ Diversi fumatori con **bassa dipendenza fisica** hanno **importanti difficoltà** a smettere. Il farmaco è utile anche per loro.
- ✓ Il fumo è una grave causa di malattia e di morte. A nessun fumatore (anche se con altre patologie o con **malattie mentali**) andrebbe preclusa la possibilità di curarsi

Farmaci di prima linea

- Nicotina sostitutiva (cerotti, gum, spray)
- Bupropione cloridrato
- Vareniclina

Altri farmaci efficaci

- Citisina galenica
- Nortriptilina
- Clonidina

Farmaci di non provata efficacia

- Vaccini
- Acetato d'argento
- Nicobrevin
- Lobelina
- Benzodiazepinici
- Antagonisti degli oppioidi
- Mecamilamina
- Gabapentin

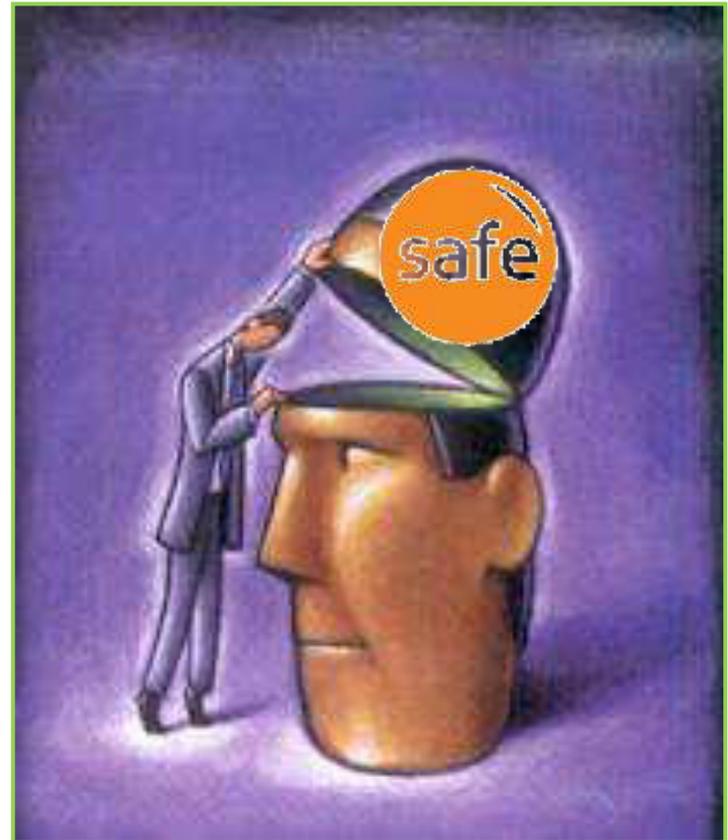
Trattamenti prolungati

I trattamenti prolungati sono più efficaci di quelli brevi rispetto all'astinenza a 6-12 mesi

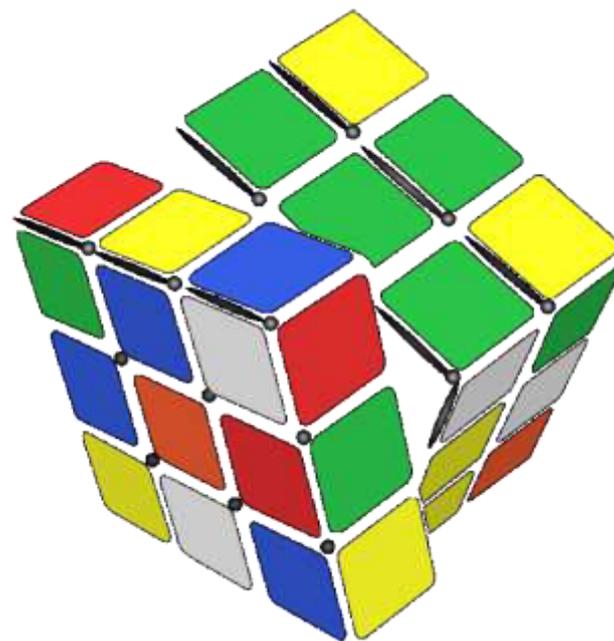
- Vareniclina (24 settimane): 71% di astensione vs 50% delle 12 settimane
- Vareniclina (52 settimane): 44% vs 37% 12 settimane + placebo
- Gli studi confermano sicurezza e tollerabilità della vareniclina a 6 e 12 mesi
- NRT gomme e cerotti(24 settimane) aumentano l'astinenza rispetto alle 8 settimane
- NRT è stata autorizzata dall'FDA per più di mesi, il suo uso favorisce il controllo peso dopo la cessazione
- Il bupropione può essere usato per più di settimane e fino ad un anno, appropriato.



