

# Il fumo di sigaretta nei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva metadonica. Dieci anni dopo cosa è cambiato?

## *Cigarette smoking among heroin addicts in methadone maintenance treatment. Ten years later, what has changed?*

Lorenzo Zamboni, Fabio Lugoboni, Chiara Resentera, Patrizia Guadagnini, Laura Morbioli, Maristella Zerman, GICS

### Riassunto

**Introduzione.** Il tabagismo è notoriamente una patologia trascurata a livello medico, nonostante la sua alta prevalenza di morbilità e di mortalità. Ciò è ancor più vero se consideriamo le popolazioni marginali, come i pazienti con disturbo da uso di sostanze.

**Obiettivi.** Valutare la prevalenza di fumo e lo “smoking status” negli eroinomani in terapia presso alcuni SerD italiani, confrontando tali dati con un’analoga indagine, svoltasi esattamente 10 anni addietro (2004) tra molti dei SerD che hanno collaborato con la presente ricerca.

**Metodi.** Sono stati reclutati 493 pazienti in trattamento metadonico presso 16 SerD del Nord Italia, 377 maschi, 116 femmine.

**Risultati.** La prevalenza di fumatori correnti è risultata essere, cumulativamente, del 92.49%, del 91,51% nei maschi, del 95.68% nelle femmine. Il numero di sigarette fumate, cumulativamente, è stato di 16.3 sigarette/die. Solo il 29% aveva provato a smettere di fumare almeno una volta nella vita.

**Conclusioni.** Nonostante più della metà dei SerD considerati fosse censito come centro antifumo, non si sono rilevate differenze di prevalenza di fumo negli eroinomani in carico. I dati, confrontati con quelli di 10 anni prima, hanno fatto rilevare una debole flessione del fumo, sia in termini di prevalenza che di sigarette fumate, molto inferiori ai cali registrati nella popolazione generale. Il fumo rimane un problema trascurato anche in questi servizi che avrebbero competenza e mezzi per affrontarlo.

■ **Parole chiave:** fumo, metadone, trattamento, SerT, prevalenza.

### Abstract

**Introduction.** Tobacco addiction is known to be an often neglected disease, despite its high prevalence and mortality. This is even more true if marginal populations such as patients with substance use disorders are considered.

**Objectives.** To evaluate the prevalence of cigarette smoking and smoking status in heroin addicts in treatment at some Italian Addiction Clinics (SERD), comparing these data with a similar survey, which took place exactly 10 years ago (2004) among many of SERD who collaborated with this research.

**Methods.** 493 patients in methadone maintenance treatment (377 males, 116 females), attending at 16 SERD Northern Italy were enrolled.

**Results.** The prevalence of current smokers was found to be, cumulatively, of 92.49% (91.51% in males, 95.68% in females). The number of cigarettes smoked, cumulatively, was 16.3 cigarettes / day. Only 29% had tried to quit smoking at least once in their life.

**Conclusion.** Despite more than half of SERD considered were entitled as tobacco smoke cessation clinics for the general population, there were no differences in the prevalence of smoking among heroin addicts. The data, compared with those of 10 years earlier, actually detected a slight reduction of cigarette smoking, either in terms of prevalence and in number of daily cigarettes assumption, but it resulted to be much lower than the declining trend observed in the general population. Smoking remains to be a neglected issue even among SERD services that would flaunt to have tobacco cease competence and means to achieve treatment for cigarette smokers.

■ **Keywords:** smoking, methadone, treatment, addiction clinic, prevalence.

Lorenzo Zamboni, Fabio Lugoboni, Chiara Resentera, Patrizia Guadagnini, Laura Morbioli

✉ [fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it](mailto:fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it)

Unità di Degenza di Medicina delle Dipendenza, Policlinico GB Rossi, Verona.

Maristella Zerman

SerT di Zevio, ULSS 21 della Regione Veneto.

