

* *“Perché” e
“come” far
smettere di
fumare il paziente
odontoiatrico*

Fumo di sigaretta e lesioni della mucosa
orale fumo-correlate

Dott. Marco Roghi

Medico Chirurgo

Odontoiatra e Chirurgo Maxillo-Facciale

Rep. di Patologia Orale e Laserterapia

Istituto Stomatologico Italiano

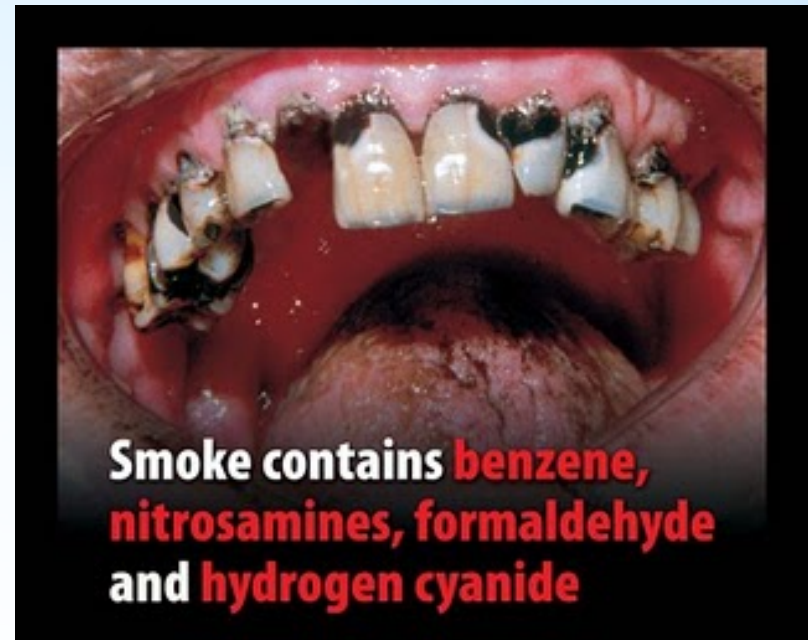


* *Argomenti della
presentazione:*

- 1) Danni da fumo in ambito orale
ed odontoiatrico
- 2) Smoking Cessation



- * **Nicotina:** responsabile della dipendenza farmacologica. In piccole dosi, la nicotina aumenta la f cardiaca e la PA. La nicotina, inoltre, estende l'effetto positivo della [dopamina](#) sull'umore e provoca un aumento della produzione di beta-[endorfine](#). La nicotina è una sostanza [stupefacente](#). I consumatori abituali di nicotina sviluppano una forte [dipendenza](#) psichica dalla sostanza, simile alla dipendenza generata dall'eroina
- * **4.000 altre sostanze di cui almeno un centinaio cancerogene :** [idrocarburi policiclici aromatici](#) (IPA), l'[acroleina](#), 10 specie di [N-nitrosammine](#) e 11 composti (tra cui alcuni radiogenici come il [Polonio-210](#)) appartenenti allo *IARC group 1* dei carcinogeni umani. Il [benzopirene](#) è stato il primo cancerogeno identificato nel fumo.
- * **Sostanze irritanti:** [acido cianidrico](#), [acetaldeide](#), [formaldeide](#), [ossido di azoto](#), [ammoniaca](#), [acroleina](#)) danneggiano la funzione delle mucose dell'apparato respiratorio e, nel caso dell'acroleina, svolgono anche un ruolo significativo come agente mutageno nello sviluppo del cancro ai polmoni.
- * Il **monossido di carbonio** presente nel fumo del tabacco esercita una azione tossica legandosi all'[emoglobina](#) (formando la carbossiemoglobina) e riducendo, di conseguenza, l'ossigenazione sanguigna.



* fumo di sigaretta:
cosa contiene

Patologia oncologica (vads, polmoni, vescica, stomaco, colon, pancreas, ecc)

Patologia polmonare (BPCO, ecc)

Patologia cardiovascolare (coronaropatia, patologia ostruttiva, ecc)

*



La maggior parte delle patologie sistemiche fumo-correlate sono ben note da tempo...

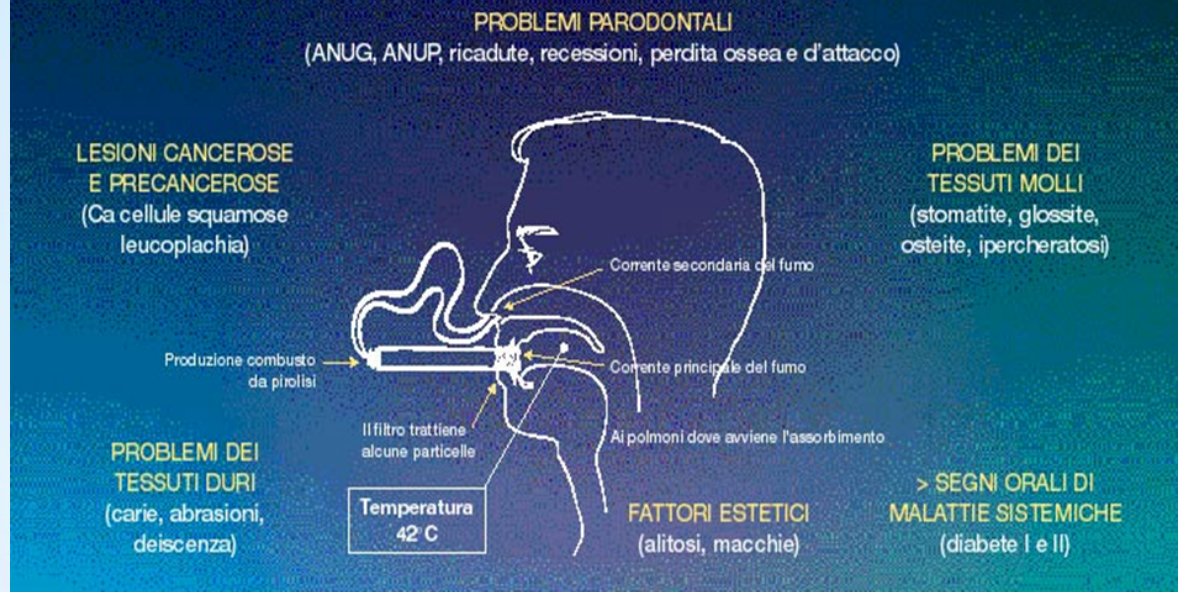
* ...ma esiste una scarsa consapevolezza dei danni del fumo a livello del cavo orale sia da parte dei pazienti che di molti operatori sanitari

* Il fumo va ad impattare pesantemente sullo stato della mucosa di rivestimento, e del parodonto.

ed influisce negativamente sulla prognosi a distanza dei pazienti che abbiano ricevuto terapie parodontali ed implantari, o che le debbano ricevere.

*** Patologie fumo-correlate
del cavo orale (odontoiatriche)**

CAVITÀ E TESSUTI BUCCALI: IMPATTO E CONSEGUENZE DEL FUMO



- * Discromie dentali estrinseche
- * Patologia parodontale
- * Melanosi da fumo
- * Lingua nigra villosa
- * Alitosi
- * Disgeusia
- * Alterazioni ecosistema
- * Stomatite nicotinic
- * Ca cavo orale (e suoi precursori)

* Fumo e cavo orale

- * Il fumo è la causa principale del Ca squamocellulare (**OSCC**) del cavo orale
- * Il fumo è causa di peggioramento clinico di patologie ad aspetto erosivo (Lichen erosivo) o di altre patologie che provochino pirosi (BMS)
- * Il fumo influenza negativamente il successo di alcune metodologie di trattamento (vaporizzazione, scraping ed escissione) delle medesime lesioni fumo-correlate

* **Danni da fumo riconosciuti e gestiti dal Patologo Orale**

* Come si presentano le bocche dei pazienti forti fumatori

Stomatite nicotinic

(ipercheratosi mucosa palato duro ed infiammazione cronica palato molle, in parte reversibile, da irritazione cronica termico-chimica)

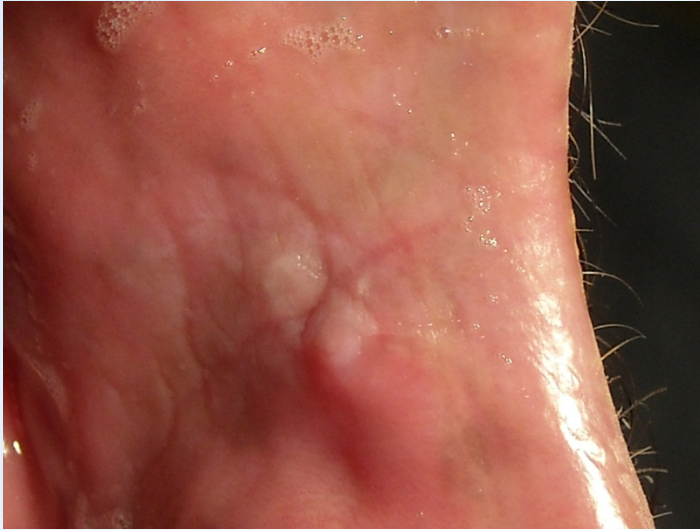


Aree ipercheratosiche mucose geniene



* Quadro tipico di un forte fumatore

Leucoplachia non omogenea bilaterale delle commissure



Melanosi da fumo

Da aumento della melanina nello strato basale dell'epitelio



* Altri esempi di lesioni in un forte fumatore

* sempre nel medesimo paziente coesiste un quadro di stomatite nicotinicca e di melanosi da fumo; vaste aree di infiammazione cronica a livello del palato molle



Giovane paziente
(23A) fumatore



Altro caso di giovane
fumatore



*

Esempi di lesioni leucoplasiche nel
payimento orale in pazienti
fumatori
(effetto «gravità» di alcool e fumo)

Paziente fumatore a 21 gg
dalla dismissione da fumo
(minimal advice)




Quadro infiammatorio
cronico con displasia lieve
(OIN1)

