

# Quanto è importante trattare la dipendenza da nicotina nei SERD?

Biagio Tinghino

UOS Alcologia e Nuove Dipendenze, ASST di Vimercate (MB)

Direttore National School of Medical Tobaccology, SITAB

*[biagio.tinghino@asst-vimercate.it](mailto:biagio.tinghino@asst-vimercate.it)*

## Quanto è importante

La dipendenza da nicotina (tabacco, e-cig, Heath Not Burn) è la dipendenza più diffusa nel nostro paese

I fumatori sono circa **11,6 milioni** (22% della popolazione)

In Italia si spendono più di **6 miliardi** di euro per i costi sanitari causati dal tabacco, che diventano **più di 12** se si considerano i costi sociali e lavorativi

Il fumo è causa di circa **72.000 morti l'anno**: più dei morti per incidenti stradali, alcol, AIDS ed overdose messi insieme



## Per chi è importante

I nostri pazienti sono spesso a maggior rischio di:

Patologie infettive

Sindrome metabolica

Carenze nutrizionali

Patologie cardiovascolari

Disturbi psichiatrici



Il fumo di tabacco è un  
fattore importante di  
rischio per patologie  
cardiovascolari,  
oncologiche e  
neurologiche nei pazienti  
con dipendenza



## Per chi è importante

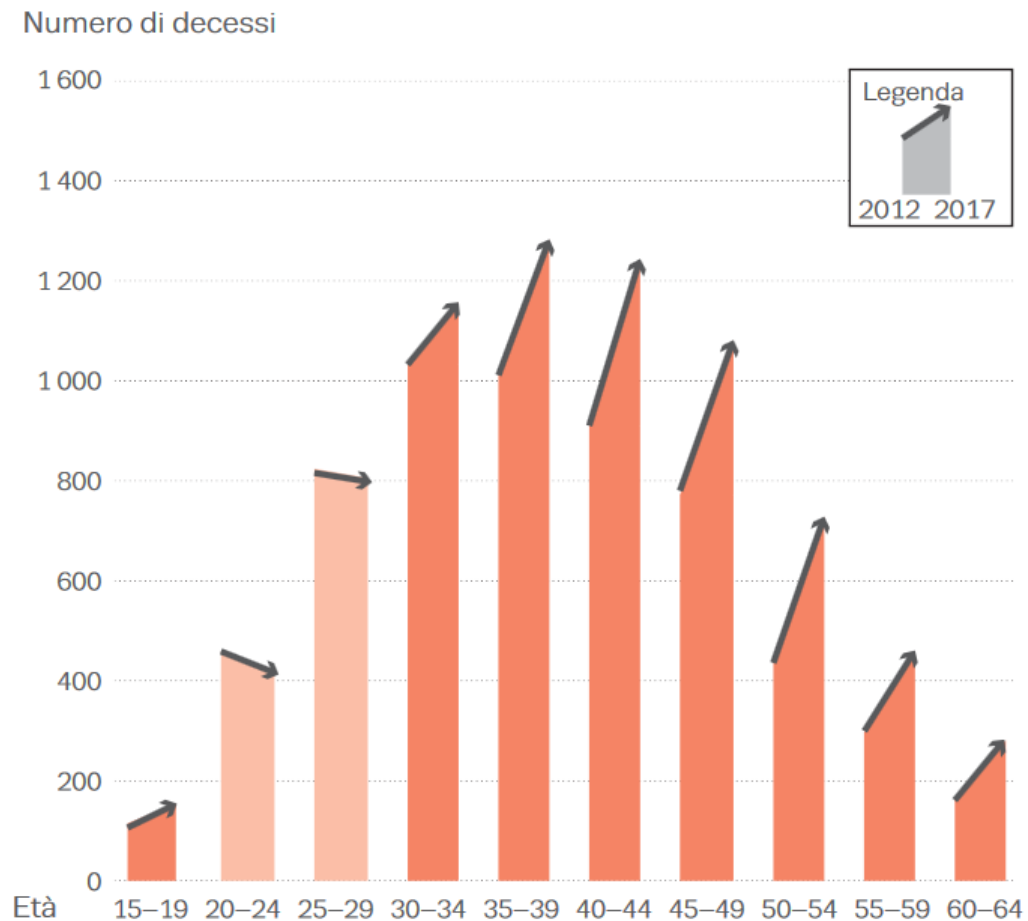
In Italia nel 2017 ci sono stati **264** decessi correlati a droghe

