

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

## Centro antifumo UOC Ser.D. (Asp di Cosenza): storia di una esperienza decennale

Roberto Calabria\*, Amerigo Giuseppe Rota\*\*, Alessandro De Simone\*\*\*

### SUMMARY

■ *The study describes the care experience of smokers recruited in the Antismoke's Centre of the Ser.D. of Cosenza (ASP Cosenza-Calabrian Region) in 10 years of activity. The Centre has prepared a therapeutic care run supplementing the positive effects of the perfect medicine (varenicline) for the smoking cessation with a psico-educational approach looked at improving and at supporting the user addressing it towards a positive and ripe motivation to stop being smoked. There is in way, besides, the formulation of a protocol of agreement between the Antismoke's Centre and the local network of Pneumology and Cardiology centers to prevent and treat smoke-related pathologies.* ■

**Keywords:** *Addiction, Counselling, Antismoking center, Pharmacological treatment, Varenicline, Personalized program, Equipe.*

**Parole chiave:** *Dipendenza, Centro Antifumo, Trattamento farmacologico, Vareniclina, Programma personalizzato, Gruppo di lavoro.*

### Introduzione

Il Centro Antifumo (Centro Trattamento Tabagismo - CTT) è stato istituito dall'ASP di Cosenza (Regione Calabria) presso la UOC Ser.D. di Cosenza nel mese di luglio dell'anno 2008 e compie quindi 10 anni di attività.

In questo articolo si restituisce il report di una esperienza decennale che è riuscita ad ottimizzare un percorso di cura efficace e singolare che ci ha consentito di raggiungere negli anni alte percentuali di successi terapeutici; circa il 50% dei pazienti ha smesso di fumare a fine trattamento.

Il Servizio rientra nei "Centri Antifumo" accreditati dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Regione Calabria ed è riferimento per la prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo per la comunità territoriale locale.

L'equipe altamente specializzata offre programmi personalizzati per smettere di fumare, avvalendosi di un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse competenze: medici, educatori, psicologi, ed infermieri.

Al Centro si rivolgono cittadini e anche personale di aziende che hanno introdotto il divieto di fumo nei luoghi di lavoro per attenersi alla normativa vigente: Legge 16 gennaio 2003 e/o in relazione alla valutazione dei rischi prevista dal D.lgs. 81/2008.

\* Direttore f.f. U.O.C., Ser.D. ASP Cosenza.

\*\* Educatore Professionale, Ser.D. ASP Cosenza.

\*\*\* Psicologo, Ser.D. ASP Cosenza.

Sono ormai noti e ben caratterizzati i danni, sia in acuto che in cronico, indotti dal fumo di sigaretta e i potenziali benefici legati alla cessazione di questa dipendenza.

Secondo ultime statistiche, elaborate dal Center for Disease Control, oltre il 70% dei fumatori desidererebbe smettere di fumare, il 45% ci prova e solo il 10% di questi ultimi riesce nell'intento. In questi ultimi 2-3 decenni sono state proposte numerosissime strategie, dal counselling alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, dagli interventi di informazione di massa al miglioramento del contesto psico-sociale, dalla naturopatia alla terapia farmacologica.

Tutte queste strategie, seppur contraddistinte da risultati e tassi di successo diversi, sono accumulate dall'elevato drop-out, ossia dall'incapacità del "paziente-fumatore" di completare il percorso terapeutico.

Per questo motivo, soprattutto in determinate categorie di pazienti a forte rischio, si è cercato di individuare terapie, con supporto farmacologico, in grado di garantire dei risultati in tempi abbastanza brevi, soprattutto se paragonati ad esempio alla psicoterapia.

Il tutto ha dato enorme impulso alla ricerca in ambito chimico-farmacologico, rivolta all'identificazione di molecole in grado di antagonizzare gli effetti della nicotina o di mimarne la psicoattività.