Sede del prelievo
CAVITA' ORALE

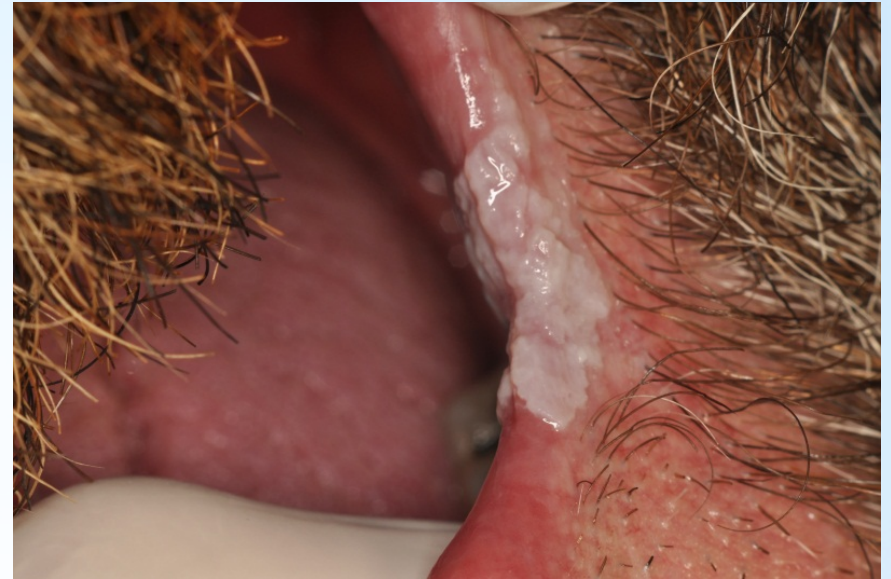
Descrizione macroscopica
Multipli frammenti biancastri riferibili a tessuto adenoideo, il maggiore di cm 1,5 x 1,5 x 0,8.
Materiale pervenuto fissato in formalina. Materiale incluso in toto; si allestisce 1 inclusione.
(LB/LB-30/09/09)

Descrizione microscopica
Lembo di mucosa orale rivestito da epitelio squamoso di rivestimento, in alcuni tratti assottigliato con note di displasia di grado lieve e lieve infiltrato infiammatorio peribasale e perivascolare con focali aree di vacuolizzazione dello strato basale.

Diagnosi istologica
Processo infiammatorio cronico con displasia lieve
T-51004 M-43000

Firma

DOTT. SSA FRANCESCA ANGIERO, Medico Patologo
(Data Firma 09 10 2009)

A questi quadri clinici si associano specifici
quadri isto-patologici



* Caso clinico: Paziente fumatore, lesioni leucocheratosiche delle commissurali bilaterali, quella di sinistra appare particolarmente estesa e disomogenea

Laserbiopsia incisoriale (immediato post-op)



iperparacheratosi

Cod. Fiscale BSUCLM47A07F205F


Rich. Dr.: -
Provenienza: ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO

Sede del prelievo
CAVITA' ORALE - Commissura sin.

Descrizione macroscopica
Frammento laminare grigiastro di 5 mm.
Materiale pervenuto fissato in formalina. Materiale incluso in toto; si allestisce 1 inclusione.
(-/PP-13/02/09)

Descrizione microscopica
L'epitelio squamoso di rivestimento è ricoperto da uno spesso strato di lamelle cornee nucleate. Nel connettivo sottoepiteliale vi sono scarsi infiltrati infiammatori.

Diagnosi istologica
Iperparacheratosi
T-51004 M-72600

Firma

DOTT. SSA FRANCESCA ANGIERO, Medico Patologo
(Data Firma 26 02 2009)

Minimal advice ⇒ riduzione del numero di
sigarette da 20 a 5-6/die

* Controllo post-op a 18m



* Controllo post-op a 18m



* Tale riduzione ha reso maggiormente predicibile, a distanza, il risultato della successiva laserescissione (laser a diodi)

Qs paziente si è sentito “guarito”, non ha dismesso mai completamente il fumo ed ha saltato i controlli.

Si è presentato dopo due anni con una lesione del labbro inferiore che poi si è dimostrata essere un Ca Spinocellulare.

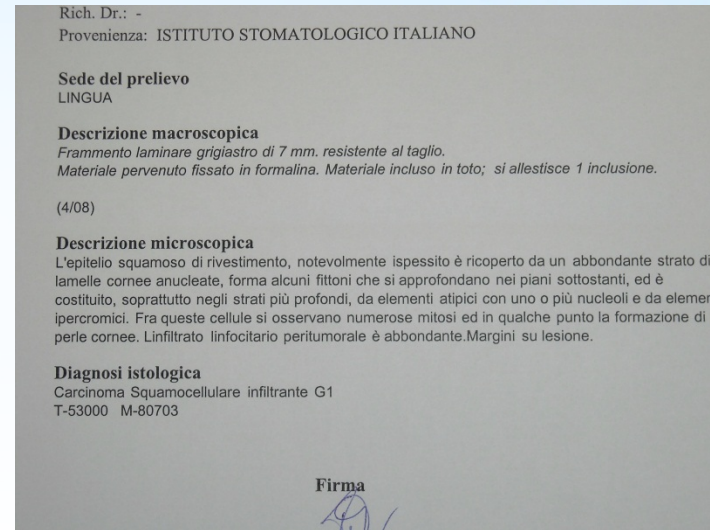
Questo ci porta a tre considerazioni:

- 1) Concetto di “field cancerization”
- 2) Concetto di persistenza dei danni del fumo dopo dismissione (in qs caso parziale)
- 3) Concetto di soglia minima di rischio

Lesione ventre linguale



Referto istopatologico



* Ca infiltrante G1 in ex-fumatore

(Per definizione un ex fumatore è colui che non fuma da un anno)

* (Ex fumatore, 82 anni)



* (Ex-fumatore, 62 anni)

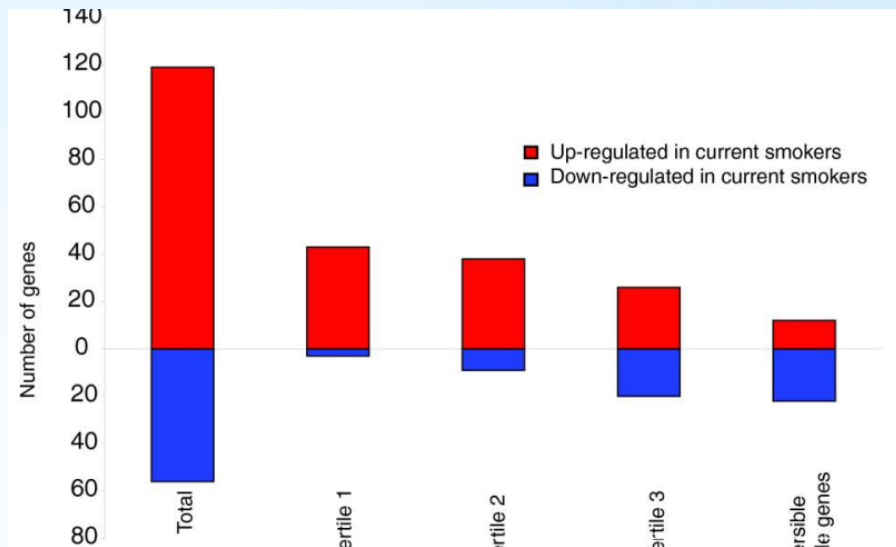


* Ca squamocellulari
in ex-fumatori

- * Fumo di sigaretta
- * **Alcool** (soprattutto quando associato a fumo di sigaretta: *sinergismo moltiplicativo*)
- * Traumi cronici
- * **HPV** (discusso; cmq il 70% degli OSCC contiene DNA HPV 16 o 18).
- * **Bimetallismo** (ruolo delle correnti galvaniche)

* **Fattori di rischio per il Ca squamocellulare del cavo orale**

- * Il **fumo** da solo eleva di 20 volte il rischio di OSCC
- * Il rischio dose-correlato
- * L'**alcol** da solo eleva di 5 volte il rischio di OSCC
- * **Fumo + alcol** moltiplicano i propri effetti
- * **Meccanismo di azione:** accumulo di mutazioni DNA (over-espressione oncogeni e silenziamento oncosoppressori)

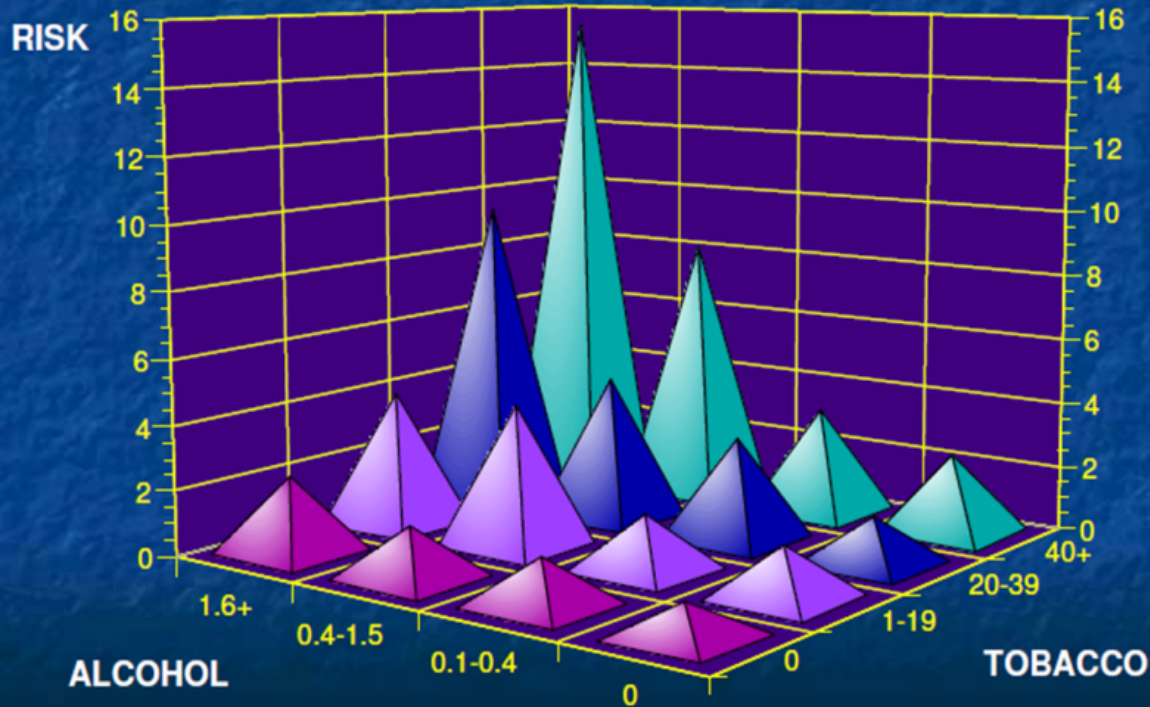


* Rischio legato al fumo ed all'alcol

Scully C, Bagan J,
 «Oral squamous cell carcinoma, overview of current understandings of aetiopathogenesis and clinical implications»
 Oral Dis 2009;15(6) 388-99

Relative Risks

For development of oropharyngeal cancers as a result of smoking or alcohol use



* Alcool e fumo: effetto moltiplicativo delle due noxae

Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016 Dec 15;11:3207-3217. doi: 10.2147/COPD.S119485. eCollection 2016.