Circa **70.000** per tabacco



Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze  
Report 2019

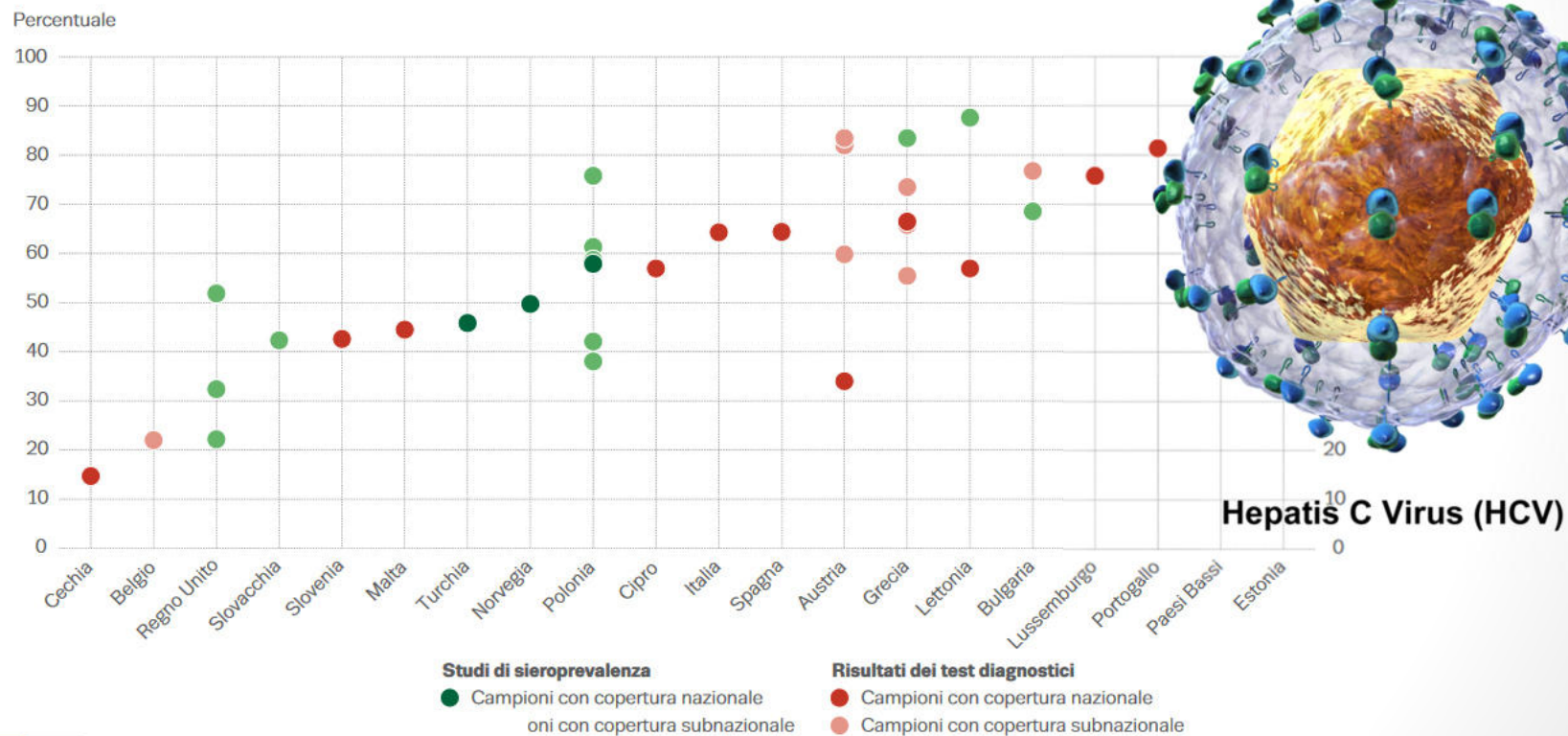
Numero di decessi droga-indotti segnalati nell'Unione europea nel 2012 e 2017, o nell'anno più recente, per fascia d'età



## Per chi è importante

In Italia la sieroprevalenza per HCV tra i consumatori per via parenterale è del **62-65%** circa, il tasso di tabagismo prossimo al **95%**

Prevalenza di anticorpi anti HCV nei consumatori di droga per via parenterale: studi di sieroprevalenza e risultati dei test diagnostici con copertura nazionale e subnazionale, 2016-2017



## Per chi è importante

- ✓ Il tabacco rimane il principale fattore di rischio di mortalità nelle persone con disturbi psichiatrici e abuso di sostanze
- ✓ Negli USA il **45% delle sigarette** è fumato da persone con disturbi mentali. (MMWR 2013)
- ✓ Il **70-95% dei TD** fuma
- ✓ Le persone con disturbi mentali iniziano a fumare prima e hanno un **livello maggiore di dipendenza**

