

8.2

**TABAGISMO:
STIGMA VERSUS MALATTIA****Latino G.M.*^[1], Calceglia K.^[1]**^[1]AUSL Romagna Servizio Dipendenze Patologiche sede Forlì ~ Forlì ~ Italy

Sottotitolo: Il tabagismo (circa il 25% della popolazione) viene spesso misconosciuto, spesso i sanitari lo considerano un vizio. In Emilia Romagna si svolgono corsi di formazione per abilitare operatori sanitari ad offrire buone pratiche per il trattamento del tabagismo. Riportiamo la metodologia di trattamento che utilizziamo nel nostro Servizio.

Testo Abstract*La nicotina*

La nicotina è la sostanza responsabile degli effetti fisici della dipendenza legata al consumo di sigaretta ed è classificata nel DSM V come una sostanza di abuso. È un alcaloide liquido, oleoso e volatile, presente in natura in tutte le parti della pianta del tabacco, ma particolarmente concentrata nelle sue foglie (tra lo 0,6 e lo 0,9). La nicotina è in grado di stimolare e inibire le attività del sistema nervoso autonomo, facendo prevalere gli effetti eccitatori nella prima fase e quelli sedativi nella seconda.

Il motivo per cui è stata inserita con un certo ritardo tra le sostanze che provocano dipendenza è probabilmente dovuto al fatto che la sua azione psicoattiva non determina alterazioni eccessive dell'affettività, né della personalità.

Recenti studi con risonanza magnetica hanno messo in evidenza l'attivazione metabolica da parte della nicotina in alcune aree cerebrali come amigdala, talamo e nucleo accumbens, note per il loro coinvolgimento nei processi affettivi.

Il comportamento del fumare è regolato accuratamente in modo tale da mantenere stabili i livelli plasmatici della nicotina stessa.

Non appena la nicotina viene inalata, si diffonde attraverso il sangue e arriva al sistema nervoso centrale. Una singola boccata di fumo di tabacco porta al cervello una dose di nicotina di 50/150 mg entro otto secondi. Questo è possibile in quanto le caratteristiche

di manifattura e di combustione della sigaretta rendono disponibile la nicotina in una forma che penetra rapidamente le membrane che proteggono il cervello. La stretta associazione temporale (contingenza) tra l'atto di aspirare e gli effetti piacevoli è l'elemento fondamentale per lo stabilirsi di un comportamento rinforzato di assunzione di una droga e, rispetto a questo criterio, la nicotina occupa il primo posto in classifica.

La nicotina induce miglioramento dei processi cognitivi, della capacità di concentrazione, dell'attenzione e della performance psicomotoria, una volta che entra nel cervello, esercita i suoi effetti diretti legandosi ad un tipo di recettori colinergici detti nicotinici. Tali recettori rispondono all'acetilcolina e sono coinvolti in differenti processi fisiologici, tra cui l'aumento di energia, di allerta e dell'attenzione.

Altra caratteristica della nicotina è che i suoi recettori si desensibilizzano molto velocemente, ovvero si riduce il tempo di attivazione del recettore fino a uno stato di inattività. L'organismo per contrapporsi a tale fenomeno produce altri recettori (up regulation), infatti nel cervello di un fumatore i recettori nicotinici sono da 100 a 300 volte più numerosi rispetto a quelli dei non fumatori.

Nella dipendenza da sostanze la risposta dopaminergica è di maggiore ampiezza e durata rispetto a quella che si ha in seguito a rinforzi naturali.

In assenza di nicotina, il sistema noradrenergico, che si attiva fisiologicamente nelle condizioni di allerta, induce sintomi riconducibili all'astinenza che si manifesta con agitazione, irritabilità ed insonnia, mentre la diminuzione della liberazione di dopamina determina disforia, depressione e senso della fame. Avviene anche una diminuzione della liberazione di serotonina, la qual cosa determina agitazione e depressione.

Dati epidemiologici in Italia.

L'età media di iniziazione al fumo è di 17,5 anni, con uno scarto di poco più di un anno tra uomini e donne (18,0 anni per gli uomini e 19,3 per le donne).

