

Il trattamento del tabagismo

**Valutazione della dipendenza e strategie di
intervento**

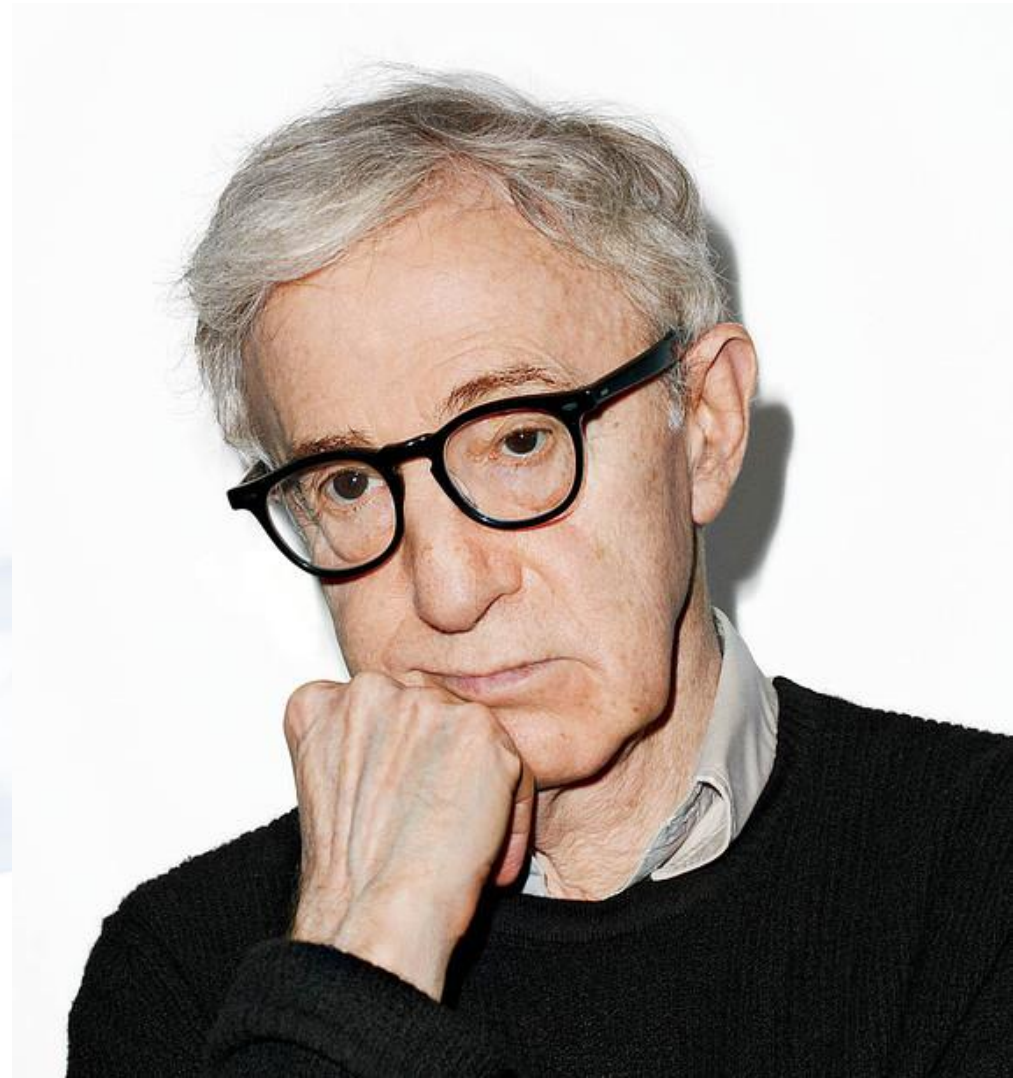
Biagio Tinghino
btinghi@tin.it

Società Italiana di Tabaccologia
presidente

Farò sacrifici immensi per smettere di fumare, vivrò una vita d'inferno, guadagnerò 1 settimana di vita.

Quella settimana pioverà a dirotto...

Woody Allen



1. Fumare non è un'abitudine come le altre

Reward circuit

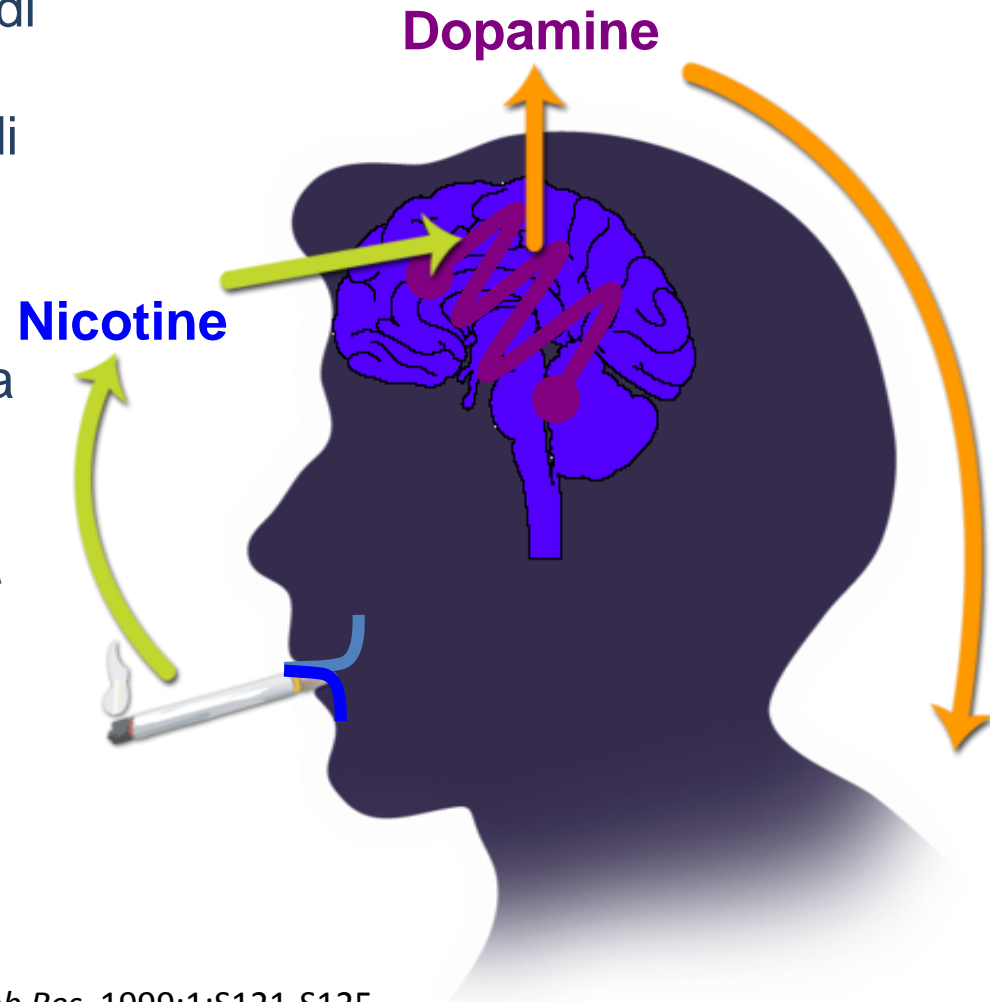
L'attivazione dei circuiti del "piacere" può anche iniziare dalla corteccia frontale o prefrontale

