

PREVALENZA DEL TABAGISMO E DISPONIBILITA' ALL'INTERVENTO BREVE DEL MEDICO CURANTE NEGLI ADULTI AFFERENTI AGLI STUDI DI MEDICINA GENERALE

dott.ssa Giuliana Bettini – formazione in medicina generale 2011/2014

ABSTRACT

SCENARIO

Il medico di Medicina Generale ha un ruolo fondamentale per la lotta al tabagismo, per la stretta relazione che lo lega ai suoi pazienti e per la possibilità di seguirli nel tempo.

Tutte le linee guida [24] sono concordi nell'individuare il MMG come figura fondamentale per la lotta al tabagismo, data la stretta relazione che lo lega ai suoi pazienti ed alla possibilità, che gli è peculiare, di seguirli con costanza nel tempo.

Il MMG può farsi carico delle prime 3 A della struttura di intervento medico raccomandata per tutti gli assistiti (ASK, ADVICE, ASSESS). Per la fase dell'ASSIST, cioè della scelta e dell'attuazione del percorso terapeutico, può appoggiarsi ad un Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT).

OBIETTIVI

L'obiettivo principale del mio lavoro è stato quello di verificare se esiste una disponibilità dei fumatori a smettere di fumare e se essi riconoscono l'utilità dell'intervento del MMG nella dissuasione dal fumo di tabacco. Altri obiettivi sono stati le rilevazioni delle abitudini al fumo nella popolazione locale, dell'età d'inizio a fumare per valutare in che fasce di età è più utile sensibilizzare a non iniziare a fumare, del grado di attenzione dei fumatori riguardo al fumo passivo, considerando le loro abitudini a fumare in ambienti chiusi condivisi con non fumatori, dell'influenza di genitori o coniuge fumatore sull'abitudine al fumo.

METODI

Lo studio è stato eseguito effettuando un'intervista da me condotta mediante un questionario anonimo elaborato e validato da un epidemiologo del CRO di Aviano (PN) a 589 pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni di entrambi i sessi afferenti consecutivamente presso 3 MMG nei periodi dal 07 gennaio al 28 di febbraio 2013 e dal 24 febbraio al 25 giugno 2014. A questa indagine hanno aderito 3 MMG dell'ASL dell'Alto Adige di cui 2 operanti in area Vipiteno e 1 a Rio di Pusteria.

RISULTATI

Hanno risposto ai questionari 589 pazienti, di cui 365 donne (62%) e 224 uomini (38%).

I fumatori sono 149 (25,3%) di cui 80 maschi (53,7%) e 69 femmine (46,3%) i non fumatori 440 (74,7%).

139 pazienti (23,6%) hanno risposto di avere almeno un genitore fumatore e in 79 pazienti (13,4%) fuma il partner. Tra tutti i singoli fumatori 59 pazienti (39,6%) hanno affermato di aver tentato di smettere di fumare almeno una volta, 129 (86,6%) pensano sia possibile smettere, 69 (46,3%) ritengono che si possa smettere da soli, 100 (67,1) ritengono utile l'invito da parte del MMG a smettere di fumare e 90 (60,4%) ritengono utile l'aiuto del Medico di Medicina Generale.

DISCUSSIONE

I dati rilevano che l'abitudine al fumo è presente in $\frac{1}{4}$ dei casi ed è maggiore nei maschi. La maggior parte dei fumatori ha già tentato di smettere di fumare e ritiene utile l'invito educativo a smettere di fumare e in particolare quello proveniente dal proprio medico curante. Ciò dimostra l'utilità dell'intervento attivo del medico per aiutare i propri assistiti a smettere di fumare.

CONCLUSIONI

Dall'indagine emerge una preoccupante precocità nell'abitudine al fumo, una diffusa disinformazione sui danni diretti ed indiretti del tabagismo. I fumatori manifestano per la maggior parte la volontà di smettere di fumare. Quest'ultimo dato deve incoraggiare la messa in atto di strategie coordinate, miranti ad informare prima ed ad offrire poi un sostegno concreto e opzioni di cura, a chi intende smettere di fumare. Tali strategie devono coinvolgere in prima battuta il Medico di Medicina Generale in quanto medico curante e primo interlocutore di fiducia degli assistiti.

Introduzione

L'abitudine al fumo (tabagismo) rappresenta uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche cardiovascolari e respiratorie. (LiuY.2012) [25]

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile.

L'OMS calcola che quasi 6 milioni di persone perdono la vita ogni anno per i danni da tabagismo, fra le vittime oltre 600.000 sono non fumatori esposti al fumo passivo.

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età (ISTAT, 2012) e secondo il rapporto Il Fumo in Italia 2012, realizzato in collaborazione con la DOXA dall'Osservatorio Fumo, Alcool e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia fumano circa 10,8milioni di persone, il 20,8% di tutta la popolazione, 6,1 milioni di uomini (24,6%) e 4,7 milioni di donne (17,2%).La classe di età più rappresentativa si trova fra coloro che hanno una età compresa fra 25 e 44 anni. Un dato particolarmente preoccupante riguarda la fascia di età tra i 15 e i 24 anni, in cui fuma il 20,9% dei maschi e il 16% delle femmine.

L'ultima indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) del 2011, relativa ai giovani nati nel 1995, con un'età media di 15,8 anni, ha messo in evidenza come il 36% degli studenti europei intervistati avesse consumato almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni dalla rilevazione; questo dato è risultato al di sopra della media europea (28%) ma stabile rispetto alle indagini precedenti. L'abitudine di fumare degli adolescenti dipende molto dall'esempio dei genitori.

Il 52% dei bambini italiani al 2 anno di vita è esposto al fumo passivo (J Fam Pract 1994) [7]. Il fumo passivo aumenta il rischio di malattie respiratorie specialmente nei bambini. I dati relativi all'esposizione al fumo passivo nei bambini sono stati messi a disposizione dallo Studio Icona 2003, realizzato da Profea.

Il fumo di tabacco comporta principalmente un maggior rischio relativo di malattie polmonari, cardiovascolari (infarto miocardico, arteriopatie obliteranti, ictus cerebrale, ecc.) e di numerosi tumori (polmone, orofaringe, laringe, esofago, stomaco, pancreas, reni, vescica, utero, cervice uterina, mammella, ecc.). Considerando le patologie, il fumo rappresenta la causa di circa il 60% delle malattie polmonari, del 50% dei tumori e del 30% delle malattie cardiovascolari.