L'82,1% dei fumatori dichiara di aver acceso la prima sigaretta prima dei 25 anni e il 72% di aver iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni. Quest'ultima rappresenta la fascia di età che nel tempo si è confermata "critica" per l'iniziazione al fumo, sebbene il 10% abbia iniziato a fumare prima dei 15 anni.

Il report dell'ISS, pubblicato in occasione della Giornata mondiale senza tabacco il 31 maggio 2022, rileva che quasi un italiano su quattro (il 24,2% della popolazione) è un fumatore: una percentuale che non era stata mai più registrata dal 2006. Il trend rilevato nel triennio 2017-2019, che vedeva una costante diminuzione delle fumatrici, non viene invece confermato nel

2022: quest'anno infatti si assiste a un incremento nella percentuale dei fumatori che riguarda entrambi i sessi. I nuovi prodotti del tabacco e le e-cig si sono aggiunti al consumo delle sigarette tradizionali e i loro utilizzatori infatti sono quasi esclusivamente consumatori duali. Si ipotizza che tale incremento sia dovuto alla falsa percezione di consumare prodotti meno o addirittura non nocivi per la salute e il sentirsi autorizzati ad utilizzarli in ogni luogo.

Si fumano principalmente sigarette confezionate (84,9%) e sigarette fatte a mano (14,9%), sebbene queste percentuali siano in diminuzione rispetto a quanto registrato nel 2019 (90,2% per le sigarette tradizionali, 18,3% per le sigarette fatte a mano).

In Italia gli utilizzatori abituali e occasionali di e-cig sono il 2,4% della popolazione, mentre l'81,9% di chi la usa è un fumatore, dunque un consumatore duale che fuma le sigarette tradizionali e contemporaneamente l'e-cig. Il 2,8% dei fumatori abituali o occasionali di sigaretta elettronica sono invece persone che prima di utilizzare l'e-cig non avevano mai fumato sigarette tradizionali.

Per quanto riguarda le sigarette a tabacco riscaldato (HTP), queste vengono utilizzate abitualmente o occasionalmente dal 3,3% della popolazione italiana. Il loro consumo è triplicato, passando dall'1,1% nel 2019 al 3,3% nel 2022.

Aspetti psicologici

In Italia, secondo l'ISS, l'età media di avvio al fumo è di 17,6 questo periodo è connotato da un compito evolutivo fondamentale che l'adolescente deve assolvere, ovvero la ristrutturazione della propria identità e l'introduzione al mondo degli adulti. Il gruppo dei pari diventa il nuovo punto di riferimento e un IO fragile può trovare nel fumo una stampella emotiva, che può essere vista, a seconda del fronte su cui gioca lo sviluppo di identità dell'individuo, come uno strumento di adultizzazione e integrazione sociale oppure come uno strumento che regola l'emotività.

L'avvicinamento alla sigaretta comincia con la sperimentazione e prosegue con l'abitudine; è in questa fase che il fumatore apprezza i vantaggi e gli effetti farmacologici della sostanza ed in essi trova appagamento. Ciascun fumatore trova, grazie alla sigaretta, una sua struttura compensatoria che, giorno dopo giorno, alimenta un automatismo sempre più solido e difficile da scardinare.

Nel tempo, oltre a sviluppare una dipendenza fisica alla nicotina, la sigaretta e la sua ritualità nel consumo entrano a far parte della struttura identitaria del fumatore; spesso, infatti, i fumatori che intendono smettere riportano la fatica nell'immaginarsi di funzio-

nare senza la sigaretta. Il processo mentale che dovrebbero compiere è quello elaborare il lutto per riuscire a lasciare una compagna, una stampella che per anni li ha aiutati a fronteggiare le fatiche della vita. La sigaretta, infatti, adattandosi alle esigenze affettive del fumatore, diventa per molti di loro, la "panacea" per tutti i mali, divenendo la principale strategia di coping da impiegare in tutte le situazioni.

