

Tobacco Facts

Sommario.

- Il tabacco
- Chi lo produce
- L'economia e la cultura dalla parte del tabacco.
- Le dimensioni del problema.
- La dipendenza.
- Il percorso motivazionale del fumatore: l'anello di Prochaska.
- I prodotti nocivi presenti nel fumo.
- Le patologie correlate.
- Il fumo passivo.
- Le situazioni incompatibili con il fumo: malattie respiratorie, gravidanza, contraccezione, diabete, patologie cardiovascolari.
- I benefici della cessazione.
- Come aiutare gli adolescenti a non fumare.
- Come aiutare i fumatori a smettere: il minimal advice e la terapia nicotinic sostitutiva.
- L'intervento di secondo livello.
- Le schede per il paziente fumatore: esempi di minimal advice e di intervento di secondo livello, e i questionari di motivazione e di dipendenza.
- I Centri anti-fumo.
- Qualcosa da lasciare in sala d'attesa.

Quando fumava solo Jean Nicot.

Se chiedete ai ragazzi d'oggi da quando fumare fa parte delle abitudini umane, vi risponderanno: "Da sempre!". In realtà non è proprio così, ed è importante saperlo, anche per sapere cosa rispondere agli adolescenti rispetto al problema.

Nativa del continente americano, la pianta del tabacco era già conosciuta dai Maya, e Cristoforo Colombo aveva osservato la pratica del fumo di tabacco tra i popoli caraibici, che aspiravano attraverso un tubo detto *tobago*. Verso la metà del Cinquecento il tabacco venne importato in Francia dal diplomatico **Jean Nicot**, che ha dato il nome botanico alla pianta: *Nicotiana tabacum*.

Il consumo di tabacco nei paesi sviluppati è cresciuto rapidamente a partire dalla fine dell'Ottocento, per raggiungere il livello massimo attorno agli anni Sessanta. Dopo la diffusione dei dati epidemiologici dello studio sull'incidenza del tumore polmonare tra i medici inglesi fumatori, e il riconoscimento del suo potere cancerogeno nel 1964 da parte del ministero della sanità degli USA, il consumo di sigarette si è ridotto progressivamente fino agli anni Ottanta, quando si è attestato al 25-30% nella popolazione adulta.

Chi lo produce.

L'**Italia** è uno dei principali produttori di tabacco con 1.430.000 quintali annui di foglia di tabacco, dopo Cina (31.780.000 ql), USA (7.550.000 ql), Brasile (5.830.000 ql), India (5.380.000 ql) e Grecia (1.820.000 ql), e prima di Bulgaria (900.000 ql), Giappone (770.000 ql) e Azerbaidjan (630.000 ql).

L'economia e la cultura dalla parte del tabacco.

Il problema della lotta contro il fumo si scontra con motivi di ordine economico (multinazionali del tabacco e monopoli di Stato), e di ordine sindacale (nella Comunità Europea si stimano circa 700.000 addetti alla produzione delle sigarette), anche se sono allo studio **incentivi all'agricoltura** e ai produttori per la riconversione delle coltivazioni e per la riduzione della produzione industriale.

Attualmente, in molti paesi sviluppati, sono in vigore leggi che limitano la **pubblicità** ai prodotti del tabacco, e

molti Stati sono impegnati in campagne di prevenzione ed educazione sanitaria. Tuttavia, in molti Paesi - specialmente dell'area mediterranea - l'ambiente culturale e sociale non è ancora **dissonante** verso il fumo, e la sottile e continua pressione dei produttori (ne sono un esempio la **Merit Cup** e il logo **Marlboro**) è facilmente percepibile a livello di mass media.

Le dimensioni del problema.