(Grant BF, et Arch Gen Psychiatry. 2004)



## Di cosa muiono i tossico e alcolodipendenti?



1. Gli individui con problemi di droga che fumano hanno una mortalità precoce **4 volte superiore** a quelli che usano droghe ma non fumano. (Hser et al., 1994).
2. Fumare da 1 a 5 sigarette al giorno arriva a **triplicare il rischio** di morte per cardiopatia ischemica (Bjartveit and Tverdal, 2005)
3. Chi ha una dipendenza da **alcol morirà più facilmente di tabacco** che a causa dell'alcol (Hurt et al., 1996)

### Tossicodipendenti che ritengono più difficile smettere di fumare che di usare droghe

< 10 anni di TD	68%
10-20 anni	39,1%
>20 anni	39,2%

### Differenze tra cocainomani ed eroinomani

	Cocainomani	Eroinomani
<b>N° di tentativi di smettere di usare droghe</b>	1,2	1,7
<b>Anni di astinenza dal fumo</b>	0	0,38
<b>Valori del test di Fagerstrom</b>	5,6	4,9
<b>N° di tentativi di smettere di fumare</b>	1,1	4,4

Tinghino B, Rossin L, tabagismo: «dipendenza minore»? Tabaccologia 2006:1:23-25



## I SerD come servizi per il tabagismo

I SERD sono i servizi costituiti per occuparsi di tutte le dipendenze, legali e illegali, non essendo previsto dal DPR 309/90 alcun elenco delle sostanze d'abuso da trattare o da escludere dal trattamento

### **DPR 309/1990, Titolo XI, INTERVENTI PREVENTIVI, CURATIVI E RIABILITATIVI, Art. 120.**

*1. Chiunque fa uso di sostanze stupefacenti e di **sostanze psicotrope** può chiedere al servizio pubblico per le dipendenze o ad una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attività di diagnosi, di cui al comma 2, lettera d), del medesimo articolo di essere sottoposto ad **accertamenti diagnostici e di eseguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo.***

E peraltro la legge 16 maggio 2014, n. 79, modifica la dizione di «servizio per le tossicodipendenze» in «**servizio per le dipendenze**».

## La nicotina come drug-gateway

L'ipotesi del **GATEWAY** e degli **STAGES OF PROGRESSION** fu formulata da Denise Kandel su basi epidemiologiche nel 1975 ed è stata ribadita più recentemente.

Nel 2012, tra gli adulti in USA tra i 18-34 anni:

**87,9%** ha fumato sigarette prima di usare cocaina

**5,7%** ha iniziato con sigarette e cocaina insieme

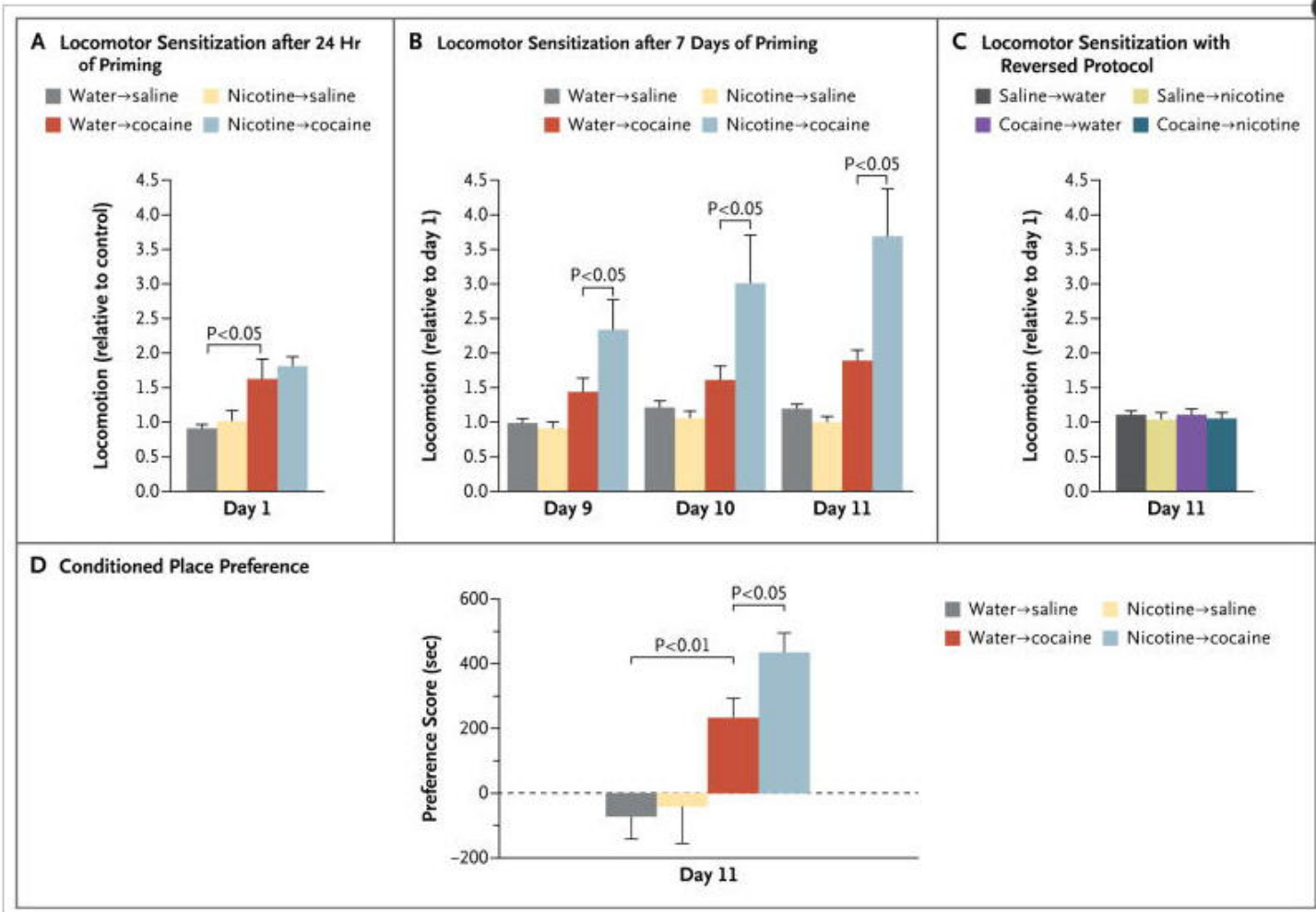
**3,5%** ha iniziato con la cocaina

**2,9%** non ha mai fumato



# La nicotina come drug-gateway

La nicotina è la drug-gateway per eccellenza



Effects of Priming with Nicotine on Cocaine-Induced Locomotor Sensitization and Conditioned Place Preference in Mice

Eric R. Kandel, Denise B. Kandel, A Molecular Basis for Nicotine as a Gateway Drug, *N. Engl. J. Med.*, 2014 sept

Biagio Tinghino, 2020

## La nicotina come drug-gateway

I correlati neurochimici del pre-trattamento con nicotina: **aumento della plasticità sinaptica** per effetto della **long-term potentiation**

- ✓ Espressione del gene  $\Delta$ FosB nel nucleo accumbens
- ✓ Acetilazione degli istoni H3 and H4, promotori di *FosB*
- ✓ Inibizione dell'attività della histone deacetylase (HDAC)

Se diamo prima la cocaina non osserviamo lo stesso potenziamento



## La nicotina come drug-gateway

La sensibilizzazione con nicotina è **unidirezionale e non intercambiabile**. Essa induce un potenziamento a lungo termine degli effetti di reward della cocaina nelle seguenti aree:

- ✓ **Nucleo accumbens**
- ✓ **VTA (Area Ventrale Tegmentale)**
- ✓ **Striato**

L'esposizione giovanile alla nicotina produce una **vulnerabilità unica, potente e di lunga durata** all'uso di sostanze e alcol.