Si tratta del sistema meso-cortico- limbico, che include vie neuronali discendenti e ascendenti, il cui principale neuromediatore è la **DOPAMINA**

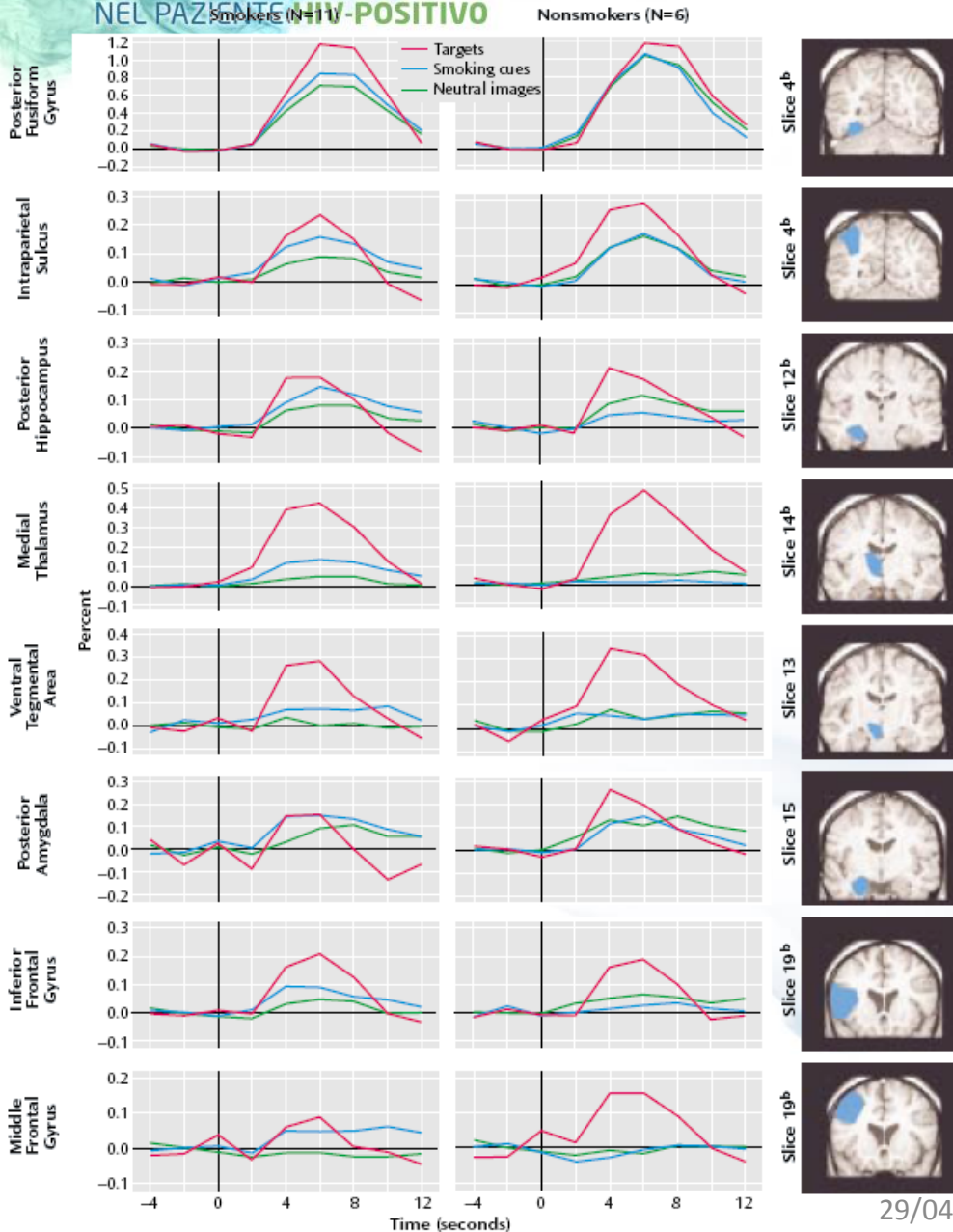
L'attivazione dei circuiti del "piacere" (rinforzo) può partire dal basso, ossia da VTA

Il ciclo della dipendenza da nicotina

- Il legame della nicotina col recettore induce il rilascio di **dopamina**
- La dopamina produce sensazione di **piacere e di calma**
- La dopamina decresce nella fase di astinenza e produce sintomi di **irritabilità e di stress**
- I fumatori desiderano (**craving**) fumare per ripristinare la calma e la sensazione di benessere
- I fumatori tendono in genere a ricercare la situazione **di massima compensazione dei sintomi di astinenza e craving**



2. Gli stimoli esterni sono determinanti



Cue reactivity & human brain imaging :