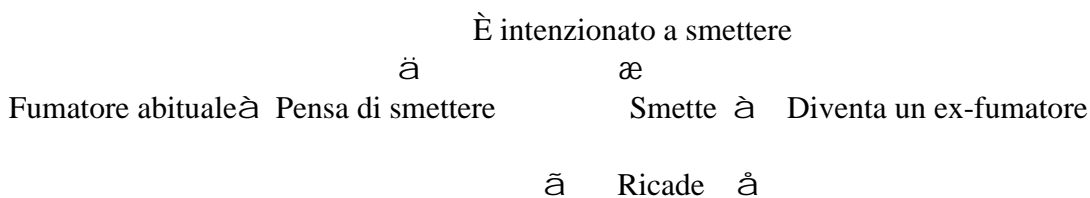
Solo per **cancro del polmone** si calcolano circa **500.000 decessi** ogni anno nei Paesi della Comunità Europea, il 90% dei quali dovuti al fumo. Il 20% dei fumatori è destinato a sviluppare la **bronchite cronica ostruttiva (BPCO)**, mentre è stato calcolato che il 50% delle **cardiopatie ischemiche** è legato al fumo. Dopo anni di campagne contro il fumo, in Europa attualmente fuma il 25% della popolazione adulta, un valore stabile per il momento, considerato lo "zoccolo duro" al di sotto del quale è difficile scendere. Questo dato è molto preoccupante, perché prelude al mantenimento di elevate percentuali di patologie correlate sia nel breve sia nel lungo periodo. Inoltre, le osservazioni recenti negli **adolescenti** confermano una tendenza all'aumento della diffusione del fumo tra i giovani: il 30% dei bambini di prima media ha già provato la prima sigaretta, mentre circa il 40% dei ragazzi dell'ultimo anno delle superiori fuma correntemente. Dobbiamo aggiungere anche il dato su quanto fumano i medici italiani (e mediterranei): circa il 30% complessivamente, che si eleva al 45% tra i 40 e i 60 anni. Diversa è la situazione in altri Paesi, come il Regno Unito con il 10% di medici fumatori, e gli Stati Uniti, dove fuma solo il 2% dei medici. Dunque è necessario un maggiore impegno anche da parte della nostra classe medica attorno al problema fumo, prescindendo dalla personale abitudine del medico al fumo.

La dipendenza.

Solo recentemente la **nicotina** è stata dichiarata ufficialmente una **droga** a tutti gli effetti, nonostante i dati sul suo elevato potere di indurre dipendenza fossero noti da decenni ai ricercatori dell'industria del tabacco. In un recente raffronto tra le proprietà delle differenti droghe maggiori, la nicotina detiene il maggior potere nell'indurre dipendenza rispetto a droghe maggiori, come eroina, cocaina e alcol. La **dipendenza** indotta da una sostanza viene definita in base alla difficoltà di smetterne l'uso, alla frequenza delle recidive, alla percentuale di persone che ne diventano dipendenti, e al "valore" che essa detiene presso chi ne fa uso, nonostante tutta l'evidenza dei danni che essa è in grado di provocare. La dipendenza, nel caso del tabacco, porta al danno non come conseguenza della nicotina, ma a causa della continua esposizione al condensato e al monossido di carbonio. Accanto alla dipendenza farmacologica da nicotina, un ruolo decisivo che determina il legame tra fumatore e sigaretta è giocato dalla **dipendenza psicologica**. I suoi determinanti sono soprattutto dovuti a fattori sociali e culturali, alla gestualità, e all'effetto di tipo amfetaminico che la nicotina comporta, in grado di creare aspettative di miglior performance nell'affrontare la fatica, il lavoro, lo stress in genere. Dipendenza farmacologica e psicologica coesistono nello stesso individuo, ma in proporzioni diverse da soggetto a soggetto. Pertanto, nei programmi di cessazione, è essenziale la valutazione preliminare dell'atteggiamento personale del fumatore rispetto al fumo, con una comprensione precisa della dipendenza da nicotina, al fine di programmare una terapia sostitutiva con sola nicotina per un tempo variabile da individuo a individuo.

Il percorso motivazionale del fumatore: l'anello di Prochaska.

Se chiedete a un fumatore di smettere, spesso vi sentirete rispondere in modo evasivo, se non aggressivo. Vuol dire che il fumatore non è motivato, non ha maturato nessun interesse a smettere, e che pertanto non è il caso di insistere. La ricerca psicologica ha messo in evidenza che il fumatore si può trovare in **stadi motivazionali** diversi in diversi momenti, seguendo quello che è noto come schema ad anello:



Lo schema di Prochaska è importante per comprendere un percorso psicologico che si sviluppa in senso circolare, dove è presente una via d'uscita, ma sono possibili le ricadute e anche nuovi tentativi di cessazione. Riconoscere lo stadio motivazionale per un determinato fumatore è inoltre il presupposto per un idoneo trattamento psicologico.