GICS: Arzillo C., Bersani N., Bersani P., Biasin C., Bossi C., Bottazzo A., Bove A., Cantanchin F., Cantiero D., Canzian G., Cargnelutti D., Casari R., Civitelli GP, De Cecco L., Dellantonio E., Dersini F., Faccini M., Fadelli M., Favero E., Fontana N., Franceschini A., Gaiga M., Gardiolo M., Gentile N., Ghezzi N., Giacomini MA., Manzato E., Melchiorri S., Meneghello D., Mihalcea C., Milan E., Montresor M., Pani A., Pavani V., Righetti P., Ripoli MA., Riscica P., Rizza C., Rizzetto V., Rossi A., Rovea A., Ruffato A., Ruzziconi C., Sembianti N., Smacchia C., Stimolo C., Zerbetto E.).

Gruppo InterSerD di Collaborazione Scientifica: SerD di Bassano, Bolzano, Bussolengo, Dolo, Este, Gemona, Legnago, Mantova, Mestre, Monselice, Oderzo, Rovigo, Treviso, Gravellona Toce, Villafranca, Zevio.

## Introduzione

Il fumo di tabacco è il killer principale nei paesi maggiormente sviluppati. In Italia fuma il 22% della popolazione generale, il 25,4 % dei maschi ed il 18,9 % delle femmine. I decessi correlati al fumo sono stimati essere 77.000 all'anno, in Italia, contro 390 decessi per overdose da droghe [1, 2]. Nonostante questo i medici non trattano questa patologia con la dovuta attenzione e perizia che imporrebbe. Se questo è valido per i fumatori della popolazione generale lo è ancor di più per tutte le popolazioni marginali [3, 4].

Vari studi controllati hanno confermato che l'uso delle droghe, ma in particolare quelle ad azione oppioide, tendono ad indurre una aumentata assunzione di nicotina. La maggior parte dei pazienti in terapia metadonica (PTM), (popolazione che ammonta a circa 100.000 soggetti in Italia) fuma, con prevalenze che oscillano intorno al 70-90 % [2, 5-10]. Fumare è spesso considerato accettabile per i PTM che sono raramente incoraggiati a smettere ed ancor meno sostenuti nel farlo, come avviene per i pazienti psichiatrici, seguiti presso i Centri di Salute Mentale [3, 4]. In entrambi i casi è spesso falsamente ritenuto che smettere di fumare possa peggiorare la salute psichica dei pazienti e che smettere sia per loro di scarsa importanza [11-14].

## Obiettivi

Gli scopi del nostro studio sono stati: valutare la prevalenza di fumo nei PTM in carico presso alcuni SerD italiani e valutare alcune semplici notizie inerenti lo *smoking status*, p.es. il numero di sigarette fumate, il numero di tentativi di smettere, il numero di periodi liberi dal fumo. Abbiamo poi avuto modo di confrontare tali dati con un'analoga indagine, svoltasi esattamente 10 anni addietro (2004) tra molti dei SerD che hanno collaborato con la presente ricerca [15].

## Metodi

A 493 pazienti in trattamento metadonico da almeno 3 mesi (PTM), presso 16 SerD del Nord Italia (Bassano del Grappa, Bolzano, Bussolengo, Dolo, Este, Gemona, Legnago, Mantova, Mestre, Monselice, Oderzo, Rovigo, Treviso, Gravellona Toce, Villafranca, Zevio) sono stati reclutati per lo studio. 377 erano maschi, 116 femmine. Criteri di esclusione erano una dipendenza primaria diversa dall'eroina e/o essere in terapia con trattamenti diversi dal metadone (buprenorfina, naltrexone, *drug-free treatment*). La categoria non-fumatore è stata definita come consumo life-time inferiore a 100 sigarette. Lo studio non prevedeva compensi in denaro, né sotto nessun'altra forma di facilitazione od incentivazione. I test erano completamente anonimi ed auto compilati e comprendevano alcune semplici domande anagrafiche e sullo *smoking-status* (numero di sigarette fumate, tentativi di smettere, periodi *smoke-free*). I PTM venivano invitati a compilarlo a casa, con calma e senza interferenze da parte del personale. Le schede, uguali per tutti i SerD, sono state fornite e raccolte dal personale infermieristico dei SerD stessi. In circa la metà dei SerD è stato possibile eseguire un test