### Terapia Farmacologica: VARENICLINA (meccanismo d'azione)

La Vareniclina, proposta dal centro antifumo, è il capostipite di una classe di farmaci, abbastanza recente, definita "agonista

parziale del recettore nicotinico dell'Acetilcolina", e figlia della ricerca chimico-farmaceutica orientata alla disassuefazione dal fumo di sigaretta.

Alla base dell'efficacia clinica della Vareniclina, dimostratasi dai primi studi di circa 3-4 volte maggiore rispetto alle più classiche terapie farmacologiche, vi è la capacità di interagire selettivamente con i recettori nicotinici cerebrali dell'Acetilcolina, riducendo così la dipendenza da Nicotina.

È stato infatti ipotizzato, ed osservato attraverso complesse tecniche di neuro-imaging, come la Nicotina possa interagire con specifici recettori neuronali per l'Acetilcolina, inducendo, a livello del sistema limbico, la produzione di dopamina.

L'attivazione del sistema dopaminergico nicotina-indotto, sembrerebbe rafforzare sensibilmente la dipendenza da fumo, proprio attraverso meccanismi neurochimici.

La Vareniclina, quindi, potrebbe, in presenza di Nicotina, competere con la stessa per il legame al recettore, e modulare l'attivazione del sistema dopaminergico, controllando così gli effetti di addiction indotti dal fumo di sigaretta ed in particolare dalla Nicotina.

## Efficacia della Vareniclina

Nonostante la recente introduzione della Vareniclina nella terapia della disassuefazione da fumo di sigaretta, dai trial clinici attualmente presenti emerge l'efficacia clinica di questo principio attivo.

Più precisamente si è osservato, con percentuali sensibilmente maggiori rispetto ad altre terapie (come quelle a base di Bupropione), una significativa riduzione:

- del desiderio compulsivo di tabacco;
- degli effetti collaterali legati all'astinenza da fumo;
- degli effetti gratificatori associati all'assunzione della stessa nicotina;
- dal punto di vista statistico, si è osservato un incremento delle percentuali di pazienti in Astinenza Continua, ossia un incremento del numero di fumatori che, durante tutta la terapia farmacologica non hanno assunto nemmeno una sigaretta; positivo anche l'impatto sul mantenimento attivo dell'astinenza.

Nota sicuramente positiva, registrata nei vari studi, è stata la rapidità dell'efficacia d'azione della Vareniclina, garantendo un risultato apprezzabile già nei primi giorni di trattamento.

## Tollerabilità della Vareniclina

Dai dati clinici, attualmente presenti, emerge la buona tollerabilità della terapia con Vareniclina, se effettuata secondo le opportune indicazioni mediche, e non prolungata più del necessario (tre mesi).

Gli eventi correlati generalmente più frequenti sono stati: cefalea, insonnia, nausea ed emicrania come hanno testimoniato anche gli utenti del centro Antifumo di Cosenza.

Nei primi giorni di trattamento, l'astinenza da Nicotina potrebbe tuttavia facilitare l'insorgenza di altri sintomi, che sembrerebbero regredire agevolmente nei giorni successivi.

L'efficacia e la buona tollerabilità della Vareniclina è stata osservata anche in categorie di pazienti psichiatrici, nei quali non si sarebbero osservati effetti collaterali diversi rispetto alla popolazione generale, sebbene persista la necessità di un'attenta supervisione medica.

Anche dal punto di vista farmacocinetico non sono state osservate interazioni farmacologiche degne di nota tra Vareniclina e altri farmaci, né variazioni clinicamente significative della sua biodisponibilità in pazienti con insufficienza renale o epatica. Non è invece nota al momento la tollerabilità di questo principio attivo durante la gravidanza e l'allattamento.

## Programma personalizzato

Durante il primo incontro, fissato previo appuntamento telefonico, l'equipe esegue alcune valutazioni propedeutiche per definire il livello di dipendenza del singolo fumatore e pianificare il percorso terapeutico più adeguato.