I prodotti nocivi presenti nel fumo.

Sono più di 5.000 le sostanze che si creano nella combustione del tabacco alla temperatura di 800°C. Le categorie che ci interessano dal punto di vista medico sono rappresentate dalla **nicotina**, dal **monossido di carbonio (CO)** e dal **condensato (catrame)**.

L'effetto tossico della **nicotina** in realtà è modesto, e solo a estremi livelli di consumo di sigarette si possono verificare danni acuti di tipo cardiovascolare (arresto cardiaco). La nicotina aggrava l'ipertensione arteriosa ed è responsabile della comparsa dell'arteriopatia obliterante degli arti inferiori (morbo di Burger). Tuttavia la nocività della nicotina è legata alla dipendenza farmacologica che comporta, e che fa del fumo una schiavitù, costringendo il fumatore a una continua esposizione agli altri fattori patogeni contenuti nel fumo.

Il **CO** è un gas incolore, inodore e insapore, potentemente tossico. Si lega avidamente all'emoglobina costituendo la carbossiemoglobina (COHb), che ha un tempo di dimezzamento di 4 ore, e impedisce l'utilizzazione dell'ossigeno. L'ipossiemia cronica dovuta al CO è responsabile del danno cardiovascolare da fumo. È invece molto difficile osservare intossicazioni acute da CO in un fumatore: lo standard di 20 sigarette al giorno comporta una concentrazione ematica di COHb del 3-5%, che il fumatore avverte solo come ridotta performance a livello sportivo. Tuttavia è possibile riscontrare livelli di COHb del 15% in fumatori estremi (3-4 pacchetti): in questo caso possono essere presenti iniziali sintomi di intossicazione acuta da CO, come astenia, difficoltà di concentrazione, sudorazione, tachicardia, sonnolenza.

Il **condensato** rappresenta l'insieme di sostanze dotate di potere cancerogeno e irritante prodotte dalle combustione del tabacco. Potenti cancerogeni come il benzopirene si depositano a livello bronchiale, e partecipano ai processi di iniziazione, promozione e sviluppo del cancro del polmone. Altre sostanze presenti nel condensato sono responsabili dei processi metabolici che portano alla bronchite cronica e all'enfisema (formazione dei radicali liberi). Attualmente sono in commercio sigarette a basso contenuto di nicotina e condensato. A parte le considerazioni sul "compenso" che il fumatore mette in atto quando utilizza sigarette a basso contenuto di nicotina, meno condensato significa senza dubbio meno carico di sostanze tossiche, e quindi, un male minore. Ciò che comunque non cambia assolutamente è il contenuto di CO, con un rischio cardiovascolare invariato, se non aumentato in caso di "compenso" nel numero di sigarette fumate.

Le patologie correlate.

Sono più di 25 le patologie correlate al fumo identificate in un grande studio epidemiologico su oltre 30.000 medici inglesi iniziato negli anni '50. Il fumo è considerato uno dei cancerogeni più potenti per l'uomo: complessivamente si calcola che negli USA il fumo sia causa di circa 150.000 decessi per neoplasia all'anno. Oltre al **tumore del polmone**, che nel fumatore rappresenta un rischio 30 volte superiore rispetto al non fumatore, numerose altre patologie neoplastiche sono significativamente associate al fumo: **tumori delle vie aeree superiori (laringe, cavo orale), tumore dell'esofago, dello stomaco e del pancreas, della vescica, del rene e della cervice uterina**.

Sempre negli USA sono stimate in 100.000 ogni anno le morti per **infarto** dovute al fumo, e 23.000 quelle per **ictus**, mentre il tributo di vite per **bronchite cronica** è valutato attorno agli 85.000 casi/anno.

Il fumo favorisce l'**osteoporosi**, se continuato durante la **gravidanza** provoca 5% di mortalità perinatale, ed è un rischio di aborto e di ritardato accrescimento fetale. È noto il rischio di **microembolia polmonare** che la contracccezione comporta nelle fumatrici. Recenti osservazioni hanno inserito il fumo tra le cause indipendenti di **diabete mellito di tipo 2**.