Secondo l'Istituto Superiore di sanità, il fumo ha causato nel 1999 circa 1,9 milioni di ricoveri ospedalieri con un costo per la sanità pubblica di 5 miliardi di euro, pari all'8,3% della spesa sanitaria pubblica e allo 0,4% del Pil.

I danni da fumo comportano infatti un alto costo sociale correlato alla morbilità e mortalità e anche alla conseguente perdita di giornate lavorative per malattie respiratorie conseguenti (dati rilevati dall'ISPO).

Considerato che il medico di famiglia è il primo interlocutore lo scopo principale del presente lavoro è verificare la disponibilità degli assistiti fumatori ad un intervento attivo del medico curante per aiutarli a smettere di fumare.

Tabacco e Fumo

La pianta del tabacco (*Nicotiana tabacum*) erbacea della famiglia Solanacee, si coltiva in climi temperati. Il prodotto commerciale della pianta è rappresentato dalle foglie che contengono dall'1% al 6% di nicotina a seconda delle condizioni ambientali di coltivazione. Le foglie essiccate vengono scelte e distinte come grezzo da fiuto, da mastico, da sigari, da sigarette e da trinciato.

Le caratteristiche delle sigarette sono cambiate a partire dagli anni 50: il tabacco biondo ha sostituito quello nero, le sigarette con filtro hanno in gran parte sostituito quelle senza filtro, il contenuto medio di catrame (idrocarburi aromatici policiclici, ecc) e di nicotina è stato ridotto, invece il contenuto di altri componenti nocivi, come ad esempio le nitrosamine, è aumentato.

Il fumo del tabacco è una miscela gassosa composta da costituenti propri del tabacco e soprattutto da prodotti della loro combustione che avviene a temperature di 600-800° C.

Nel fumo di sigaretta sono stati isolati circa 12.000 composti, di cui circa 3800 sono stati identificati chimicamente.

La composizione chimica del fumo può variare in quanto dipende principalmente da due fattori:

1. la composizione delle foglie di tabacco che deriva in particolare dai metodi di coltivazione e di selezione dei tabacchi, il tipo di disinfettanti e aromatizzanti aggiunti, i processi di cura e concia;
2. le condizioni della combustione che dipendono in particolare dalla temperatura di combustione, dalla presenza o assenza e dal tipo di filtro, dalle lunghezze della sigaretta e del mozzicone residuo, dal grado e durata dell'aspirazione che regola l'ossigenazione della combustione.

Fumare fa male, anche se si fuma poco e non si aspira. Secondo il Copenhagen City Heart Study, non inalare il fumo di sigaretta oppure preferire i sigari o la pipa equivale a fumare un po' meno rispetto alle sigarette, ma non elimina il rischio dannoso dell'intossicazione. (J.Epidemiol Community Health 2002,56:702). Già fumare più di tre sigarette al giorno aspirando o più di sei al giorno senza aspirare aumenta il rischio di avere un infarto miocardico.

OBIETTIVI

Lo scopo principale di questa indagine è stato quello di verificare se esiste una disponibilità dei fumatori a smettere di fumare

e se essi riconoscono l'utilità dell'intervento del Medico

di Medicina Generale nella dissuasione dal fumo di tabacco, così da giustificare la necessità e la promozione di un maggior impegno del medico in questo compito specifico.

Altri scopi sono stati le rilevazioni delle abitudini al fumo nella popolazione afferente agli studi di Medicina Generale, dell'età di inizio a fumare per valutare in che fasce di età è più utile sensibilizzare a non iniziare a fumare, del grado di attenzione dei fumatori riguardo al fumo passivo, considerando le loro abitudini a fumare in ambienti chiusi condivisi con non fumatori, dell'influenza di genitori o coniuge fumatore sull'abitudine al fumo.

METODI

Lo studio è stato eseguito effettuando un'intervista da me condotta mediante un questionario anonimo (Allegato 1) a 589 pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni di entrambi i sessi, afferenti consecutivamente presso 3 Medici di Medicina Generale nei periodi dal 07 gennaio al 28 di febbraio 2013 e dal 24 febbraio al 25 giugno 2014, aventi ognuno in carica 1500 assistiti che rappresentano rispettivamente il 70% e il 30,8% della popolazione adulta dei comuni di Rio di Pusteria (BZ) e di Vipiteno (BZ) informazione all'anagrafe; e dichiaratisi tutti volontariamente disponibili a rispondere e a rilasciare il consenso informato al trattamento di tali dati sanitari che comunque rimanevano rigorosamente anonimi in quanto le schede non contenevano alcun dato che potesse far risalire all'identificazione degli intervistati.

A questa indagine hanno aderito 3 medici di Medicina Generale dell'ASL dell'Alto Adige di cui due operanti in località di residenza Vipiteno e uno a Rio di Pusteria.

Il questionario, validato ed elaborato da un epidemiologo del CRO di Aviano (Allegato 1) conteneva domande atte a descrivere sia le caratteristiche di tutti i pazienti intervistati (età, sesso, area di residenza, abitudine al fumo, partner fumatore, genitori fumatori), che dei singoli fumatori (età, sesso, numero di sigarette fumate/die, età inizio fumo, genitori fumatori, partner fumatore, disturbi riferiti al fumo).

Nel questionario erano inoltre comprese domande riguardanti la tipologia del nucleo familiare (famiglia con figli), i comportamenti e gli orientamenti dei singoli fumatori riguardo alla possibilità di smettere di fumare e al fumo passivo (fumano in casa, in auto, hanno mai tentato di smettere di fumare, pensano che sia possibile smettere di fumare, ritengono che si smetta da soli, ritengono utile l'invito a smettere di fumare, ritengono utile l'aiuto del medico, pensano di smettere di fumare entro l'anno).

RISULTATI

I dati dell'indagine sono riportati nelle tabelle I, II, III, IV.

Hanno risposto ai questionari 589 pazienti, di cui 365 donne (62%) e 224 uomini (38%).

La casistica ha presentato le caratteristiche riportate in tabella I:

- . i fumatori sono 149 (25,3 %), di cui 80 maschi (53,7 %) e 69 femmine (46,3 %), i non fumatori 440 (74,7 %);
- . 139 pazienti (23,6 %) hanno risposto di avere almeno un genitore fumatore e in 79 pazienti (13,4 %) fuma il partner.

