

## È mai troppo tardi per smettere di fumare? Tabagismo, malati oncologici ed esperienze di disassuefazione

Luciana Murru<sup>1</sup>, Micaela Lina<sup>1</sup>, Roberto Mazza<sup>2</sup>, Roberto Boffi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unità Operativa di Psicologia; <sup>2</sup>Ufficio per le Relazioni con il Pubblico; <sup>3</sup>Unità Operativa di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano

**Riassunto.** Sia in Europa sia negli Usa continua a fumare una percentuale compresa tra il 25% e il 30% della popolazione adulta. Molte di queste persone svilupperanno varie malattie indotte dal fumo e tra queste diverse saranno patologie oncologiche. Molti malati nonostante la diagnosi di tumore continuano a fumare anche durante e dopo le terapie. In questo articolo si affronta il tema della persistenza del tabagismo nella popolazione oncologica, l'interazione tra abitudine al fumo ed efficacia dei trattamenti oncologici, la probabilità di comparsa di nuove manifestazioni neoplastiche e l'interferenza con gli indici di sopravvivenza nella popolazione già trattata oncologicamente. Vengono presentate, inoltre, le poche esperienze esistenti sugli interventi di disassuefazione nei malati oncologici e, infine, il lavoro che si sta conducendo presso l'Istituto dei Tumori di Milano su un gruppo di malati con diverse patologie oncologiche che hanno chiesto un intervento di disassuefazione dal fumo.

**Parole chiave.** Gruppi di disassuefazione nei malati oncologici, tabagismo, trattamenti oncologici.

**Summary.** Between 25% and 30% of European and USA adult population is still smoking. Many of them will suffer from tobacco related diseases and some of them of cancer. Many patients remain still smokers after a cancer diagnosis and during therapies. This paper analyzes the persisting of smoking habit within several oncological patients and presents a review of the scientific evidences on the interaction between smoke and oncological treatments, the impact on survival and on the risk of developing second tumours in this kind of patients. The authors present the few experiences of cessation interventions tailored for oncological patients and the experience at the National Cancer Institute of Milan with a group of patients with different oncological pathologies referred to the Psychological Unit for an intervention to help them stop smoking.

**Key words.** Cessation group for cancer patients, oncologic therapies, smoking.

### Introduzione

“Da dieci anni fumo 30 sigarette al giorno, prima ne fumavo 20 ed è stato così sin da quando avevo 14 anni. Da quel giorno sono passati quasi 35 anni. Da quando ho fatto l'intervento di mastectomia improvvisamente mi sono accorta che posso morire. Ho paura che continuando a fumare in questo modo mi verrà anche un tumore al polmone. Mi accorgo che il tabagismo è in relazione alle mie strategie di sopravvivenza. Oggi mi considero una malata e ho bisogno di aiuto. Prima della diagnosi oncologica, anche se fumavo tanto, non mi ero mai considerata malata e non ho mai creduto che avrei potuto anche morirne. Oggi sono consapevole di essere una “tossica” così come chi

è dipendente dall'eroina o dalla cocaina. Faccio fatica a trovare forme di aiuto. Da sola non riesco assolutamente a smettere, l'assurdità è che se fossi eroinomane probabilmente ci sarebbero più proposte di sostegno psicologico e strutture adatte a questo”.

“Nel 1997 mi è venuto un tumore in gola, mi hanno asportato anche una corda vocale. Il medico mi aveva detto che tutto questo poteva essere provocato dall'abitudine al fumo. Da circa 43 anni fumavo 60 sigarette al giorno. Durante l'intervento e le terapie oncologiche ho smesso completamente. La malattia mi aveva spaventato molto e nonostante la difficoltà legata all'astinenza sono riuscito a non fumare più. Nel 1999, però, ho ripreso, anche se mi sono assestato su

un pacchetto al giorno. Mi sono sentito un cretino, ma non riuscivo assolutamente a farne a meno, sono andato avanti così per 4 anni. Poi ho deciso di nuovo di smettere completamente. Ci sono riuscito, però mi sento a rischio, ho paura di ricominciare, certi giorni mi sembra di impazzire dal desiderio. Ho bisogno del gruppo per essere sostenuto in questo percorso”.

Storie di fumatori, storie di malati oncologici, storie di uomini e donne che, nonostante la malattia, continuano a fumare e non riescono a smettere. Si stima che attualmente in Europa fumi il 25% della popolazione adulta, e che molte di queste persone svilupperanno patologie indotte proprio dal fumo, diverse delle quali oncologiche.

Ciò nondimeno molti uomini e molte donne, nonostante la diagnosi di tumore e le relative terapie, continuano a fumare. Sebbene i gruppi di disassuefazione dal fumo nella popolazione cosiddetta sana siano numerosi e molte strutture oncologiche si siano rese promotrici di varie iniziative per aiutare le persone nel percorso della disassuefazione, l'uso e/o l'abuso di sigarette nei malati in cura e/o follow-up per patologia oncologica è un tema ancora molto poco indagato, e poche strutture oncologiche sono in grado di offrire servizi specializzati di supporto all'astensione dal fumo.

Quando verso la fine del 1400 Cristoforo Colombo approdò nelle isole caraibiche certamente non avrebbe immaginato che quella pratica presente tra le popolazioni indigene sarebbe diventata, molti secoli dopo, un grave problema di salute pubblica in tutti i paesi, sia in quelli a forte industrializzazione sia in quelli arretrati economicamente. Tra le popolazioni indigene questa usanza si era instaurata da lungo tempo e inizialmente il fumo del tabacco era usato per scopi rituali e religiosi. Presso i Maya e gli Atzechi i sacerdoti, all'inizio delle cerimonie religiose, usavano soffiare il fumo verso il sole e i punti cardinali, da speciali pipe o direttamente dalle foglie di tabacco arrotolate su se stesse. Successivamente il fumo prodotto dalla combustione delle foglie iniziò ad essere non soltanto soffiato, ma anche aspirato e questa usanza si estese, oltre che alla casta sacerdotale, anche al popolo.