Per migliorare l'efficacia dei trattamenti e per evitare per quanto possibile il disagio di un fallimento sono arruolati al trattamento solo quelle persone che dimostrano di essere altamente motivate a smettere di fumare o se carenti di motivazione, avviate ad un percorso specifico motivazionale.

I tabagisti che non dimostrano di avere adeguata motivazione misurata, secondo la scala della motivazione Prochaska e Di Clemente, saranno inviati a partecipare al gruppo AMA (Auto mutuo aiuto) gestito dallo Psicologo che, con una serie di appuntamenti a cadenza bisettimanale, motiva ulteriormente il paziente (problem solving e skills training) che, raggiunto uno stadio di motivazione adeguato (determinazione), è inviato successivamente al CTT per iniziare il percorso terapeutico di cura.

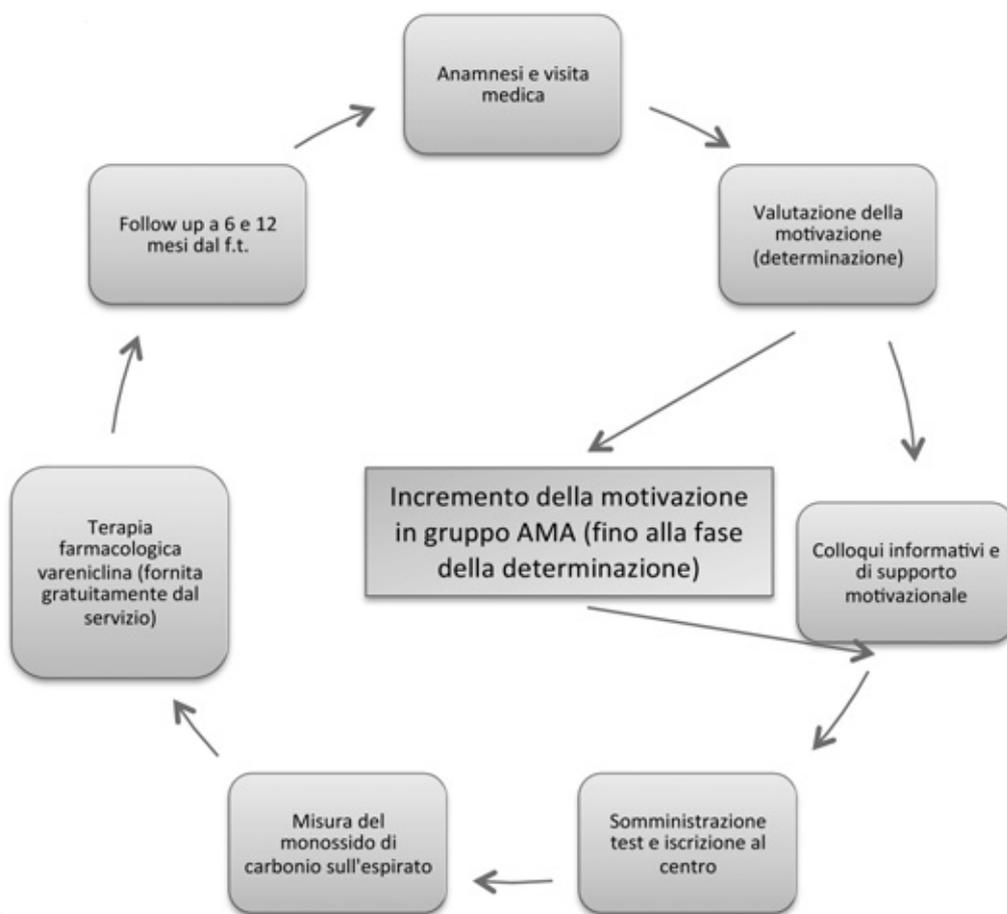
Fig. 1 - Ruota della Motivazione C. Prochaska J. Di Clemente



Il trattamento prevede una anamnesi con visita medica e valutazione della motivazione a smettere di fumare; in questa prima fase l'equipe decide di inserire il paziente nel percorso di cura prevedendo lo svolgimento delle seguenti fasi:

- anamnesi e visita medica;
- esecuzione o prescrizione di ulteriori esami diagnostici (prove di funzionalità respiratoria, elettrocardiogramma, radiografia del torace, TAC Torace...);
- colloquio informativo e motivazionale;
- iscrizione al CTT con compilazione scheda paziente;
- somministrazione dei test motivazionale e di Fargerstrom;
- counselling informativo su dipendenza da nicotina, dipendenza psicologica, gestuale e patologie correlate al fumo;
- trattamento farmacologico soltanto con vareniclina;
- per coloro che non possono o non vogliono assumere farmaci il servizio offre una calendarizzazione dello scalaggio programmato delle sigarette analogamente a quanto si fa per gli

Fig. 2 - Percorso terapeutico di cura



eroinomani con lo scalaggio programmato del farmaco sostitutivo;

- gruppi di *auto aiuto* specie per coloro che non assumono terapia farmacologica o, che terminano il percorso terapeutico con un fallimento, o che non risultano sufficientemente motivati;
- misurazione con apposito dispositivo sanitario del monossido di carbonio a inizio trattamento e a fine trattamento e, quando è previsto il follow up;
- sostegno e rafforzamento della motivazione.

Oltre a fornire prestazioni socio-sanitarie per la cura dei tabagisti gli operatori del centro, sono periodicamente impegnati in attività di *informazione* e di *prevenzione* rivolta alla popolazione generale sulle problematiche connesse al tabagismo e, sui trattamenti offerti dal CTT effettuata di solito mediante stand opportunamente predisposti ed attrezzati in punti strategici del territorio quali principali piazze dei centri urbani, nei pressi di edifici pubblici molto frequentati e, nei luoghi di lavoro specie in ambito sanitario per stimolare la promozione di ambienti di lavoro liberi dal fumo come già sperimentato con successo presso la sede direzionale dell'ASP di Cosenza e presso l'Ospedale Beato Angelo di Acri (Cs).

Sono stati inoltre effettuati ed altri sono previsti interventi e seminari di prevenzione nelle Scuole Pubbliche effettuati anche nel contesto di un programma specifico di prevenzione dalle sostanze psicoattive (dunque anche dalla nicotina) validato dalla Unione Europea denominato **Unplugged** che ha riscosso tra la popolazione scolastica interesse.

È in itinere anche la pianificazione di *programmi specifici* per le aziende sensibili a promuovere ambienti di lavoro liberi dal fumo mediante lo sviluppo dei seguenti punti:

1. valutazione della incidenza del problema fumo mediante la somministrazione a tutti i dipendenti di un questionario auto compilato, per acquisire informazioni e dati coerenti con le singole realtà e verificare la disponibilità dei fumatori ulteriormente motivati ad intraprendere i programmi di disassuefazione;
2. incontri di gruppo per informare, motivare e sensibilizzare i lavoratori sugli effetti del fumo sulla salute, sulle patologie correlate, sulle leggi vigenti e sui percorsi attivati dal Centro per smettere di fumare.

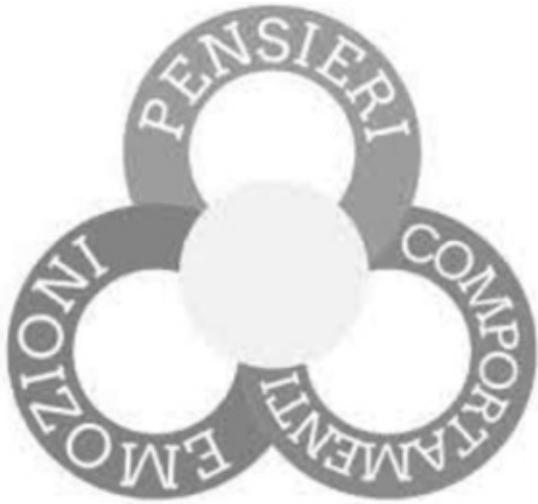
Nei colloqui preliminari con il paziente è centrale il *Counselling* mediante il quale si fornisce alla persona una accurata ed attenta informazione e un adeguato sostegno psicologico e motivazionale. Il *Counselling* è diretto ad aiutare l'utente in un momento di crisi incoraggiando il cambiamento del suo stile di vita proponendo azioni e comportamenti realistici e individuando risorse interne ed esterne su cui può contare per affrontare adeguatamente una situazione nuova e difficile.

