



Abstract & Commentary

Commentary

Tabagismo e riduzione del danno

Alessandro Vegliach, Davide Jugovac, Giulia Quartarone Generoso, Rosanna Ciarfeo Purich

L'editoriale di Lugoboni e Chiamulera pubblicato su Tabaccologia 4/2013 sottolinea la necessità di dare la giusta attenzione al tabagismo in persone affette da problematiche psichiatriche [1]. Questo tema elicitava una riflessione sulle possibili pratiche di trattamento praticabili con tabagisti ad alta vulnerabilità psichica.

Pazienti ad alta vulnerabilità: lo stato dell'arte di un Centro per la cura del tabagismo

Il Centro per il Tabagismo di Trieste ha preso in carico, nei primi nove mesi del 2014, 85 nuovi pazienti. Di questi il 22% aveva, oltre alla diagnosi di dipendenza da fumo di tabacco, una seconda diagnosi. In particolare, il 6% era composto da pazienti già in carico al Dipartimento di Salute Mentale; il 7% manifestava un disagio psichico codificabile secondo l'asse I° o II° del DSM IV°Tr ma non era in carico ai servizi psichiatrici territoriali; il 9% aveva un problema di abuso o dipendenza da una seconda sostanza o da un comportamento. La problematica del tabagismo nel sofferente psichico pare quindi essere ampiamente rappresentata nelle attività cliniche di un centro antifumo sia in termini quantitativi che qualitativi; una realtà, quindi, ad alta complessità con cui è necessario confrontarsi, ma con quali strategie? E con quali strumenti?

Strategie ad alta e a bassa soglia

Dei pazienti trattati nel 2014 dal Centro triestino, nessuno ha raggiunto la fase di svezzamento. Ma, aldilà della bassa efficienza del Centro con questa tipologia di pazienti, possiamo, con altrettanta sicurezza, affermare che questi trattamenti sono stati parimenti non efficaci? Infatti, se l'efficienza è data dal raggiungimento dell'obiettivo (nel nostro caso lo svezzamento dal fumo e il mantenimento dell'astinenza), l'efficacia è data dalla capacità complessiva di un servizio, specie se sanitario e pubblico, di fornire le maggiori risposte possibili, nel rispetto delle risorse date, indipendentemente dalla complessità del problema avanzato dai richiedenti. Il tabagismo è una dipendenza patologica. Questa patolo-

gia, pur se spesso risparmia l'assuntore dal degrado sociale proprio dell'alcolismo o della tossicodipendenza, lo aggancia alla sostanza in modo profondo, sia a livello fisico che psicologico. Ci confrontiamo quindi con una forma di dipendenza tecnicamente difficile da trattare, dove gli aspetti neurobiologici, quelli psicologico-affettivi e gli automatismi cognitivi si intrecciano, generando robuste resistenze, non solo nella fase di disassuefazione. Trattare questa dipendenza in persone ad alta vulnerabilità (pensiamo non solo alle persone con disagio psichiatrico o ai polidipendenti, ma anche a tutte quelle persone che stanno passando momenti di particolare stress esistenziale) unicamente con strategie ad alta soglia, cioè che hanno come obiettivo ultimo e unico l'astinenza, meglio se protratta, appare riduttivo.

Secondo una indagine SITAB pubblicata nel 2006, il 28% dei centri antifumo italiani è incardinato entro un Dipartimento delle Dipendenze [2]. Questa importante quota di operatori può contribuire a proporre un'altra strategia di fronteggiamento della problematica che non si sostituisca, ma che si affianchi, a quella consueta che punta allo svezzamento. Questa strategia deriva dalle pratiche con pazienti ad alto carico ed è comunemente nota come strategia di riduzione del danno o strategia a bassa soglia [3]. Con le parole di Nizzoli: "se si rappresentasse un servizio per le dipendenze tramite una piramide, la bassa soglia è la base, l'alta soglia il vertice. (...) La bassa soglia è sempre disponibile, è immersa nel contesto sociale, ha alta flessibilità; l'alta soglia ha molte regole, obiettivi alti e precisi, preserva rigorosamente il setting. (...) [4]. Forse è giunto il tempo di provare a rappresentare tutta la piramide, compatibilmente con le risorse professionali di ogni Centro, anche nei servizi pubblici che curano il tabagismo, ma come?