Forse vale maggiormente un altro dato statistico: **l'aspettativa di vita del fumatore è di 10 anni inferiore a quella del non fumatore**, con una qualità di vita nettamente inferiore.

Il fumo passivo.

Negli ultimi anni i dati sulla nocività del fumo passivo si sono moltiplicati. Si stima che circa il 90% dei non fumatori sia esposto al fumo ambientale, o in casa o nell'ambiente di lavoro. È stato dimostrato che il fumo passivo raddoppia il rischio di **tumore polmonare** nelle mogli non fumatrici di fumatori, con un carico relativo di circa 3.000 decessi/anno negli USA. Il rischio di **infarto** è analogamente aumentato a causa del fumo indiretto casalingo. I bambini esposti al fumo passivo presentano frequenti **riacutizzazioni asmatiche**, mentre si stimano tra gli 8.000 e i 26.000 ogni anno i **nuovi casi di asma** legati al fumo passivo, sempre negli USA.

Le situazioni incompatibili con il fumo: malattie respiratorie, gravidanza, contraccezione, patologie cardiovascolari, diabete.

Se è necessario l'impegno quotidiano del medico nella lotta contro il fumo in fase di prevenzione primaria, le strategie anti-fumo diventano determinanti in situazioni particolarmente delicate, in cui il perdurare dell'esposizione ai prodotti tossici del fumo non è un danno futuribile, ma provoca ripercussioni quotidiane sulla salute.

L'estrema sensibilità dell'embrione e del feto al CO non permette sconti alla donna in **gravidanza**: tuttavia si calcola che circa 2/3 delle fumatrici continui a fumare in gravidanza. Anche il rischio di microembolia associato a **fumo+pillola** non va dimenticato, vista la giovane età della popolazione femminile in questione.

È esperienza comune quanto sia difficile distogliere dal fumo i pazienti affetti da **BPCO**. Eppure sono spesso pazienti critici, con indici respiratori alterati, a volte con insufficienza respiratoria, spesso con patologie cardiovascolari associate. La "dose" quotidiana di CO risulta particolarmente deleteria in queste situazioni, e non bisogna abbandonarsi a un atteggiamento rinunciatario nei confronti del fumo.

Un'attenzione particolare va posta nei pazienti operati per tumore polmonare: in questi casi l'esposizione continua ai cancerogeni presenti nel fumo favorisce la comparsa di un **secondo tumore polmonare** che può insorgere con facilità a causa del cosiddetto "difetto di campo". Questo termine si riferisce all'insieme del tessuto broncopolmonare esente da tumore, ma già danneggiato dalla lunga esposizione al fumo e pertanto altamente predisposto alla trasformazione neoplastica. In questi soggetti lo stop-fumo è una tappa essenziale per evitare le recidive.

Discorso analogo vale per la prevenzione secondaria della **cardiopatía ischemica** (in cui smettere di fumare è molto più efficace della terapia con statine) e nelle cura delle **arteriopatie periferiche**. Infine il **diabete**: come malattia cronica caratterizzata dalla micro-macroangiopatía polidistrettuale è un esempio tipico di obiettivo dei programmi anti-fumo. Nonostante ciò circa il **40% dei soggetti diabetici** attualmente fuma.

I benefici della cessazione.

Oltre all'informazione su rischi e malattie, è importante poter dare al fumatore dei messaggi in positivo: tra questi vi è il **concetto di reversibilità dei danni** acquisiti in anni di fumo. Il fumatore perde ogni anno una quota maggiore di **funzionalità respiratoria** (misurata come FEV1) rispetto a quanto avviene nel non fumatore. Ma bastano pochi anni di stop-fumo nel fumatore al di sotto dei 45 anni, per recuperare i valori normali di funzionalità respiratoria. Il **rischio cardiovascolare** acquisito si annulla in circa 2 anni dalla cessazione, attraverso i meccanismi di plasticità delle pareti arteriose con riduzione progressiva della placca aterosclerotica. Il **rischio oncologico** ha tempi di riduzione più lunghi, ma inizia ad attenuarsi immediatamente dopo la cessazione e si dimezza dopo pochi anni (anche se si annulla solo dopo 10-15 anni).