A proposito si attuano prevalentemente due tipi di approcci:

1. un approccio terapeutico **cognitivo comportamentale** (TCC) dove il terapeuta tende a stimolare e produrre nel soggetto progressivamente piccoli ma concreti cambiamenti focalizzandosi sul presente (qui ed ora) orientati alla risoluzione dei problemi attraverso l'apprendimento di specifiche abilità.

Tale approccio è utilizzato con una buona efficacia di successo nel trattamento delle dipendenze da sostanze psicoattive e quindi anche dai dipendenti da nicotina (Kadden, 2002).

Fig. 3 - Approccio cognitivo comportamentale



Dove è necessario:

- razionalizzare i rapporti tra disagio e stress psico-sociale;
- registrare i sintomi e le strategie necessarie per fronteggiarle (maggiore conoscenza di se stessi);
- imparare a riconoscere alcuni pensieri come negativi e cercare di sostituirli con quelli positivi;
- imparare strategie cognitive e comportamentali adeguate ad evitare contesti socio-relazionali favorevoli alle ricadute.

2. **problem solving** che è un processo razionale e lineare che aiuta ad integrare le risorse logiche, critiche e creative per arrivare alla migliore e possibile soluzione del nostro problema.

Fig. 4 - Fasi del Problem Solving



Tale approccio prevede l'analisi e la risposta al bisogno di aiuto secondo una serie di processi consequenziali:

1. problem finding: percepire il fenomeno come evitabile;
2. problem setting: definire precisamente in problema nelle singole caratteristiche;
3. problem analysis: scomporre il problema in porzioni di problemi più facili da affrontare e risolvere;
4. problem solving: identificare le soluzioni analizzandone diverse alternative;
5. decision making: prendere decisioni in merito alle azioni da intraprendere;
6. decision taking: passare all'azione monitorando i risultati ottenuti.

## Il Ser.D.: servizio fondamentale per la cura del tabagismo

### Discussione

La dipendenza del tabagista è duplice: fisica dovuta alla assunzione di nicotina e gestuale, dovuto al rito dell'uso della sigaretta ripetuto più volte al giorno e strutturato negli anni.

La nicotina è una sostanza psicoattiva che rende gli utilizzatori dipendenti molto velocemente.

Nella ICD-10 (Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS) la diagnosi "dipendenza dal tabacco" è diagnosticata se sono soddisfatti tutti e sei i criteri elencati, di cui 3 comparsi negli ultimi 12 mesi:

- *sviluppo di tolleranza fisica*: bisogno di dosi notevolmente più elevate per ottenere gli effetti desiderati;
- *sintomi da astinenza fisica*: in caso di riduzione della quantità, cessazione del consumo o assunzione della sostanza per attenuare i sintomi da astinenza;
- desiderio forte o *compulsivo* di consumare tabacco;
- ridotta capacità di *controllarne il consumo* in termini di inizio, fine e quantità;
- *progressivo abbandono di altre attività* ed interessi a favore del consumo;
- *persistenza dell'uso della sostanza* nonostante una chiara evidenza di conseguenze dannose.

Il 70-80% di tutti i fumatori soddisfa i criteri per la dipendenza ai sensi della ICD-10.

In linea di massima si può affermare che maggiore è la dipendenza, minori sono le possibilità di riuscire a smettere di fumare.