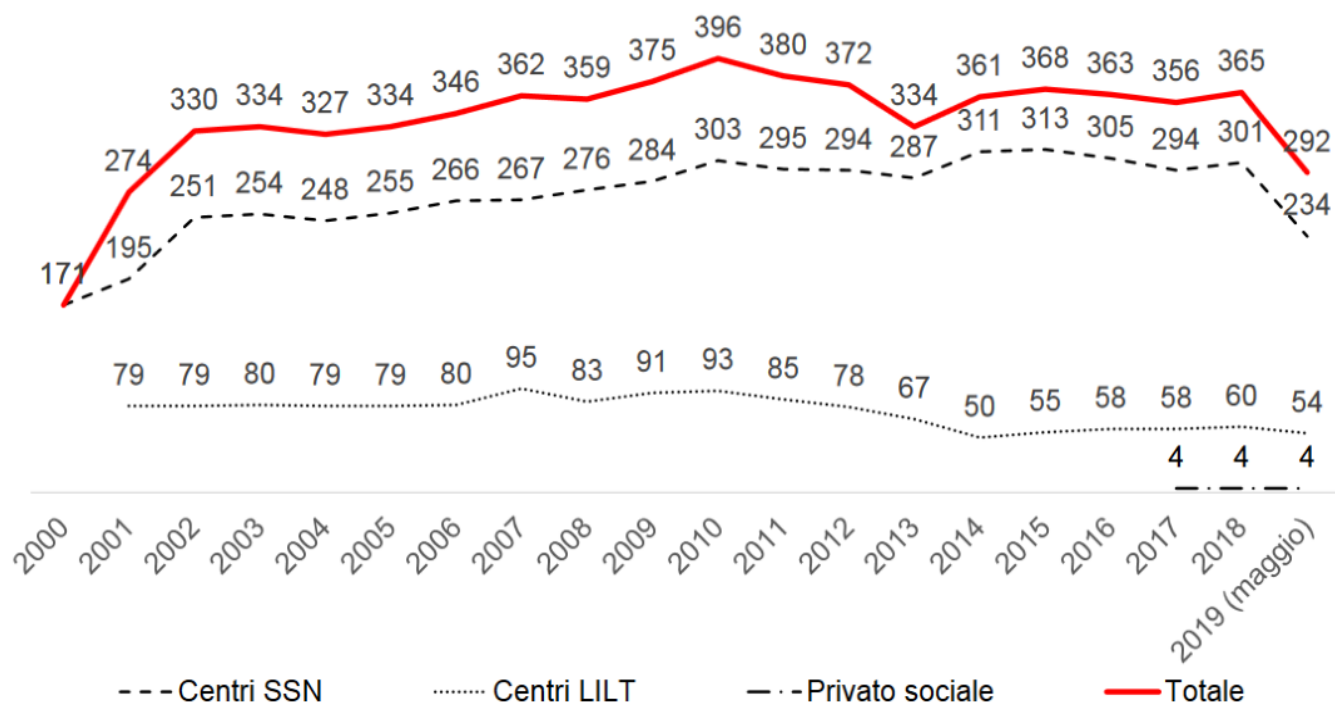
Questa vulnerabilità coinvolge soprattutto **i sistemi dopaminergici, ma anche quelli serotoninergici e colinergici**.

L'effetto gateway è confermato, negli studi sperimentali, non solo per somministrazione continua di alte dosi di nicotina, ma anche **per dosi basse e discontinue**.

*Ksir et al., 1987; Stoleran, 1990; Malin, 2001, O'Brien et al., 1992; Stewart, 1992 s (Siegel, 1999; Paolone et al., 2004; Caprioli et al., 2007; Bevins et al., 2012*

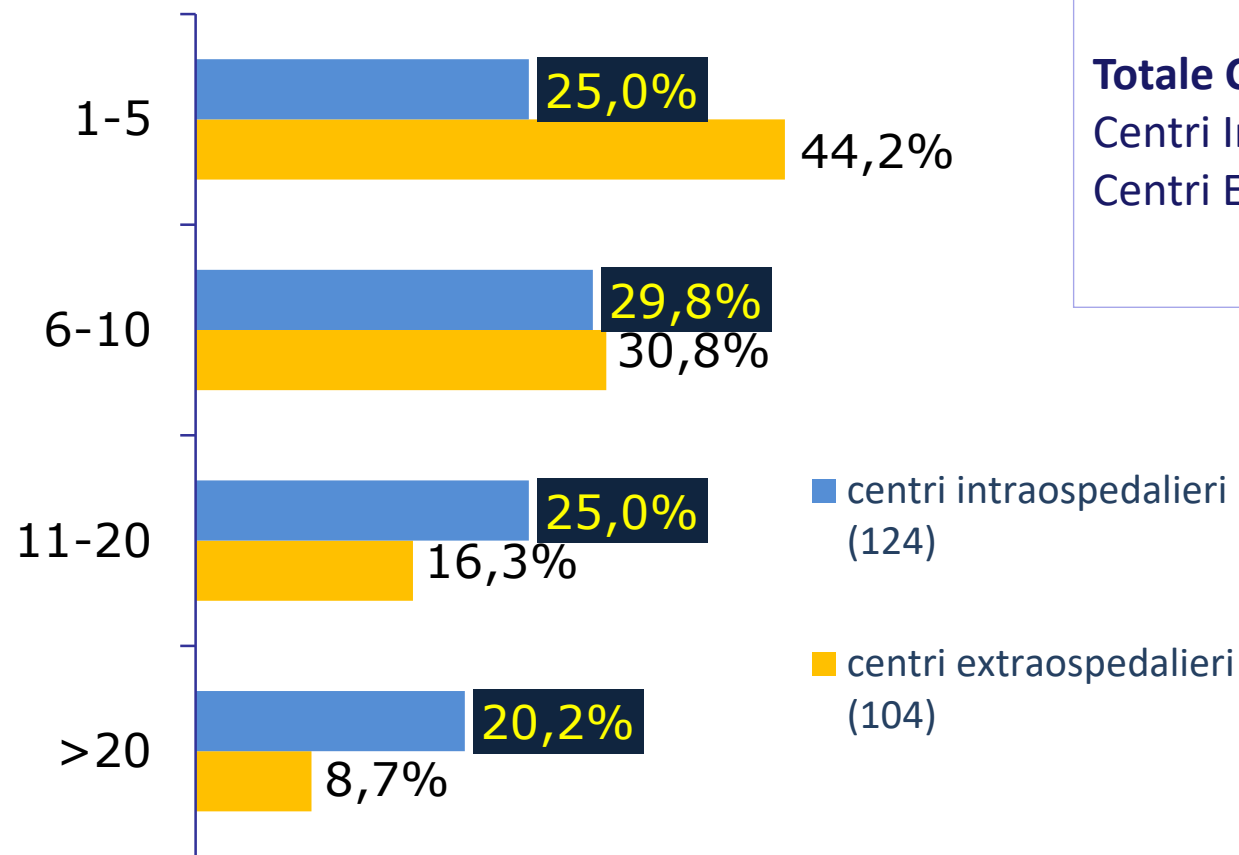
# Chi tratta il tabagismo in Italia?