MINI-MAC/T, per misurare la disponibilità al cambiamento [16, 17]. Il MINI-MAC/T consente di definire il profilo motivazionale del fumatore, evidenziando:

- Lo stadio del cambiamento
- La frattura interiore - ambivalenza
- L'autoefficacia nel cambiamento

L'analisi del MINI-MAC/T è immediata e permette interventi propri di *counseling* motivazionale [16, 17]. Non essendo il personale sufficientemente preparato ad usare il test dappertutto, abbiamo eseguito il test solo dove veniva normalmente usato. Tutti i partecipanti allo studio hanno sottoscritto un consenso informato.

## Risultati

La quasi totalità dei questionari sono risultati validi. La percentuale d'adesione è stata tra il 65% ed il 75%. La prevalenza di fumatori correnti è risultata essere, cumulativamente, del 92,49 %; del 91,51 % nei maschi, del 95,68 % nelle femmine. La media del numero di sigarette fumate, cumulativamente, è stato di 16,3 sigarette/die. Solo il 29 % aveva provato a smettere di fumare almeno una volta nella vita. Il 53,8% dei soggetti in metadone (MTD) viveva con un fumatore.

Confrontati con i risultati della ricerca del 2004 si sono avuti i risultati sotto riportati (*tabella 1*).

Un'ulteriore valutazione è stata effettuata per notare se ci fossero differenze nelle percentuali di fumatori e non fumatori nei SerD che sono anche censiti come centri antifumo nel registro OSSFAD (Osservatorio Fumo Alcol Droga). Le diversità sono risultate minime: nei 12 SerD aventi un centro anti fumo il 91% dei pazienti esaminati risulta fumatore contro il 92% nei 4 SerD sprovvisti di tale servizio.

Solo alcuni SerD sono stati in grado di eseguire una valutazione del grado di motivazione al cambiamento (smettere di fumare) tramite test MAC-T. Circa metà dei PTM (252 soggetti) sono stati così studiati anche dal punto di vista motivazionale riguardo allo stadio del cambiamento (secondo il modello Prochaska-DiClemente), alla frattura interiore (se-

**Tabella 1** Stadio del cambiamento N 255

	Fumatori 2004 N (%)	Fumatori 2014 N (%)
Numero totale	298 (97.2)	456 (92.49)
Maschi	248 (98.8)	345 (91.51)
Femmine	50 (92.6)	111 (95,68)
Età media in anni	34.4	37.35
Conviventi fumatori		
No	106 (35.6)	201 (44,07)
Si	192 (64.4)	255 (55,92)
N medio di sigarette/die	22.7	16.2
N tentativi di smettere di fumare		
0	66 (22.1)	321 (70.39)
1 o più	232 (77.9)	135 (29.6)

condo il modello della dissonanza cognitiva di Festinger) e dell'autoefficacia (secondo Bandura).

Stato del cambiamento (ruota del cambiamento, di Prochaska e di Clemente) (*tabella 2*).

Nel 68% dei soggetti vi era una Frattura Interiore molto alta, mentre nella maggior parte dei soggetti vi era un'autoefficacia molto bassa (*tabella 3-4*).

## Discussione

Questo studio multicentrico, cross-sectional, ha confermato una prevalenza estremamente alta di fumatori tra i PTM. La prevalenza riscontrata è tra le più alte segnalate in letteratura in setting analoghi e supera di 4 volte la prevalenza di fumatori in Italia [1, 6-10]. Inoltre la prevalenza di fumo pare