Nella disassuefazione dal fumo tuttavia entrano in gioco anche tanti altri fattori (aspettativa di auto-efficacia, resistenza, supporto sociale, percezione del rischio, disturbi psichici ecc.). I sintomi da astinenza compaiono rapidamente e raggiungono un picco tra le 24 e le 48 ore. Da due a quattro settimane più tardi, i sintomi da astinenza fisica diminuiscono nuovamente. Il cosiddetto "craving" (forte desiderio di assumere la sostanza), quindi il bisogno compulsivo di fumare, può manifestarsi ancora di tanto in tanto per 2 o 3 mesi e dimostra la dipendenza fisica. Nel corso del tempo tuttavia l'intensità e la frequenza di forte desiderio diminuiscono.

I sintomi da astinenza da nicotina possono essere ben controllati attraverso la somministrazione di terapie farmacologiche adeguate (il Ser.D. somministra solo vareniclina).

C'è, inoltre, qualcosa per un fumatore, che è ben più difficile da affrontare oltre la dipendenza da nicotina: la **gestualità e la ritualità** legate al fumo.

Fig. 5 - Sintomi astinenza da nicotina

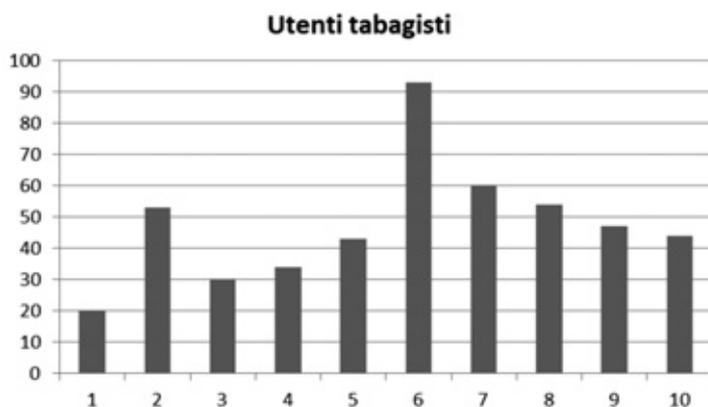
Sintomo	Durata	Presenza (%)
Vertigini	< 48 ore	10%
Disturbi del sonno	< 1 settimana	25%
Forte desiderio di fumare	< 2 settimane	60%
Irritabilità, aggressività	< 2-3 settimane	70%
Irritabilità, aggressività	< 4 settimane	50%
Depressione	< 4 settimane	60%
Irrequietezza	< 4 settimane	60%
Aumento dell'appetito	< 10 settimane	70%

Gli specialisti del settore sanno bene infatti che chi fuma associa alcune sensazioni, situazioni ed emozioni alla sigaretta. Non tanto al gusto, ma all'azione fisica, al gesto di fumare. Un'azione che ripetuta diverse volte al giorno, magari per anni, crea un'abitudine davvero dura da sradicare. Cambiare abitudini – per quanto in direzione positiva – è sempre uno stress, sia per la psiche che per il corpo. Stress che l'organismo affronta cercando conforto in qualcosa di rassicurante, conosciuto, come la sigaretta. Per questo il Counselling psico-educativo è fondamentale ed incisivo nel motivare il tabagista ad abbandonare la gestualità magari strutturando e gestendo il tempo libero in attività impegnative e gratificanti.

## I numeri del Centro Antifumo del Ser.D. di Cosenza

Il centro è attivo da luglio 2008. In circa 10 anni di attività ha accolto e trattato circa 500 pazienti tabagisti. I pazienti si ricevono previo appuntamento telefonico o direttamente e, nel tempo, siamo riusciti a predisporre un percorso di cura efficace che ci ha portati a raggiungere ottimi risultati in ter-

Fig. 6 - Utenti tabagisti trattati ogni anno



mini di successi terapeutici; da circa 3 anni, infatti, circa il 50% dei tabagisti arruolati al centro smette di fumare a fine trattamento (fig. 7) e di questi, a 12 mesi dal fine trattamento, circa la metà ricade e inizia nuovamente a fumare (fig. 8).