The administration of a high refined carbohydrate diet promoted an increase in pulmonary inflammation and oxidative stress in mice exposed to cigarette smoke.

Pena KB¹, Ramos CO¹, Soares NP¹, da Silva PF¹, Bandeira AC², Costa GP³, Cangussú SD¹, Talvani A³, Bezerra FS¹.

* Recenti studi suggeriscono che altri fattori
concausali, come l'assunzione di zuccheri
raffinati, possano aumentare il rischio oncologico
del fumo di sigaretta

* Domanda: “esiste una soglia minima di sigarette/die sotto la quale non esista un rischio oncologico?”

Ovvero: se fumate soltanto 5 sigarette/die, rischiate?

*** Il rischio oncologico del fumo esiste per qualunque quantità diversa dallo 0**

Strulovici-Barel Y, Omberg L, O'Mahony M, Gordon C, Hollmann C, Tilley AE, Salit J, Mezey J, Harvey BG, Crystal RG.

Threshold of Biologic Responses of the Small Airway Epithelium to Low Levels of Tobacco Smoke.

Department of Genetic Medicine, Weill Cornell Medical College, New York, New York, United States.

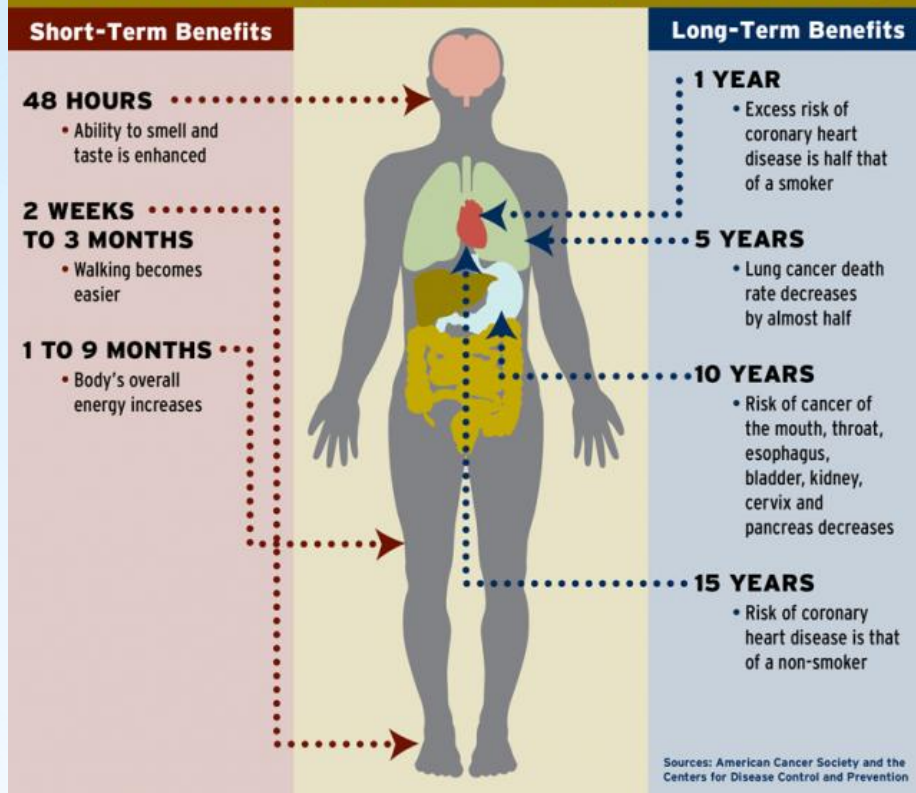
Am J Respir Crit Care Med. 2010 Aug 6

**The small airway epithelium detects and responds to low levels of tobacco smoke with transcriptome modifications.*

* Domanda: il rischio oncologico di un ex fumatore diventa pari a quello di un non fumatore subito dopo la dismissione da fumo?

Ovvero: se smettete di fumare oggi, quando potete dire di avere la stessa probabilità di subire un Ca delle “vads” di un non fumatore? Dopo un anno, cinque anni, vent’anni, mai?

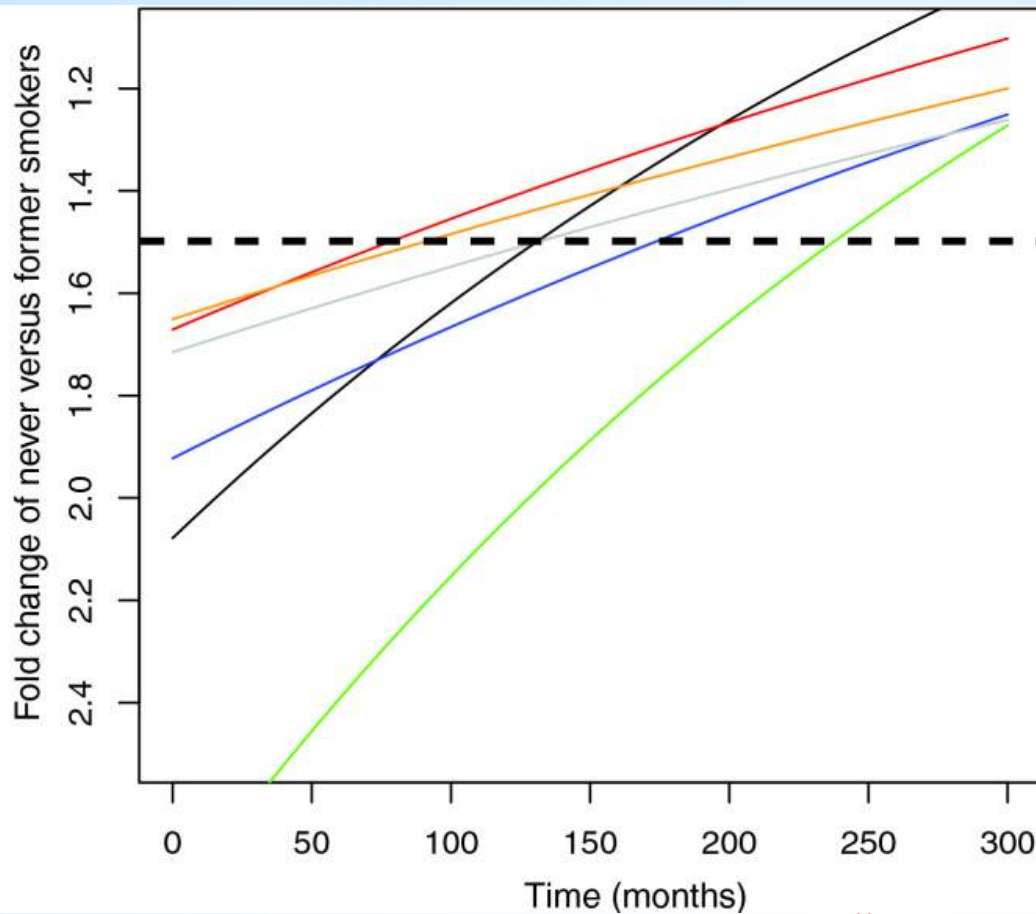
How Quitting Tobacco Helps Your Body



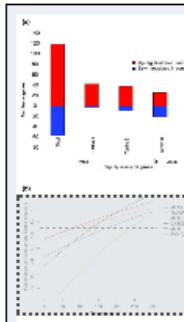
* Vediamo cosa avviene quando si si smette di fumare



* Vediamo cosa avviene quando si si smette di fumare



- MT1X (78 months)
- TNFSF13/TNFSF12-TNFSF13 (90 months)
- MT1G (131 months)
- CX3CL1 (131 months)
- MT1F (173 months)
- FAM107A (273 months)



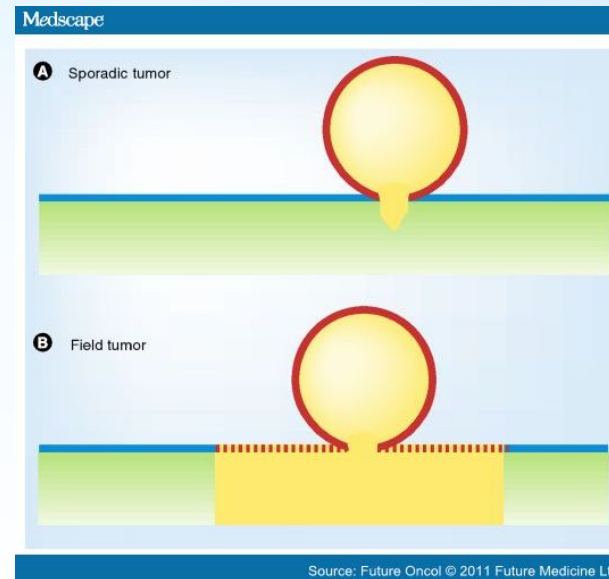
*** Dopo la dismissione da fumo,
il rischio oncologico è l'ultimo ad azzerarsi**

Reversible and permanent effects of tobacco smoke exposure on airway epithelial gene expression.