I fumatori che vogliono o devono smettere, non sempre sono consapevoli di quali bisogni la sigaretta soddisfi, pensano semplicemente di dover rinunciare a qualcosa di piacevole, di assecondare un loro vizio. Da qui nasce la fantasia che per smettere di fumare sia necessario mettere in campo esclusivamente la propria forza di volontà ed essere sufficientemente forti per rinunciare al piacere della sigaretta.

Rispetto al trattamento, è pensiero comune credere che la cessazione avvenga eliminando semplicemente la sigaretta e imparando a tollerare la frustrazione per la sua assenza. In realtà, oltre a questo, il tabagista deve comprendere a quali bisogni risponde la sigaretta per poi ricercare e sperimentare attività in grado, o quasi, di soddisfarli.

Quando ci sono poi delle ricadute oppure quando il tabagista non riesce a raggiungere l'astensione, non pensa di essere affetto da una dipendenza patologica, ma si giudica una persona debole di fronte al vizio, sperimentando sentimenti di colpa e di vergogna.

Nell'immaginario collettivo ma anche tra gli operatori sanitari, l'idea di curare i tabagisti non è molto diffusa, spesso, l'approccio sanitario punta più a spaventare i pazienti rispetto alle conseguenze del fumo ed empatizza poco con la fatica del fumatore nel restare astinente. Per questi motivi i fumatori non si cimentano facilmente nei tentativi di cessazione, perché temono che il loro fallimento sarebbe stigmatizzato come debolezza di carattere o come scarsa forza di volontà.

La metodologia

La Regione Emilia Romagna ha pubblicato nel 2010 le Raccomandazioni per la corretta pratica clinica per la disassuefazione, a cura del gruppo tecnico di coordinamento dei C.A.F. (Centri Anti Fumo), con la funzione di offrire delle buone pratiche cliniche, in linea con le indicazioni nazionali ed europee.

Si è riscontrato che con il metodo "fai-da-te" solo l'1-3% dei casi ottiene una "guarigione spontanea", al contrario, le cure ben condotte possono giungere ad una risposta del 30-40% dei pazienti che concludono i trattamenti con esiti positivi, valutati dopo un anno dalla disassuefazione.

La Regione svolge periodicamente dei corsi di formazione per abilitare operatori sanitari, che provengono in gran parte dal SSN e in piccola parte dalla LILT, IOR o dal Privato sociale.

Nel Servizio Dipendenze Patologiche dell'Ausl

Romagna, il trattamento del paziente tabagista avviene secondo le Linee guida Regionali e solo gli operatori che hanno conseguito l'abilitazione si occupano di tabagismo.

Si effettua una valutazione multidisciplinare, l'operatore dell'accoglienza apre la cartella clinica e raccoglie informazioni sullo stile di vita del paziente e alcuni dati anamnestici: il rapporto con il fumo, l'età di inizio, numero abituale di sigarette e da quanto tempo, precedenti tentativi di cessazione, indaga inoltre sulle ragioni per le quali il tabagista chiede di essere preso in carico. L'educatore somministra anche il Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTNQ), strumento accreditato dalla Regione Emilia Romagna per valutare il grado di dipendenza dalla sigaretta.

Si procede successivamente con la valutazione psicologica che consiste inizialmente nell'indagare sulla motivazione al trattamento (Modello Transteorico di Prochaska e Di Clemente, 1982 e Approccio motivazionale di W.R Miller 1991, 1992 e G.P. Guelfi, 1998) e sul grado di consapevolezza circa il proprio rapporto con la sigaretta (aspetti funzionali e disfunzionali).

Successivamente si indaga sulla qualità di vita percepita dal paziente: se ha vissuto o sta vivendo situazioni stressanti o traumatiche, e di come queste vengono fronteggiate. Si svolge un'anamnesi pregressa e attuale per la sintomatologia ansiosa depressiva e l'eventuale assunzione di terapie o trattamenti psicoterapici. A discrezione del clinico è possibile la somministrazione di alcuni tests come lo Zung, per la valutazione di sintomi depressivi, la STAI, per valutare la sintomatologia ansiosa, oppure anche strumenti per una valutazione personologica come l'MMPI-II oppure la SCID-PD.