Oltre a queste considerazioni sulla propria salute, smettere di fumare comporta lo stop del fumo passivo in famiglia, con positive conseguenze sulla salute dei propri bambini, ed è un esempio determinante nel successivo comportamento dei figli rispetto al fumo. Infine smettere di fumare può favorire la propria immagine anche nell'ambiente di lavoro.

Come aiutare gli adolescenti a non fumare

Il problema del fumo è oggi considerato come una "**malattia pediatrica**": osservazioni, anche nel nostro Paese, confermano un alto grado di penetrazione del fumo nelle scuole medie, dove l'esperienza della prima sigaretta è riportata da circa il 50% dei ragazzini di terza media. Durante il primo anno delle superiori, poi, comincia la vera e propria iniziazione al fumo attivo, con circa il 20% di ragazzi di 14 anni che fumano, per arrivare al 40% di fumatori tra i ragazzi dell'ultimo anno.

I tentativi del medico di famiglia di limitare la tendenza degli adolescenti a fumare si rivelano quasi sempre vani: solo il 2% dei ragazzi delle scuole superiori riporta di aver avuto consigli rispetto al fumo dal proprio medico. Un minimo di attenzione a questo problema è ancor più evidente se consideriamo che oltre il 60% dei ragazzi che fumano desiderano smettere, e quindi andrebbero aiutati.

Confrontarsi con i ragazzi sui problemi del fumo fa emergere l'importanza di fornire informazioni elementari che spesso si danno per scontate: basti pensare che la stragrande maggioranza è convinta che bastino poche sigarette per diventare dipendenti dalla nicotina (mentre è noto che la dipendenza da nicotina si instaura nell'arco di 2-3 anni), e pertanto molti ragazzi si considerano ormai "irrecuperabili" dopo aver fumato solo qualche pacchetto di sigarette.

Attualmente si ritiene importante insegnare ai ragazzi come rifiutare una sigaretta offerta dagli amici. La risposta più incisiva – secondo un sondaggio nelle scuole medie e superiori – è la seguente: "**Grazie non fumo perché non voglio essere un bersaglio**". Bersaglio è chi compra le sigarette e le fuma, che si trova nel mirino delle malattie da fumo, ma che soprattutto è l'obiettivo delle **multinazionali del tabacco**. Essere un bersaglio non fa piacere a nessuno, nemmeno ai ragazzi che fumano, e che infatti ritengono che questo tipo di risposta possa avere un feed-back positivo per i fumatori.

Come aiutare i fumatori a smettere. Il minimal advice e la terapia nicotinic sostitutiva.

Il ruolo del medico generale nella lotta contro il fumo è fondamentale. Facendo pochi semplici calcoli, visto l'ampio ventaglio di patologie legate al fumo, si può dire che le occasioni di affrontare o semplicemente toccare il problema fumo nello studio del medico generale si presentano ogni 2-3 visite. Date queste premesse, e considerato lo stretto contatto con la popolazione generale (si stima che il medico di fiducia incontri ogni anno almeno l'80% dei suoi assistiti), il medico generale si trova in una posizione-chiave per esercitare una funzione di prevenzione a tutto campo (primaria, secondaria e terziaria).

È dimostrato che un semplice colloquio di 2-3 minuti per aprire con il fumatore una finestra sul problema, comporta uno stop fumo in circa il 5% dei casi. Sembra un piccolo risultato, ma se moltiplicato per il numero di contatti che si potrebbero avere negli studi medici quotidianamente, il risultato porterebbe davvero a grandi cifre, con notevoli implicazioni per la salute dei cittadini.

Questo semplice colloquio, che viene chiamato abitualmente "**minimal advice**" cioè consiglio di minima, parte dalla creazione di un'**alleanza tra medico e fumatore** a cui segue una piccola serie di informazioni sui danni da fumo e sulla loro reversibilità. Se c'è un minimo di motivazione a smettere, medico e fumatore possono successivamente approfondire insieme le strategie per smettere.