Brain activation after exposure to smoking cues



BIS= behavioural inhibition system
stress cronico
Serotonina

Endocannabinoidi

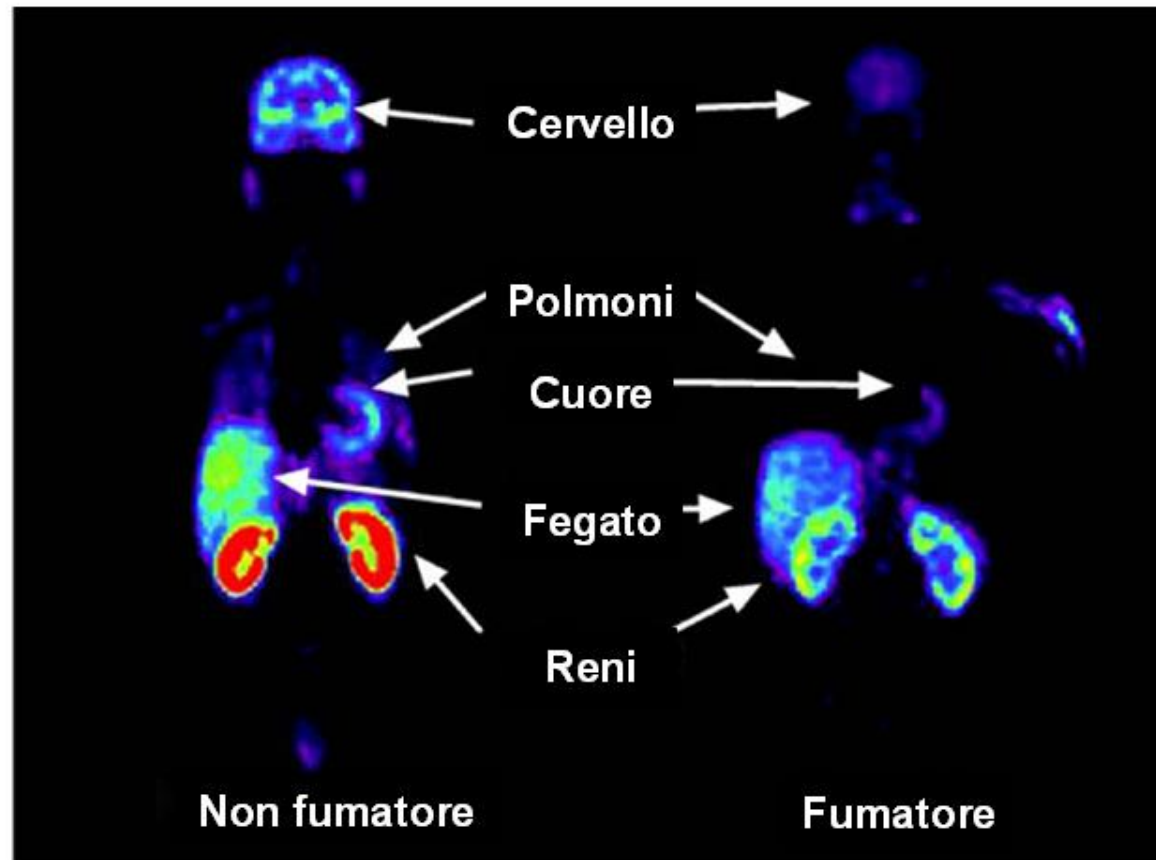
Nicotina

Oppioidi

Punishment circuit
paura/stress
nACh
ACTH (CRF)=E, NE

Reward circuit
piacere
Dopamina

I componenti non nicotinici del fumo di tabacco giocano un ruolo importante nell'inibire le MAO e nell'alterare i livelli centrali di neurotrasmettitori



3. C'è una forte prevalenza di polidipendenze

- Il 95% dei TD fuma
- L'80% degli alcolisti fuma
- Il 30% dei fumatori abusa di alcol o è dipendente da alcol
- La maggioranza dei TD riesce a stare più tempo astinente da droghe che da tabacco
- I cocainomani sono i TD con maggiore livello di dipendenza da fumo
- Tra il 39 e il 60% dei TD ritiene più difficile smettere di fumare che di usare droghe

4. Non è vero che si smette quando si vuole

Tasso di sopravvivenza a 5 anni dal Ca mammella: **68-89%** a 5 anni (fonte: sito AIRC)

Tasso di sopravvivenza a 5 anni Ca prostata : **100%**, a 10 anni: **92%** (fonte: <http://prostatescancers.info>)

Tasso spontaneo di cessazione dal fumo a 1 anno: **2-3%** (Fonte: Cochrane 2008)

Tasso di cessazione dal fumo (trattamento intensivo) a 1 anno: **16-30%**



INGHILTERRA (2): GUIDA SUI CENTRI ANTIFUMO

II. ADVICE FOR COMMISSIONERS AND SERVICE LEADS (Consigli per i responsabili dell'attivazione e la gestione del servizio)...

recommended medicines for smoking cessation are extremely cost-effective and that cost-effectiveness studies are published through the NICE website. The numbers needed to treat (NNTs) in order to achieve a long-term quitter compare very favourably with other interventions that are routinely delivered in primary care. Evidence-based stop smoking interventions represent excellent value for money, as indicated in the following table.