Le caratteristiche del gruppo dei fumatori sono riportate in tabella II. Da questa si rilevano i seguenti dati:

- . il numero dei fumatori decresce in percentuale con l'aumentare dell'età (il 36,9 % del totale ha meno di 34 anni, il 28,1 % ha un'età compresa tra 35 e 44 anni, il 26,5 % ha un'età compresa tra 45 e 54 anni, il 9,6 % ha un'età compresa tra i 55 ed i 65 anni);
- . il 40,9 % degli uomini e il 21,1% delle donne fuma più di 20 sigarette al giorno, per una media totale (\pm SD) di 15 (\pm 7) per i maschi e 12 (\pm 7) per le femmine;
- . il 26,8 % ha iniziato a fumare prima dei quindici anni, il 28,2 % tra i sedici e i diciassette anni ed il 44,9 % dai diciotto anni in su indipendentemente dal sesso;
- . tra i fumatori di entrambi i sessi, 139 (93,2 %) hanno dichiarato di avere almeno un genitore fumatore;
- . 20 maschi (13,4 %) e 59 femmine (39,6 %) di tutti gli intervistati hanno il partner fumatore;
- . poco più di 1/4 degli intervistati ha disturbi riferiti al fumo (26,1 % contro il 73,9 %).

I comportamenti e gli orientamenti del gruppo dei fumatori sono riportati nelle tabelle III e IV e da cui è emerso :

- 129 pazienti fumatori (86,5 %) hanno figli ;
- tra tutti i singoli fumatori 59 pazienti (39,6 %) hanno affermato di aver tentato di smettere di fumare almeno una volta, 129 (86,6 %) pensano che sia possibile smettere, 69 (46,3 %) ritengono che si possa smettere da soli, 100 (67,1 %) ritengono utile l' invito a smettere di fumare e 90 (60,4 %) ritengono utile l'aiuto del medico;
- pensano di smettere di fumare entro un anno 24 uomini (16,1 %) e 12 donne (8,0 %) per un totale di 36 pazienti.

La prevalenza dei pz da me intervistati fumatori appare inferiore a quella rilevata nei dati nazionali raccolti dall' Istituto Superiore di Sanità , poiché nel nostro campione la percentuale di fumatori è risultata del 25,3 % (53,7 % dei maschi e 46,3 % delle femmine) contro il 28 % (24,6 % dei maschi e 17,2 % delle femmine) nei dati nazionali., ma simile alla prevalenza rilevata nei dati nazionali nella sola provincia autonoma di Bolzano che è risultata del 26%.

L'età media in cui iniziano a fumare nel mio campione è di 17,5 anni per gli uomini e 18 per le donne. Questo dato è indicativo della fascia di età in cui appare più utile impegnarsi a sensibilizzare gli assistiti a non iniziare a fumare.

Il 23,6% degli intervistati e di questi il 93,2 % dei fumatori hanno affermato di avere almeno un genitore fumatore e ciò conferma che l'abitudine personale al fumo dipende molto dall'esempio dei familiari, partner compreso dato che le mogli dei fumatori sono fumatrici in percentuale significativamente maggiore (85,5%) rispetto alle mogli dei non fumatori (25%).

I fumatori appaiono poco sensibili ai rischi del fumo passivo dato che circa la metà di loro dichiara di fumare anche in casa e in auto, sebbene abbiano figli che condividono l' ambiente chiuso. Questo dato deve far riflettere su quali interventi di motivazione e informazione possano essere più efficaci, dato che la maggioranza dei fumatori intervistati non avverte disturbi personali riferiti a danni da fumo e circa il 50% non sembra capire il danno potenziale da fumo passivo che può causare ai propri familiari.

La valutazione degli orientamenti sulla cessazione del fumo ha fornito informazioni utili:

l'86,6 % dei fumatori pensano che sia possibile smettere, di questi il 62 % ritiene utile l'invito a smettere di fumare in generale e il 62 % riconosce l'utilità dell'intervento del medico nella dissuasione del fumo di tabacco.

DISCUSSIONE

I dati da me rilevati rilevano che l'abitudine al fumo è presente in ¼ dei casi ed è maggiore nei maschi .La maggior parte dei fumatori ha già tentato di smettere di fumare e ritiene utile l'invito educativo a smettere di fumare e in particolare quello proveniente dal proprio medico curante.Ciò dimostra l'utilità dell'intervento attivo del medico per aiutare i propri assistiti a smettere di fumare.

La condizione di fumatore deve essere indagata in ogni persona che viene in contatto con il MMG. Questa prima valutazione deve essere fatta per i soggetti di tutte le età, sia maschi che femmine, di qualunque condizione di salute e stato socio-economico. Sia ai fumatori attivi che agli ex- fumatori, la domanda dovrebbe essere ripetuta ad ogni visita.

Metodi di dissuasione

In letteratura medica sono riportate numerose linee guida per aiutare le persone a smettere di fumare (Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, ISS 2008) [24] Le

strategie per smettere di fumare si basano sulla modificazione del comportamento e sul trattamento farmacologico della dipendenza fisica da nicotina.

Il grado di dipendenza può essere valutato mediante il questionario di Fagerstrom (J Behav Med 1989,151: 749-752).

Di solito perdere l'abitudine di fumare è più difficile che perdere la dipendenza dalla nicotina: dopo la completa cessazione del fumo i sintomi fisici da astinenza da nicotina sono più intensi entro le prime due settimane ma in seguito contribuiscono in misura minore al persistere del desiderio di fumare rispetto alle sollecitazioni psicologiche e ai fattori sociali e ambientali favorevoli all'abitudine al fumo.

Il successo deriva direttamente dalla propria motivazione, dall'impegno e dalla costante determinazione a smettere di fumare (JAMA 1988,259: 2883-9). Secondo l'epidemiologo Carlo La Vecchia dell'Istituto Mario Negri di Milano i fumatori che hanno smesso nella grande maggioranza lo hanno fatto da soli, pochissimi hanno usato farmaci o cercato un aiuto psicologico. Ma il rischio è che chi smette lo fa tardi solo perché si sente male e quindi ha già riconosciuto su se stesso le conseguenze dannose del fumo (Brit. J. Gen. Pract.2002, 52:132)

Negli USA sono stati attivati con successo anche dei servizi telefonici pubblici per aiutare chi vuole smettere di fumare (Quitline for Smokers), come dimostra l'esperienza pubblicata della California (New Engl J.Med 2002).[52]

L'intervento nelle scuole

Dato che quattro fumatori su cinque iniziano da minorenni, molti programmi di prevenzione si sono concentrati nelle scuole. L'università di New York a Buffalo ha testato un programma denominato Tar Wars che si esaurisce in un incontro di 45 minuti collettivo in classe e focalizza l'attenzione sugli effetti del fumo più facili da rilevare a quell'età: tosse, odore sui vestiti, denti gialli, elenco di oggetti graditi che si potrebbero comprare con i soldi sperperati nell'acquisto di sigarette, effetti e conseguenze della pubblicità occulta al fumo, delle pressioni sociali e dei falsi miti che riguardano la sigaretta (BCM Fam. Pract.2002, 3:3).