*Beane J, Sebastiani P, Liu G, Brody JS, Lenburg ME, Spira A.
Genome Biol. 2007;8(9):R201.*

- * Il Ca del cavo orale e delle vads è una patologia multifocale proprio perché il principale fattore di rischio (fumo) va ad impattare in maniera uniforme su tutta la superficie mucosa che riveste le vads trasformandola in maniera omogenea giorno dopo giorno.

“preconditioning of an area of epithelium to cancer growth by a carcinogenic agent”.



* L'importante concetto di
field cancerization

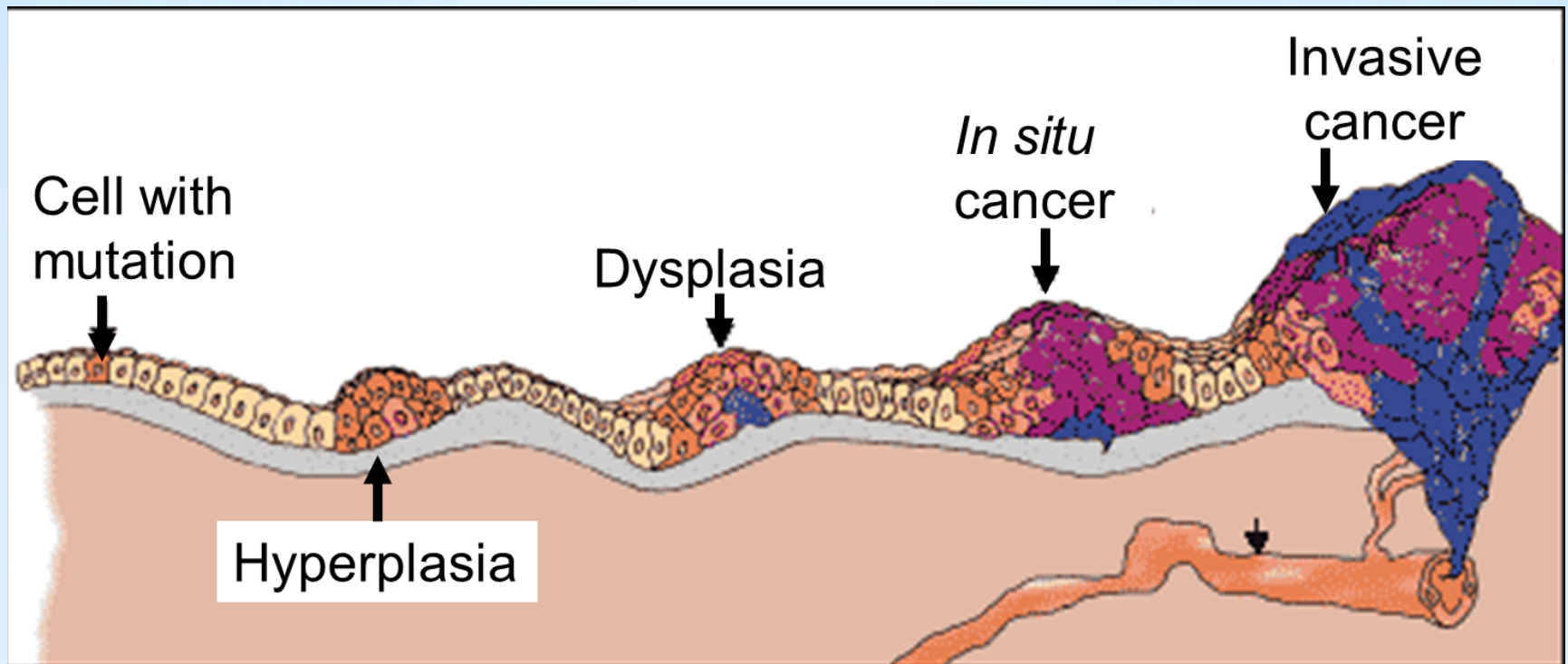
Field Cancerization

- **An entire field of tissue develops premalignant or malignant changes based on exposure to a carcinogen (Tobacco)**
- **Leads to a high rate of second primary tumor (SPT): 5% per year in cured HNSCC**
- ❖ **Cancer Prevention**
- **Mucosal Clonal extension of damage cells**

Slaughter, et. al., *Cancer* 1953

Partridge, et. al., *Clin Can Res* 2001

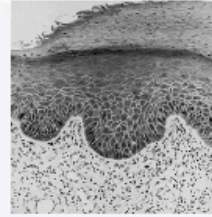
THIS IS AN IMPORTANT CONCEPT TO LEARN



* Il percorso “tessuto sano” > OSCC prevede **tappe ben definite**

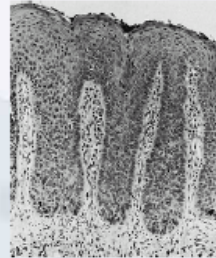
Neoplasia intraepiteliale orale : OIN

OIN 1 : displasia lieve



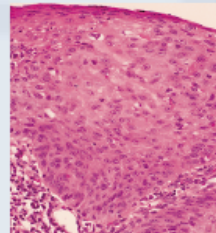
non sono presenti atipie cellulari

OIN 2 : displasia moderata



sono presenti atipie cellulari
mitosi normali

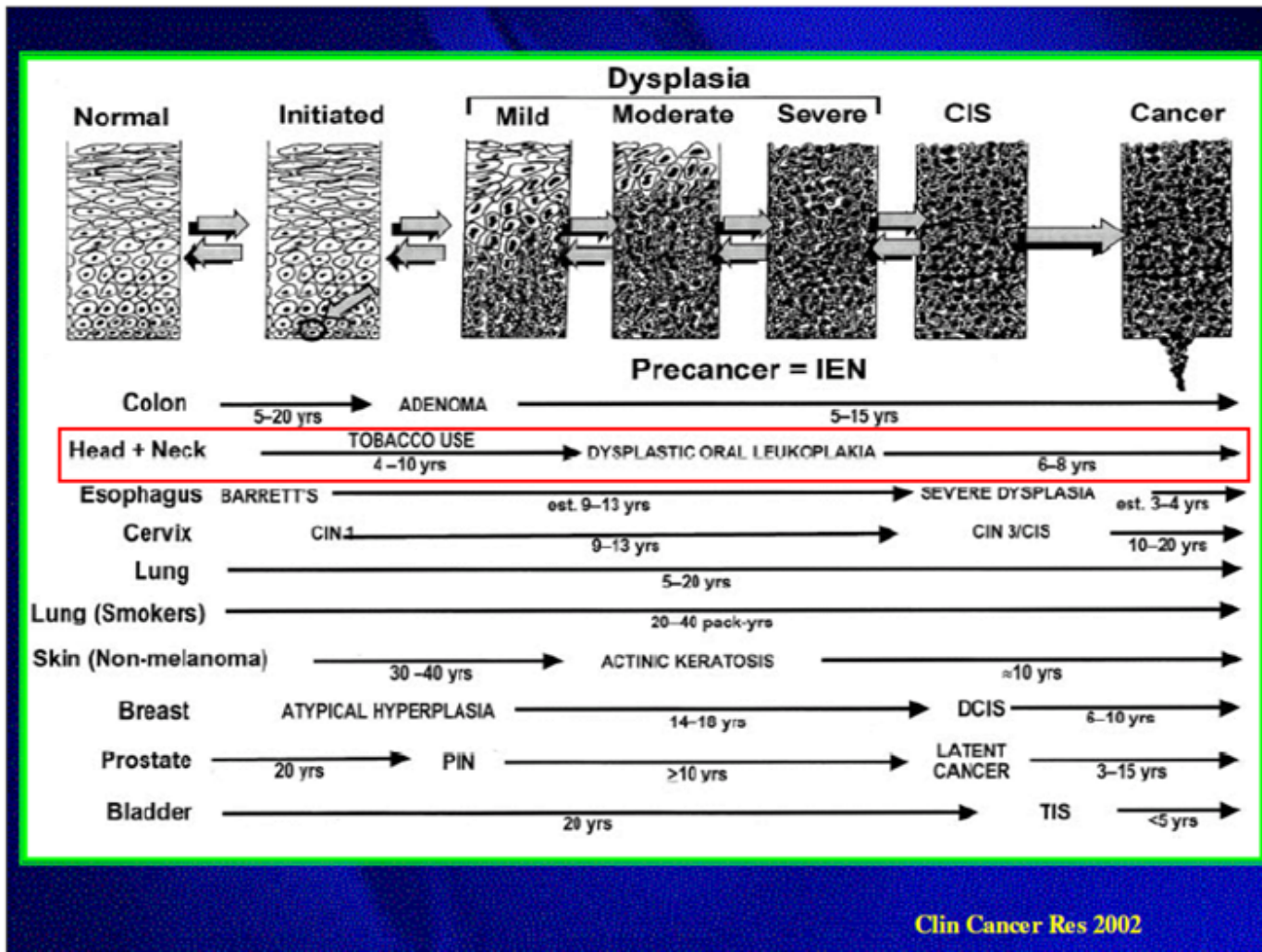
OIN 3 : displasia grave
carcinoma in situ



aumento del numero di mitosi
mitosi atipiche
scomparsa della membrana basale

J Reibel, Crit rev Oral biol Med 2003; 14 (1): 47-62

* Tappe che prevedono diversi gradi di
displasia (lieve, media, moderata)



* 2) qd percorso dura anni, ed il fumo è tra gli artefici di questa progressione

* Proprio perché qs percorso dura anni, è possibile intervenire.

* Concetto di prevenzione

Prevenzione primaria: si attua nel quotidiano, riducendo al minimo o rimuovendo i fattori di rischio (ASO > **minimal advice**).