Negli ultimi anni, la **terapia sostitutiva con cerotti alla nicotina** si è dimostrata un utile complemento agli interventi di counseling contro il fumo, in grado di raddoppiare le percentuali di successo. La terapia nicotinic sostitutiva consiste nel somministrare nicotina a dosi progressivamente decrescenti, in grado di prevenire o ridurre la sindrome di astinenza che si instaura al momento dello stop-fumo, e che è responsabile delle ricadute. È una terapia praticamente priva di effetti collaterali, e i prodotti necessari non necessitano della ricetta medica per essere acquistati. Quindi è importante, quando si invita un fumatore a smettere, prescrivere un cerotto alla nicotina a basse dosi (10-20 mg), enfatizzando questa prescrizione, che viene a sostituirsi all'equivalente delle 10 o 20 sigarette fumate quotidianamente.

Riteniamo infatti che l'uso del cerotto alla nicotina debba rientrare all'interno di programmi di cessazione - anche di minima - dove sia comunque previsto un counseling professionale capace di creare un "ambiente" di sostegno per il fumatore alle prese con le difficoltà che smettere comporta.

L'utilizzo del minimal advice associato alla prescrizione del cerotto alla nicotina può portare il medico di famiglia a ottimi risultati con un minimo sforzo (ribadiamo, indipendentemente dall'abitudine al fumo del medico stesso!). In allegato è riportato un esempio di minimal advice in due tempi, con la costruzione dell'alleanza tra medico e fumatore, l'individuazione della data dello stop-fumo e la prescrizione del cerotto alla nicotina. Anche

seguendo questa strategia di minima, non bisogna dimenticare la necessità di fissare dei brevi incontri di verifica ripetuti a distanza di tempo.

In sintesi gli **interventi di primo livello** praticabili – e diremmo irrinunciabili - nell'ambulatorio di medicina generale sono i seguenti:

- il **minimal advice**, cioè affrontare il problema fumo con poche semplici informazioni e consigli, con un impegno di massimo 2-3 minuti
 - creare un'**alleanza** con il fumatore
 - il **materiale informativo** in sala d'attesa
 - il **ruolo di immagine** (il medico non deve fumare nel suo studio medico)
 - l'**ambulatorio senza fumo** (i cartelli, proibire di fumare e farlo rispettare)
 - lo **status di fumatore / non fumatore** tra le informazioni anamnestiche in cartella clinica
 - conoscere i principi della **terapia sostitutiva nicotinic**
 - conoscere i principi della **psicoterapia di rinforzo**
 - collaborare con il **Centro anti-fumo** a cui inviare i fumatori motivati

L'intervento di secondo livello.

La strategia di secondo livello richiede un'**organizzazione** di lavoro di tipo associativo e prevede l'ausilio di un'infermiera adeguatamente istruita. Non è tuttavia improponibile, e vi sono realtà di medicina generale che hanno già maturato una certa esperienza con questo tipo di iniziativa.

I risultati che si ottengono con i programmi di secondo livello sono superiori al minimal advice, con percentuali di cessazione a un anno del 20-30%.

Nelle **Schede 1-4** sono riportati degli esempi di scheda da utilizzare per gli interventi di secondo livello, che richiedono le seguenti competenze:

- conoscere e adottare i **questionari di valutazione motivazionali e di dipendenza**
- saper riconoscere il **fumatore motivato**
- saper **misurare il CO nell'aria espirata**
- conoscere il **contenuto di catrame e nicotina** delle diverse marche di sigaretta
- saper scegliere la **dose adatta** di nicotina sostitutiva
- saper valutare i **tempi di riduzione** della terapia nicotinic sostitutiva
- saper prevedere e affrontare i **sintomi di astinenza** e l'eventuale aumento ponderale
- saper stabilire i tempi del **follow-up**
- saper affrontare le eventuali **ricadute**
- collaborare con il più vicino **Centro anti-fumo** per consulenze o suggerimenti

Scheda 1. Esempio di scheda per interventi di primo livello

Anagrafe del fumatore

Sig.....

Data di nascita.....

Tel.....
 A quanti anni hai iniziato a fumare ?.....
 Quante sigarette fumi ?.....
 Pacchetti di sigarette/anno*?.....
 Tipo di sigarette.....
 N° di tentativi di cessazione.....