Crediamo fermamente che la mission di ogni centro per la cura del tabagismo sia la cessazione protratta dal fumo. Ma, laddove questo non sia agibile, generando nel contempo frustrazione e aumento della tensione interna nell'assistito, è pensabile sia utile rispondere con pratiche che mirino, pur se temporaneamente, alla riduzione del numero di sigarette fumate. I benefici che perdiamo nel raggiungimento dell'obiettivo possono essere compensati da una serie, spesso

innumerevole, di benefici secondari. Proviamo ad elencarne qualcuno: allentamento della tensione rispetto la frustrazione di “non riuscire” a smettere; percepito di comprensione da parte degli operatori con conseguente consolidamento dell’alleanza terapeutica; evitamento di un aumento del livello di stress con possibile aumento del fumo [5]; raggiungimento di obiettivi che, pur se parzialmente e temporaneamente riducono i danni alla salute del fumatore. Qualora il momento di difficoltà esistenziale si scioglia, oppure, nel caso di vulnerabilità psichiatrica, lo stato di compenso si consolidi, si può concordare con il paziente un nuovo tentativo di svezamento.

È, infine, importante ricordare che per il servizio pubblico è simbolicamente importante fornire risposte sanitarie che non siano settarie, cioè, nel nostro caso, che non si fermino solamente a quelli che “riescono” a smettere [6]. Con le persone ad alta vulnerabilità psichica, un importante obiettivo della sanità pubblica deve essere quello di agire pratiche tese alla comprensione e alla integrazione sociale. Così, come la sanità non coincide con la salute, potremmo dire che, in un Centro, l’efficacia non sempre coincide con l’efficienza.

Strumenti per ridurre il danno tabagico

Se per l’alta soglia le linee guida nazionali e internazionali sul tabagismo indicano precisi strumenti operativi definiti dalle evidence based practices [7], nelle strategie a bassa soglia tutto risulta enormemente più incerto, meno definito. Infatti, una delle armi più appuntite dell’intervento ad alta soglia nella fase di svezamento, rappresentata dai farmaci specifici per la disassuefazione dal fumo di tabacco, con pazienti ad alta vulnerabilità spesso non è agibile. Cosa rimane? Sicuramente rimangono gli strumenti operativi di radice psicologica quali il counselling, il colloquio e i gruppi di sostegno psicologico. Questi possono essere utilizzati anche nei pazienti ad alta vulnerabilità pur nel pieno rispetto delle loro fragilità e con la perizia e prudenza clinica dovuta. Operativamente l’esperienza invita a evitare, con questa tipologia di tabagisti, un approccio gruppale e quindi il confronto con persone che “riescono a farcela”. Ma, anche in questo caso, la logica non è rigorosamente lineare. Infatti, questi pazienti potrebbero tesorerizzare del traino dato da quelli ad alta soglia. Di fatto, ogni paziente è un unicum che va valutato secondo le sue capacità e la composizione del gruppo di sostegno al momento del trattamento. Altro strumento utilizzabile è quello del piano di scalaggio, questo si avvale di un ausilio semplicissimo che è il diario del fumatore. Scrivere ogni giorno il numero di sigarette fumate significa, per il tabagista, porre una attenzione peculiare all’atto del fumo che spesso, specie in pazienti ad alta vulnerabilità, è altamente compulsivo. L’antico detto *verba volant, scripta manent* pare avere, in questo caso valenza terapeutica.

Abbiamo poi gli inalatori aromatizzati, strumenti afarmacologici che permettono di contrastare l’abitudine gestuale, rispondendo nel contempo alla necessità di stimolazione orale che, pur senza scomodare l’opera freudiana, sappia-