In Europa la storia del tabacco ha inizio proprio con la scoperta dell'America. Si credeva nelle sue proprietà medicamentose e per questa ragione si diffuse in diversi paesi: Spagna, Portogallo, Francia, Inghilterra e Italia. Nel nostro paese fu la Chiesa ad avere un ruolo importante nell'introduzione e diffusione del tabacco. Nel 1561 il seme della nuova pianta, importato dal Portogallo dal Nunzio Apostolico Cardinale Prospero di Santa Croce, fu donato al Papa che lo fece coltivare negli orti dei monaci cistercensi nei dintorni di Roma e da qui si diffuse in tutta la penisola. Inizialmente erano soprattutto marinai e soldati a fumare, annusare e masticare tabacco, successivamente vennero conquistati al suo uso anche intellettuali, scrittori e poeti. Nonostante i pareri sull'utilizzo e sulla bontà del tabacco iniziassero ad essere discordi, nel '700 tabaccavano tutti, dal Papa al Re, dai

cardinali agli ambasciatori, dagli accademici ai notai, medici e parroci.

Negli scritti sulla storia del tabacco si riportano anche pareri estremamente negativi sul suo uso. Nei primi anni del '600 il re Giacomo I d'Inghilterra denunciava la “deplorable abitudine, disgustosa per gli occhi, sgradevole per il naso, pericolosa per il cervello e disastrosa per i polmoni” che si diffondeva tra vari strati della popolazione e il Papa Urbano VIII, nel 1630, arrivò persino a parlare di scomunica per i fumatori.

Il consumo di tabacco nei paesi sviluppati è cresciuto rapidamente a partire dalla fine dell'800, per raggiungere livelli altissimi attorno agli anni '60. Nel 1964 dopo la diffusione dei dati epidemiologici sull'incidenza del tumore polmonare e il riconoscimento del suo potere cancerogeno da parte del Ministero della Sanità USA, il consumo delle sigarette si è ridotto progressivamente fino agli anni '80, quando si è assestato al 25-30% nella popolazione adulta. Oggi si conosce in modo più preciso anche l'interferenza delle varie sostanze con meccanismi neuronali che riguardano l'attenzione, gli stati dell'umore, l'ansia, il rapporto con il cibo e, in generale, con l'esperienza del dolore e del piacere.

Sono più di 25 le patologie sicuramente correlate al fumo e, tra queste, numerose di tipo neoplastico: tumori delle vie aeree inferiori (polmone) e superiori (laringe, cavo orale), tumori dell'esofago, dello stomaco e del pancreas, della vescica, del rene e della cervice uterina. Il problema del tabagismo si pone in tutta la sua gravità non soltanto in quanto schema comportamentale che provoca malattia, ma anche perché complica la stessa efficacia delle terapie utilizzate proprio per curare quelle malattie (nel nostro caso i tumori) che il suo stesso uso ha spesso provocato. Pertanto, proporre programmi di disassuefazione dal fumo è importante sia a livello di prevenzione primaria sia secondaria.

### **Tabagismo e trattamenti oncologici**

Gli studi sulla persistenza del tabagismo nella popolazione oncologica dimostrano che:

- 1) essere tabagisti condiziona l'efficacia dei trattamenti oncologici e, nello stesso tempo, può esacerbare gli effetti collaterali degli stessi;
- 2) aumenta la probabilità di nuove manifestazioni neoplastiche;
- 3) riduce la sopravvivenza nella popolazione già trattata per patologia neoplastica.

Per diverse ragioni la diagnosi oncologica e l'esperienza delle terapie rappresentano un'opportunità per smettere di fumare: gli ospedali sono luoghi in cui è vietato fumare, l'esperienza dell'ospedalizzazione può rendere maggiormente consapevoli della propria vulnerabilità alla malattia e alla morte, i trattamenti chirurgici possono essere controindicati col persistere di questa pratica, gli effetti collaterali di alcuni trattamenti farmacologici possono rappresentare un valido

stimolo disincentivante, ecc. Nonostante ciò, molti malati continuano a fumare dopo la diagnosi e i trattamenti, oppure riprendono dopo un periodo più o meno lungo di astinenza. A tale proposito la letteratura riporta dei dati relativi soprattutto alle due patologie oncologiche che più di altre sono fortemente associate al tabagismo: i tumori polmonari e quelli del distretto testa-collo.

Nel caso di malati curati per tumori polmonari, continua a fumare una percentuale di pazienti compresa tra il 11% e il 48%<sup>1,2</sup>, mentre nel gruppo delle neoplasie di pertinenza otorinolaringoiatrica la percentuale si assesta tra il 21% e il 35%<sup>3,4</sup>.

La persistenza del tabagismo in soggetti affetti da altre patologie tumorali rappresenta un tema molto poco indagato. Lo studio di Ostrof su un gruppo di pazienti trattati per tumori ematologici rileva che quasi il 70% dei pazienti continua a fumare e le ragioni sono molteplici: consapevolezza dell'assenza di legame causale tra il fumo e la loro specifica patologia oncologica, scarsa interferenza del tabagismo con i trattamenti terapeutici (prevalentemente farmacologici), terapie effettuate prevalentemente in regime ambulatoriale e, in generale, una scarsa percezione del rischio connesso alla relazione tra il fumo e l'evolversi della malattia<sup>5</sup>. La valutazione psicologica della messa in atto di condotte potenzialmente a rischio è stata affrontata nello studio di Lemon, che ha indagato i cambiamenti nelle strategie comportamentali successive alla diagnosi di neoplasia mammaria. Le modifiche nello stile di vita del gruppo di donne operate al seno fanno riflettere anche alla luce del fatto che, in generale, il numero di donne fumatrici è aumentato notevolmente fino al punto che la mortalità per tumore al polmone ha superato quella causata dal tumore al seno. Le pazienti del campione a 6 mesi dalla diagnosi hanno manifestato cambiamenti nelle abitudini alimentari, nelle attività fisiche e in generale nella cura di sé. In tutto questo non rientrava però l'abitudine al fumo che si è mantenuta invariata, in quanto generalmente percepita come poco attinente al tumore al seno<sup>6</sup>. In generale si può affermare che i pazienti con tumori fortemente associati al fumo (polmone e testa-collo) tentano di smettere più frequentemente rispetto ai pazienti con diverse patologie neoplastiche e molti di loro rimangono astinenti a lungo termine<sup>7</sup>.