## CENTRI ANTIFUMO trend 2000-2019



## I Centri per il Trattamento del Tabagismo

Numero di pazienti seguiti/mese



Media: Pazienti/mese

**Totale Centri Antifumo = 13,9**

**Centri Intraospedalieri = 17,4**

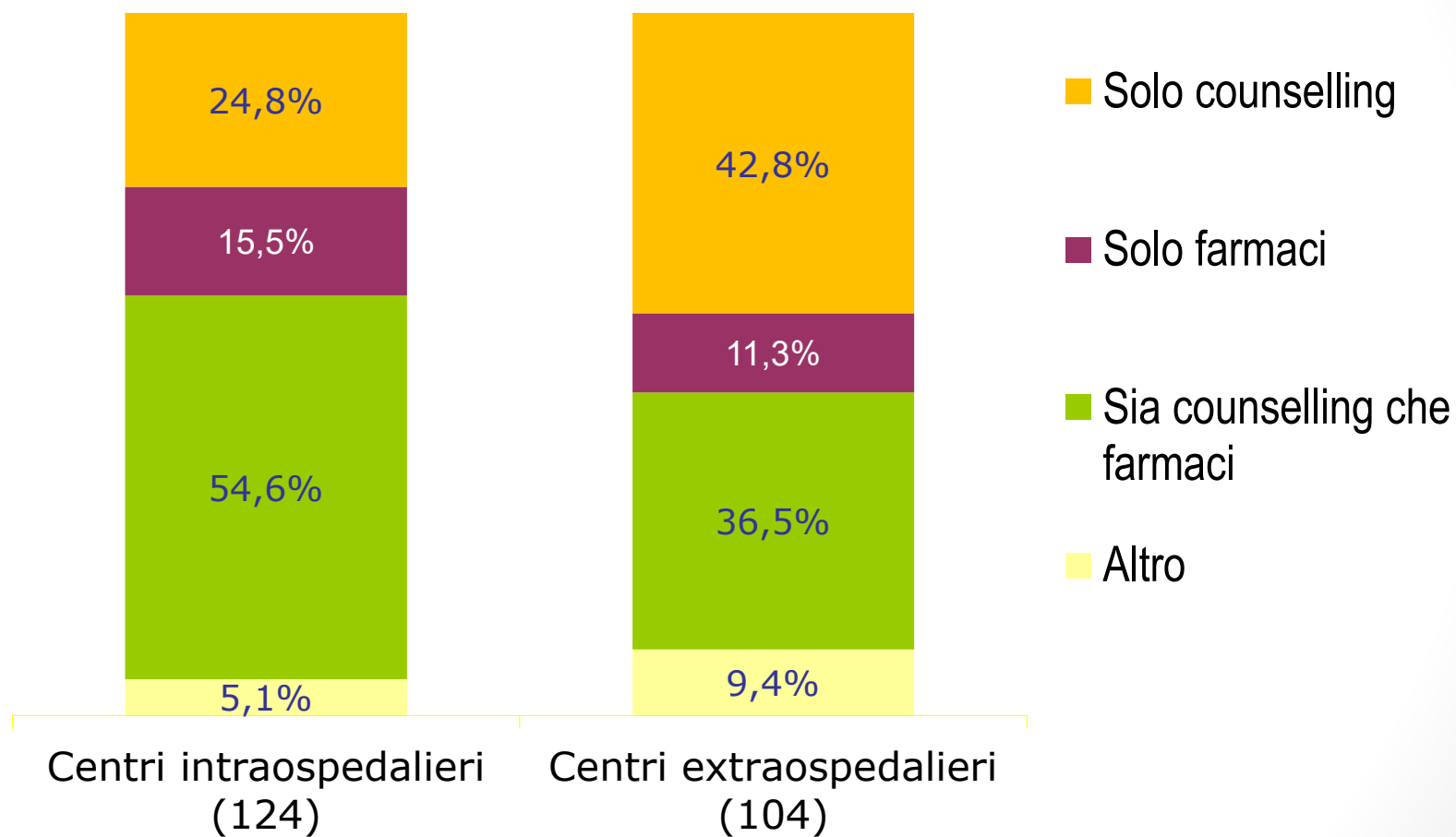
**Centri Extraospedalieri = 9,8**

Q5. Quanti pazienti sono seguiti mediamente dal vostro centro in un mese?

Q9. Quanti dei pazienti fumatori da voi seguiti hanno patologie croniche nelle quali il fumo può avere ripercussioni (BPCO, diabete, etc)? **INDAGINE SITAB 2011**

## Quali trattamenti nei CTT?

### TIPO DI TERAPIA IMPIEGATA NEI PAZIENTI





## Le criticità dei centri

### VALORI MEDI

4,0

