

Clinica del tabagismo: come modificare l'edificio del fumatore?

(ovvero, come togliere alcuni mattoni lasciando in sicurezza l'opera architettonica)

Alessandro Vegliach

L'unica rivoluzione che oggi è ancora possibile è quella che riguarda il nostro mondo interiore.
(U2, Oktober)

Questo scritto nasce dalla lettura dell'articolo di Christian Chiamulera pubblicato sul secondo numero di Tabaccologia del 2019 [1]. Un articolo importante, un sasso lanciato nello stagno, un modo elegante per avviare un processo, ormai necessario, per incrociare *tout-court* conoscenze, saperi, pratiche, esperienze che caratterizzano la ventennale attività della Società Italiana di Tabaccologia a partire dalle conoscenze consolidate sulla dipendenza da nicotina.

Come ricorda Chiamulera, il tabagismo è un fenomeno articolato e, a questa complessità, è necessario fornire risposte cliniche e preventive pragmatiche ed efficaci. Infatti, la posta in gioco è alta. La sofferenza umana che questa dipendenza origina è pesante così come pesante è il costo che provoca per la collettività. Le spese sanitarie nazionali potrebbero essere ridotte di molto se le persone non fumassero più, ma pare esserci ancora scarsa considerazione sociale e politica su questo punto. Alla Legge 3/2003 non è stato dato il seguito che meritava ma, lascio ad altri, più preparati, trattare quest'onda nello stagno.

Vorrei invece occuparmi di proporre, seguendo l'idea dell'*executive summary* stilato da Chiamulera, dei punti che non guardano il tabagismo dal vertice osservativo neurofisiologico ma da quello clinico-psicologico. Lo spostamento prospettico è ampio rispetto al prezio-

so elenco originario. Infatti, lo psicologo che tratta tabagisti, pur avvalendosi dei contributi delle neuroscienze e delle scienze medico-farmacologiche, è condizionato da innumerevoli variabili intervenienti che riducono la portata scientifica del suo contributo. Basti pensare che ogni intervento di supporto psicologico non è pienamente replicabile nei contenuti verbali, paraverbali e non verbali perché pesantemente condizionato dall'incontro di due o più (nel caso di trattamenti gruppal) soggettività.

Ma vale comunque la pena di proporre un secondo *summary*, sempre puntato e non numerato perché, per riprendere sempre quanto scritto da Chiamulera, il bello e utile dell'esperienza umana è che non esistono cose che siano più o meno importanti di altre, la loro salienza è legata al contesto in cui si inseriscono.

- **I farmaci indicati dalle linee guida sono un importante ausilio alla cessazione del fumo ma non sempre estinguono la dipendenza:** solitamente l'intervento psicologico di sostegno alla cessazione si avvia proprio da "quello

che resta" dopo l'applicazione del farmaco. La fascia che beneficia di più di un intervento strutturato di sostegno psicologico è quella che sta tra i soggetti ad alta risposta al farmaco e quelli con nessuna risposta al farmaco.

- **I fumatori che vogliono smettere di fumare evidenziano una severità eccessiva rispetto al raggiungimento dell'obiettivo:** nei pazienti motivati a smettere si rileva una rigidità rispetto all'obiettivo. La cessazione è spesso idealizzata e vengono scarsamente valorizzate le tappe intermedie del percorso che viene di sovente vissuto dai pazienti con modalità on/off. Così la pratica è unicamente prestazionale e non avvia un percorso di cambiamento che può prevedere, nella sua complessità, anche momenti di arresto o regressione.
- **I pazienti che "vogliono" smettere vanno trattati con modalità diverse da quelli che "devono" smettere:** con questa seconda classe di pazienti è necessario un approccio più morbido nelle cure perché l'urgenza della cessazione, spesso originata da problemati-



che fisiche rilevanti, non può essere aggravata dall'ansia del risultato.

- **Tutte le persone che vogliono smettere di fumare necessitano di un intervento psicologico che poggia sulla comprensione più che sull'esortazione:** è importante per il paziente uscire dal percorso di cessazione con una capacità in più, quella di conoscere e tollerare maggiormente le sue parti vulnerabili piuttosto che di compiacersi per le sue capacità.
- **Preparare il paziente a una eventuale ricaduta è il modo migliore per evitarla:** corollario al punto precedente, sottolinea che la crescita dell'autostima non può poggiare sulle parti onnipotenti. L'albero resistente al maltempo non è quello più grande ma quello più flessibile.
- **Non ci sono storie tabagiche che si sovrappongono:** ascoltare attentamente la storia tabagica del paziente ci metterà nella miglior condizione per pensare assieme a lui ad antidoti emotivi, cognitivi e comportamentali personalizzati atti a contrastare questo bisogno innaturale.
- **Non ci sono pazienti che non possono provare ad affrontare il loro tabagismo:** spesso raccogliamo il desiderio di smettere da parte di persone in cui osserviamo caratteristiche e situazioni che rendono scarsamente agibile una cessazione del fumo. Fornire proposte parziali, quali un tentativo di riduzione delle sigarette, è una buona soluzione di compromesso per tenere viva nella persona la criticità sul loro stile di vita.
- **La relazione è un importante strumento di cura:** se il paziente trova nel curante un "altro comprensivo" inizia ad essere più amorevole verso se stesso e questa è una precondizione necessaria per dare stabilità ad ogni operazione di cessazione.
- **Gli aspetti paraverbali e non verbali saturano la relazione di supporto:** anche qui un corollario alla nota precedente: con i pa-



zienti che vogliono smettere di fumare, è più importante il modo in cui si dicono le cose piuttosto che il contenuto di quanto viene detto.

- **Compatibilmente con il contesto istituzionale dare flessibilità al setting:** nei momenti critici del percorso (quali ad esempio il *quit-day*) prevedere, se possibile, un aumento della frequenza degli incontri.
- **Ricordare al paziente a fine percorso che il tabagismo è una malattia cronica:** è grave se il paziente non ritorna al servizio quando è in ricaduta perché teme di deludere i curanti o si vergogna di non aver mantenuto l'astinenza. Meglio esplicitare sempre al paziente che sia loro, sia noi, siamo potenti, ma non onnipotenti. Ritentare è il modo migliore per smettere definitivamente.

Proviamo quindi a proporre un elenco numerato per importanza che riassume quanto detto:

1. La cura del paziente tabagista risponde ad approcci multidisciplinari integrati.
2. Il sostegno psicologico ben si integra con l'eventuale prescrizione farmacologica.
3. La parte psicologica delle cure pone il suo fulcro sulla relazione curante-curato.

4. Il progetto di sostegno psicologico deve sempre essere personalizzato al paziente.

Aldilà della cura, sono molteplici i vertici osservativi da cui guardare il tabagismo, solo per citarne alcuni si pensi al controllo (inteso come insieme di atti normativi che ne regolano l'uso), al microinquinamento ambientale, agli aspetti sociali che investono il mondo adolescenziale. Unire conoscenze e competenze, anche dissimili, può permettere di trovare il bandolo di una matassa tanto nociva quanto aggrovigliata e negletta.

[Tabaccologia 2020; 3:14-15]

Alessandro Vegliach

Centro Antifumo, SERT, Gorizia
Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata Friuli Centrale

✉ alessandro.vegliach@ass1.sanita.fvg.it

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

Bibliografia

1. Chiamulera C. Nicotina e tabagismo: mattoni ed edificio del fumare (ovvero una splendida opera architettonica non può prescindere dal tipo di mattoni da cui è fatta). Tabaccologia 2019;16:30-1.