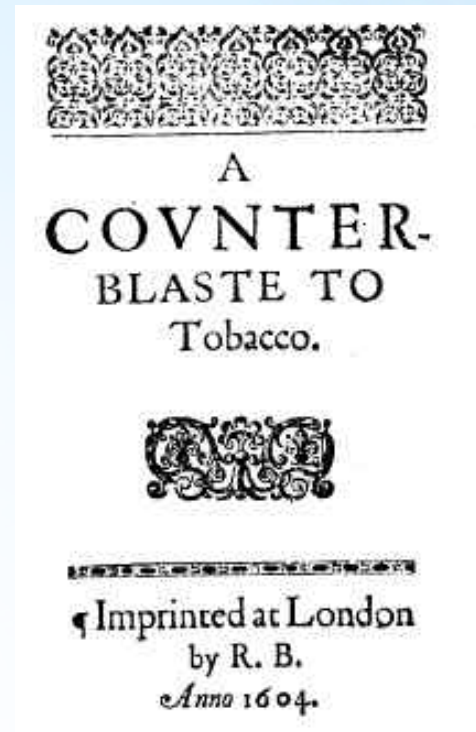
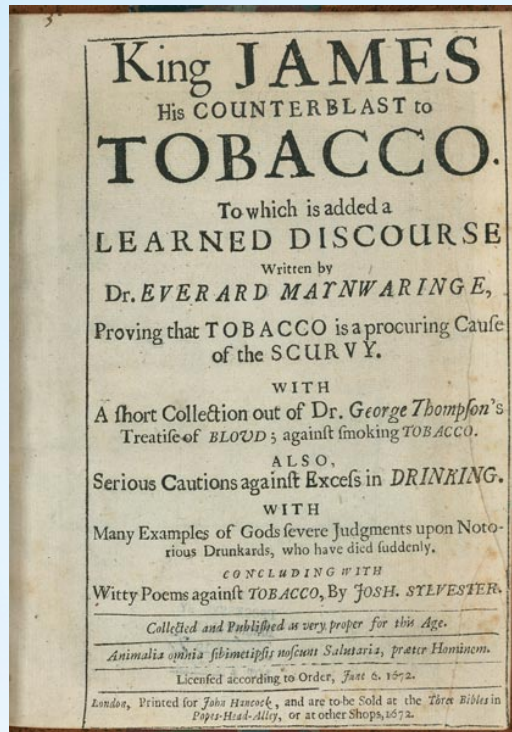
Prevenzione secondaria: è costituita dalla diagnosi precoce (odontoiatra ed igienista > diagnosi precoce)

Prevenzione terziaria: prevenzione delle recidive e delle complicanze

* **Concetto di prevenzione**

- * L'applicazione di queste tre forme di prevenzione porta alla diminuzione dell'incidenza del Ca orale, ad un aumento della sopravvivenza, e ad una migliore qualità della vita di questi pazienti.
- * Il 30% dei decessi legati al Ca orale potrebbe essere evitato grazie alla prevenzione (studio Prometeo/ISTAT)

* **Importanza della prevenzione**



* La conoscenza dei danni da fumo è
vecchia di oltre 400 anni
(1604, Re Giacomo I)

* Ma “conoscenza” non
significa
automaticamente
“prevenzione”!!!

* Evidence of the ill effects of smoking accumulated during the 1930s, 1940s, and 1950s. Epidemiologists used statistics and large-scale, long-term, case-control surveys to link the increase in lung cancer mortality to smoking. Pathologists and laboratory scientists confirmed the statistical relationship of smoking to lung cancer as well as to other serious diseases, such as bronchitis, emphysema, and coronary heart disease.

* Smoking, these studies suggested, and not air pollution, asbestos contamination, or radioactive materials, was the chief cause of the epidemic rise of lung cancer in the twentieth century

* USA: **1957**, the official position of the U.S. Public Health Service was that *the evidence pointed to a causal relationship between smoking and lung cancer.*

* In June **1961**, the American Cancer Society, the American Heart Association, the National Tuberculosis Association, and the American Public Health Association addressed a letter to President John F. Kennedy, in which *they called for a national commission on smoking.*



* **Fine anni '50: primi passi ufficiali nella lotta al fumo**

- * Meeting at the National Library of Medicine on the campus of the National Institutes of Health in **Bethesda**, Maryland, from November 1962 through **January 1964**, the committee reviewed more than 7,000 scientific articles
- * The report "hit the country like a bombshell": *held cigarette smoking responsible for a 70 percent increase in the mortality rate of smokers over non-smokers.*



* **1962-1964, il meeting al NIH di Bethesda che cambiò tutto (o quasi)**

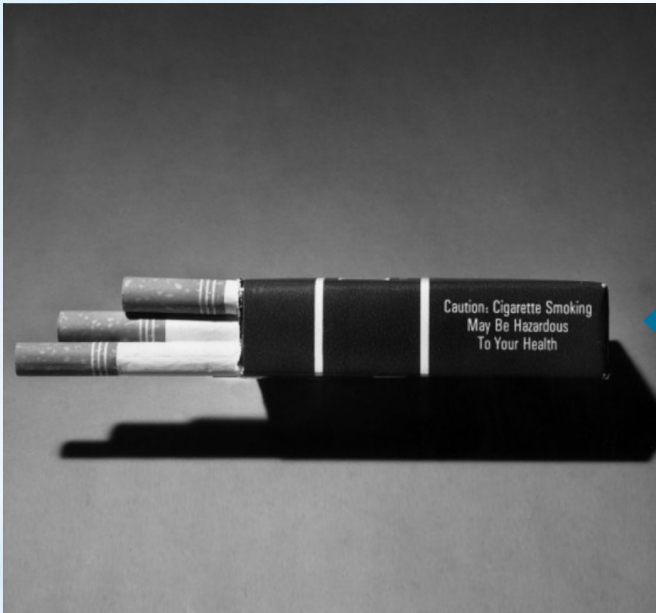
- * The report estimated that average smokers had a nine- to ten-fold risk of developing lung cancer compared to non-smokers: heavy smokers had at least a twenty-fold risk.
- * The risk rose with the duration of smoking and diminished with the cessation of smoking.
- * The report also named smoking as the most important cause of chronic bronchitis and pointed to a correlation between smoking and emphysema, and smoking and coronary heart disease.
- * It noted that smoking during pregnancy reduced the average weight of newborns.
- * On one issue the committee hedged: nicotine addiction. It insisted that the "tobacco habit should be characterized as an habituation rather than an addiction," in part because the addictive properties of nicotine were not yet fully understood, in part because of differences over the meaning of addiction.

** Smoking and Health: Report of the
Advisory Committee to the Surgeon
General*

- * The 1964 report on smoking and health had an impact on public attitudes and policy.
- * In 1958 only 44 % of Americans believed smoking caused cancer, while 78 % believed so by **1968**. In the course of a decade, it had become common knowledge that smoking damaged health.

** **Smoking and Health: Report of the
Advisory Committee to the Surgeon
General***

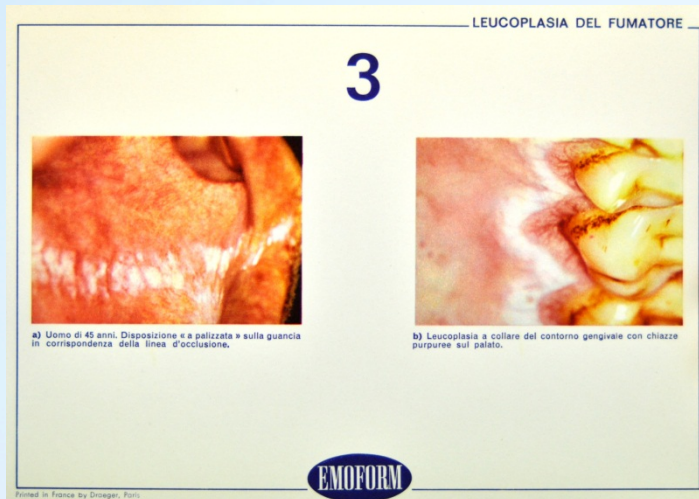
- * In 1965, Congress required all cigarette packages distributed in the United States to carry a health warning, and since 1970 this warning is made in the name of the Surgeon General. In 1969, cigarette advertising on television and radio was banned, effective September 1970.



1960's

July 27, 1965:

A year after the first Surgeon General's Report on smoking was released, President Lyndon B. Johnson signed a bill on July 27, 1965, requiring health warnings on all cigarette packages.



* Nel medesimo periodo, in Italia, apparivano immagini come queste, tratte da un atlante di Stomatologia dei primi anni '60

Leucoplasia tabagica

35

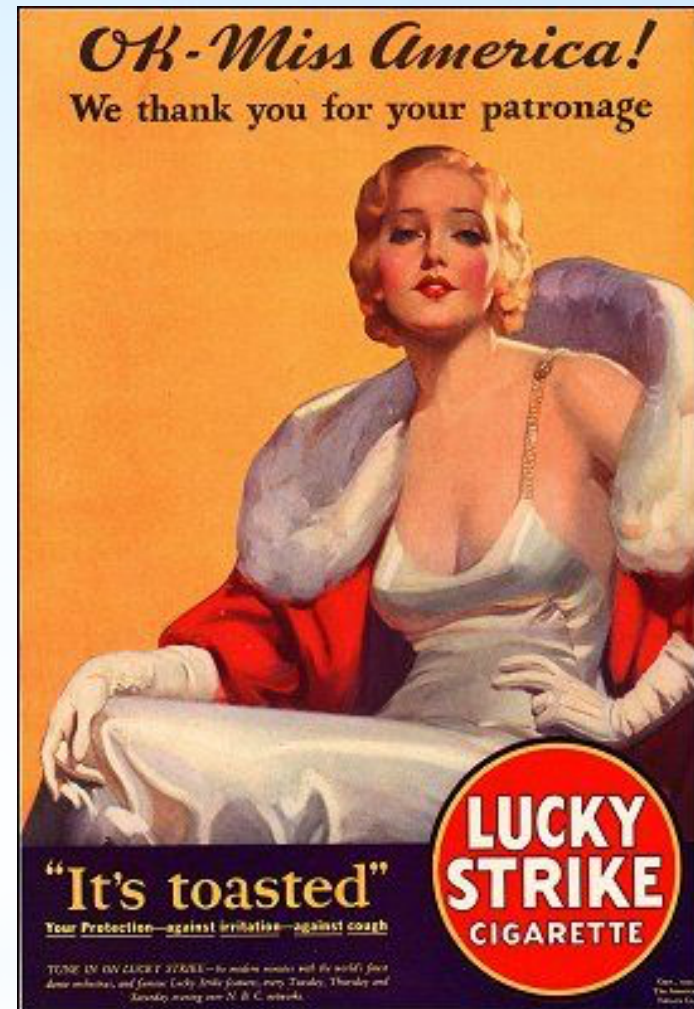


Uomo di 55 anni. Leucoplasia verrucosa comparsa nel punto in cui il fumatore era solito tenere il cannello della pipa.

collection
EMOFORM

Printed in France by Droege, Paris

Le evidenze scientifiche iniziavano a consolidarsi, ma gli operatori di quella generazione potevano fare poco a liv. di prevenzione primaria «mirata»



* Venivano da decenni in cui i modelli vincenti avevano la sigaretta in mano

Jean Crawford says

"I've made those mildness tests you've read about—my choice is Camels!"