Fattori di rischio

- cardiovascolare.....
- allergie
- dislipidemia familiare sì no
- polmonare.....
- obesità.....
- diabete mellito.....
- contraccezione.....
- sedentarietà.....
- stress.....

Data di compilazione della scheda
e dell'invito a cessare di fumare.....

Data concordata di cessazione e prescrizione
del cerotto alla nicotina da 10 o 20 mg.....

Follow-up*

stop-fumo

- | | | |
|-------------|----|----|
| • 15 giorni | sì | no |
| • 30 giorni | sì | no |
| • 1 mese | sì | no |
| • 3 mesi | sì | no |
| • 6 mesi | sì | no |
| • 1 anno | sì | no |

- data di sospensione del cerotto.....

Scheda 2. Esempio di modello per interventi di secondo livello

Indici funzionali respiratori:

- PEF (l/min).....

- FEV1 (% teorico).....
- FVC.....
- FEF 25-75

Monossido di carbonio nell'aria espirata all'inizio della terapia e nel follow-up

- Basale ppm.....
- 15 gg ppm.....
- 30 gg ppm.....
- 3 mesi ppm.....
- 6 mesi ppm.....
- 1 anno ppm.....

Danni vascolari

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----|--------------|
| • colesterolo totale | HDL, | LDL | trigliceridi |
| • glicemia | fibrinogeno | | |
| • P.A. | F.C. | | |
| • Fundus oculi | ECG | | |
| • Polso pedidio | Eco-doppler carotideo | | |
| • Eco-doppler aorta addom. | Rx torace (ombra vascolare) | | |

Scheda 3. Questionario motivazionale (H. Mondor, Paris)

GRADO DI MOTIVAZIONE

punti

punteggio*

1. ho deciso di presentarmi spontaneamente	2	.....
2. ho già smesso di fumare per più di una settimana	1	.....
3. attualmente non ho problemi sul lavoro	1	.....
4. attualmente non ho problemi sul piano familiare	1	.....
5. mi voglio liberare da questa schiavitù	2	.....
6. pratico dello sport / ho intenzione di praticarlo	1	.....
7. voglio raggiungere una forma fisica migliore	1	.....
8. voglio curare il mio aspetto fisico	1	.....
9. sono incinta / mia moglie è incinta	1	.....
10. ho dei bambini piccoli	2	.....
11. attualmente sono di buonumore	2	.....
12. di solito porto a termine quello che intraprendo	1	.....
13. sono di temperamento calmo e disteso	1	.....
14. il mio peso è abitualmente stabile	1	.....
15. voglio migliorare la qualità della mia vita	2	.....
Totale		.....

*Possibilità di successo: > 16: ottime / 12-16: buone / 6-12: discrete / < 6: non è il momento

Scheda 4. Questionario sulla dipendenza

GRADO DI DIPENDENZA DA NICOTINA (test di Fagerstrom)

	punti	punteggio*
Al risveglio fumi la prima sigaretta dopo:		
• 5 minuti	3	.....
• 6 - 30 minuti	2	.....
• 31 - 60 minuti	1	.....
• > 61 minuti	0	.....

Trovi difficile non fumare dove è proibito?

- sì 1
- no 0

Quale sigaretta troveresti più difficile lasciare:

- la prima del mattino 1
- qualsiasi altra 0

Quante sigarette fumi al giorno?

- < 10 0
- 11-20 1
- 21-30 2
- > 31 3

Fumi di più nella prima ora dopo il risveglio che nel resto della giornata:

- sì 1
- no 0

Fumi anche se stai male e sei costretto a letto?

- sì 1
- no 0

Totale

*** > 6: alto grado di dipendenza**



PROGRAMMA ANTI-FUMO

Gioca d'anticipo! Smetti di fumare!