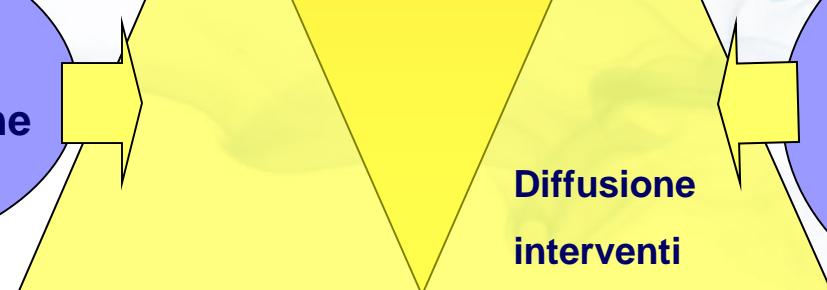
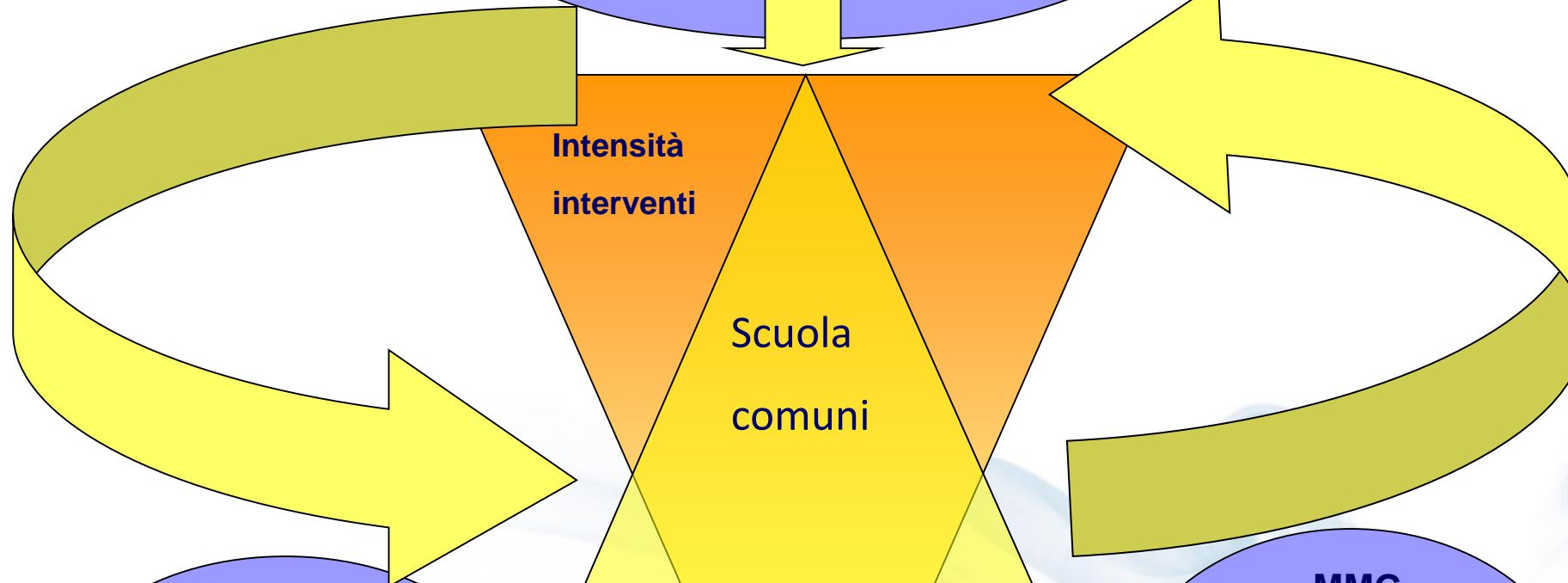
Intervention	Outcome	NNT
Statins	Prevent one death over five years	107 ^a
Antihypertensive therapy	Prevent one stroke, myocardial infarction, death over one year	700 ^a
Cervical cancer screening	Prevent one death over 10 years	1,140 ^a
GP brief advice to stop smoking (< five minutes)	Prevent one premature death*	80 ^a
Add pharmacological support	Prevent one premature death*	38–56 ^a
Add behavioural support	Prevent one premature death*	16–40 ^{b, c}

* Over half of all continuing smokers will die prematurely from a smoking-related disease.

For every two long-term quitters, one premature death is avoided (Doll and Peto).

1. Bandolier; 2. Gates, *Amer Fam Phys*, 2001; 3. West 2006; 4. Bandolier 2006;

5. Cochrane 2007; 6. Anthosen, *Ann Inter Med*, 2005.



**Diffusione
interventi**

5. Il trattamento deve essere integrato

- Il trattamento del tabagismo, come per tutte le dipendenze, non può essere affidato solo ai farmaci e **non consiste nella somministrazione di un farmaco.**
- **Nessuna "pillola magica"** può far smettere di fumare
- Tutti i trattamenti devono **integrare** un approccio psicologico/comportamentale con uno sanitario e farmacologico
- Anche la valutazione deve essere **multiarea/multidisciplinare**