"I wanted a cigarette with rich flavor that agreed with my throat. Camels have a wonderful flavor and the mildness I demand!"

TEST CAMEL IN YOUR "TUBES"

MILLIONS MUST AGREE — BECAUSE CAMEL LEADS ALL OTHER BRANDS!

Not one single case of throat irritation due to **CAMELS!**

THE KANSAS EVENING POST

BELIEVE IN YOURSELF!

Don't test one brand alone ... compare them all!

TRY THIS TEST!
Take a PHILIP MORRIS—and one other cigarette. Then, Sam's, all you do:

- 1 Light up either cigarette. Take a puff—catch the taste—and slowly let the smoke come through your nose.
- 2 Now do exactly the same thing with the other cigarette.

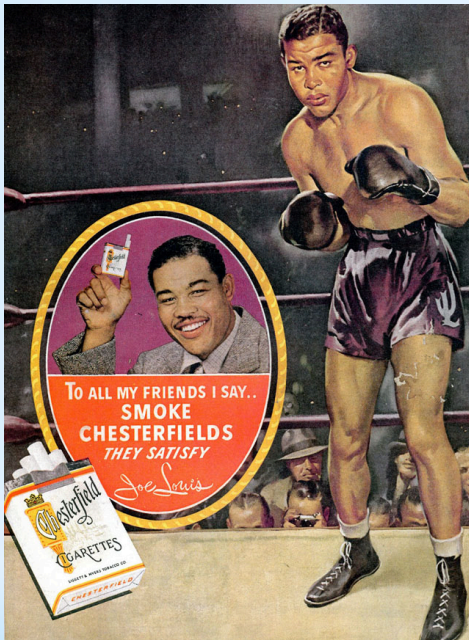
NO CIGARETTE HANGOVER
MEANS MORE SMOKING PLEASURE!

CALL FOR PHILIP MORRIS

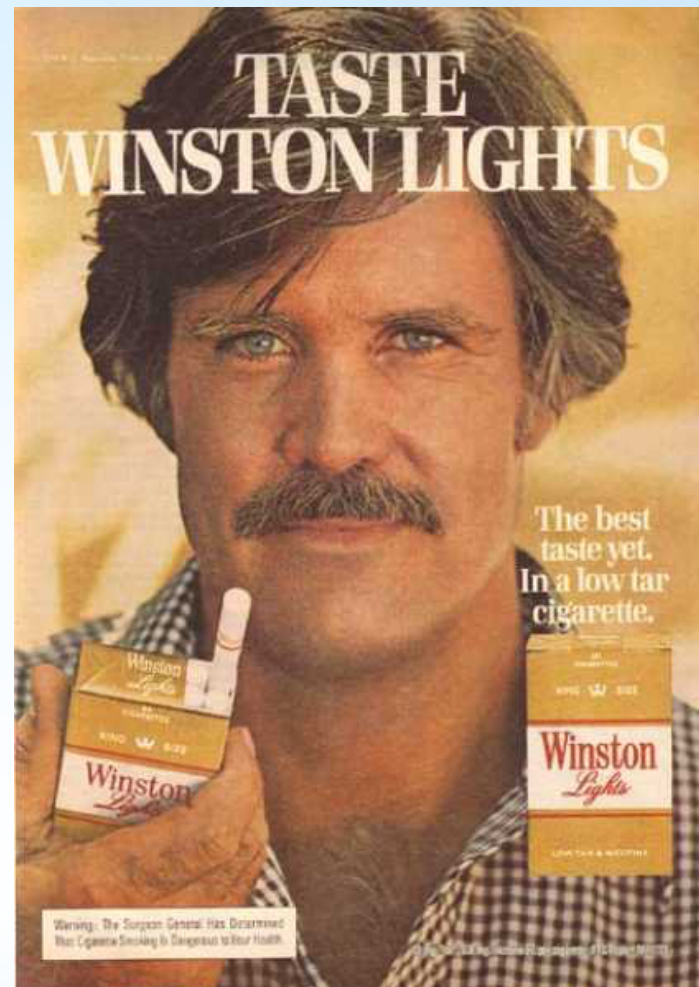
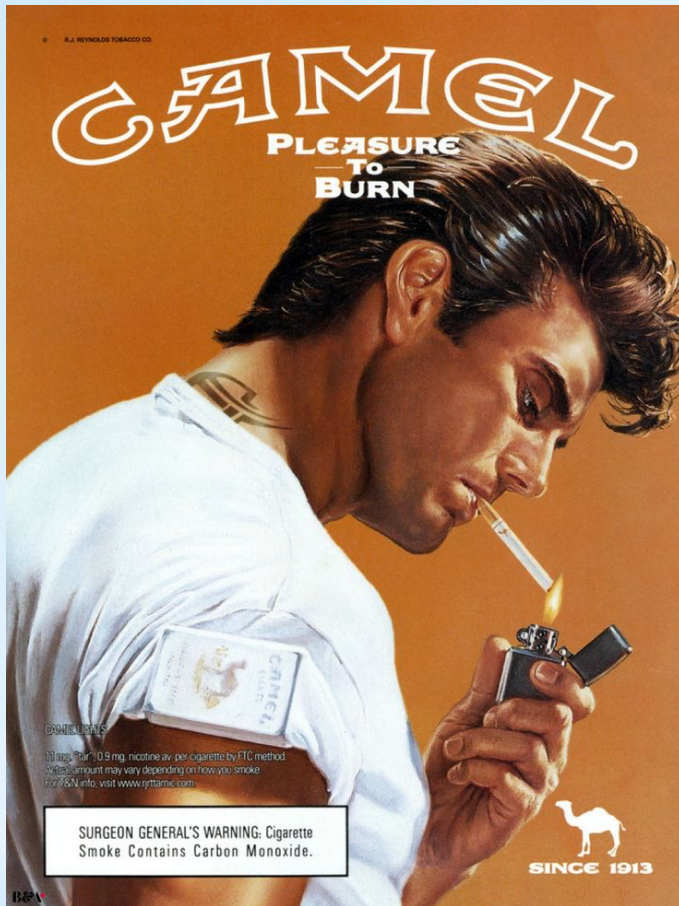
Unlike others, we never ask you to test our brand alone. We say... **compare PHILIP MORRIS... match PHILIP MORRIS... [Judge PHILIP MORRIS against any other cigarette!]** Then make your own choice! Remember

CAMEL
PLEASURE TO BURN

* Le donne sempre più rappresentarono un terreno di caccia ideale



* Testimonial d'eccezione anche tra sportivi, attori e cantanti



* Il macho aveva sempre la sigaretta in bocca, meglio se di brand "aggressive"

* Da un lato si millantava la scarsa tossicità, od addirittura un effetto benefico, del fumo

Leading Nose and Throat Specialists Suggest...

"Change to PHILIP MORRIS!"

HERE'S WHY:

Because PHILIP MORRIS is the ONLY cigarette proved definitely for less irritating... top-ranking nose and throat specialists suggest PHILIP MORRIS to their patients in cases of irritation due to smoking.

CALL FOR PHILIP MORRIS

CHESTERFIELD IS BEST FOR ME!

NOW... Scientific Evidence on Effects of Smoking!

A MEDICAL SPECIALIST is stating regular 15-monthly examinations of a group of people who use Chesterfield for an average of 10 years, the medical specialist reports that the nose, throat and sinuses are free from irritation.

THE MILDER CHESTERFIELD IS BEST FOR YOU

First and Only Premium Quality Cigarette in Both Regular and King-Size

No curative power is claimed for PHILIP MORRIS, but—

AN OUNCE OF PREVENTION is Worth a Pound of Cure!

CALL FOR PHILIP MORRIS

America's Finest Cigarette

Philip Morris — proved less irritating to nose and throat — famed for finer flavor and aroma... keener smoking pleasure!