La comunicazione della diagnosi rappresenta un momento in cui aumenta significativamente l'interesse e il desiderio dei pazienti di smettere di fumare, e questa fase dovrebbe essere utilizzata come una grande opportunità per intervenire con programmi di supporto farmacologico e psicologico. La sollecitazione verso la disassuefazione deve essere presente sin dal momento delle prime cure, attraverso precise raccomandazioni sia da parte dei medici sia del personale infermieristico. I pazienti possono anche pensare che smettere di fumare dopo una diagnosi oncologica sia ormai inutile; tuttavia la conoscenza dei potenziali benefici dovuti all'interruzione può aiutarli nella motivazione a diventare astinenti. Quest'ultima, infatti, si pone come uno dei principali elementi predittivi

del successo del processo di cambiamento. Nel modello di Prochaska e Di Clemente, ampiamente utilizzato in tutte le strategie di cambiamento nelle patologie da dipendenza, il livello motivazionale che si pone lungo un continuum che va dalla fase di precontemplazione (dove non c'è nessuna intenzione di modificare il proprio comportamento) a quella di mantenimento (dove si è abbandonato lo schema comportamentale) rappresenta la variabile più importante per il successo di tutta la strategia del cambiamento<sup>8</sup>.

Continuare a fumare interferisce con tutti i trattamenti terapeutici utilizzati in oncologia. I fumatori hanno una maggiore produzione di muco e una cronica distruzione dell'apparato ciliare dell'albero bronchiale, predisponendosi ad una maggiore frequenza di infezioni broncopolmonari e complicanze respiratorie in genere<sup>9,10</sup>. I meccanismi biologici che governano la guarigione delle ferite chirurgiche sono influenzati dal consumo di sigarette; il lavoro pubblicato da Chang sugli interventi ricostruttivi con lembo miocutaneo dopo mastectomia dimostra come tra le fumatrici siano più frequenti le complicanze circolatorie che possono portare anche alla necrosi dei tessuti ricostruiti<sup>11</sup>. Infine, un recente articolo apparso su *Lancet* dimostra come, aiutando i pazienti a smettere di fumare anche solo poche settimane prima dell'intervento chirurgico, le complicanze postoperatorie diminuiscono sensibilmente<sup>12</sup>.

L'essere fumatori interferisce anche con l'efficacia della chemioterapia, della radioterapia e con gli effetti collaterali indotti dalle stesse. Recentemente in letteratura ci si è posti un quesito apparentemente paradossale: è possibile che smettere di fumare al momento della diagnosi di tumore possa essere addirittura più importante del tipo di chemioterapia che si sceglie di utilizzare<sup>13?</sup>

La risposta (e che risposta!) l'ha fornita un importante studio pubblicato nel 2003 sul *Journal of Clinical Oncology*: nel microcitoma polmonare, il tumore del polmone più aggressivo, ma anche più responsivo alla chemio e alla radioterapia, lo stop fumo dei pazienti al momento della diagnosi è la variabile statisticamente più rilevante nel prolungare la sopravvivenza dei pazienti, più di qualsiasi farmaco o trattamento mai sperimentato<sup>14</sup>.

Già nel 1951 la rivista *Nature* pubblicò uno studio che dimostrava che una maggiore ossigenazione aumentava l'efficacia della radioterapia nella distruzione delle culture batteriche a causa della scarsa ossigenazione dei tessuti biologici presente nei fumatori. Lo studio di Browman sulla radioterapia nei pazienti affetti da neoplasie del tratto orofaringeo ha riscontrato che la risposta alla radioterapia era decisamente più bassa in coloro che fumavano (45%) rispetto ai non fumatori (74%)<sup>15</sup>. Inoltre, gli effetti collaterali della radioterapia su diversi organi (mucose delle vie aeree e digestive, apparato dentario, ghiandole salivari, polmoni ed esofago) appaiono più frequenti nei fumatori; questi pazienti, infatti, vanno molto più facilmente incontro a mucositi, alterazioni del gusto e della produzione di saliva, difficoltà alla deglutizione, dolore asso-

ciato spesso anche a deterioramento dell'apparato dentario, presenza di tosse e difficoltà a respirare<sup>16,17</sup>.

Tra le terapie oncologiche, la chemioterapia è sicuramente quella che induce maggiormente effetti collaterali. Molte ricerche hanno dimostrato che il fumo agisce peggiorandoli: aumenta la sensazione di fatigue dovuta ai maggiori livelli di monossido di carbonio nel sangue<sup>18</sup>, la potenziale tossicità cardiopolmonare, le stomatiti e, in generale, i tempi di guarigione<sup>19</sup>.

Sulla probabilità di sviluppare un secondo tumore nelle persone che continuano a fumare, la letteratura presenta dati contrastanti: a fronte dello studio di Lippman, che non ha trovato significative differenze sulla comparsa di secondi tumori in pazienti già operati per patologia polmonare e in stadio clinico avanzato<sup>20</sup>, altri hanno riscontrato una significativa differenza che può arrivare anche a una probabilità maggiore di 5 volte per tutti i tumori dell'apparato respiratorio e digestivo<sup>21,22</sup>. L'abitudine al fumo ha un effetto negativo anche sulla sopravvivenza dopo le terapie oncologiche. I pazienti che hanno fumato in passato o che attualmente fumano hanno, infatti, una percentuale di sopravvivenza minore rispetto a quelli che non hanno mai fumato e in generale un minore punteggio globale di qualità di vita<sup>23,24</sup>.