1. Lei fuma?
2. Quante sigarette fuma?
3. Ha mai pensato di smettere di fumare?

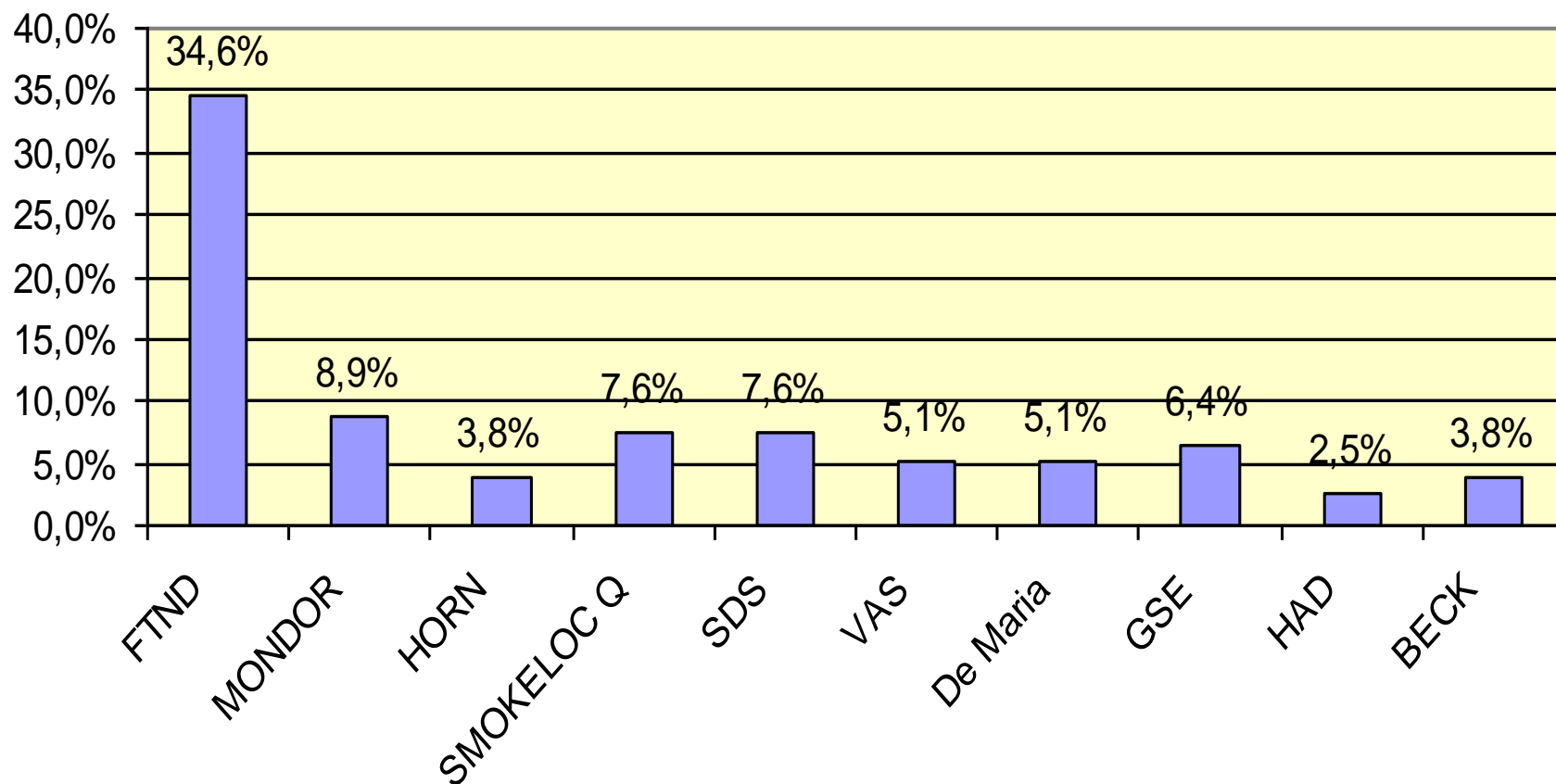


Questionario di Fagersgtrom

		<i>Punti</i>
Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	<input type="checkbox"/> entro 5 minuti	3
	<input type="checkbox"/> 6 - 30 minuti	2
	<input type="checkbox"/> 31 - 60 minuti	1
	<input type="checkbox"/> dopo 60 minuti	0
Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi in cui è vietato?	<input type="checkbox"/> sì	1
	<input type="checkbox"/> no	0
Quale, tra tutte le sigarette che fuma in un giorno trova più gratificante?	<input type="checkbox"/> la prima del mattino	1
	<input type="checkbox"/> qualsiasi	0
Quante sigarette fuma in una giornata?	<input type="checkbox"/> 0 - 10	0
	<input type="checkbox"/> 11 - 20	1
	<input type="checkbox"/> 21 - 30	2
	<input type="checkbox"/> più di 30	3
Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	<input type="checkbox"/> sì	1
	<input type="checkbox"/> no	0
Fuma anche se è tanto malato da doversi mettere a letto tutto il giorno?	<input type="checkbox"/> sì	1
	<input type="checkbox"/> no	0

Totale

Test utilizzati dai Centri Antifumo del CENTRO (più risposte per servizio)



Modalità di valutazione del trattamento per area geografica

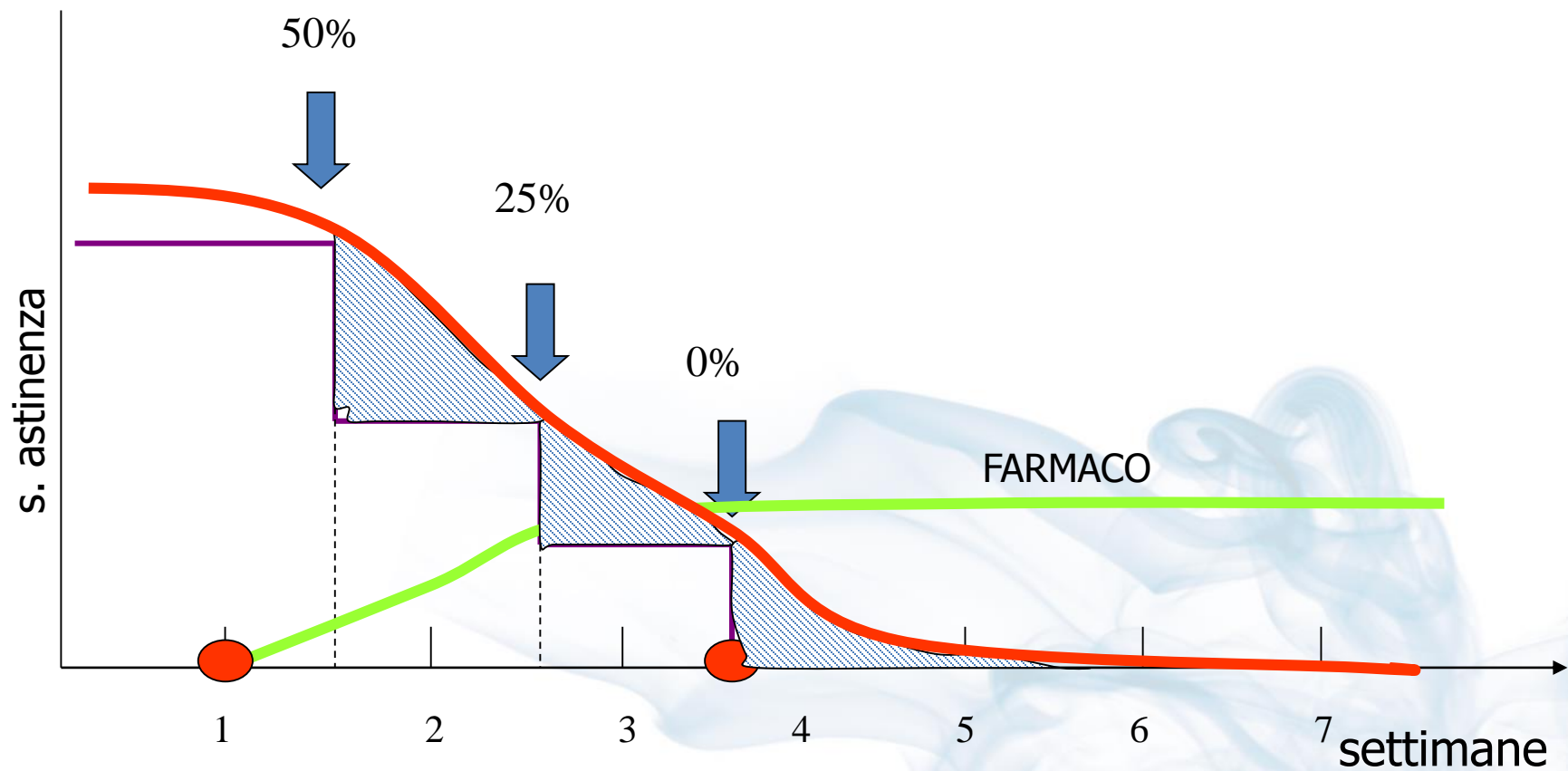
	Nord	Centro	Sud e isole	Totali
<i>Telefono</i>	33,80%	36,50%	28,90%	33,2%
<i>Intervista</i>	33,80%	33,30%	36,20%	34,3%
<i>CO</i>	24,70%	26,90%	31,80%	27,1%
<i>Marcatori biologici</i>	0,80%	0,0%	1,40%	0,7%
<i>Altro</i>	6,60%	3,10%	1,40%	4,3%