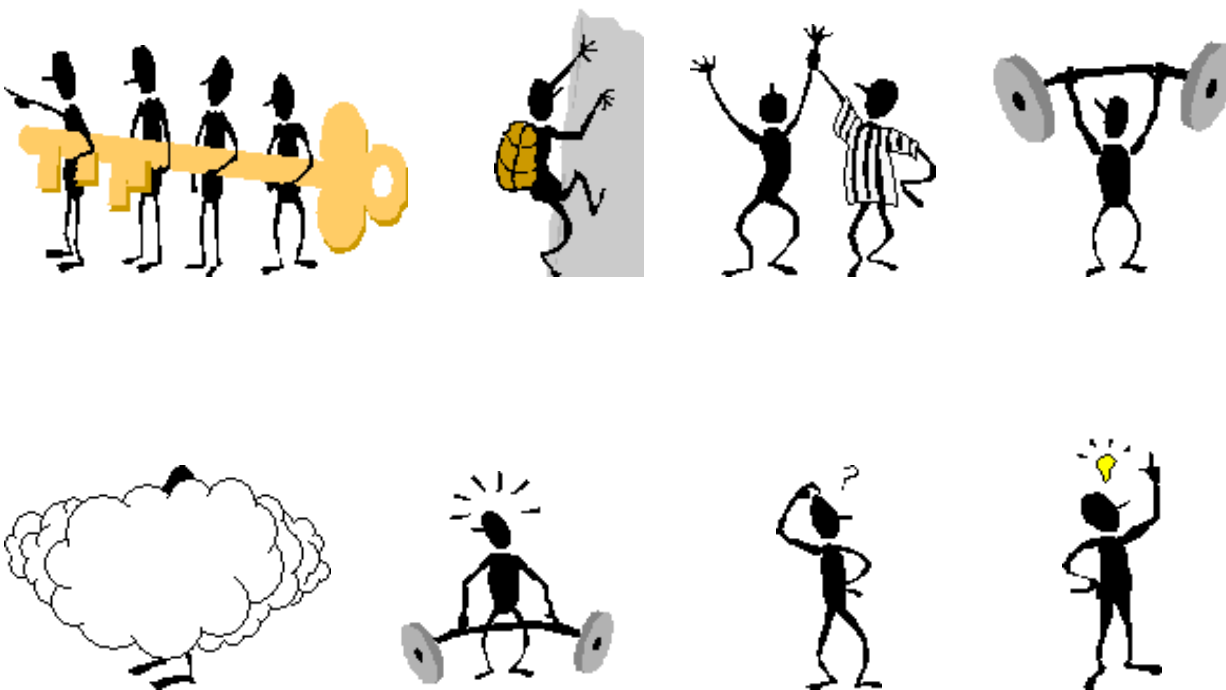
Dr.

**Smettere di fumare riduce o annulla i rischi per la salute
(infarto, malattie respiratorie, tumori).**

**Smettere di fumare permette un recupero rapido di quanto hai perso
come performance cardiaca e polmonare a causa di anni di fumo.**

**Smettere di fumare fa bene a ogni età,
a te e agli altri.**

**Se hai un minimo di motivazione,
ma non riesci da solo,
ti possiamo aiutare con programmi personalizzati
sulla base del tuo stadio motivazionale,
del tuo livello di dipendenza psicologica e farmacologica,
del tuo rischio personale complessivo
e del tuo atteggiamento emotivo.**



SE SEI UN FUMATORE ABITUALE RISPONDI A QUESTE DOMANDE:

**VORRESTI UNA QUALITÀ DI VITA MIGLIORE?
VORRESTI UNA FORMA FISICA MIGLIORE?
HAI GIÀ TENTATO DI SMETTERE DI FUMARE?
HAI BAMBINI PICCOLI IN CASA?
SEI INCINTA (O TUA MOGLIE È INCINTA)?
VORRESTI LIBERARTI DALLA SCHIAVITÙ DEL FUMO?**

**SE HAI RISPOSTO SÌ A UNA DI QUESTE DOMANDE IL TUO GRADO
DI MOTIVAZIONE A SMETTERE DI FUMARE PUÒ RITENERSI BUONO E
LE POSSIBILITÀ DI SUCCESSO, SEGUENDO IL PROGRAMMA ANTI-FUMO,
SONO BUONE.**

**SE HAI RISPOSTO NO A TUTTE LE DOMANDE NON È IL MOMENTO
DI INTRAPRENDERE PROGRAMMI ANTI-FUMO. RIVALUTA IL PROBLEMA TRA
UN ANNO.**

Per ulteriori informazioni rivolgiti al tuo medico di fiducia