Il percorso di cura proposto ai pazienti si è dimostrato utile ed efficace e, tra i punti di forza del centro sono stati sicuramente la **cessione gratuita del farmaco** e il Counselling psico-educativo che si è dimostrato il più delle volte molto incisivo e che è riuscito spesso ad incrementare la motivazione dell'utente a smettere di fumare facendo leva sui tanti aspetti positivi che inevitabilmente si rafforzano, nella percezione, in quelle persone che smettono concretamente di fumare.

Fig. 7 - Percentuale di trattamenti terminati con esito positivo

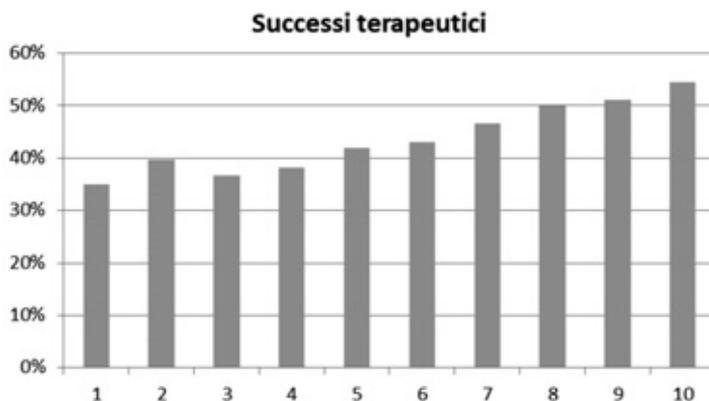
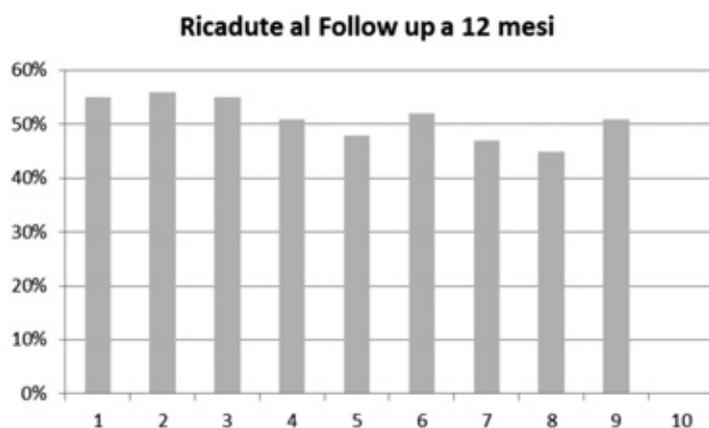


Fig. 8 - Utenti che riprendono a fumare dopo 12 mesi



## Obiettivi e considerazioni conclusive

Il Centro ha saputo proporre un virtuoso percorso terapeutico di cura integrando gli effetti positivi di un farmaco sicuramente efficace per la disassuefazione dal fumo ad un approccio psico-educativo mirato a migliorare e sostenere l'utente verso una positiva e matura motivazione a smettere di fumare. È in itinere, inoltre, la formulazione di un protocollo di intesa che avvii un proficuo lavoro di rete tra il Centro Antifumo e le U.O. territoriali di Cardiologia e di Pneumologia per prevenire e/o curare eventuali gravi patologie fumo-correlate dei nostri pazienti. Si intende inoltre accrescere la prevenzione da attuare specie in ambito scolastico nella consapevolezza che, prevenire le dipendenze è la strategia migliore da attuare per meglio garantire la salute dei nostri giovani.