SITAB, dati del progetto INSPIRO

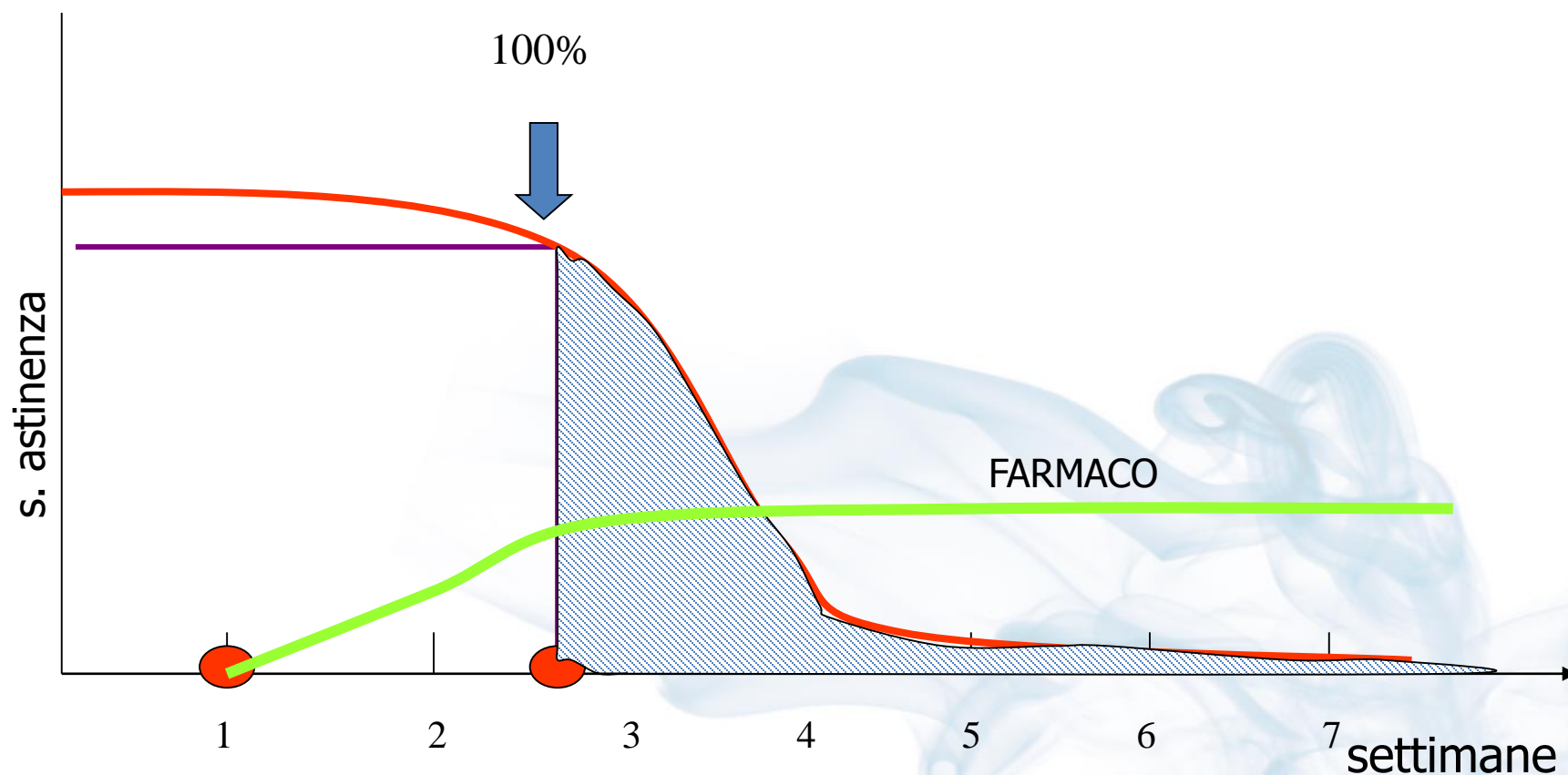
Obiettivi della valutazione multidisciplinare in un Centro per il Trattamento del tabagismo

- Conoscere la storia tabaccologica e sanitaria
- Misurare il grado di dipendenza fisica
- Valutare la motivazione, la self-efficacy, il grado di frattura interiore
- Diagnosticare lo stadio del cambiamento
- Conoscere la storia psicologica
- Screenare le patologie psichiatriche correlate
- Identificare i predittori di efficacia
- Individuare i predittori di insuccesso