### **Interventi di disassuefazione al fumo nei malati oncologici**

Negli ultimi 20 anni diverse ricerche hanno dimostrato l'efficacia degli interventi di disassuefazione al fumo. In alcuni casi è sufficiente un colloquio del medico curante, anche di soli 2/3 minuti, per indurre un'astinenza (smettono il 5%), in altri, per raggiungere percentuali di successo più elevate (25% ad un anno) sono necessarie strategie farmacologiche e psicologiche integrate. In generale, però, questi interventi sono stati poco applicati e studiati nei malati oncologici. Scholl e i suoi collaboratori sostengono che solo 5 studi hanno analizzato il tema degli interventi di disassuefazione nei malati oncologici<sup>25</sup>. È senza dubbio un tema che deve essere maggiormente indagato anche perché, tra gli studi citati, soltanto uno è randomizzato<sup>26</sup>. A tutto il campione costituito da 186 pazienti con tumori del cavo orale e della faringe è stato proposto un colloquio sui rischi a cui andavano incontro se non smettevano di fumare. Nonostante il fatto che, a distanza di un anno, non ci fossero grosse differenze sull'astinenza (entrambi astinenti attorno al 65%) tra il gruppo di controllo e quello sperimentale (che riceveva un'informazione più pressante sulla necessità di smettere e vario materiale informativo) il colloquio clinico si è rivelato uno strumento efficace.

Gli altri studi citati riguardano per lo più piccoli gruppi, come quello realizzato da Stanislaw dove il gruppo sperimentale (12 persone) riceveva durante l'ospedalizzazione un breve counselling (3 colloqui motivazionali), un libretto informativo, un audiotape e 5 chiamate telefoniche dopo la dimissione. A distanza di 1 mese dalla dimissione il 75% del gruppo speri-

mentale era astinente mentre il gruppo di controllo (14 persone) lo era nel 43% dei casi<sup>27</sup>. La stessa impostazione è stata adottata da Wewers nel 1994 e in uno studio successivo nel 1997<sup>28,29</sup>. Nel primo il rapporto sugli astinenti era 64,3% vs 50%, mentre nel secondo, che non prevedeva il gruppo di controllo, a distanza di 6 settimane erano astinenti il 40% dei pazienti. In un altro intervento clinico, che prevedeva solo 1 colloquio durante il ricovero, la consegna di materiale informativo e 5 telefonate dopo la dimissione a distanza di 6 settimane, erano astinenti il 21% del gruppo sperimentale e il 14% del gruppo di controllo<sup>30</sup>. La grande differenza tra questi dati può essere in relazione alla sede del tumore. Infatti nel campione di Stanislaw, dove l'astinenza era del 75%, il campione era costituito prevalentemente da malati sofferenti di tumori del tratto testa-collo (80%) mentre in quello di Griebel questa patologia era presente solo nel 7% dei casi.

Un recente studio apparso sul *Journal of Clinical Oncology* aggiunge ulteriori elementi per capire il complesso problema del tabagismo nella popolazione oncologica. Un gruppo di 432 pazienti fumatori con diversa diagnosi tumorale (prostata, mammella, linfoma, testicolo, polmone, testa collo) è stato randomizzato e il gruppo sperimentale (n = 217) sottoposto a un modello di intervento che prevedeva: breve intervento di sensibilizzazione (<5 minuti) dove venivano enfatizzati i vantaggi della cessazione, individuazione di una data in cui si smetteva, valutazione della somministrazione di terapia sostitutiva nicotinic, consegna di un libretto informativo e di un numero telefonico al quale rivolgersi per ulteriori informazioni. Il follow-up è stato effettuato a distanza di 6 e 12 mesi. A distanza di 6 mesi non risultava una significativa differenza tra i due gruppi; era astinente il 14% del gruppo sperimentale e l'11,9% del gruppo di controllo, a distanza di 12 mesi questa differenza diminuiva ancora di più (13,6% vs 13,3%). Questa sostanziale sovrapposizione era già emersa nello studio di Gritz e si discosta dai risultati ottenuti, in ricerche analoghe, sulla popolazione sana, dove nei gruppi sperimentali si osservava generalmente un incremento anche del 10%<sup>31</sup>. Nella ricerca fatta dall'Eastern Cooperative Oncology Group si sono evidenziati anche altri elementi interessanti: smettono maggiormente coloro la cui patologia è strettamente legata al fumo, se hanno iniziato dopo i 16 anni e se fumano meno di 15 sigarette al giorno. Tutto ciò induce a riflettere sulla necessità di interventi più intensivi, che prevedano incontri di educazione alla salute riguardanti gli effetti nocivi delle sigarette, e sull'opportunità di un supporto farmacologico e psicologico.

### **Gruppo di disassuefazione dal fumo con malati oncologici all'Istituto dei Tumori di Milano: prime valutazioni**

L'iniziativa è nata in seguito alla creazione, all'interno dell'Istituto dei Tumori di Milano, dell'ambulatorio per i danni da fumo attivo e passivo, e alle ri-

chieste che i malati oncologici hanno inoltrato allo stesso servizio per essere aiutati nel processo di disassuefazione.

La richiesta dei malati ha reso evidente l'assenza di iniziative specifiche per questo tipo di problemi. Infatti, mentre i cittadini non malati di tumore hanno la possibilità di accedere alle molteplici iniziative organizzate da varie strutture come la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, per le persone che hanno già avuto la diagnosi di una patologia oncologica, sono in trattamento terapeutico e/o in follow-up, si rivela attualmente più difficoltoso trovare una risposta adeguata. D'altra parte la specificità dei vissuti psicologici indotti dalla malattia e dai trattamenti terapeutici può essere una variabile difficile da gestire se queste persone sono inserite nei gruppi di disassuefazione dal fumo più comuni. Inoltre la motivazione indotta dall'esperienza della malattia, le riflessioni esistenziali generali comuni in chi si confronta con questa patologia, i livelli di stress provocati dall'iter terapeutico, le molteplici e complesse interazioni tra il pensiero della malattia e l'esperienza del tabagismo hanno richiesto a loro volta un adeguamento delle strategie di intervento solitamente utilizzate nei gruppi di disassuefazione dal fumo.

Per accogliere la richiesta di questi malati e, nello stesso tempo, per renderla compatibile con le attuali risorse dell'Unità Operativa di Psicologia, è stata proposta un'iniziativa con le seguenti caratteristiche: il gruppo è a cadenza settimanale, ha una durata di 2 ore e vi si accede su presentazione dell'impegnativa del medico curante; il gruppo è concepito all'interno di un approccio multidisciplinare che prevede ove possibile (condizioni cliniche, compliance del paziente, interferenze con altri trattamenti medici) il supporto farmacologico e, diversamente dal modo in cui sono organizzati i più comuni gruppi antifumo, è strutturato come gruppo aperto.