Si indaga sui fattori prognosticamente sfavorevoli il raggiungimento della astensione (età elevata, bassa scolarità, precocità nell'inizio del fumo, presenza di conviventi, amici e colleghi fumatori). È fondamentale condividere con il paziente quali elementi possono ostacolare il trattamento: motivazione estrinseca, fase di contemplazione o pre contemplazione, bassa autoefficacia, presenza di psicopatologie, comorbilità con altre con altre sostanze psicotrope, presenza di eventi particolarmente stressanti.

Generalmente la valutazione socio educativa e quella psicologica vengono condivise con il medico, il quale procede successivamente con l'indagine medica: età di inizio; numero abituale di sigarette e da quanto

tempo; precedenti tentativi di cessazione; patologie cardiovascolari e/o respiratorie o altre patologie; abitudini alimentari, uso di caffè, alcolici, psicofarmaci, sostanze stupefacenti; se pratica di attività fisica o sportiva. Infine avviene la misurazione del CO espirato, tramite analizzatore elettronico (carbossimetro). Durante la valutazione, il medico fa ipotesi di trattamento farmacologico che proporrà al paziente nella fase di riduzione o sospensione della sigaretta. Tra le proposte di trattamento ci sono i Nicotine Replacement Therapy (NRT), farmaci sostitutivi a base di nicotina sotto forma di compresse da sciogliere in bocca, gomme da masticare, inalatore e cerotti. Gli NRT comprendono formulazioni a breve e a lunga durata d'azione.

Le gomme, le compresse e l'inalatore sono a pronto rilascio e placano immediatamente il bisogno di fumare, la loro durata non supera i 45-60 minuti. I cerotti costituiscono un modo efficace per ottenere una nicotemia più regolare, più simile a quella ottenuta fumando.

Altro farmaco utilizzato è la Vareniclina: ha una minore efficacia degli NRT ed è un'antagonista parziale, nel senso che occupa i recettori senza indurre un effetto farmacologico. Il farmaco viene somministrato per via orale con una fase di induzione che vede salire gradualmente il dosaggio fino alla settima giornata. La durata standard del trattamento è di 12 settimane. Altro trattamento offerto è il Bupropione cloridrato, farmaco antidepressivo che ha un'azione di inibizione dei recettori nicotinici. Infine si propone la Citisina, in preparato galenico, un alcaloide estratto principalmente dalla pianta del Maggiorcicindolo: il suo meccanismo di azione è simile a quello della Vareniclina. Una volta conclusa la valutazione, l'equipe propone al paziente tabagista il trattamento più indicato, individuale o gruppale e si concorda l'obiettivo da raggiungere: la riduzione del numero di sigarette oppure la cessazione. Ovviamente tale obiettivo può essere nuovamente riformulato in corso d'opera.

Generalmente si propone a tutti il trattamento gruppale, sono pochi i criteri di esclusione: comorbilità con altre sostanze psicotrope, presenza di patologia psichiatrica e mancanza di motivazione del paziente al trattamento gruppale. Si incoraggia il trattamento gruppale perché il processo di disassuefazione al fumo richiede al tabagista un cambiamento molto complesso in cui lo smettere di fumare rappresenta solo una delle azioni da fare. Il processo di cambiamento implica l'abbandono di abitudini, ritualità e automatismi. La quotidianità non sarà più scandita dalle sigarette, il paziente dovrà affrontare il craving, scoprire i suoi bisogni e trovare strumenti alternativi per soddisfarli.

Questo processo di emancipazione dalla sigaretta presenterà momenti di arresti motivazionali, momenti di tensione, e potrebbero comparire sintomi quali flessione del tono dell'umore, irritabilità, disturbi del sonno, iperfagia e disturbi nella concentrazione. Tutta questa complessità può essere compresa e sostenuta con efficacia solo da chi sta vivendo lo stesso percorso trattamentale.