La collaborazione tra insegnanti e medici di famiglia può dare un valido contributo all'educazione sanitaria nelle scuole e andrebbe promossa nelle singole comunità per prevenire le dipendenze e le devianze e favorire gli stili di vita salutari.

L'intervento Medico

Un'indagine su come i fumatori percepiscono e reagiscono all'invito del medico a non fumare ha permesso di identificare tre gruppi di fumatori (Brit. Med. J. 1998, 316: 1878-81):

- 1) chi continuava a fumare, ma riteneva ragionevole l'intervento del medico;
- 2) chi sviluppava sensi di colpa (motivazione utile a smettere) e riteneva un dovere del medico l'intervento contro il fumo;
- 3) chi era contrariato e riteneva che non fosse possibile smettere.

L'indagine ha concluso che i medici dovrebbero considerare i pazienti singolarmente e personalizzare gli interventi per smettere di fumare, altrimenti la maggior parte dei pazienti percepisce come ininfluyente o irritante il semplice impersonale ammonimento dei medici o delle strutture sanitarie a non fumare.

Va rilevato che il 70% dei fumatori dichiara di voler smettere di fumare e di aver fatto almeno un tentativo di smettere durante l'ultimo anno (JAMA 1996, 257/16:1270-80).

I medici dunque devono essere consapevoli dell'importante e documentato ruolo che possono svolgere nel persuadere i pazienti a smettere di fumare attraverso brevi interventi (Family Practice 1989, 6: 203-209; JAMA 1988, 259: 2883-2889; BMJ 1987, 295: 1240-1244).

Trattamento Psicologico

L'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPH) ente statunitense, ha formulato delle linee guida per la dissuasione dal fumo con l'obiettivo di offrire brevi interventi (minimal advice) per smettere di fumare a tutti i fumatori ad ogni visita (JAMA 1996, 257/16: 1270-80).

Le 5 tappe del piano (5A) per il medico di Medicina Generale prevedono: l'identificazione di tutti i fumatori ad ogni visita (Ask), l'invito motivato a smettere di fumare (Advice), l'identificazione dei fumatori che vogliono provare a smettere (Assess), l'aiuto ai fumatori che smettono (Assist), la programmazione di controlli ripetuti dei fumatori che hanno smesso anche per attuare interventi di prevenzione delle ricadute e di preparazione psicologica all'aumento ponderale conseguente alla cessazione del fumo (Arrange) .

Il medico di Medicina Generale deve quindi raccogliere la storia del paziente sull'abitudine al fumo, aiutare il fumatore ad approfondire bisogni e motivazioni che inducono a fumare per cercare suggerimenti idonei a sviluppare comportamenti alternativi, fornire informazioni, materiale educativo per autoapprendimento, sostegno psicologico ed eventualmente farmacologico al fumatore motivato a smettere.

Per cercare di persuadere i fumatori “non interessati a smettere” può essere utile anche un intervento psicologico di motivazione.

Molte fumatrici si sentono motivate a smettere di fumare solo durante la gravidanza, consapevoli dei possibili danni del fumo per il feto, ma nel periodo post-partum presentano un alto tasso di ricadute nell'abitudine al fumo.

Altri fumatori possono acquisire motivazioni a smettere in occasione di un ricovero ospedaliero (Ann Intern Med 1994, 120: 287-293) per una patologia chiaramente correlata al fumo (infarto miocardico, arteriopatia obliterante agli arti inferiori, ictus, ecc).

La modificazione del comportamento richiede almeno 5 tappe per il fumatore:

- 1) stabilire una data precisa e significativa (ricorrenza, festività, ecc.) per smettere completamente di fumare, con settimane di anticipo per prepararsi psicologicamente e informando di tale impegnativa decisione medico, familiari e amici che possono offrire un sostegno psicologico;
- 2) tenere un diario scritto del fumo per identificare le situazioni e le ore in cui l'impulso a fumare è maggiore;
- 3) identificare comportamenti alternativi personalizzati da mettere in atto in ogni situazione specifica in cui il desiderio di fumare è più intenso, in modo da prepararsi a rispondere con un'attività distraente nelle situazioni in cui il bisogno di fumare abitualmente è imperativo e in modo da ridurre l'ansia da deprivazione ; elencare per iscritto le situazioni a rischio e i possibili comportamenti alternativi può inizialmente sembrare noioso al paziente ma è sicuramente utile a lungo termine;

- 4) stabilire dei rinforzi positivi per mantenere le motivazioni a smettere di fumare: compilare una lista scritta di motivi positivi personali per non fumare, premiarsi per i risultati raggiunti, mantenere contatti regolari con amici che hanno già smesso, considerare il risparmio economico ottenuto non fumando, segnare sul calendario i giorni di astensione dal fumo;
- 5) considerare le possibili ricadute come incidenti di percorso che costituiscono opportunità per una migliore conoscenza di se stessi e delle proprie abitudini: chi, invece di attuare un comportamento alternativo, ricomincia a fumare in una situazione di rischio già nota probabilmente ha bisogno di rinforzare le sue motivazioni a smettere oppure di pensare ad un nuovo comportamento alternativo più efficace.

I fumatori che stabiliscono una data per smettere, di solito entro 4-6 settimane per pianificare una strategia, si sono dimostrati poi più determinati nello smettere di fumare (Med Clin North Am 1992, 76: 477-494).

I fumatori che rimangono astinenti per almeno 2 settimane hanno più probabilità di mantenere l'astinenza dal fumo (JAMA 1988, 259: 2883-9).

La maggior parte delle ricadute si manifestano entro le prime 6 settimane dopo la sospensione del fumo (J Clin Psych 1977; 27: 455-6).

Il timore di aumentare il peso corporeo è un importante ostacolo a smettere di fumare, specialmente nei fumatori di sesso femminile (Ann Behav Med 1989, 11: 144-153).