mo essere molto presente nel fumatore [8]. Ultima, ma non meno importante, visto anche il recente articolo a suo favore fatto da Veronesi su un quotidiano a tiratura nazionale [9], è la sigaretta elettronica. Che dire? Potremo semplicemente dirimere le attuali controversie che genera questo strumento attenendoci alle indicazioni fornite dall’Istituto Superiore di Sanità [10]. Quindi è bene che i Centri Antifumo pubblici non prescrivano presidi su cui ancora non c’è piena chiarezza clinica. Per contro, è forse necessario considerare la possibilità di provare ad utilizzare anche questo strumento con pazienti che giungono al Centro già forniti di una e-cig acquistata di loro iniziativa. Secondo Veronesi, che riprende il recente editoriale di Sarewitz su *Nature* [11], la sigaretta elettronica è un efficace e sicuro strumento di riduzione del danno mentre appare ancora discutibile il suo uso come strumento di disassuefazione. Sicuramente è vero questo secondo aspetto. La nostra pratica clinica registra, con pazienti giunti al Centro già dotati di sigaretta elettronica, una certa confusione nei piani di scalaggio della nicotina inalata come anche una certa facilità al ritorno a cartucce nicotiniche in fase di già avvenuto svezamento ma di prosecuzione d’uso dello strumento con cartucce prive di nicotina. Nel caso l’obiettivo sia la sola riduzione del danno, anche questo strumento, una volta accertato in modo indiscutibile la non tossicità, potrebbe essere usato nel caso di situazioni complesse quali quelle a cui abbiamo accennato nello scritto.

Risorse dei Centri e strategie di riduzione del danno

Una recente indagine di Di Pucchio et al. rileva come le principali problematiche non risolte nelle attività dei Centri Antifumo siano legate alle risorse economiche e alla scarsità di personale dedicato [12]. Questo ovviamente impone una riflessione organica rispetto i temi trattati in questo scritto. In moltissime zone del territorio nazionale i Centri antifumo sono, nella loro concretezza clinica, degli ambulatori gestiti spesso da un unico medico. Così come, in altre zone, le attività dei Centri Antifumo si concretano nello svolgimento di uno o più corsi per smettere di fumare dalla durata temporale definita. È ovvio che pratiche di riduzione del danno con pazienti ad alta vulnerabilità siano difficilmente agibili con assetti di cura di questo tipo. Il problema delle risorse, specie quelle umane, da dedicare alla cura del tabagismo pare essere centrale per inaugurare una nuova fase in cui, ci auspichiamo, aumenti l’articolazione delle risposte di cura a questa pandemia. ■

**Alessandro Vegliach, Davide Jugovac,
Giulia Quartarone Generoso, Rosanna Ciarfeo Purich**

✉ Alessandro.Vegliach@aas1sanita.fvg.it

Centro per il Tabagismo Azienda Servizi Sanitari n.1 Triestina

BIBLIOGRAFIA

1. Lugoboni F, Chiamulera C. Figli di un Dio assente. La dannazione del fumo tra i malati di mente. *Tabaccologia*, 2013; 4: 7-9 [http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2013/02-4_2013.pdf]

2. Chiamulera C, Mangiaracina G, Zagà V, Tinghino B, Poropat C, Del Donno M. L'indagine SITAB sui Centri Antifumo italiani: album di foto o film in svolgimento? *Tabaccologia*, 2006; 4: 39-41. [http://www.tabaccologia.it/PDF/4_2006/8_42006.pdf]
3. Butti G, Cogliati MG (a cura di). L'esperienza simulata, discussioni su droga e tossicodipendenza. "e" edizioni, 1989.
4. Lucchini A, Nizzoli U, et al. La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze. Franco Angeli ed. 2001
5. Mirnsky AF, Duncan CC. Etiology and expression of schizophrenia: neurobiological and psychological factors. *Annual Revue Psychology* 1986; 37.
6. Lugoboni F, Pajusco B, Fabio Lugoboni, Benedetta Pajusco, Cristiano Chiamulera, Luca Moro, GICS. Figli di nessuno. Lo status dei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva: confronto con i fumatori della popolazione generale intenzionati a smettere. *Tabaccologia*, 2011; 4: 16-23.
7. AA.VV. Guida al trattamento del tabagismo. *Tabaccologia*, 2010; 4: 3-32. [[http://](http://www.tabaccologia.it/archivio-storico-rivista-tabaccologia/58-som042010.html)

www.tabaccologia.it/archivio-storico-rivista-tabaccologia/58-som042010.html]

