

Fumare con una malattia grave: quando ridurre è già curare

Il riordino della sanità territoriale deve rafforzare SerD e Centri antifumo, creando reti integrate interdisciplinari e luoghi con accesso diretto, come le Case di comunità

di [Roberta Balestra*](#)

[Aggiungi Il Sole 24 Ore ai preferiti su Google](#)



I punti chiave

Quando il fumo accompagna una malattia grave, chiedere al paziente di smettere non basta. Il disturbo da uso di tabacco è una dipendenza complessa e multifattoriale, sostenuta da meccanismi neurobiologici, comportamentali e ambientali comuni ad altre dipendenze. La presa in carico compete agli specialisti delle dipendenze (SerD), che operano con équipe multiprofessionali e integrano competenze mediche, psicologiche, infermieristiche, educative e sociali. L'efficacia aumenta se si lavora con psichiatri, pneumologi, oncologi, cardiologi e altri specialisti coinvolti nella cura delle comorbidità.

Chiedilo al Sole

Quali sono le principali difficoltà nel mantenere una rete assistenziale integrata ed efficiente?

Come influiscono i disturbi psichiatrici sulla gravità della dipendenza da tabacco?

Qual è il ruolo principale dei centri SerD nel trattamento del tabagismo?

Domande di approfondimento generate da 240re AI

Una recente survey di FeDerSerD ha coinvolto 162 Centri Antifumo: circa l'80% afferisce ai SerD. L'indagine conferma il ruolo centrale dei servizi per le dipendenze, ma anche una rete ancora disomogenea per organici, accessibilità e integrazione con ospedale, medicina generale e salute mentale.

Un ponte verso l'astensione

La cessazione completa resta il traguardo terapeutico. Nei pazienti con dipendenza grave associata a disturbi psichiatrici, pneumopatie croniche, patologie cardiovascolari o oncologiche, tuttavia, può non essere subito raggiungibile. La riduzione controllata rappresenta allora un ponte verso l'astensione: diminuisce l'esposizione ai prodotti tossici della combustione e l'assunzione di nicotina, sostanza psicoattiva molto potente nel dare dipendenza.

Ridurre significa intervenire sull'intensità della dipendenza. L'esposizione cronica alla nicotina determina tolleranza e neuroadattamenti nei circuiti della gratificazione e dell'astinenza. Una diminuzione graduale e assistita può rendere più gestibili craving (desiderio compulsivo di assumere) e sintomi astinenziali, favorire un equilibrio a minore intensità di dipendenza e preparare la cessazione completa. Non è un punto di arrivo, ma una fase del progetto

I pregiudizi nei disturbi psichiatrici

La comorbidità psichiatrica richiede particolare attenzione. Nei disturbi psicotici, depressivi e d'ansia la dipendenza è spesso più severa e i tassi di cessazione inferiori. Persistono pregiudizi: che il fumo sia secondario rispetto alla malattia mentale, che l'astinenza la aggravi o che la nicotina rappresenti un'automedicazione. Servono valutazione diagnostica, obiettivi progressivi e integrazione tra SerD e Servizi psichiatrici.

Ogni passaggio deve mantenersi sulla sottile linea del rapporto rischio-beneficio. Il beneficio della riduzione o cessazione va bilanciato con il rischio di destabilizzazione clinica, scarsa aderenza o modificazioni farmacologiche non controllate. Monitoraggio clinico e riadeguamento posologico dei farmaci consentono di mantenere il compenso psichico mentre si procede verso l'astensione.

Nei pazienti oncologici e pneumopatici la diagnosi può produrre paura, depressione e fatalismo. Il fumo, associato da anni al sollievo immediato, può intensificarsi proprio quando sarebbe più necessario interromperlo. Nel paziente oncologico compare spesso l'idea che "ormai non serva più"; in quello pneumopatico può prevalere la negazione del ruolo del fumo. Colpevolizzare è inefficace: occorre lavorare su tono dell'umore, motivazione, fiducia e benefici concreti. In oncologia, smettere anche dopo la diagnosi di tumore migliora la prognosi, riduce le complicanze chirurgiche e può aumentare l'efficacia dei trattamenti: per questo la cessazione è definita il "quarto pilastro" della cura.

Come affrontare le ricadute

Perchè è così difficile smettere in questi casi? Le resistenze agiscono su tre piani: biologico, psicologico e contestuale, coinvolgendo gravità della dipendenza, umore, automatismi, relazioni e accesso ai servizi. La ricaduta non equivale a mancanza di volontà, ma segnala un bisogno di cura più intenso, che chiama in causa i diversi specialisti.

Oggi il trattamento del tabagismo resta spesso fuori dai percorsi assistenziali delle patologie croniche. Ogni visita in cui il tema non viene affrontato è però un'occasione terapeutica persa. Per FeDerSerD è necessario che la diagnosi e il trattamento del disturbo da uso di tabacco entrino stabilmente nei Livelli Essenziali di Assistenza e nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, rafforzando il collegamento tra ospedale, territorio, medicina generale e Servizi per le Dipendenze.

In questo scenario emerge un dato paradossale e contraddittorio: le modalità di consumo e i prodotti del tabacco e della nicotina evolvono più rapidamente delle risposte terapeutiche. L'industria innova dispositivi e strategie, mentre i servizi faticano a sviluppare con la stessa velocità percorsi integrati, accessibili e continuativi. Il riordino della sanità territoriale può colmare questo divario, rafforzando SerD e Centri Antifumo, creando reti integrate interdisciplinari e luoghi con accesso diretto, come le Case della comunità. Riduzione e cessazione non sono obiettivi terapeutici in contrasto: nei pazienti più complessi, la prima può essere il percorso più realistico verso la seconda.

**Presidente FeDerSerD*

Hanno collaborato:

Vincenzo Verardi: Medico Farmacologo - Responsabile sanitario SS SerD Intramurario
Dipartimento per le Dipendenze Patologiche - ASL Taranto;

Giulia Audino: Medico Farmacologo e Tossicologo clinico – Direttore SerD - Presidente
FeDerSerD Calabria;

Concettina Varango: Medico Farmacologo e Tossicologo Clinico - Direttore SC Dipendenze
ASST Pavia;