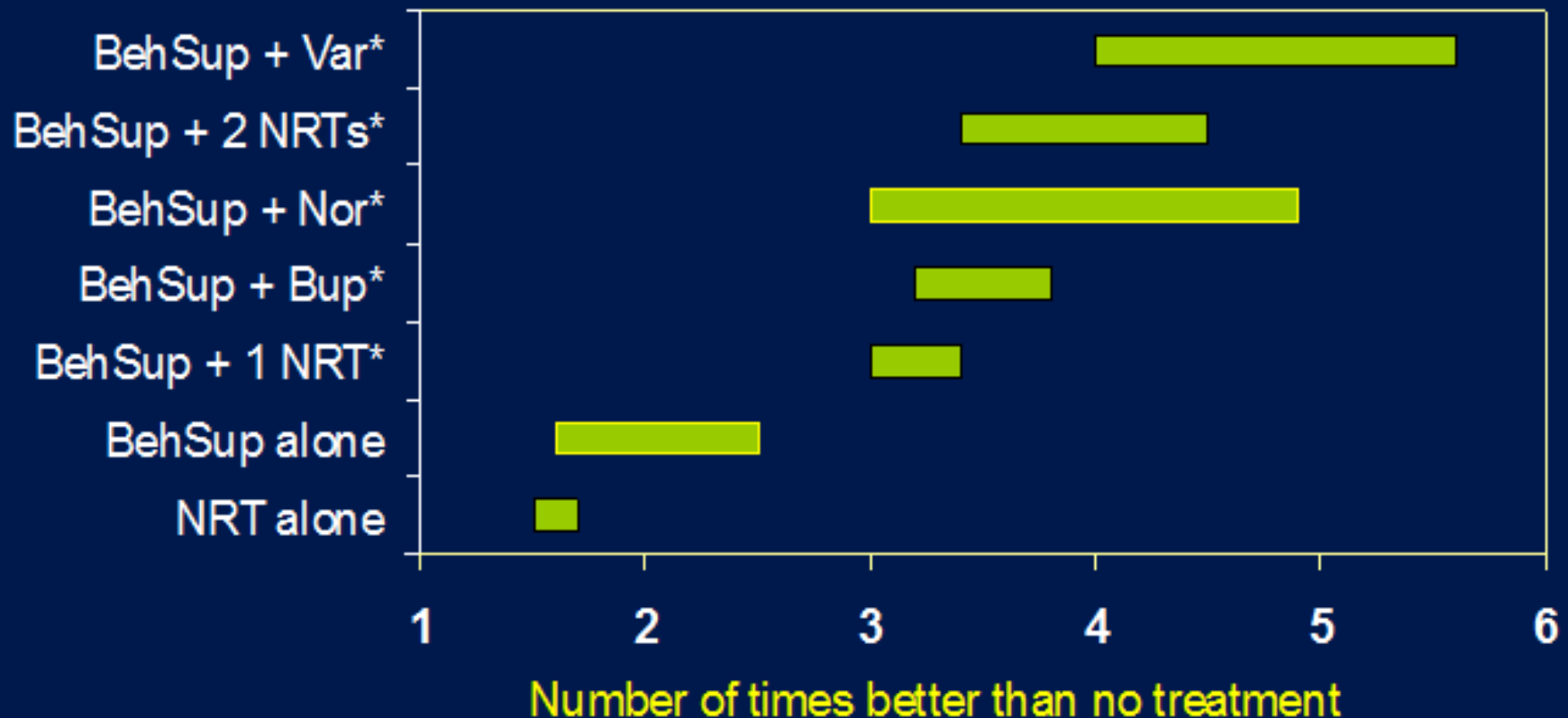
Cessazione con sospensione progressiva



Cessazione con sospensione brusca

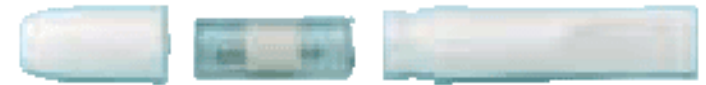


Trattamenti attuali: efficacia



Data from Cochrane reviews; bars represent 95% CIs based on risk ratios versus placebo (for medications) or brief advice/no treatment (for BehSup); figures for BehSup + NRT/Bup/Nor/Var involve multiplying effect of BehSup and effect of medication