8. Caponnetto P, Cibella F, Papale G, Campagna D, Arcidiacono G, Polosa R. Effetto di un inalatore senza nicotina all'interno di un programma di disassuefazione dal fumo di sigaretta. *Tabaccologia*, 2011; 1: 30-34. [http://www.tabaccologia.it/PDF/1_2011/10_012011.pdf]
9. Veronesi U. Io difendo la sigaretta elettronica. In *la Repubblica* del 30 agosto 2014
10. Pacifici R, Draisci R (a cura di); Sigaretta elettronica: conoscenze disponibili e azioni di sanità pubblica. Rapporti Istituzionali 13/42, Istituto Superiore di Sanità, 2013
11. Sarewitz D; Allow use of electronic cigarettes to assess risk. *Nature*, 28 august 2014; 512, 349.
12. Di Pucchio Alessandra Di Pucchio, Roberta Pacifici, Simona Pichini et al. L'attività dei Centri Antifumo italiani tra problematiche e aree da potenziare: i risultati di un'indagine svolta attraverso un questionario on-line. *Tabaccologia*, 2013; 1: 22-29. [http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/1_2013/092013.pdf]

Commentary

Smettere di fumare, flora intestinale e aumento di peso

Vincenzo Zagà

Uno dei principali motivi che frena i fumatori ad intraprendere un percorso di disassuefazione dal fumo, portandoli spesso a rimandare la decisione, è rappresentato soprattutto dalla paura di aumentare di peso.

Ipotesi classica: il metabolismo basale

Fino ad ora le spiegazioni della scienza e della buona pratica clinica osservazionale poggiavano sull'azione della nicotina che nel fumatore accelera il metabolismo basale. La nicotina infatti, oltre alla sua azione anoressizzante, determina l'innalzamento di adrenalina dalla medulla surrenale e di noradrenalina dalle terminazioni simpatiche. Queste catecolamine liberano glucosio nel sangue a partire dal glicogeno epatico determinando iperglicemia e inibizione dell'azione della insulina. Le catecolamine in questione, inoltre, favoriscono la degradazione degli acidi grassi e del glicerolo con riduzione della massa grassa e formazione di glucosio contribuendo alla iperglicemia presente spesso nel fumatore. La nicotina quindi nel fumatore agirebbe in senso catabolico [1, 2]. Si brucia di più e si mangia di meno. La nicotina infatti produce un netto incremento della spesa energetica rispetto al placebo che tende a raddoppiarsi durante esercizio fisico rispetto al riposo [3].

Questo meccanismo metabolico tende però ad invertirsi nei fumatori che smettono di fumare grazie allo, apparentemente insignificante quanto reale, stato di ipoglicemia che si va instaurando e conseguente stimolazione del centro della fame, da cui un obiettivo aumento ponderale nei fumatori in smoking cessation [1, 2].

Una nuova ipotesi in campo: la flora intestinale

Una équipe danese aveva dimostrato che negli obesi, la flora intestinale è meno abbondante e più povera quanto a corredo genetico rispetto ai soggetti normali. Queste modificazioni avvengono parallelamente all'insulino-resistenza e alla dislipidemia, con evidenti grandi variazioni individuali [4]. Gli obesi sottoposti invece ad un regime restrittivo, aumentano la loro flora intestinale che si arricchisce di germi meglio equipaggiati enzimaticamente [5]. Un recente studio svizzero dell'University Hospital Zurich, Division of Gastroenterology and Hepatology, è pubblicato sulla rivista 'Plos One' on line, ha apportato nuovi dati sulla varietà e abbondanza (microbiota) e sul corredo genetico (microbioma) della flora intestinale in 10 fumatori sani sottoposti a un programma per smettere di fumare controllati prima di smettere e dopo per un periodo osservazionale di 8 settimane [6, 7]. Il campione di controllo era formato da 5 soggetti che continuavano a fumare e 5 non fumatori. In entrambi i gruppi sono stati quindi raccolti campioni di feci, analizzati e confrontati con quelli dei 10 soggetti di controllo (5 che continuavano a fumare e 5 non fumatori).

Ebbene, durante il periodo di studio le persone che avevano smesso di fumare avevano guadagnato una media di 2,2 chili, pur non avendo variato le loro abitudini alimentari. La cosa interessante è che, dopo lo stop del fumo, dagli esami della flora intestinale sono stati osservati profondi cambiamenti nella composizione microbica, con un incremento di Firmicutes e Actinobacteria, una percentuale inferiore di Bacteroidetes e Proteobacteria e un aumento della diversità microbica [6]. I cambiamenti osservati sono risultati simili