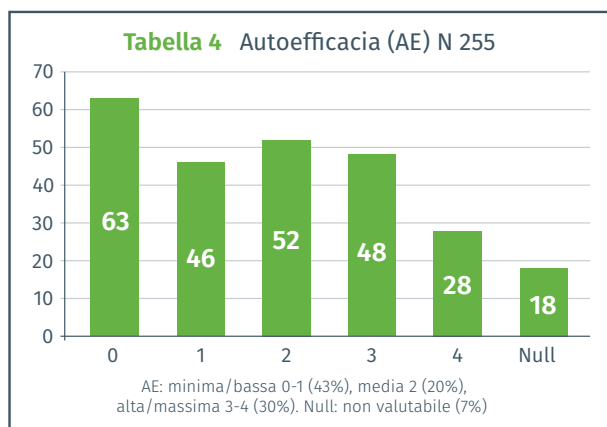
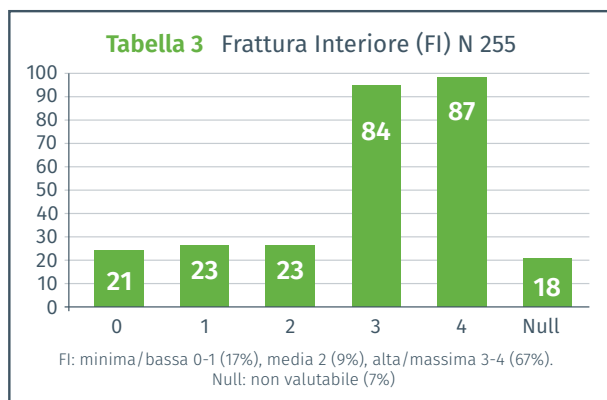
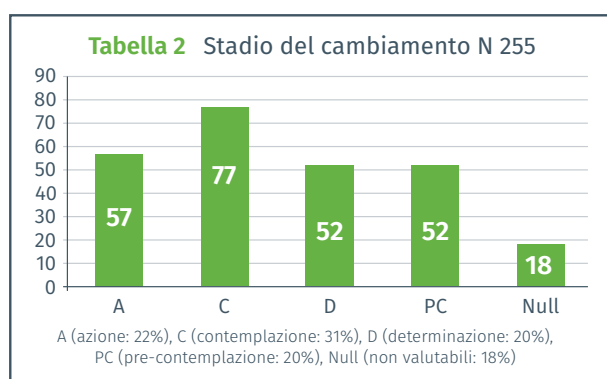
essere praticamente sovrapponibile a quella segnalata in un amplissimo campione di eroinomani attivi italiani, quindi non in terapia sostitutiva (5). Essere seguiti da un SerD non comporterebbe quindi alcun vantaggio o aiuto nello smettere di fumare, nemmeno nei SerD dove esiste un centro anti-fumo riconosciuto dall'OSSFAD.

I dati attuali inoltre, se confrontati con quelli di 10 anni fa in molti dei SerD oggetto dello studio attuale, mostrano qualche differenza di prevalenza: in calo globalmente, dovuto al decremento della sola componente maschile; le femmine nel 2014 fumano di più, rispetto al 2004. In altre parole, una decade è passata, nella quale è stata approvata una legge molto severa sul fumo (Sirchia, 2005) ma tutto questo sembra non aver lasciato grandi tracce nei SerD. Una differenza riguarda il numero delle sigarette fumate, in calo significativo nel presente studio.

Questo ultimo dato non fa che confermare quello che viene normalmente percepito come operatori del settore: la sostanziale mancanza di programmi di sostegno per smettere di fumare nei SerD italiani. È difficile da accettare il dato che segnala la stessa prevalenza di fumo tra i tossicomani dediti all'eroina ed i pazienti in cura, spesso da anni, presso strutture specialistiche che dispongono, caso quasi unico al mondo, di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori. Anche se solo il 5% dei fumatori della popolazione generale italiana hanno smesso con l'aiuto di un sanitario e che l'Italia è solo al 14° posto in Europa come prescrizione di farmaci etici per smettere di fumare [1], il fatto di trovare una prevalenza di fumo così alta e, sostanzialmente, poco modificata a distanza di 10 anni, deve essere motivo di riflessione. Nella classe d'età più confrontabile con quella dei PTM (25-44 anni) della popolazione generale italiana, la prevalenza di fumatori è scesa di circa 10 punti percentuali [1]. Il paradosso è che, in Italia, sono proprio i SerD le strutture territoriali che maggiormente offrono supporto ai fumatori della popolazione generale. Dei 354 centri antifumo, più di metà sono allocati in SerD; tra l'altro va sottolineato che il 54,3% dei centri antifumo sono situati nel Nord Italia, proprio nell'area nazionale dove si è svolto il nostro studio [1] e che quasi tutti i SerD considerati risultava essere censito in tal senso.