3,7

3,5

3,4

3,0

3,8

3,4

3,8

3,0

3,3

2,7

2,7

Carenza di personale

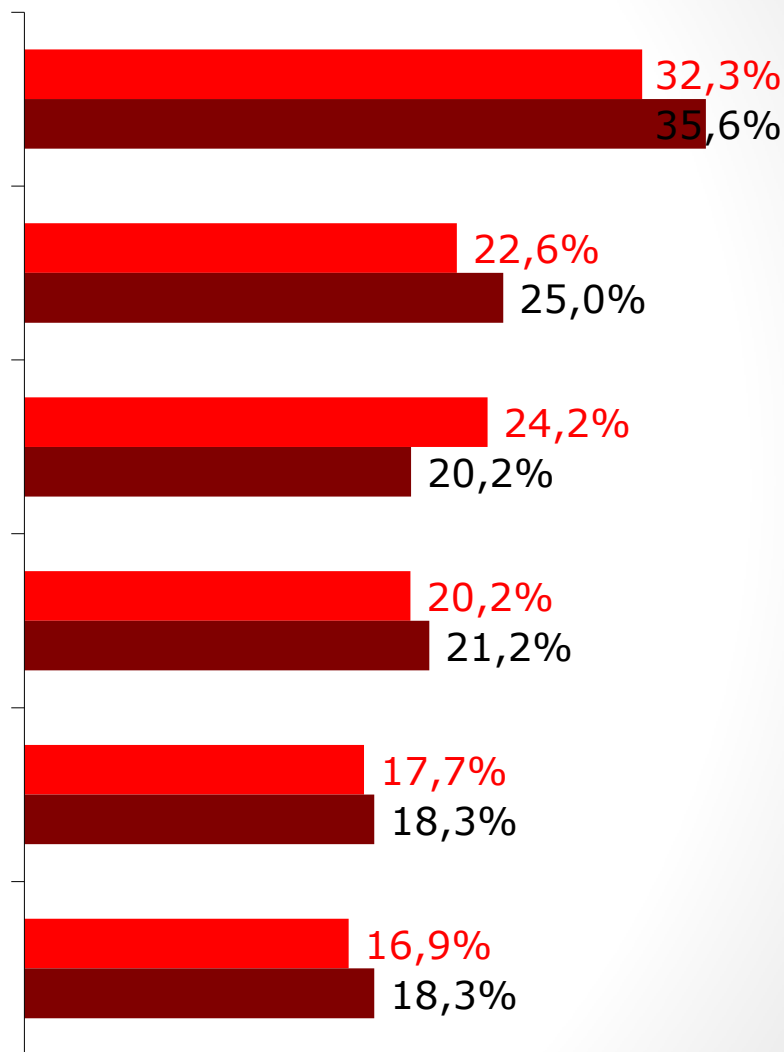
Costo dei farmaci

Scarso riconoscimento istituzionale

Scarso riconoscimento da parte della direzione generale

Carenza di locali adeguati

Scarsa sensibilità/info della popolazione



■ Centri intraospedalieri (124) ■ Centri extraospedalieri(104)

## Le criticità dei centri

- N. Centri per il Trattamento del Tabagismo
- Disponibilità di farmaci
- Esempi di eccellenza
- Molteplicità di progetti
- Alcune esperienze in ambito di doppia diagnosi psichiatrica
- Legislazione sul divieto di fumo ben rispettata