La maggior parte dei fumatori che smettono presentano un incremento ponderale medio inferiore a kg 4.5 ma nel 10% l'aumento di peso può superare anche i kg 13.5, specialmente nei pazienti che fumavano più di 25 sigarette al giorno (New Engl J Med 1991, 324 : 739-745).

L'impegno contemporaneo a prevenire l'incremento ponderale successivo alla sospensione del fumo (mediante dietoterapia, ecc.) può ridurre l'impegno a non fumare (Am J Public Health 1992, 82: 1238-1243).

Il fumatore ha maggiori possibilità di successo se affronta un problema alla volta.

Monitorare il fumatore che ha smesso, attraverso ripetute visite di controllo, si è dimostrato utile per rafforzare le sue motivazioni a mantenere l'astinenza (Ann Intern Med 1989, 110: 648-652).

Senza una terapia comportamentale i tentativi di astensione dal fumo sono in genere di breve durata e presentano entro un anno un alto rischio di ricadute nell'abitudine al fumo (Eur J Cancer 1994, 30A/2: 253-263).

Trattamento Farmacologico

I farmaci di prima scelta per ottenere la disassuefazione dalla nicotina sono i sostitutivi della nicotina (NRT) nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, preparati per inalazione, gomme da masticare, compresse sublinguali), gli agonisti parziali della nicotina (citisina e vareniclina) e gli antidepressivi (bupropione e nortriptilina). (Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. JAMA 2006) [13]

I sostitutivi della nicotina sono indicati per es. per chi

- fuma 10 o più sigarette
- ha già avuto esperienza di crisi di astinenza in precedenti tentativi di smettere
- fuma la prima sigaretta entro mezz'ora dal risveglio

Il bupropione (150mg due volte al giorno) e la nortriptilina (75-100mg al giorno) attenuano il desiderio impellente di fumare e riducono la sintomatologia propria della sindrome di astinenza. In Italia per la nortriptilina non vi è indicazione terapeutica per la cessazione dal fumo. Il bupropione è disponibile solo su presentazione di ricetta medica.

La vareniclina e la citisina sono agonisti parziali dei recettori cerebrali. Come tali provocano una modesta stimolazione che mima gli effetti piacevoli della nicotina attraverso la dopamina e un successivo blocco che impedisce che la nicotina comunque assunta provochi ulteriori effetti sui recettori. In tal modo la vareniclina, alla dose di 1mg due volte al giorno, e la citisina, alla dose di 1,5mg al giorno, riducono i sintomi di astinenza e si sono dimostrati efficaci per aiutare i fumatori a smettere. I risultati relativi alla vareniclina provengono da numerosi studi. (Jorenby DE, Hays T, Rigotti NA, et al. JAMA 2006) [20] La citisina non è commercializzata in Italia. La vareniclina è disponibile solo su presentazione di ricetta medica.

- L'associazione di cerotti con inalatori, gomme o compresse sublinguali di nicotina è più efficace di una singola formulazione e si può utilizzare nei pazienti resistenti.
- Il bupropione associato a NRT ne rafforza l'efficacia, mentre non avviene il contrario. L'associazione può aumentare il rischio di crisi ipertensive.
- La vareniclina è efficace per smettere di fumare.

Anche la citisina è efficace ma i risultati provengono da un solo trial.

La scelta della terapia deve tenere conto di alcuni fattori: storia clinica del paziente, età e presenza di eventuali co-patologie, tipologia di fumo, preferenze manifestate dal paziente, presenza di controindicazioni.

L'inizio ottimale della terapia sostitutiva avviene quando si smette completamente di fumare e la durata media della terapia è di 2-3 mesi.

Ci sono almeno due ragioni teoriche per credere che gli antidepressivi possono aiutare a smettere di fumare:

- 1) l'astinenza da nicotina può indurre sintomi depressivi o precipitare un episodio depressivo maggiore e i farmaci antidepressivi possono alleviare questo;
- 2) la nicotina può avere effetti antidepressivi che mantengono il fumo, e gli antidepressivi possono sostituire questo effetto.

In alternativa, alcuni farmaci antidepressivi possono avere un effetto specifico sui percorsi neurali sottostanti la dipendenza da nicotina (ad es. bloccando i recettori della nicotina) indipendentemente dai loro effetti antidepressivi. (Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007) [16]

Va anche rilevato che la stessa coesistenza di depressione non trattata può costituire un impedimento al successo della terapia per smettere di fumare.

Molti metodi per smettere di fumare sono stati proposti ma l'efficacia non è stata documentata per tutti in sperimentazioni cliniche metodologicamente adeguate.

Le principali conclusioni del Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 sull'analisi dei trials clinici controllati riguardanti le terapie per smettere di fumare sono le seguenti:

- 1) l'efficacia della terapia sostitutiva con nicotina è dimostrata e ci sono evidenze che il bupropione e la nortriptilina siano di efficacia simile alla nicotina; (Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012) [6];

2) ci sono evidenze che bupropione e nortriptilina aiutino a smettere di fumare a lungo termine, ma gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (es. fluoxetina) non lo fanno. L'evidenza suggerisce che la modalità di azione del bupropione e della nortriptilina è indipendente dal loro effetto antidepressivo e che sono di efficacia simile a sostituzione della nicotina. Gli eventi avversi con entrambi i farmaci sono raramente gravi;

3) non ci sono evidenze che interventi individuali intensivi di counselling per aiutare a smettere di fumare siano più efficaci di interventi individuali brevi di counselling;

4) non ci sono differenze di efficacia significative tra interventi individuali comportamentali e terapia di gruppo per smettere di fumare; da sottolineare però che nella terapia di gruppo alle strategie comportamentali si aggiunge la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori e la presenza di ex fumatori può fornire un rinforzo positivo;

5) ci sono evidenze che confermano la maggior efficacia delle terapie di gruppo rispetto ai tentativi di smettere di fumare senza aiuto professionale;

6) riguardo l'ipnosi, tecnica di condizionamento al disgusto per il tabacco, nella casistica di Nagar (Nagar 2002) su 691 soggetti trattati con ipnosi, il 40,7% aveva smesso di fumare dopo l'intervento e ad un anno la proporzione di ex-fumatori risultava del 23% degli uomini e del 19,9% delle donne. Una recensione recente (Green 2006) conferma la maggiore risposta all'ipnosi da parte degli uomini, che hanno una probabilità di successo superiore del 37% rispetto alle donne. Una recensione sistematica, di studi randomizzati e controllati e non, ha mostrato una maggiore efficacia della ipnosi terapia rispetto ad altre tecniche (Abbot 1998) [2]. Studi più recenti ma di piccole dimensioni (Elkins 2006) non consentono di identificare un vantaggio certo nei fumatori trattati con ipnosi terapia. La revisione Cochrane del 2006 sottolinea come i risultati degli studi condotti sull'efficacia dell'ipnositerapia siano contraddittori e non vi siano prove di una sua maggiore efficacia rispetto all'assenza di trattamento o alle semplici informazioni e raccomandazioni di smettere (ADVISE);