Trattamento gruppale

Il trattamento gruppale prevede 3 fasi:

- a. la fase di preparazione finalizzata a
 - sostenere ed accrescere la motivazione;
 - migliorare la consapevolezza della propria abitudine al fumo attraverso tecniche di auto-osservazione (il diario del fumo).
 - riuscire a distinguere le sigarette necessarie da quelle automatiche
 - individuare azioni, esperienze o comportamenti alternativi di auto-ricompensa per le sigarette considerate automatiche
- b. la fase di sospensione, durante la quale anche con l'aiuto di un supporto farmacologico, si sospende l'azione di fumare.
- c. la fase di mantenimento, che ha l'obiettivo di
 - consolidare i livelli di cambiamento
 - prevenire e gestire le eventuali ricadute attraverso la ridefinizione degli stimoli ambientali che innescano il comportamento del fumare o l'acquisizione di strategie utili al superamento delle crisi e ad evitare le ricadute.

Quando termina il trattamento gruppale, ciascun paziente effettua un colloquio con l'equipe che ha svolto la valutazione iniziale e si confronta rispetto al raggiungimento dell'obiettivo.

Viene chiesta la disponibilità ad essere contattato per un follow-up telefonico. Se il paziente non ha raggiunto l'obiettivo concordato, si propone il trattamento individuale e/o si riformula l'obiettivo.

Conclusioni

Secondo un'indagine condotta dall'ISS (2020-21), quasi un terzo dei fumatori intervistati aveva tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista stessa, restando almeno un giorno senza fumare. Nella stragrande maggioranza dei casi il tentativo fallisce (quasi l'80%): solo una bassa quota (meno del 10%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù senza alcun ausilio (77%); 17 persone su 100

dichiarano di aver smesso grazie all'utilizzo della sigaretta elettronica, scarso invece il ricorso a farmaci o cerotti e raro il ricorso ai Servizi specialistici o ai corsi offerti dalle ASL. Una spiegazione potrebbe essere che forse non tutti sanno che i SerD si occupano anche di disassuefazione dalla nicotina, o dell'esistenza di corsi per smettere di fumare proposti dai Centri Antifumo. Un'altra possibile spiegazione potrebbe essere che il metodo "fai da te" è il primo approccio per provare a smettere di fumare e in molti riescono a mantenere un apprezzabile periodo di astensione. Ma una piccola fetta di popolazione non riesce a curarsi in autonomia pertanto chiede aiuto ai Servizi sanitari.

Quando è stata offerta la possibilità agli operatori del SerD di poter trattare pazienti affetti da tabagismo, avevamo la convinzione di poter lavorare su tematiche e vissuti più "semplici", con pazienti dalla personalità più strutturata e con l'idea di riuscire ad ottenere maggiori risultati rispetto ai trattamenti per altre sostanze d'abuso; probabilmente anche noi operatori eravamo influenzati dall'idea collettiva del "vizio" o "dell'abitudine tabagica". Con la pratica clinica ci siamo trovati a dover affrontare le stesse tematiche che riscontriamo con pazienti che soffrono di altre dipendenze patologiche: lo stigma del vizio e della forza di volontà, il senso di colpa, la vergogna, la gestione del craving, la riformulazione del concetto di piacere e di gratificazione, la ricerca di strategie di coping. Inoltre, altro aspetto che ci ha sorpresi molto nei tre anni di esperienza nel trattamento presso il Servizio, è il funzionamento personologico del tabagista: ci è capitato frequentissimamente di avere a che fare con pazienti depressi o ansiosi, con esperienze traumatiche alle spalle, situazioni familiari conflittuali, che non avevano mai chiesto aiuto al proprio medico di medicina generale o ad altro professionista. Ma è evidente come nel tempo queste persone si siano affidate alla funzione terapeutica delle sigarette per mantenere un equilibrio mentale, un certo benessere. Altro aspetto che ha fatto riflettere la nostra equipe è che, rispetto a tutti i pazienti che afferiscono al Servizio per altre problematiche, non si effettua mai l'indagine circa il loro rapporto con il tabacco, come se fosse superfluo rispetto alla gravità del quadro clinico provocato dalle altre sostanze psicotrope, eppure l'80% dei decessi da dipendenza da sostanze psicotrope risulta causato dal tabacco.