* E tali modelli vincenti avevano un corrispettivo anche al di fuori dell'ambito strettamente pubblicitario



* Oggi giorno pubblicità come queste appaiono fuori dal mondo



- * Ma già un decennio prima, a livello mediatico, altre pubblicità iniziavano ad apparire (esempio di **prevenzione primaria** attuata nei paesi anglosassoni nel 1966)



* Altro esempio di **prevenzione primaria**
(qs volta attuata in Italia alla fine degli anni '70,
manifesto della LILT)

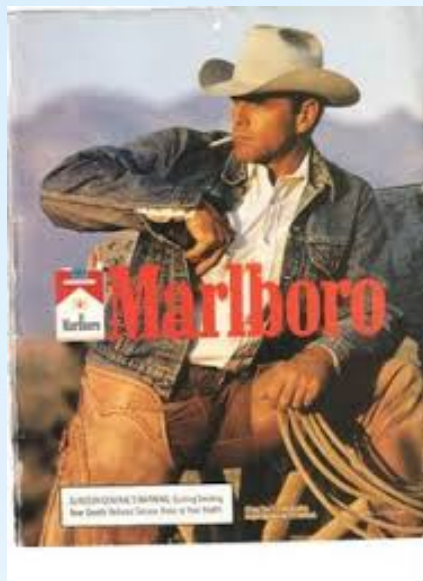
* Ed ormai da molti anni i nostri modelli stanno cambiando, almeno a livello di *media*:



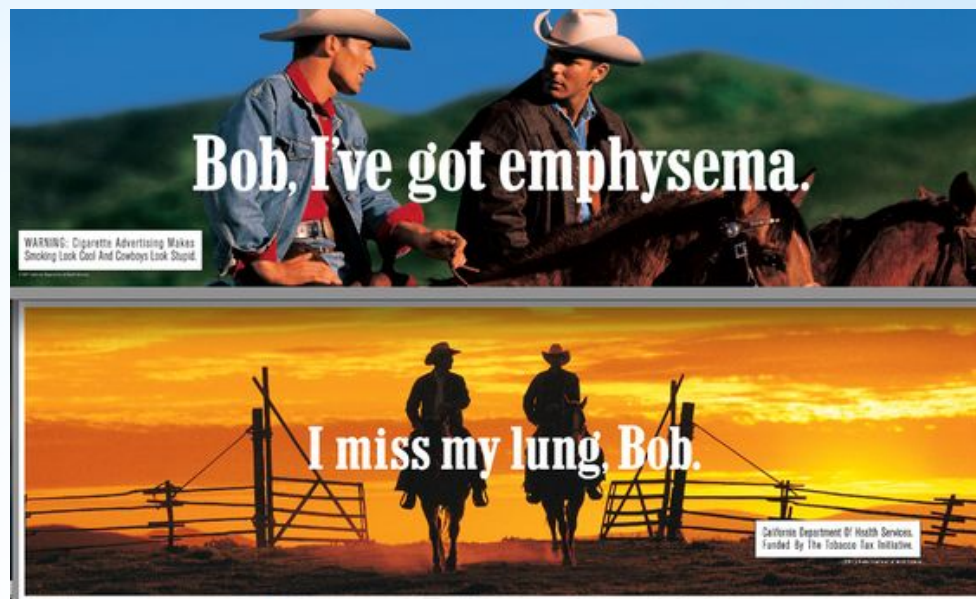


* Il fumo resta ancora di grandissimo appeal per i più giovani, e questo è indice della quantità di strada che ancora resta da fare...

Da questo:



A questo!

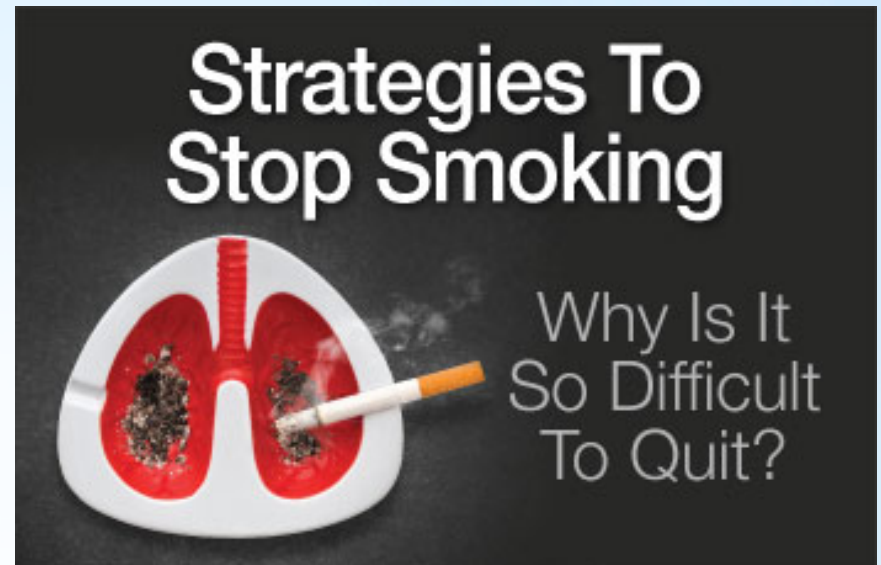


* Il passaggio non potrà essere soltanto di proibizione, ma anche di convinzione (basata sulla informazione)

- * Tornando alla clinica, nei pazienti con patologie fumo-correlate si spiega al paziente come:
 - * 1) la cessazione del fumo possa in buona parte dei casi influenzare positivamente il decorso della malattia
 - * 2) la cessazione del fumo diventi quindi parte integrante della terapia

* Il minimal advice in Patologia Orale

- * Evidenze dopo anni di questa mia attività:
- * 1) solo una piccola percentuale dei pazienti con patologie del cavo orale dismettono il fumo su mia indicazione
- * 2) generalmente lo fanno quelli con lesioni più a rischio di cancerizzazione, o con Ca conclamato
- * 3) una parte riprende il vizio entro un anno, o quando pensa di poter abbassare la guardia



* **Limiti di un approccio “non collaudato”**

- * Nasce l'esigenza di un sistema standardizzato che permetta di sensibilizzare, e trattare in senso anti-tabagico con maggior successo, un numero crescente di pazienti
- * Agire sulla motivazioni: il *counseling*



* Ricerca di un metodo

- * Le attuali linee-guida prevedono un approccio combinato con due figure complementari, quella di un medico opportunamente formato e quella di uno psicologo in grado di agire sulle motivazioni (counselling)

* Cooperazione medico-psicologo

Processo progetto stop – fumo

FASE 1 valutazione medico-psicologica



FASE 2 definizione e assegnazione della terapia

Dott. Marco Roghi

66

FASE 3 monitoraggio dell'efficacia della terapia

- * Ogni struttura ospedaliera offre un ambulatorio “anti-fumo”
- * Sul sito dell’ISS c’è l’elenco dei “centri antifumo” aggiornato al 2015, Numero Verde 800 554 088
- * Il mio referente milanese è il Dott. Roberto Boffi, pneumologo dell’INT di Milano (Via Venezian)

* Centri antifumo in Lombardia

- * Prima visita con: 2 questionari,
- * misurazione del CO espirato e una
- * spirometria semplice,
- * counseling telefonico delle psicologhe (almeno 7 tel. in un anno).
- * Seconda visita a 2 o 3 mesi, con un'impegnativa che si fanno fare dal medico curante x “visita pneumologica” (e anche spirometria globale se la 1a era alterata), ossia verso la fine del trattamento farmacologico antifumo che gli prescrivo (ovviamente, se motivati).

* Passi di un approccio strutturato “tipo”

Centro Vita Arlosa
Per la disassuefazione tabagica
Via Monza,2-00183 Roma
06 51006737- fax 06 51006636
vitarlosa.distretto9@asirmc.it

Questionario sulla motivazione a smettere di fumare

1. Quanto è importante per lei smettere completamente di fumare?

Disperatamente importante	4
Molto importante	3
Abbastanza importante	2
Non molto importante	1

2. Quanto è determinato a smettere?

Estremamente determinato	4
Molto determinato	3
Abbastanza determinato	2
Non del tutto determinato	1

3. Perché desidera smettere di fumare?

Perché sono preoccupato della mia salute	5
Per riprendermi la mia libertà	4
Perché fumare costa troppo	3
Perché spinto da altri	2
Per la salute della mia famiglia	1

4. Quanto ritiene siano alte le probabilità di riuscire a smettere?

Estremamente alte	6
Molto alte	5
Abbastanza alte	4
Non molto alte	3
Basse	2
Molto basse	1

TOTALE _____



Interpretazione del Test:

da 4 a 6 bassa: quando non si è ancora considerato di smettere di fumare
da 7 a 10 media: quando si valutano sia i benefici dello smettere che i rischi di fumare
da 11 a 14 alta: quando si hanno dei momenti nei quali si è più decisi a smettere di fumare
da 15 a 19 molto alta: quando si è pronti a smettere di fumare

Adattato da L. Marino et al.
 La disassuefazione dal fumo. L'ambulatorio. In S. Nardini e C.F. Donner.
 L'epidemia di fumo in Italia, EDI-AIPO Scientifica, Pisa (2000).

Centro Vita Arlosa
Per la disassuefazione tabagica
Via Monza,2-00183 Roma
06 51006737- fax 06 51006636
vitarlosa.distretto9@asirmc.it

Test di FAGERSTRÖM

Risponda alle seguenti domande segnando con una crocetta la risposta scelta.

1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti Entro 6 / 30 minuti Entro 31 / 60 minuti Dopo 60 minuti	3 2 1 0
2. Fa fatica a non fumare nei luoghi in cui è proibito fumare?	SI NO	1 0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino Tutte le altre	1 0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno 11-20 21-30 31 o più	0 1 2 3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	SI NO	1 0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	SI NO	1 0
Totale		

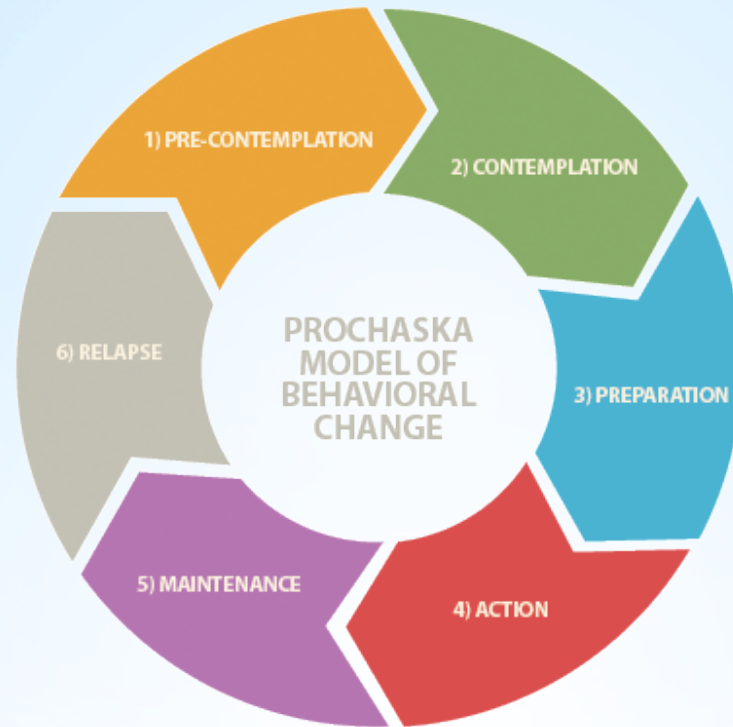
Interpretazione del Test:

da 0 a 2 lieve dipendenza
da 3 a 4 media dipendenza
da 5 a 6 forte dipendenza
da 7 a 10 dipendenza molto forte