La specificità della malattia e le implicazioni psicologiche della gestione della stessa ci hanno indotto a non selezionare i partecipanti sulla base della loro motivazione (per alcuni la richiesta era autonoma, per altri indotta da curanti e parenti). Questo per offrire loro uno spazio di confronto dove poter anche maturare la decisione di smettere di fumare.

La tabella seguente riassume le caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti che hanno contattato l'Unità Operativa di Psicologia nei 12 mesi compresi tra giugno 2003 e 2004.

I malati sono stati inviati dal responsabile medico dell'ambulatorio antifumo per svariate ragioni: alcuni rifiutavano l'intervento farmacologico, per altri le stesse condizioni cliniche controindicavano la somministrazione di ulteriori farmaci, altri ancora presentavano complesse situazioni esistenziali per cui si rivelava fondamentale anche l'intervento psicologico. Successivamente alla visita del pneumologo, a tutti i pazienti si è proposto inizialmente un colloquio individuale all'interno del quale è stata compilata la cartella clinica psicologica<sup>32</sup>, focalizzando l'attenzione anche sull'obiettivo desiderato e potenzialmente raggiungibile, è stato somministrato il test di Fagerström, sul grado di

Tabella 1. - *Caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei partecipanti*

---

Sesso: 3 maschi, 10 donne, età compresa tra 42 e 67 anni
Scolarità: medie superiori 7, medie inferiori 4, elementari 1, laurea 1
Stato civile: nubile-celibe 3, coniugato-convivente 6, divorziato-separato 4
Professione: libero professionista 4, casalinga 2, operaio-impiiegato 3, pensionato 3, disoccupato 1
Sede della patologia: mammella 10, testa-collo 2, polmone 1
Fase del processo terapeutico: 4 in trattamento chemioterapico dopo aver già effettuato trattamento chirurgico, 9 liberi da malattia e in follow-up

---

dipendenza da nicotina e quello motivazionale di Mondor. Inoltre, settimanalmente è stato consegnato il diario giornaliero, dove i pazienti riportavano sia il numero di sigarette che si prefiggevano di fumare sia quello realmente fumato. I malati venivano invitati anche a scrivere le ragioni psicologiche e/o fisiche legate all'accensione di ogni sigaretta. Il diario giornaliero è stato consegnato anche agli astinenti, per monitorare la presenza di pensieri e/o desideri legati al fumo.

Inizialmente i pazienti sono stati seguiti con colloqui individuali. Successivamente, vista la tipologia dei problemi che presentavano, la necessità di un confronto con altre persone che vivessero la stessa esperienza e la potenziale risorsa terapeutica rappresentata dal gruppo stesso, si è proposta la costituzione di un gruppo di supporto dove il tema della dipendenza dalla sigaretta e la gestione delle implicazioni psicologiche legate alla malattia erano i temi centrali su cui i partecipanti focalizzavano la loro attenzione.

L'intervallo tra la prima diagnosi di malattia oncologica e la decisione di smettere di fumare varia da 1 a 20 anni. Nel gruppo colpisce l'alta presenza femminile. Pur considerando il numero del campione insufficiente per poter fare delle generalizzazioni, questo dato può essere espressione del fatto che le donne rappresentano, in generale, l'utenza più frequente dei servizi di psiconcologia, oppure che sono espressione di quel gruppo di malati che meno spontaneamente smette di fumare dopo la diagnosi di patologia oncologica. In generale il gruppo può essere definito di forti fumatori. La maggioranza ha iniziato a fumare in età adolescenziale, l'assunzione quotidiana varia da 15 a 60 sigarette per un periodo compreso tra 20 e 40 anni. Nella seguente tabella si riportano brevemente la storia clinica, il numero di sigarette fumate, il periodo di tempo e la motivazione della richiesta alla cessazione.

Di tutto il gruppo solo 1 persona era già astinente al momento della richiesta di farvi parte. Dopo le due ore trascorse nel gruppo c'era chi già accusava i sintomi da astinenza.

L'intervento clinico adottato prevede l'uso di tecniche psicologiche di tipo cognitivo e di tipo corporeo, strutturate su 5 incontri che si ripetono continuamente. In particolare, il lavoro cognitivo è centrato sulle linee guida dell'Agency for Healthcare Research and Quality<sup>33</sup>, che vengono di seguito riassunte:

Tabella 2. - Storia clinica e dell'abitudine al fumo dei partecipanti

- Da 25 anni ne fumo 20/30 al giorno, non le godo più, voglio fumarne solo 5. Sono stata operata di un tumore al seno un anno fa, dopo un po' ho avuto una grave ischemia cardiaca. Confesso che più che il cancro mi spaventa la possibilità che il mio cuore si aggravi. Hanno smesso tutti i miei amici, io però non ci riesco.
- Da 38 anni ne fumo circa 35, quando mi è stato diagnosticato il cancro mi sono detta "me lo sono meritata", ho terminato le terapie oncologiche, ma non ho smesso. Sento che se non interrompo il fumo mi ucciderà.
- Ho iniziato a fumare che avevo 13 anni, fino al 1999 ho fumato ininterrottamente tra 20 e 60 sigarette al giorno. Attualmente sto facendo la chemioterapia e non riesco a smettere del tutto. Non ci riesco sia perché mi piace tantissimo sia perché ho l'impressione che il fumo mi aiuti a non impazzire.
- Ho iniziato a 10 anni e ho fumato fino a 40 sigarette al giorno. Dopo l'intervento alla gola ho smesso, ma ho ripreso a distanza di un anno assestandomi sul pacchetto al giorno. Ho smesso di nuovo completamente, ma ho bisogno di essere aiutato a mantenere questa decisione. Ero anche alcolista e l'esperienza con A.A. mi è stata molto utile.
- Ho iniziato che avevo 15 anni e sono arrivata a fumare anche 60 sigarette al giorno. Cinque anni fa sono stata operata di un tumore alla mammella e non ho smesso neanche allora, vorrei che qualcuno mi aiutasse a smettere. Faccio fatica a respirare, soffro già di cuore e tutti mi dicono di smettere.
- Ho iniziato a fumare in prima liceo. Ai tempi era una cosa scandalosa, per fumare ci chiudevamo nei bagni della scuola, poi ha iniziato anche mia madre. Mi sentivo sua complice e mi sembrava una relazione privilegiata. Il giorno del mio matrimonio ho acceso una sigaretta in faccia a mio padre. Era una sfida, la sigaretta ha sancito la mia indipendenza. Nel 1999 sono stata operata per un tumore mammario, non ho smesso neanche allora. Da 28 anni fumo ininterrottamente circa 15 sigarette al giorno. Ho interrotto solo durante la chemio, ma ho ripreso. Mi accorgo che mi aiuta a superare i momenti difficili. Vorrei però smettere del tutto.
- Da 30 anni fumo tra le 20 e le 30 sigarette al giorno. Da quando ho fatto l'intervento di mastectomia mi sono accorta che se mi ammalo posso morire. Ho paura che mi venga un altro tumore, questa volta ai polmoni. Mi accorgo che il tabagismo è in relazione alle mie strategie di sopravvivenza. Oltre che tabagista sono anche bulimica e certe volte abuso con l'alcol. Oggi mi considero una malata e ho bisogno di aiuto. Prima della diagnosi oncologica, anche se fumavo così tanto, non mi ero mai considerata malata. Oggi sono consapevole di essere una "tossica", l'assurdità è che se fossi eroinomane probabilmente ci sarebbero più proposte di sostegno psicologico.
- Per 40 anni ho fumato circa 30 sigarette al giorno. Ci sono stati periodi in cui ho interrotto parzialmente, ma poi ho ricominciato. Dopo la diagnosi di tumore al seno sono scesa a 10. Vorrei essere aiutata a smettere del tutto.
- Ho iniziato a fumare 25 anni fa e in questo periodo ho oscillato tra 20 e 30 sigarette al giorno. Dopo il primo intervento al seno, nel 1984, per un anno e mezzo ho smesso completamente. Ho ripreso quando si è aggravata la crisi coniugale fumandone più di un pacchetto al giorno. Negli anni successivi sono stata sottoposta ad altri tre interventi alla mammella, voglio smettere completamente, ho paura di ammalarmi anche di un tumore al polmone.
- Ho fumato per 20 anni 1 pacchetto al giorno, dopo l'intervento di mastectomia sono scesa ad 8 sigarette. Mi accorgo che nonostante la paura della malattia da sola non riesco a smettere.
- Ho iniziato a 12 anni. Col passare degli anni ho aumentato progressivamente l'assunzione e sono arrivato a fumarne 40. Dopo l'intervento di asportazione della corda vocale nel 2000 avevo smesso completamente. Problemi di lavoro e familiari mi hanno indotto a ricominciare. Sto distruggendo il mio corpo e ho bisogno di essere aiutato.
- Ho iniziato a 13 anni e da 34 anni ne accendo anche 50-60 al giorno. In realtà di queste penso di fumarne 30 o 40. È una schiavitù, neanche l'intervento di mastectomia mi ha fatto smettere. Non so cosa fare, vorrei essere aiutata a smettere.

- incoraggiare il paziente a identificare le ragioni per cui vuole smettere;
- identificare con il paziente le conseguenze negative dell'uso del tabacco;
- identificare con il paziente i potenziali benefici dello stop al fumo;
- identificare con il paziente i pensieri/impedimenti che possono avere il ruolo di barriere;
- ripetere continuamente l'intervento motivazionale.

Il confronto del gruppo su questi temi ha l'obiettivo di focalizzare l'attenzione sulla reale motivazione al cambiamento, considerato generalmente un aspetto centrale nel campo delle dipendenze da sostanze.

Il percorso dalla dipendenza alla remissione è strettamente associato alla disponibilità al cambiamento, al senso di autoefficacia delle proprie azioni, alla percezione del rischio delle stesse, alla relazione tra tabagismo e malattia neoplastica, alla presenza di sostegno familiare e di altri fumatori ed infine alla percezione, a volte frustrante e dolorosa, del divario

tra la realtà del vivere quotidiano, spesso fortemente condizionato dall'esperienza della malattia e dai ritmi delle terapie, e le aspirazioni, aspettative, i desideri e i proponimenti di disassuefazione.

Alcune espressioni riportate dai pazienti nel diario settimanale sono una chiara espressione di questa frattura interiore.

Il lavoro corporeo consiste nell'uso di esercizi specifici centrati sulla respirazione, sulla consapevolezza corporea, sul rilassamento, sulle visualizzazioni cognitive mirate al rinforzo dell'Io, alla cessazione del fumo e alla visione di se stessi proiettata in un futuro senza sigarette. Per rinforzare ulteriormente la motivazione al cambiamento e per diminuire lo stress associato alla malattia, si è scelto, inoltre, di utilizzare una forma di Touch Therapy: il Reiki. Quest'ultimo intervento è reso possibile dalla presenza di un gruppo di volontari, già operatori Reiki, che affiancano lo psicologo.

Ogni 5 settimane sono previste due sessioni di lavoro corporeo e tre di verbalizzazione. La ripetizione

Tabella 3. - *Espressioni esemplificative del diario settimanale dei partecipanti*