Altro dato sconcertante è la percentuale di PTM che hanno tentato di smettere, calata nettamente negli ultimi 10 anni. Alcuni studi di letteratura hanno segnalato in popolazioni simili un desiderio di smettere ma una grande paura a farlo [19-22].

Da questo punto di vista sono interessanti i dati segnalati dal MINI-MAC/T, strumento più idoneo a misurare la motivazione a smettere [23]. Solo un quinto dei soggetti non era interessato a smettere (pre-contemplazione), una netta minoranza. Una percentuale analoga si trovava addirittura in uno stadio di azione, ossia stava presumibilmente cercando di smettere o limitare le sigarette. Ma se la maggioranza desiderava smettere di fumare (frattura interiore elevata), allo stesso tempo si sentiva non in grado di farlo (bassa autoefficacia), come spesso segnalato in altri studi. Si tratta quindi della situazione dove un intervento di sostegno è maggior-



mente utile ed indicato [23]. La comorbilità depressiva, segnalata in numerosi studi in questa tipologia di fumatori, può rappresentare un ulteriore fattore di ostacolo al processo di cessazione del fumo, sia in termini di auto-efficacia che di gravità dei sintomi astinenziali e quindi di successo terapeutico [24-26]. Il tono dell'umore andrebbe sempre misurato e monitorato in questi pazienti, nel momento in cui decidano di smettere di fumare [27, 28].

Nessun paziente dovrebbe sentirsi dire da un operatore sanitario che il fumo rappresenta per lui un male minore, ancor meno i PTM che frequentano strutture specialistiche per le dipendenze e che non sembrano poi così diversi dai fumatori che chiedono aiuto, magari alle stesse strutture (i SerD) per smettere [15]. È paradossale e disdicevole che i pazienti eroinomani in terapia sostitutiva presso i Servizi per le Dipendenze (SerD) italiani, se fumatori, siano sostanzialmente trascurati per questo aspetto essenziale della loro salute potendo potenzialmente contare su una professionalità certamente superiore da parte dei loro terapeuti, riguardo al fumo, rispetto a pazienti psichiatrici dei Centri di Salute Mentale, per fare

un esempio di un ambiente terapeutico caratterizzato da alta prevalenza di fumo e di scarsa offerta terapeutica [3, 4].

La più rilevante criticità nell'intervento per smettere di fumare, come attualmente impostato in Italia, è la scarsa accessibilità dei programmi terapeutici: si calcola che acceda al trattamento circa un decimo dell'utenza potenziale, se riferita alla popolazione generale, drammaticamente meno nel caso degli utenti in terapia sostitutiva oppioide. Alla base di questa situazione vi sono vari fattori, sia di tipo "culturale" che legati alle modalità organizzative dei Servizi ed all'impostazione dei programmi di trattamento, non sempre allineati alle attuali evidenze scientifiche. Riteniamo che aiutare a smettere questi pazienti che in questo momento sembrano paradossalmente ostacolati ad accedere a un programma di cessazione del fumo di tabacco migliorerebbe enormemente la relazione terapeutica tra paziente ed operatori, coinvolgendo positivamente anche la sfera della terapia sostitutiva metadonica. ■