*Calculated as the product of the separate ORs for BehSup and medication



Il cerotto assicura una
copertura costante

21 mg = 4 w

14 mg = 2 w

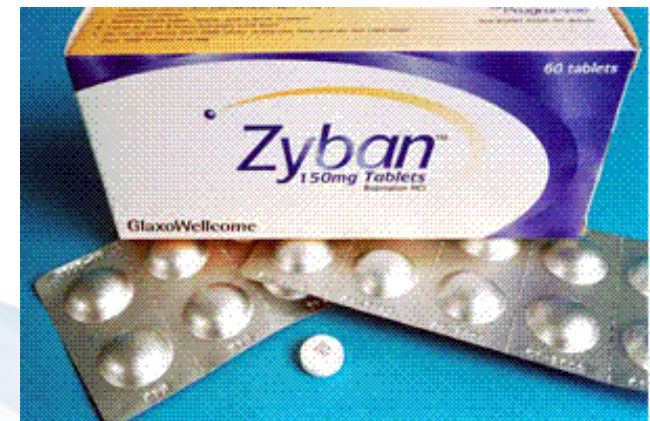
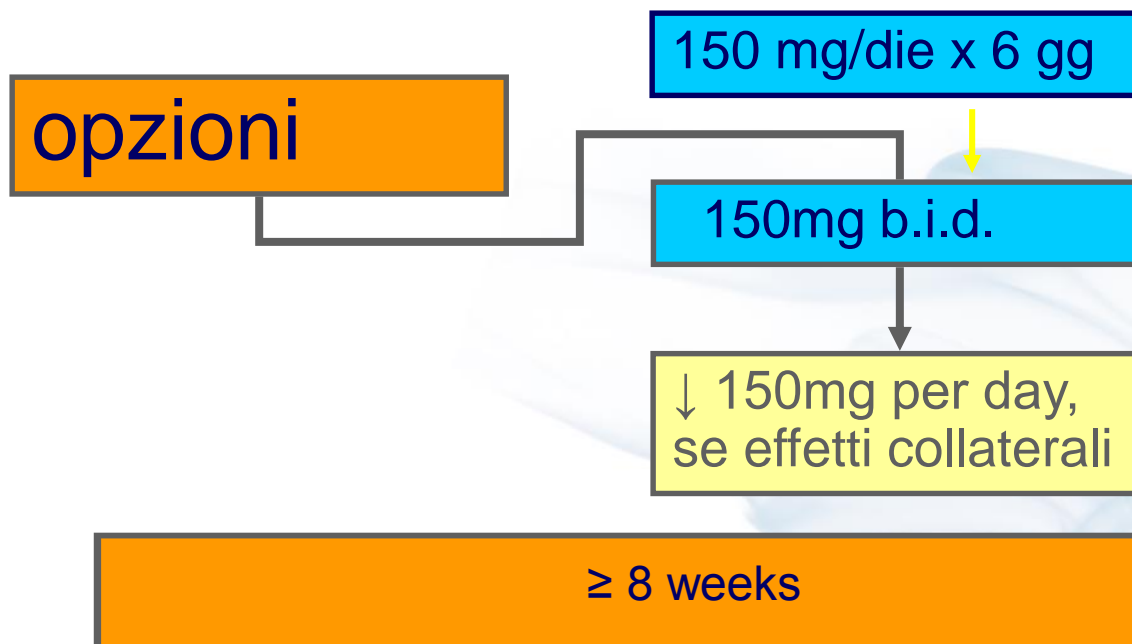
7 mg = 2 w

+ compresse o
inhaler al bisogno

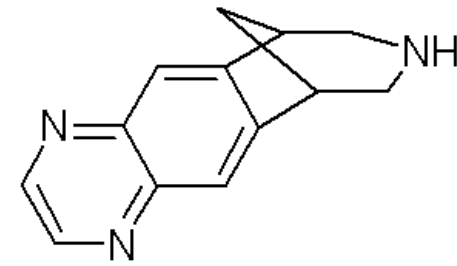
Bupropione (Zyban®)

Antidepressivo atipico che agisce come dopaminergico e noradrenergico.

1. Riduce il craving e la sindrome d'astinenza
2. Riduce l'effetto gratificante del fumo



- Hughes J et al (2004). *Cochrane Database Syst Rev*: CD000031
- Zyban® (Summary of Product Characteristics). 2009. GlaxoSmithKline, Uxbridge, UK.



Vareniclina

Agonista-antagonista dei recettori colinergici alfa4-beta2 (*principali responsabili della dipendenza da nicotina*)

Agonismo: appagamento nell'uso del farmaco

Antagonismo: riduzione del piacere del fumo

- Efficacia elevata (44-63% a 12 settimane)
- Buona tollerabilità



Vareniclina: schema posologico



Primi tre giorni:

0,5 mg x 1 volta al dì

Successivi tre giorni:

0,5 mg x 2 volte al dì

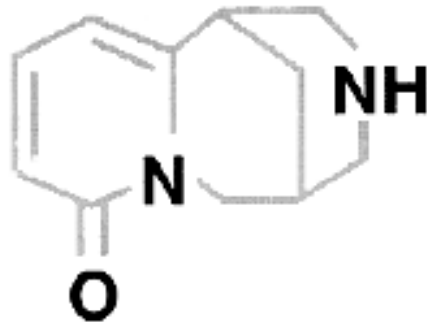
Dall'8° giorno al 14° :

1 mg x 1 volta al dì

Dal 15° giorno alla 12^a settimana: 1 mg x 2 volte al dì

Dal *Cytisus laburnum*

CITISINA



frontiers in
NEUROSCIENCE

REVIEW ARTICLE
published: 16 January 2016
doi: 10.3389/fnins.2016.00043



Nicotinic receptor modulation to treat alcohol and drug dependence

Shafiqur Rahman^{1*}, Eric A. Engleman² and Richard L. Bell²

¹ Department of Pharmaceutical Sciences, College of Pharmacy, South Dakota State University, Brookings, SD, USA

² Department of Psychiatry, Institute of Psychiatric Research, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA

Schema con periodo di induzione e scalaggio protratto

Giorno	N. <u>cpr/die</u>	Frequenza assunzione
1	2	1 <u>cpr</u> ogni 12 ore (ore 8,20)
2	3	1 <u>cpr</u> ogni 6 ore (ore 8,14,20)
3	4	1 <u>cpr</u> ogni 4 ore (ore 8,12,16,20)
4-7	5	1 <u>cpr</u> ogni 3 ore (ore 8,11,14,17,20)
8-14	6	1 <u>cpr</u> ogni 2 ore e mezza (ore 8.00; 10.30; 13.00; 15.30; 18.00, 20.30)
15-21	5	1 <u>cpr</u> ogni 3 ore (ore 8,11,14,17,20)
22-28	4	1 <u>cpr</u> ogni 4 ore (ore 8,12,16,20)
29-35	3	1 <u>cpr</u> ogni 6 ore (ore 8,14,20)
36-40	2	1 <u>cpr</u> ogni 12 ore (ore 8,20)

(Tinghino et al. CTT Monza)

Organo ufficiale della
Società Italiana
di Tabaccologia - SITAB

3
2015

Official Journal
of the Italian Society
of Tabaccology

www.tabaccologia.it

Anno XIII

Tobaccology

TABACCOLOGIA

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate
Quarterly scientific journal for the study of tobacco, tobacco use and tobacco-related diseases



NUMERO SPECIALE

La citisina nel trattamento del tabagismo



FIRENZE, VILLA AGAPE
7 • 8 APRILE 2016

www.tabaccologia.it



Dove
possiamo
collocarci?

Centri per il Tabagismo
(CTT)

Ambulatori per il
tabagismo

MMG, specialisti,
farmacisti, operatori
sanitari

*Nessun vento è
favorevole al marinaio
che non sa dove andare*

Seneca