7) non ci sono chiare evidenze che l'agopuntura sia efficace per smettere di fumare; le conclusioni di una recente meta-analisi degli studi pubblicati indicano che le prove disponibili in letteratura presentano lacune e carenze tali da non consentire scelte a favore o contro l'utilizzo dell'agopuntura per il trattamento dell'abitudine al fumo (White 2006); gli autori evidenziano la necessità di sviluppare la ricerca in particolare per l'auricoloterapia e l'agopressione. Tali trattamenti dovrebbero essere proposti nell'ambito di studi clinici disegnati con l'obiettivo di ottenere dati di efficacia e stima di costo attualmente non disponibili in letteratura;

8) non ci sono chiare evidenze che le tecniche di avversione al fumo, siano efficaci ed innocue;

9) non ci sono evidenze scientifiche sull'efficacia di omeopatia (terapia di disassuefazione che utilizza granuli contenenti dosi infinitesimali di estratti di tabacco) e dei prodotti di erboristeria (come ad esempio le radici di genziana e di calamo) per smettere di fumare.

CONCLUSIONE

Dall'indagine da me condotta emerge una preoccupante precocità nell'abitudine al fumo, una diffusa disinformazione sui danni diretti ed indiretti del tabagismo. I fumatori manifestano per la

maggior parte la volontà di smettere di fumare. Quest'ultimo dato deve incoraggiare la messa in atto di strategie coordinate miranti ad informare prima ed ad offrire poi un sostegno concreto e opzioni di cura, a chi intende smettere di fumare. Tali strategie devono coinvolgere in prima battuta il Medico di Medicina Generale in quanto medico curante e primo interlocutore di fiducia degli assistiti.

Il MMG dovrebbe informarsi circa l'abitudine al fumo dei propri assistiti anche quando questi non presentino patologie fumo – correlate o accedano all'ambulatorio per conto di un parente. Quest'informazione va richiesta periodicamente, anche per quei soggetti risultati fumatori o ex fumatori a precedenti indagini, e deve essere registrata sulla cartella clinica. Una volta identificato il soggetto come attuale fumatore, il MMG valuterà la motivazione a smettere utilizzando uno degli strumenti proposti. Se l'assistito accetta di seguire un percorso di cessazione oppure lo richiede egli stesso, il MMG dovrebbe accompagnarlo indirizzandolo ad un Centro per il Trattamento del Tabagismo.

Il medico curante deve offrire un sostegno psicologico al paziente motivato a smettere di fumare.

Il trattamento farmacologico(nicotina, bupropione, ecc.) è complementare e può aiutare a superare la dipendenza, ma nessun farmaco può sostituire la ferma volontà di smettere di fumare.

Per smettere di fumare solo una minoranza dei fumatori sceglie di intraprendere trattamenti intensivi specialistici che il Medico di Medicina Generale può consigliare soprattutto nei casi più difficili, ad esempio ai fumatori con alta dipendenza, con comorbidità psichiatrica o con altre dipendenze concomitanti da alcool o droghe. Da noi in Alto Adige il servizio di pneumologia di Bolzano ha un Centro consulenza fumatori con sedi distaccate a Merano, Brunico e Bressanone. Esiste da 20 anni e vede circa 100 pazienti l'anno; mette a disposizione un supporto specialistico e diverse strategie di aiuto : una terapia farmacologica(capace di ridurre o annullare i problemi che insorgono quando si smette di fumare ossia i sintomi da astinenza) e un sostegno psicologico (terapia cognitivo – comportamentale individuale o di gruppo, counselling professionale individuale, ecc.). Il personale è composto da un medico, uno psicologo e da una figura professionale adeguatamente formata sul tabagismo. Il trattamento cognitivo-comportamentale con colloqui individuali e di gruppo è il pilastro fondamentale. La terapia di gruppo rivela più efficace prevede un incontro alla settimana per un totale di dieci incontri. La terapia individuale viene riservata per il paziente difficile (paziente con problematiche psichiatriche) o che non ha possibilità logistiche di frequentare negli orari di gruppo. Per quanto riguarda la terapia farmacologica il farmaco utilizzato perché risultato più efficace è la vareniclina, con schema standard da iniziare nel giorno in cui si è deciso di smettere di fumare. Questo è anche quanto emerge dalla letteratura. (Gonzales D. JAMA 2006) [13] L'efficacia dei trattamenti a un anno è pari al 33-35% e rispecchia la media nazionale. Questo centro costituisce quindi un valido strumento che il MMG può utilizzare in ogni fase di intervento per la gestione dei pazienti più complessi.

Le più importanti azioni preventive contro il fumo sono difendere specialmente i bambini dal fumo passivo (J Fam Pract 1994) [7] e aiutare gli adolescenti a non iniziare a fumare, soprattutto con l'esempio degli adulti resi consapevoli dei rischi del fumo per la salute attraverso una pressione continuativa socio-sanitaria e legislativa per una società libera dal tabacco (Pediatrics 1998, 102/3, suppl. 2/2, 691).

Questionario

Metodo: intervista in comuni campione ai soggetti di età compresa tra 18-65 anni di entrambi i sessi presentatisi consecutivamente presso gli studi dei medici di medicina generale.