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

## BIBLIOGRAFIA

- Osservatorio Fumo and Alcol e Droga (OssFAD). Relazione annuale sul tabagismo. Indagine DOXA. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2014.
- Use of Illicit Drugs in Italy. Dati 2012. [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)
- Smoke alarm: mental illness and tobacco. *Lancet* 2013;381:1071
- Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 2008;10:1691-715.
- Pajusco B, Boschini A, Chiamulera C, Benigni M, Smacchia C, Lugoboni F. Tobacco smoking prevalence in a large sample of heroin users accessing rehabilitation. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2011;3:5-10.
- Elkader AK, Brands B, Selby P, Sproule BA. Methadone-nicotine interactions in methadone maintenance treatment patients. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29:231-8.
- Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, Frosch D, Nahom D, Jarvik ME, Rawson RA, Ling W. Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction* 2002; 97:1317-28.
- Stein MD, Weinstock MC, Herman DS, Anderson BJ, Anthony JL, Niaura R. A smoking cessation intervention for the methadone-maintained. *Addiction* 2006;101:599-607.
- Spiga R, Martinetti MP, Meisch RA, Cowan K, Hursh S. Methadone and nicotine self-administration in humans: a behavioral economic analysis. *Psychopharmacology* 2005;178: 223-31.
- Richter KP, Hamilton AK, Hall S, Catley D, Cox LS, Grobe J. Patterns of smoking and methadone dose in drug treatment patients. *Exp Clin Psychopharmacol* 2007;15:144-53.
- Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction* 2009;104:719-33.
- Shadel WG, Stein MD, Anderson BJ, Herman DS, Bishop S, Lassar JA, Weinstock M, Anthony JL, Niaura R. Correlates of motivation to quit smoking in methadone-maintained smokers enrolled in a smoking cessation trial. *Addict Behav* 2005;30:295-300.
- Clarke JG, Stein MD, McGarry KA, Gogineni A. Interest in smoking cessation among injection drug users. *Am J Addict* 2001;10:159-166.
- Richter KP, Gibson CA, Ahluwalia JS, Schmelzle KH. Tobacco use and quit attempts among methadone maintenance clients. *Am J Public Health* 2001;91:296-9.
- Pajusco B, Chiamulera C, Quaglio G, Moro L, Casari R, Amen G, GICS, Lugoboni F. Tobacco Addiction and Smoking Status in Heroin Addicts under Methadone vs. Buprenorphine Therapy. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9:932-42.
- Spiller V. Le scale VMC2. Semplici strumenti per valutare la motivazione al cambiamento. *Italian Journal on Addiction* 2014; 1:25-34.
- V Spiller, M Scaglia, S Meneghini, A Vanzo Assessing motivation for change toward healthy nutrition and regular physical activity. Validation of two sets of instruments. *Mediterr J Nutr Metab* 2009; 2: 41-47.
- Lugoboni F, Pajusco B, Chiamulera C, Moro L and GICS. Figli di nessuno: lo smoking status dei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva. Confronto con i fumatori della popolazione generale intenzionati smettere. *Tabaccologia* 2011; 4: 16-23.
- Kozlowski LT, Skinner W, Kent C, Pope MA. Prospects for smoking treatment in individuals seeking treatment for alcohol and other drug problems. *Addict Behav* 1989;14:273-8.
- Frosch DL, Shoptaw S, Jarvik ME, Rawson RA, Ling W. Interest in smoking cessation among methadone maintained outpatients. *J Addict Dis* 1998; 1:9-19.
- Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *J Subst Abuse Treat* 2009; 36:205-19.
- Friedmann PD, Jiang L, Richter KP. Cigarette smoking cessation services in outpatients substance abuse treatment programs in the United States. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34:165-72.
- Lugoboni F, Mezzelani P, Quaglio GL, Pajusco B, Casari R, Lechi A. Migliorare la compliance in Medicina Interna: il Colloquio Motivazionale. *Ann It Med Intern* 2004; 3:155-62.
- Stapleton J, Watson L, Spirling LI. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2008; 103:146-154.
- Japuntich SJ, Smith SS, Jorenby DE, Piper ME, Fiore MC, Baker TB. Depression predicts smoking early but not late in a quit attempt. *Nicotine Tob Res* 2007; 9:677-86.
- Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Sarti M, Mezzelani P, Lechi A. Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario. *Ann It Med Int* 2003; 28:73-82.
- Lugoboni F. "Smoking cessation in patients with mental disorders" in: Advances in smoking cessation, R. Polosa & P. Caponetto Edts., Future Medicine, 2013 UK.
- Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Mezzelani P, Lechi A. Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Intern Emerg Med* 2007; 2:196-201.