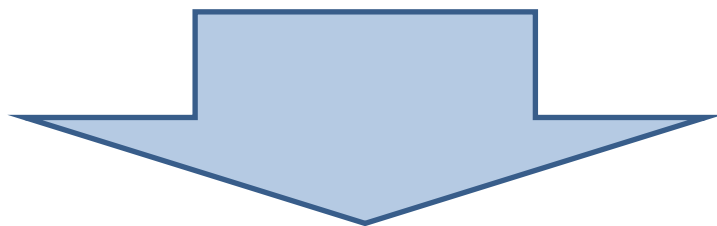
Pochi CTT funzionanti, basso N. di pazienti  
Si  
Eterogeneità metodologica  
Scarso coordinamento tra istituzioni, progetti, iniziative  
Poco interesse generale degli psichiatri  
Risorse assegnate quasi inesistenti  
Scarsa e frammentaria offerta di formazione universitaria

## Cinque falsi miti su fumo, malattie psichiatriche e dipendenze

1. Fumare fa comunque **meno male** delle droghe, dell'alcol o di altri comportamenti a rischio
2. Se si concede "almeno" di fumare sarà **più facile restare astinenti** dall'alcol e dalle droghe
3. Se si fuma si corrono **minori rischi di diventare depressi** o suicidarsi
4. Il fumo **aiuta un po' i pazienti psichiatrici** e rende più facili le cure
5. Le sigarette aiutano a **gestire lo stress**
5. I SERD si occupano solo di **dipendenze «maggiori»**

## Il trattamento del tabagismo nei SerD

- ✓ Circa metà dei centri per il tabagismo, circa, è allocato nei SerD
- ✓ Circa la metà dei centri è nel Nord Italia
- ✓ I SerD sono strutture specialistiche che dispongono di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori e vedono i pazienti con cadenza giornaliera/settimanale per anni



Essere già seguiti da un SerD oggi **non fornisce alcun vantaggio** rispetto alla possibilità di smettere di fumare, ma se i fumatori fossero seguiti da un SERD avrebbero **molti vantaggi**





### Cambiare le false credenze

- I TD sono spesso **più a rischio a causa del fumo** che delle sostanze d'abuso
- I TD sono **motivati a smettere** (e spesso a cambiare altri stili di vita errati, come l'alimentazione scorretta e la sedentarietà)
- **Non è controproducente** aiutare i TD superare la dipendenza da tabacco

### Modificare l'approccio dei servizi

- **Formare** gli operatori
- Integrare i percorsi di *smoking cessation* nei protocolli e nelle **buone prassi**

### Diventare riferimento anche per i tabagisti

- Valorizzare l'approccio **multidisciplinare integrato**
- Mettere a frutto **l'esperienza sulle dipendenze**
- Ma tener conto delle **differenze** e del target "generale" dei tabagisti



National School of Medical Tobaccology

**FAD.** Il counselling motivazionale breve per il tabagismo

**Corso di 1 livello:** Il trattamento del tabagismo

**Corso di 2 livello** per gli operatori dei CTT

[www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)

## Docenti 2019-2020

Massimo Baraldo (Università di Udine), Roberto Boffi (Istituto Nazionale dei Tumori, Milano), Salvatore Cardellicchio (Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze), Laura Carrozzi (Università di Pisa), Chiara Cresci (Ospedale Careggi, Firenze), Cristiano Chiamulera (Università di Verona), Tiziana Fanucchi (Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze), Ferruccio Galletti (Università Federico II, Napoli), Giuseppe Gorini (ISPRO, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica, Firenze), Marco Dell'Omo (Università di Perugia), Maria Sofia Cattaruzza (Università Sapienza di Roma), Paola Martucci (Azienda Ospedaliera Cardarelli, Napoli), Giacomo Mangiaracina (Agenzia Nazionale per la Prevenzione, Roma), Valentina Moreas (Azienda Ospedaliera Cardarelli, Napoli), Elena Munarini (Istituto Nazionale dei Tumori, Milano), Alfonso Nicita (ASP Siracusa), Stefania Pasquariello (Policlinico Umberto I, Roma), Giada Pietrabissa (Università Cattolica, Milano), Francesco Pistelli (Università di Pisa), Biagio Tinghino (ASST di Vimercate -MB), Fabio Scandurra (ASP di Siracusa), Alessandro Vegliach (Università Trieste, USL 2 Gorizia), Francesca Zucchetta (Istituti Clinici Zucchi, Monza), Vincenzo Zagà (SITAB, Bologna).

## Direttore Scientifico

Biagio Tinghino