Comune di residenza	
Età	Anni
Sesso	M F
Fuma:	Si No
Età di inizio a fumare	Anni
Presenza di genitore/i fumatore/i	Si No
Fuma in casa	Si No
Ha figli	Si No
Fuma anche la/il partner	Si No
Fuma in automobile	Si No
Ha mai tentato di smettere	Si No
Pensa che sia possibile smettere	Si No
Quante sigarette fuma al giorno	n.
Ritiene utile l'invito a smettere	Si No
Ritiene che si smetta da soli	Si No
Ritiene utile l'aiuto del medico	Si No
Ha disturbi riferiti al fumare	Si No
Pensa di smettere di fumare entro un anno?	Si No

Allegato 1

Tabella I. Caratteristiche di 589 pazienti afferenti consecutivamente nei periodi dal 07 gennaio al 28 di febbraio 2013 e dal 24 febbraio al 25 giugno 2014 negli studi di 3 medici di medicina generale della provincia di Bolzano distribuiti per sesso

Caratteristiche	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)
Età (anni)						
≤34	67	(29,9)	93	(25,5)	160	(27,2)
35-44	58	(25,9)	102	(27,9)	160	(27,2)
45-54	32	(14,3)	81	(22,2)	113	(19,2)
55-65	67	(29,9)	89	(24,4)	156	(26,4)
Area di residenza						
Vipiteno	100	(44,6)	183	(50,1)	283	(48)
Rio di Pusteria	124	(55,4)	182	(49,9)	306	(52)
Abitudini al fumo						
Fumatore corrente	80	(35,7)	69	(18,9)	149	(25,3)
No fumatore	144	(64,3)	296	(81,1)	440	(74,7)
Partner fumatore						
Si	20	(8,9)	59	(16,2)	79	(13,4)
No	204	(91,1)	306	(83,8)	510	(86,6)
Genitori fumatori						
Si	69	(30,8)	70	(19,2)	139	(23,6)
No	155	(69,2)	295	(80,8)	450	(76,4)

Tabella II. Età, sesso altre caratteristiche di 149 pazienti fumatori afferenti a 3 medici di medicina generale della provincia di Bolzano distribuiti per sesso

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)
Età (anni)						
≤34	32	(40)	27	(39,1)	59	(39,6)
35-44	26	(32,5)	19	(27,5)	45	(30,2)
45-54	12	(15)	18	(26,2)	30	(20,1)
≥55	10	(12,5)	5	(7,2)	15	(10,1)
N. di sigarette fumate/die						
< 20	47	(59,1)	55	(78,9)	102	(68,5)
≥ 20	33	(40,9)	14	(21,1)	47	(31,5)
Età inizio fumo						
<16	20	(25)	20	(29)	40	(26,8)
16-17	20	(25)	22	(31,9)	42	(28,2)
≥18	40	(50)	27	(39,2)	67	(45)
Genitori fumatori						
Si	71	(88,7)	68	(98,5)	139	(93,3)
No	9	(11,3)	1	(1,5)	10	(6,7)
Partner fumatore						
Si	20	(25)	59	(85,5)	79	(53)
No	60	(75)	10	(14,5)	70	(47)
Ha disturbi riferiti al fumo						
Si	24	(30)	15	(21,7)	39	(26,1)
No	56	(70)	54	(78,3)	110	(73,9)

Tabella III. Comportamenti e orientamenti 149 pazienti fumatori afferenti a 3 medici di medicina generale della provincia di Bolzano distribuiti per sesso

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)
Fumano in casa						
Si	40	(50)	39	(56,5)	79	(53)
No	40	(50)	30	(43,5)	70	(47)
Fumano in auto						
Si	50	(62,5)	30	(43,5)	80	(53,7)
No	30	(37,5)	39	(56,5)	69	(46,3)
Ha mai tentato di smettere di fumare						
Si	50	(62,5)	39	(56,5)	59	(39,6)
No	30	(37,5)	30	(43,5)	90	(60,4)
Pensa sia possibile smettere di fumare						
Si	69	(86,2)	60	(87)	129	(86,6)
No	11	(13,8)	9	(13)	20	(13,4)
Ritiene che si smetta da soli						
Si	30	(37,5)	39	(56,5)	69	(46,3)
No	50	(62,5)	30	(43,5)	80	(53,7)
Ritiene utile l'aiuto del medico						
Si	50	(62,5)	40	(58)	90	(60,4)
No	30	(37,5)	29	(42)	59	(39,6)
Pensa di smettere di fumare entro l'anno						
Si	24	(30)	12	((17,4)	36	(24,2)
No	56	(70)	57	(82,6)	113	(75,8)

Tabella IV. Orientamenti sulla cessazione del fumo in 149 pazienti fumatori afferenti a 3 medici di medicina generale della provincia di Bolzano distribuiti per l'intenzione di smettere di fumare

	Pensa che sia possibile smettere di fumare			
	Si		No	
	N.	(%)	N.	(%)
Ritiene utile l'invito a smettere di fumare				
Si	80	(62)	10	(50)
No	49	(38)	10	(50)
Ritiene utile l'aiuto del medico				
Si	80	(62)	10	(50)
No	49	(38)	10	(50)
Ritiene che si smetta da soli				
Si	69	(53,5)	10	(50)
No	60	(46,5)	10	(50)
Pensa di smettere entro l'anno				
Si	33	(25,6)	3	(15)
No	96	(74,4)	17	(85)
Ha disturbi riferiti al fumo				
Si	32	(24,8)	7	(35)
No	97	(75,2)	13	(65)

BIBLIOGRAFIA

1. **Armitage P., Berry G.** Statistical methods in medical research. Blackwell Sc. Publications, 2002.
2. **Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J.** Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2.
3. **Batra A.** Treatment of tobacco dependence. Dtsch Arztebl Int 204; 108 (33): 555-564.
4. **Birru RL, D:YP.** Pathogenic mechanism of second hand smoke induced inflammation and COPD- Front Physiol 2012; 3: 348
5. **Butler C.C., Pill R., Stott N.C.H. (1998).** Qualitative study of patients perceptions of doctors advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. British Journal, 316,1878-81.
6. **Cahill K,Stead LF, Lancaster T.** Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation.Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 130 (5):346-347.
7. **Charlton A.** Children and passive smoking. A review. J Fam Pract 1994; 38: 267-77.
8. **Cohen S.J., Stookey G.K., Katz B.P., Drook C.A., Smith D.M.** Encouraging primary care physicians to help smokers quit. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 1989; 110: 648-52.
9. **Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, 4th ed.,** text revision(DSM-IV-TR), American Psychiatric Association,Washington, DC, 2000.
10. **Dickson-Spillmann M, Kraemer t, Rust k, Schaub M.** Group hypnotherapy versus group relaxation for smoking cessation. An RCT study protocol. BMC Public Health. 2012; 12: 271