- Vareniclina è efficace in:
- Pazienti HIV
- Pazienti psichiatrici
- Utilizzatori di tabacco senza fumo
- Non c'è evidenza che vareniclina
▪ incrementi il rischio di depressione,
▪ suicidio e autolesionismo



- Le combinazioni mostratesi efficaci sono:
- Cerotto di nicotina a lungo termine + altri prodotti di NRT a breve rilascio (Livello di evidenza A)
- Cerotto di nicotina + bupropione SR (Livello di evidenza A)
- Può esserci un beneficio nell'associare NRT + vareniclina, ma i dati non sono univoci (Livello di evidenza C)
- Non ci sono controindicazioni nell'uso di vareniclina + NRT (Livello di evidenza B)



Ipnoterapia

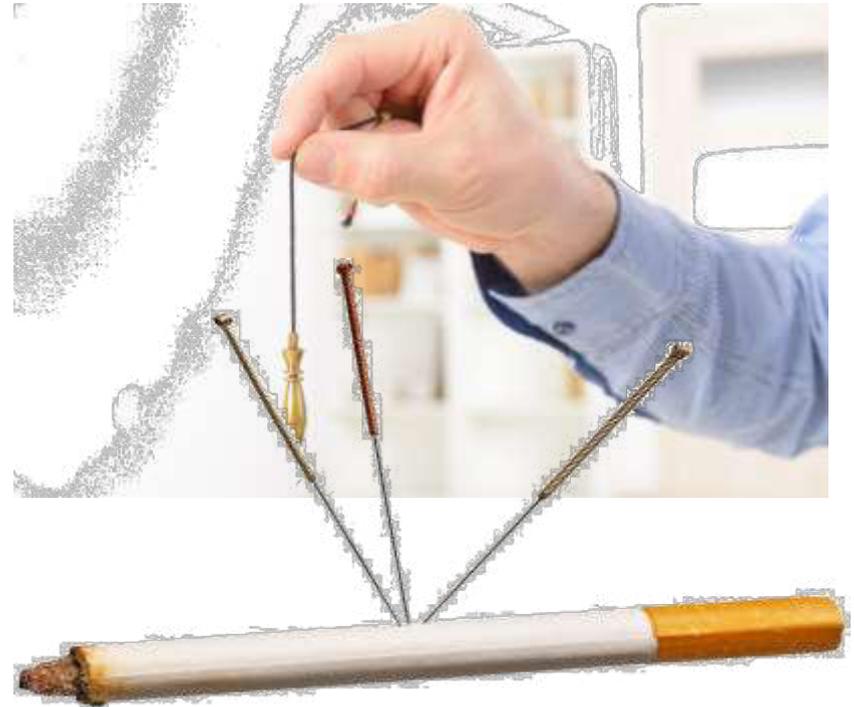
I risultati degli studi sono conflittuali, per cui l'ipnoterapia non sembra altrettanto efficace rispetto ad interventi di counselling

Agopuntura, laser, elettrostimolazione

Una review su 38 studi randomizzati non ha trovato prove di efficacia. Tuttavia non sono state tratte conclusioni rigide e ulteriori ricerche sono raccomandate.

Stimolazioni avversivanti

Una revisione di 25 studi non ha trovato prove sufficienti per raccomandarle.



Sigarette elettroniche

Una revisione **Cochrane** ha selezionato 24 studi, tra cui 2 RCT e 21 studi di coorte. Questi studi soffrono di **numerose limitazioni metodologiche** e alcuni di essi mostrano una **relativa efficacia** delle e-cig.

Uno studio di Bullen a 3 bracci (e-cig con nicotina, e-cig senza nicotina, NRT in cerotti), ha mostrato che NRT e e-cig con nicotina erano efficaci, ma non e-cig senza nicotina. Sono urgenti ulteriori **studi ben condotti**.

Le emissioni delle sigarette elettroniche sono 10-15 volte inferiori a quelle tradizionali, per ciascuna delle frazioni di PM, ma i livelli sono leggermente superiori a quelli dell'aria esterna dell'OMS.

Il vapore è irritante quando l'esposizione viene ripetuta, ma non è stato trovato un effetto tossico a breve termine sull'uomo.

Gli aromi potrebbero indurre reazioni ossidative e infiammatorie nei tessuti polmonari.

Nonostante siano probabilmente molto meno pericolose del fumo, **le e-cig non possono essere considerate innocue**.

Esiste un **rischio di iniziazione al fumo per gli adolescenti**, rischio mediato dalle e-cig.



- **Studi indipendenti** hanno stabilito che il rilascio di **nicotina** è simile a quello della sigaretta tradizionale (70%) ed è capace di alleviare il craving. La concentrazione di nitrosammine è di circa 1/% e il CO espirato 1/100 rispetto alle sigarette con combustione.
- Altri **studi indipendenti** hanno trovato che sostanze carboniliche, ammoniaca, n-nitrosoanabasine sono presenti in misura dell'80% inferiore, mentre **nicotina e catrame erano paragonabili a quelli del tabacco fumato**. Le microparticelle da HNB sono 1/ rispetto a quelle delle sigarette tradizionali, restano sospeso nell'aria per minor tempo e perciò raggiungono meno le fini diramazioni bronchiali.
- **Studi sostenuti dall'industria del tabacco** hanno mostrato (in vitro e su animale) un **profilo tossicologico molto più favorevole** del tabacco combusto.



- **Adeguata formazione degli operatori**
- **Motivare tutti i fumatori.** Usare uno stile non giudicante, empatico, riflessivo (strumenti del colloquio motivazionale)
- Trattare con approccio integrato (**farmaci + supporto comportamentale**)
- Trattare in modo corretto (**≥ 4 colloqui** oltre il colloquio iniziale di valutazione), maggiore efficacia fino a 300 minuti (**8-10 colloqui**).
- Usare il tempo giusto (**almeno 15-30'** a visita/colloquio)
- Usare **farmaci di provata efficacia**, proporre la terapia a **tutti i** pazienti
- Per i non responders e per prevenire rischi di ricaduta in pazienti fragili **prolungare il trattamento** con vareniclina o NRT
- Trattare anche pazienti **psichiatrici, gravide, adolescenti, HIV-positivi**
- Non raccomandare trattamenti di cui non si conosce ancora l'efficacia
- **Non favorire l'uso di tabacco in ogni sua forma (OMS)**