* Il requisito fondamentale è che il paziente fumatore veda la propria dismissione da fumo come evento possibile



* Il modello degli stadi di cambiamento

LA RUOTA DEL CAMBIAMENTO

(Prochaska J., Di Clemente C., 1980)



TEORIA DEGLI STADI DEL CAMBIAMENTO

(Prochaska J., Di Clemente C., 1980)

1) Precontemplazione

- nessuna intenzione di cambiare
- non consapevolezza della propria condizione patologica o a rischio
- altri vedono il problema, la persona lo ignora o lo minimizza
- meccanismi di **negazione** e **proiezione** maggiormente presenti
- ***obiettivo del counseling: costruire la motivazione***

TEORIA DEGLI STADI DEL CAMBIAMENTO

(Prochaska J., Di Clemente C., 1980)

2) Contemplazione

- si comincia a considerare la necessità di cambiare
- percezione degli aspetti positivi del comportamento e, contemporaneamente, delle sue conseguenze negative
- meccanismi di **ambivalenza**
- ***obiettivo del counseling: costruire la motivazione***

TEORIA DEGLI STADI DEL CAMBIAMENTO

(Prochaska J., Di Clemente C., 1980)

3) Determinazione o Preparazione

- si raggiunge la decisione di cambiare
- pregnanza emotiva degli aspetti positivi del comportamento smorzata
- la consapevolezza degli aspetti negativi domina
- ambivalenza attenuata
- apertura verso suggerimenti, fondamentale anche qui il counseling
- stadio di minore durata rispetto ai precedenti, ma si può tornare indietro o andare avanti
- **obiettivo del counseling: definizione degli obiettivi e delle strategie**

TEORIA DEGLI STADI DEL CAMBIAMENTO

(Prochaska J., Di Clemente C., 1980)

5) Azione

- Interruzione del comportamento problematico
- Adozione del nuovo comportamento
- Incorporazione del comportamento nello stile di vita

TEORIA DEGLI STADI DEL CAMBIAMENTO

(Prochaska J., Di Clemente C., 1980)

6) Mantenimento

- uscita definitiva dal problema
- rischio di ricaduta, fenomeno “fisiologico” nel processo di cambiamento comportamentale
- tanto più si colpevolizza la ricaduta tanto più difficile è ricominciare il ciclo

- * E' chiaro come approcci così strutturati difficilmente possano rientrare, per il tempo e per le risorse richieste, tra le prestazioni comunemente erogate da uno studio odontoiatrico.
- * Tuttavia in uno studio odontoiatrico può essere utilizzato il **minimal advice**, che rientra tra le misure di comprovata efficacia, seppure all'ultimo posto tra queste

MINIMAL ADVICE

Si basa sulla **"REGOLA DELLE 5 A"**

ASK ...chiedere, ad es. se la persona FUMA

ADVISE raccomandare al fumatore di smettere in modo deciso e personalizzato

ASSES identificare la motivazione a smettere (Test di Fagestrom e motivazionale)

ASSIST aiutare a smettere attraverso counselling (opuscolo) e farmacoterapia

ARRANGE pianificare il follow-up: a 3, 6 e 12 mesi

Per il MINAL ADVICE bastano **ASK** e **ADVISE** per un **livello di evidenza 1**

* Ask and Advise:
minimal advice

* **Elevata Efficacia:**

- 1) Le raccomandazioni a smettere di fumare effettuate dai medici e dal personale sanitario, anche in forma breve (minimal advice).
- 2) Il counselling individuale o di gruppo.
- 3) Il counselling rivolto a particolari sottogruppi di popolazione: donne gravide, pazienti con BPCO.
- 4) Il trattamento farmacologico con NRT, bupropione o vareniclina, meglio se associato a counselling.

Moderata Efficacia:

- 1) Materiale di self help per la cessazione dal fumo.
- 2) Interventi rivolti ai genitori delle scuole per prevenire l'esposizione al fumo passivo.
- 3) Interventi attraverso i mass media o nelle scuole per prevenire l'iniziazione al fumo.

Electronic Cigarette: Role in the Primary Prevention of Oral Cavity Cancer.

Franco T¹, Trapasso S¹, Puzzo L², Allegra E¹.

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: Cigarette smoke has been identified as the main cause of oral cavity carcinoma. Recently, the electronic cigarette, a battery-operated device, was developed to help smokers stop their tobacco addiction. This study aimed to evaluate the safety of electronic cigarettes and to establish the possible role of such device in the primary prevention of oral cavity cancer.

SUBJECTS AND METHODS: This study included 65 subjects who were divided into three groups (smokers, e-cigarette smokers, and nonsmokers). All subjects were submitted to cytologic examination by scraping of oral mucosa. The slides were microscopically evaluated through a micronucleus assay test.

RESULTS: The prevalence of micronuclei was significantly decreased in the e-cigarette smoker group. There were no statistically significant differences in micronuclei distribution according to the type of cigarette, gender, and age.

CONCLUSIONS: The use of electronic cigarettes seems to be safe for oral cells and should be suggested as an aid to smoking cessation.

KEYWORDS: e-cigarette; electronic cigarettes; micronuclei; oral cytology; oral squamous cell carcinoma

* Il ruolo della sigaretta elettronica
nella dismissione da fumo

Prevenzione Primaria

Interventi di primo livello praticabili nell'ambulatorio di medicina generale

- Minimal advice
(informazioni e consigli con un colloquio di massimo 2-3 minuti)
- Creare un'alleanza con il fumatore
- Mettere materiale informativo in sala d'attesa
- Rafforzare il ruolo di immagine
(il medico non deve fumare in ambulatorio; i cartelli di divieto vanno fatti rispettare)
- Accertare lo status di fumatore/non fumatore degli assistiti
tra le informazioni anamnestiche in cartella clinica
- Conoscere i principi della terapia sostitutiva nicotinic
- Conoscere i principi della psicoterapia adiuvante
- Collaborare con il Centro anti-fumo (inviare i fumatori motivati)

* Anche senza spingerci in un percorso strutturato, nei nostri studi odontoiatrici è possibile comunque fare la nostra parte

- * Voglio insistere su due punti in particolare:
- * Innanzitutto la creazione di un ambiente “**smoke free**” (ruolo del wash-out)
- * Secondariamente, somministrando in maniera mirata un **minimal advice** (continua sensibilizzazione del paziente fumatore)

* Ruolo della ASO

- * Indumenti degli operatori sanitari fumatori
- * Contaminazione aerea degli ambienti di lavoro e tempo di “washout”

- * Tob.Control, 2007 Feb;16(1):29-33.
- * “Residual tobacco smoke: measurement of its washout time in the lung and of its contribution to environmental tobacco smoke.”
- * [Invernizzi G¹](#), [Ruprecht A](#), [De Marco C](#), [Paredi P](#), [Boffi R](#).

* Dovete creare un
ambiente “smoke free”

* *waiting for about 2 min before re-entry after the last puff would be enough to avoid an unwanted additional exposure for non-smokers. (Boffi R, ecc)*

* *complete washout of residual smoke in the lung requires normal breathing for 20 min. (Lee S-G, ecc)*



* **Il tempo di washout sec i principali studi
oscilla
tra i 2 ed i 20 minuti dopo l'ultima
inalazione**

- * La semplice e continua sensibilizzazione da parte del personale di studio può aiutare a smettere di fumare, ed in q̄s senso il ruolo di igieniste e di ASO assume particolare valore
- * [“Stop smoking” advice for patients who smoke: feasible in the dental practice?].
- * [Maassen IT](#)¹, [Jacobs JE](#), [Plasschaert AJ](#), [Allard RH](#), [Schattenberg G](#), [Hilberink SR](#).

* Poi è buona pratica
intervenire col
“minimal advice”

* Clinical guidelines for tobacco use cessation (TUC) counseling recommend that healthcare professionals should provide brief tobacco counseling for all tobacco users.

* “Implementation of tobacco use cessation counseling among oral health professionals in Finland.”

* [Amemori M¹](#), [Korhonen T](#), [Michie S](#), [Murtomaa H](#), [Kinnunen TH](#).

* La pratica del
minimal advice
è scientificamente
validata

Chi ha detto che il fumo fa male?



Ho 48 anni e sto benissimo.



* Certo occorre trovare brecce
“personalizzate” nelle quali far leva.
Alcune funzionano molto bene nelle
donne...



NHS

Smoking damages the tissues in your penis

There are over 4,000 chemicals in cigarette smoke. Some of them damage your arteries, including the parts that keep you hard. If they go floppy, so do you.

[Still want to inhale? ▶](#)

* ...altre nei maschietti...

احترس التدخين يدمر الصحة ويسبب الوفاة
الاثار المدمرة للتدخين تصيب المدخن وغير المدخن



*

...altri input funzionano con le mamme, ed in tutti i
soggetti (personale sanitario, insegnanti, nonni) che si
trovino a gestire soggetti in giovanissima età



* Anche il resoconto cronologico di come il corpo risponda positivamente alla smoking cessation è una motivazione importante

*Con un po' di intuito, di fantasia, e di conoscenza del paziente (e le ASO hanno un ruolo centrale in questo senso...), il minimal advice potrà divenire pratica abituale...

* Grazie della vostra
attenzione, per qualunque
consiglio o suggerimento mi
trovate qui:

info@studioroghi.it

www.studioroghi.it