## Bibliografia

- Arch J.J., Craske M.G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology. Science and Practice*, 15: 263-279.
- Attwood A.S., Williams T., Adams S., McClernon F.J., Munafò M.R. (2014). Effects of varenicline and cognitive bias modification on neural response to smoking-related cues: study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, Oct, 15: 391.
- Beck A.T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- D'Amore B. (1996). *Problemi. Pedagogia e psicologia della matematica nell'attività di problem solving*. Milano: FrancoAngeli.
- Duval R. (1993). Registres de représentations sémiotique et fonctionnement cognitif de la pensée. In: *Annales de Didactique et de Sciences Cognitives*. Strasbourg: ULP, IREM.
- Gonzales D., Hajek P., Pliamm L., Nackaerts K., Tseng L.J., McRae T.D., Treadow J. (2014). Retreatment with varenicline for smoking cessation in smokers who have previously taken varenicline: a randomized, placebo-controlled trial. *Clin Pharmacol Ther*, Sep, 96(3): 390-6.
- Hobbs S., Chiesa M. (2011). The Myth of the "Cognitive Revolution". *European Journal of Behavior Analysis*, 12: 385-394.
- Kadden R.M. (2002). *Cognitive-Behavior Therapy for substance Dependence: Coping Skills Training*.
- La Marca A. (1999). *Didattica e sviluppo della competenza metacognitiva. Voler apprendere per imparare a pensare*. Palermo: Palumbo.
- Leahy R.L. (2008). A closer look at ACT. *Behavior Therapist*, 31: 148.
- Mc Clure E.A., Vandrey R.G., Johnson M.W., Stitzer M.L. (2013). Effects of varenicline on abstinence and smoking reward following a programmed lapse. *Nicotine Tob Res.*, Jan, 15(1): 139-48.
- Mosconi G., D'Urso V. (1973). *La soluzione dei problemi*. Firenze: Giunti, Barbera.
- Rose J.E., Behm F.M. (2014). Combination treatment with varenicline and bupropion in an adaptive smoking cessation paradigm. *Am J Psychiatry*, Nov, 171(11): 1199-205.
- Stein M.D., Caviness C.M., Kurth M.E., Audet D., Olson J., Anderson B.J. (2013). Varenicline for smoking cessation among methadone-maintained smokers: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.*, 133(2): 486-93.
- Sutherland M.T., Carroll A.J., Salmeron B.J., Ross T.J., Hong L.E., Stein E.A. (2013). Down-regulation of amygdala and insula functional circuits by varenicline and nicotine in abstinent cigarette smokers. *Biol Psychiatry*, Oct 1, 74(7): 538-46.

## RECENSIONE



Anna Paola Lacatena

### **IL RISCHIO DEL PIACERE** **Le sostanze psicotrope dall'uso alla patologia**

Collana: Biblioteca di testi e studi  
Codice: 1238  
pp. 176 euro 18,00  
Editore: Carocci

Come si può parlare di sostanze psicotrope eludendo la questione del piacere e del dolore a esse correlata? L'affacciarsi di nuove droghe, il ritorno di stupefacenti già noti ma potenziati, insieme a una sempre maggiore espansione del mercato impongono il superamento dell'autoreferenzialità da parte delle scienze naturali e di quelle

umane e sociali. Il volume, nell'intento di coniugare visione organica e umanistica, riporta le voci di alcuni consumatori accanto ad approfondimenti sulle sostanze più note e diffuse. Il bisogno di consapevolezza di una realtà così complessa richiede infatti una lettura sistemica, comprensiva del come e del perché le sostanze siano, allo stesso tempo, risposta appagante e rischiosa della ricerca del piacere. Fuori da moralismi e accenti iperallarmistici, l'obiettivo non è la semplificazione che banalizza ma neppure la stigmatizzazione che colpevolizza. Più semplicemente il tentativo di conoscere scendendo in profondità: perché la comprensione non transita mai dalle parti del giudizio.

Anna Paola Lacatena, dirigente sociologa presso il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto, è autrice delle pubblicazioni: *Con i tuoi occhi. Donne, tossicodipendenza e violenza sessuale* (FrancoAngeli, 2012); *Resto umano. Storia vera di un uomo che non si è mai sentito donna* (Chinaski Edizioni, 2014) e, per Carocci editore, *Reclusi. Il carcere raccontato alle donne e agli uomini liberi* (con Giovanni Lamarca; 2017).