11. **Dunbar A, Gotsis W, Frishman W.** Second hand Tobacco Smoke and Cardiovascular Diseases risk: An Epidemiological Review. *Cardiol Rev* 2012 Sep 10 (Epub ahead of print).
12. **Fichtenberg C. and Glantz S.** Smoke free workplaces substantially reduce smoking: A systematic review. *Brit. Med J* 2002; 325: 188.
13. **Gonzales D, Rnnard SI, Nides M, et al.** Varenicline, an alpha 4, beta 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *JAMA* 2006; 296:47-55
14. **Haxby D.G.** Treatment of nicotine dependence. *Am J Health Syst Pharm.* 1995; 52 (3): 265-81.
15. **Hirsch A., Slama K., Alberisio A., Fowler G., Lagrue G., Malvezzi I., Manley M., Molimard R., Tonnesen P.** Smoking cessation methods: recommendations for health professionals. Advisory Group of the European School of Oncology. *Eur J Cancer.* 1994; 30A (2): 253-263.
16. **Hughes JR, Stead LF, Lancaster T.** Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1.
17. **Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group.** Effectiveness of a nicotine patch in helping people stop smoking: results of a randomised trial in general practice. *BMJ* 1993; 306: 1304-8.
18. **Johnson KA, Stewart S, Rosenfield D, et al.** Prospective evaluation of the effects of anxiety sensitivity and state anxiety in predicting acute nicotine withdrawal symptoms during smoking cessation. *Psychol Addict Behav* 2012; 26(2): 289-297

19. **Jorenby D.E., Leischow S.J., Nides M.A., Rennard S.I., Johnston J.A., Hughes A.R., et al.** A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-91.
20. **Jorenby DE, Hays T, Rigotti NA, et al.** Efficacy of varenicline, an alpha 4, beta 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. *JAMA* 2006; 296: 56-63
21. **Kottke T.E., Battista R.N., De Friese G.H., Brekke M.L.** Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA*. 1988; 259: 2883-2889.
22. **Lancaster T, Stead LF.** Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.
23. **Lancaster T, Stead LF.** Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
24. **Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo.** ISS 2008
25. **Liu Y. D YP.** Effects of second hand smoke on air way secretion and mucociliary clearance. *Front Physiol* 2012; 3: 342
26. **Manley M.W., Epps R.P., Glynn T.J.** The clinician's role in promoting smoking cessation among patients. *Med Clin North Am.* 1992; 76 (2):477-94.
27. **Nardini S, Bertoletti R, Sabato E et al.** Nuove risorse terapeutiche nell'ambito dell'ambulatorio per controllo del fumo: I- le compresse sublinguali di nicotina a confronto con le altre formulazioni. *Rass Pat App Resp*; 2001; 16:397-4
28. **Paolini M, De Biasi M.** Mechanistic insights into nicotine withdrawal. *Biochem Pharmacol* 2011; 82(8): 996-1007

29. **Phillips DH, Venitt S.** DNA and protein adducts in human tissue resulting from exposure to tobacco smoke. *Int J cancer*.131(12):2733-2753.
30. **Piper ME, Schlam TR, Cook JW, et al.** Tobacco withdrawal components and their relations with cessation success. *Psychopharmacology (Berl)*2011; 216(4):569-578
31. **Pirie P.L., McBride C.M., Hellerstedt W., Jeffery R.W., Hatsukami D., Allen S., Lando H.** Smoking cessation in women concerned about weight. *Am J Public Health* 1992 82: 1238-1243.
32. **Pirozzi C, Scholand MB.** Smoking cessation and environmental hygiene. *Med Clin North Am* 2012; 96(4): 849-8671
33. **Prescott E., Scharling H., Osler M., and Schnohr P.** Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12 149 men and women in The Copenhagen City Heart Study. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 702-706.
34. **Raw Martin, McNeill Ann, and West Robert.** Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals – A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53 (Suppl. 5): S1-S18.
35. **Raw Martin, McNeill Ann, West Robert, Parrott Steve, and Godfrey Christine.** Guidance for Commissioners on the Cost Effectiveness of Smoking Cessation Interventions. *Thorax* 1998; 53 (Suppl. 5): S2-S37.
36. **Richards CS, Cohen LM, Morrell HE, et al.** Treating Depressed and Anxious Smokers in Smoking Cessation Programs. *J Consult Clin Psychol* 2012 Mar 19 (Epub ahead of print).
37. **Rigotti N.A., McKool K.M., Shiffman S.** Predictor of smoking cessation after coronary artery bypass graft surgery. *Ann Intern Med* 1994; 120: 287-293.

38. **Rydell M.**, Cnattingius S, Granath F, et al. Prenatal exposure to tobacco and future nicotine dependence: population-based cohort study. *Br J Psychiatry*. 2012; 200(3):2002-209
39. **Russell M.A.H., Stapleton J.A., Feyerabend C., Wiseman S.M., Gustavsson G., Sawe U., et al.** Targetting heavy smokers in general practice: Randomised controlled trial of transdermal nicotine patches. *BMJ* 1993; 306: 1308-12.
40. **Russell M.A.H., Stapleton J.A., Jackson P.H., Hajek P., Belcher M.** District programme to reduce smoking: effect of clinic supported brief intervention by general practitioners. *BMJ* 1987; 295: 1240-44.
41. **Sikorska-Jaroszynska MH, Mielnik-Blaszczak M, Krawczyk D, et al.** Passive smoking as an environmental health risk factor. *Ann Agric Environ Med* 2012; 19 (3): 547-550
42. **Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G.** Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
43. **Slama K.J., Redman S., Cockburn J., Sanson-Fisher R.W.** Community views about the role of general practitioners in disease prevention. *Family Practice* 1989 6: 203-209.
44. **Stead LF, Lancaster T.** Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.
45. **Strachan Dp, Cook DG.** Health effects of passive smoking 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; 52(10): 905-914.
46. **The Smoking Cessation Clinical practice Guideline Panel and Staff.** The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA*. 1996; 275: 1270-1280.
47. **Thorndike A. N., Rigotti N.A., Stafford R. S., Singer D. E.** National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA*. 1998; 279: 604-8.

48. **Tonstad S, Tonnesen P, hayck P, et al.** effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. *JAMA* 2006;296:64:71.
49. **Walters N. and Coleman T.** Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers who attribute respiratory symptoms to smoking with those who do not. *Brit. J. Gen. Pract.* 2002; 52: 132.
50. **William A., Hunt L., Walker Barnett, and Laurence G. Branch.** Relapse rated in addiction programs. *J Clin Psych* 1977; 27: 455-6.
51. **Williamson D., Madans J., Anda R. et al.** Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991; 324: 739-45.
52. **Zhu S.H., Anderson C.M., Tedeschi G.J., et al.** Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N. Engl J. Med.* 2002; 347: 1087-1093.