- La giornata è iniziata con buoni propositi che non sono riuscita a mantenere per l'agitazione interna che non riesco a gestire;
- mi sento demoralizzata perché non riesco a combattere la voglia di fumare;
- i miei dolori sono sempre più acuti, l'unica mia soddisfazione è la sigaretta che non mi delude mai e che mi risolveva;
- è stata una giornata sofferta emotivamente, non voglio fumare più però per scaricarmi ho bisogno di fumare, è un'ansia, un nervosismo che non riesco a razionalizzare;
- non fumo più, eppure quando sono uscita dall'ufficio mi sarebbe piaciuto tanto accenderne una;
- durante la giornata ho pensato tante volte alla sigaretta, nel pomeriggio mentre andavo dal chirurgo per sapere del prossimo intervento sono stata colta da un'ansia spaventosa, mi sentivo tremare, mi agitavo, mi veniva da piangere, parlavo a raffica e, giuro, ne avrei fumata una dopo l'altra. Mi avrebbero sicuramente calmata. Non l'ho fatto!
- il mio pensiero più frequente è il fumo, la necessità di smettere, il miraggio di una vita senza schiavitù. L'idea è che se vinco questo infinito braccio di ferro potrò vincere qualunque altra cosa, persino la malattia.
- ero in ospedale e nel pomeriggio sono stata operata. Avrei dato l'anima per poter fumare, ma ho la pressione troppo bassa ed è pericoloso. Ho cercato di dormire;
- razionalmente voglio smettere, emozionalmente mi accorgo che mi dà l'energia per concentrarmi, per calmare le ansie, per mettere a fuoco parole ed azioni;
- ho avuto un'angioplastica, un tumore al seno e rischio l'infarto. Voglio smettere, però quando fumo ho l'illusione di non essere malata.

di questo schema permette l'inserimento di persone nuove, il recupero delle sessioni eventualmente perse (per controlli medici e/o terapie) e la permanenza nel gruppo in relazione agli obiettivi che ogni paziente pensa potenzialmente raggiungibili per sé. Infine, ogni due mesi i pazienti ripetono la compilazione del test sulla motivazione e sullo stadio di cambiamento, così come contemplato nel modello di Prochaska e Di Clemente (precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento). Un incontro di gruppo è dedicato proprio all'analisi del percorso di cambiamento che ogni partecipante sta compiendo.

A distanza di 8 mesi dalla costituzione del gruppo, 7 pazienti frequentano regolarmente, mentre 5 hanno abbandonato per diverse ragioni: incompatibilità con gli orari di lavoro, incompatibilità con il programma terapeutico oncologico particolarmente impegnativo, problemi familiari, decisione di continuare a fumare e infine perché diventata completamente astinente. Tra i pazienti che frequentano regolarmente, 2 sono totalmente astinenti, mentre gli altri hanno ridotto tra il 30% e il 50% il consumo quotidiano di sigarette.

### Problemi aperti

Molte persone smettono di fumare e il percorso sembra molto semplice, altre, invece, richiedono un aiuto farmacologico e/o psicologico e il percorso appare lungo e difficile. Nel processo di disassuefazione a volte sono sufficienti 5 minuti di counselling del proprio medico curante, altre volte tutti gli approcci si rivelano fallimentari. Smettere di fumare per molte persone è quindi un processo tutt'altro che elementare.

I malati oncologici che continuano a fumare si pongono sicuramente tra coloro che necessitano di maggiore aiuto. L'esperienza condotta presso l'Istituto dei Tumori, anche se riguardante un piccolo gruppo di soggetti, pone una serie di questioni che gli psico-oncologi dovranno sicuramente affrontare:

- 1) la persistenza di fumatori anche dopo la diagnosi di malattia oncologica apre un terreno di riflessione sulla necessità di intervenire sin dal momento della diagnosi e del ricovero, attraverso una maggiore sensibilizzazione al problema sia del personale infermieristico sia medico;
- 2) l'interazione tra patologia, stadio clinico, trattamenti antitumorali ed esperienza di tabagismo apre un terreno di confronto sulla proposta di modelli di disassuefazione (tempi, selezione, strategie, obiettivi) che devono essere adattati a questa popolazione specifica;
- 3) l'obiettivo del lavoro terapeutico può anche non essere una totale astinenza, ma una semplice riduzione che ha, in ogni caso, un chiaro effetto benefico sulla qualità di vita e può favorire un'elaborazione del senso di colpa associato al consumo delle sigarette, generalmente presente nei malati oncologici;
- 4) la richiesta dei pazienti può essere motivata in alcuni casi solo dalla paura per la propria salute e quindi cambiare e/o venire meno nel momento in cui essi si sentono rassicurati sull'efficacia delle terapie e sulla remissione della stessa;
- 5) il fumatore affetto da neoplasia che non riesce a smettere neanche in seguito ai vari interventi di sensibilizzazione oggi esistenti ci pone di fronte a problematiche psicologiche molto più vicine a quelle trattate nei centri per gli alcolisti o per i tossicodipendenti piuttosto che a quelli più comunemente riscontrabili nei servizi di psico-oncologia (disturbi dell'adattamento);
- 6) la complessa costellazione psicologica tipica di chi soffre di una patologia da dipendenza richiede una modalità di intervento (tempi, approccio multidisciplinare, risorse, investimenti economici) che può non essere assorbibile nelle strutture psicologiche, ancora così carenti sul territorio italiano, lasciando tuttavia i malati oncologici soli nel gestire questo importante problema.

## Ringraziamenti

Si ringraziano i volontari della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Sezione Milanese e operatori Reiki: Giorgio Baroni, Marta Cantoni, Sandra Dardo, Giuliana Frangipane, Lucia Gazzola, Marina Giani, Ivana Menga, Graziella Miglio, Pia Spinelli, Silvana Rognoni, Vera Vivenza.

## Bibliografia

- Sanderson Cox L, Sloan JA, Pattern CA, Bonner JA, Geyer AM, Stella PJ, Marks RS. Smoking behaviour of 226 patients with diagnosis of stage II non-small cell lung cancer. *Psycho-Oncology* 2002; 11: 472-478.
- Sarna L. Lung cancer in psycho-oncology. Holland JC (Eds), Oxford University press, NY, 1999.
- Browman GP, Mohide EA, Willan A, Hodson I, Wong G, Grimard McKenzie RG, El-Sayed S, Dunn E, Farrel S. Association between smoking during radiotherapy and prognosis in head and neck cancer: a follow-up study. *Head Neck* 2002; 24: 1031-1037.
- Duffy SA, Terrel JE, Valenstein M, Ronis DL, Copeland LA, Connors M. Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. *Gen Hosp Psychiatr* 2002; 24: 140-147.
- Ostroff J, Garland J, Moadel A, Fleshner N, Hay J, Cramer L, Zaubler A, Trambert R, O'Sullivan ME, Russo P. Cigarette smoking pattern in patients after treatment of bladder cancer. *J Cancer Educat* 2000; 15: 86-90.
- Lemon S, Zapka J, Clemow L. Health behavior change among women with recent familial diagnosis of breast cancer. *Preventive Medicine* 2004; 39: 253-262.
- Gritz ER, Nisembaum R, Elashoff RE, Holmes EC. Smoking behavior following diagnosis in patients with stage I non-small cell lung cancer. *Cancer Causes Control* 1991; 2: 105-112.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-1114.
- Schwilk B, Bothner U, Schraag S, Georgieff M. Perioperative respiratory events in smokers and nonsmokers undergoing general anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41 (3): 348-355.
- Moller A, Maaloe R, Pedersen T. Postoperative intensive care admittance: the role of tobacco smoking. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45 (3): 345-348.
- Chang DW, Reece GP, Wang B, Robb GL, Miller MJ, Evans G, Langstein HN. Effects of smoking on complications in patients undergoing free TRAM flap breast reconstruction. *Plastic and Reconst Surg* 2000; 105: 2374-2380.
- Moller A, Villebro N, Pedersen T, Tonnensen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002; 359: 114-117.
- Dresler CM. Is it more important to quit smoking than which chemotherapy is used? *Lung Cancer* 2003; 39: 119-124.
- Videtic GM, Stitt LW, Dar AR, Kocha WI, Tomiak AT, Truong PT, Vincent MD, Yu EW. Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemoradiotherapy for limited-stage small-cell lung cancer is associated with decreased survival. *J Clin Oncol* 2003; 21: 1544-1549.
- Browman GP, Wong G, Hodson I, Sathya J, Russel R, McAlpine L, Skingley P, Levine MN. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *New Eng J Med* 1993; 328, 159-163.
- Rugg T, Saunders MI, Dische S. Smoking and mucosal reactions to radiotherapy. *Br J Radiol* 1990; 63: 554-556.
- Monson JM, Stark P, Reilly JJ, Sugerbaker DJ, Strauss GM, Swanson SJ, Decamp MM, Mentzer SJ, Baldini EH. Clinical radiation pneumonitis and radiographic changes after thoracic radiation therapy for lung carcinoma. *Cancer* 1998; 82: 842-850.
- Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: mechanism and risk. *Journal of the American Medical Association* 1995; 273: 1047-1053, 1995.
- Brockstein BE, Smiley C, Al-Sadir J, Williams SF. Cardiac and pulmonary toxicity in patients undergoing high-dose chemotherapy for lymphoma and breast cancer: prognostic factors. *Bone Marrow Transplant* 2000; 25: 885-894.
- Lippman SM, Lee JJ, Karp DD, Vokes EE, Benner SE, Goodman GE, Khuri FR, Marks R, Winn RJ, Fry W, Graziano SL, Gandara DR, Okawara G, Woodhouse CL, Williams B, Perez C, Kim HW, Lotan R, Roth JA, Hong WK. Randomized phase III intergroup trial of Isotretinoin to prevent second primary tumors in stage I non-small-cell lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93: 605-618.
- Day GL, Blot WJ, Shore RE, McLaughlin JK, Austin DF, Grenberg RS, Liff JM, Preston-Martin S, Sakar S, Schoenberg JF, Faumeni JF. Second cancers following oral and pharyngeal cancers: role of tobacco and alcohol. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86: 131-137.
- Lippman SM, Spitz MR. Lung cancer chemoprevention: an integrated approach. *J Clin Oncol* 2001; 19: 745-825.
- Kawahara M, Ushijima S, Kamimori T, Kodama N, Ogawara M, Matsui K, Masuda N, Takada M, Sobue T, Furue K. Second primary tumors in more than 2-year disease-free survivors of small-cell lung cancer in Japan: the role of smoking cessation. *Br J Cancer* 1998; 78: 409-412.
- Gritz ER, Carmack CL, De Moor C, Coscarelli A, Schacherer CW, Meyers E, Abemayor E. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol* 1999; 17: 352-360.
- Scholl RA, Lerman C. Smoking behavior and smoking cessation among head and neck cancer patients. In: Ensley JF, Gutkind JS, Jacobs JR (Eds), *Head and neck cancer*, San Diego, CA, Academic Press, 2003.
- Gritz ER, Carr CR, Rapkin DA, Chang C, Beumer J, Ward PH. A physician and dentist delivered smoking cessation intervention for head and neck cancer patients in Tobacco and the clinician interventions for medical and dental practice, smoking and tobacco control monograph, n 5, US, Department of Health and Human Service.
- Stanislaw AE, Wewers ME. A smoking cessation intervention with hospitalized surgical patients: a pilot study. *Cancer Nursing* 1994; 17: 81-86.
- Wewers ME, Bowen JM, Stanislaw AE, Desimone VB. A nurse-delivered smoking cessation intervention among hospitalized postoperative patients-influence of a smoking related diagnosis: a pilot study. *Heart&Lung* 1994; 32: 151-156.
- Wewers ME, Jenkins L, Mignery T. A nurse-managed smoking cessation intervention during diagnostic testing for lung cancer. *Oncology Nursing Forum* 1997; 24: 1419-1422.
- Griebel B, Wewers ME, Baker CA. The effectiveness of a nurse-managed minimal smoking cessation intervention among hospitalized patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1998; 25: 897-902.
- Scholl RA, Zhang B, Rue M, Krook J, Spears W, Marcus A, Engstrom P. Brief physician-initiated quit-smoking strategies for clinical oncology settings: a trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol* 2003; 21: 355-365, 2003.
- La Cartella Clinica Psicologica è stata realizzata dal Coordinamento dei Servizi di Psico-oncologia e la versione elettronica è stata presentata da Tasinato D e Cacitti M all'VIII Convegno Nazionale di Psico-oncologia, Acireale 7-11 ottobre 2003.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Smoking cessation: clinical practice guideline, n.18, Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Service, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. *AHCPR publication* n 96-0692, April 1996.

### Indirizzo per la corrispondenza

Dr.ssa Luciana Murru  
Unità Operativa di Psicologia  
Istituto Nazionale Tumori  
Via Venezian 1  
20133 Milano