- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.189.180.244 Sat, 27 Apr 2024, 11:02:23

La gestione del tabagismo nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Tabagism and its management in Italian Psychiatric Intensive Care General Hospital Units

GIOVANNI CORSINI[1]*, ALICE TRABUCCO[1], MATTEO RESPINO[1], MATTEO MAGAGNOLI[1], DANILO SPIRIDIGLIOZZI[1], ANDREA ESCELSIOR[1], MARIO AMORE[1]
*E-mail: giovannipietro.corsini@hsanmartino.it

[1]Clinica Psichiatrica, SPDC, Policlinico San Martino, Genova

«Che io forse abbia amato tanto la sigaretta per poter riversare su di essa la colpa della mia incapacità?
Chissà se cessando di fumare io sarei divenuto l'uomo ideale e forte che m'aspettavo?
Forse fu tale dubbio che mi legò al mio vizio perché è un modo comodo di vivere quello di credersi grande di una grandezza latente».
Italo Svevo, *La coscienza di Zeno*

RIASSUNTO. Obiettivo. L'obiettivo di questo studio è stato valutare la gestione del problema del tabagismo nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), le caratteristiche strutturali dei reparti ospedalieri e come un divieto totale di fumo sarebbe eventualmente accolto da medici e infermieri. **Metodo.** È stato inviato un questionario di 18 quesiti a risposta multipla, inerente le abitudini dei ricoverati fumatori e i regolamenti interni del reparto, al direttore e al coordinatore infermieristico di tutti gli SPDC italiani (228) al fine di incrementare il tasso di risposta e valutare se il problema fosse percepito diversamente dai due gruppi. **Risultati.** Hanno risposto 65 direttori e 79 coordinatori infermieristici. A giudizio di entrambi i gruppi, i pazienti fumatori sono compresi tra il 50 e il 100%. La maggior parte dei reparti è chiusa e non tutti dispongono di uno spazio esterno accessibile: anche per questo motivo un divieto di fumo assoluto in reparto è considerato, da entrambi i gruppi, di difficile attuazione. Una percentuale elevata di reparti, almeno il 30%, è risultata sprovvista di una stanza specifica per il fumo. In molti casi il problema è gestito per mezzo di un'autoregolamentazione, principalmente prendendo in custodia sigarette e accendini e concedendo ai pazienti un numero limitato di sigarette giornaliere. Sarebbe tuttavia apprezzato, soprattutto dagli infermieri, un aumento dell'attenzione e delle risorse dedicate a questo problema: vengono citati come provvedimenti utili la possibilità di garantire ai pazienti la terapia nicotinica sostitutiva, il supporto cognitivo-comportamentale, nonché l'organizzazione di eventi e corsi formativi per gli operatori. Nonostante ciò, entrambi i gruppi intervistati rimangono scettici riguardo alla possibilità di applicare un totale divieto di fumo in SPDC. Esiste tuttavia una differenza nella percezione del problema fra direttori e coordinatori. **Discussione.** L'idea di una politica antifumo in SPDC è ancora rifiutata, in parte a causa del timore non confermato da recenti studi che l'astinenza dal fumo possa peggiorare i sintomi psichiatrici, esacerbare comportamenti violenti o idee e tentativi suicidari, in parte a causa del mancato intervento istituzionale, in parte a causa delle carenze strutturali dei reparti.

PAROLE CHIAVE: SPDC, nicotina, astinenza da nicotina, tabagismo, divieto di fumo in ospedale, miglioramento della salute.

SUMMARY. Aim. The aim of this paper was to survey the current management of the problem of smoking in our Mental Health Units, the structural characteristics of the units and how a total smoking ban would be perceived by doctors and nurses. **Method.** An 18 items survey about smoking habits of inpatients and department inner regulations was sent to the Head Physician and the Charge Nurse of all the Intensive Psychiatric Care General Hospital Units in Italy (228 units), in order to increase the answer rate and to investigate if the perception of the problem is eventually different between the two groups. **Results.** We collected 65 answers from Head Physician and 79 from Nurses. Both groups think that the smoking rates for inpatients are between 50-100%. Most of the units is locked, with or without an external space, so that a total smoking ban is considered difficult to achieve by both groups. A very high rate of units has no specific rooms for smokers. In most cases the issue management is solved by a self-regulation, based on collecting cigarettes and lighters and granting a limited number of cigarettes per day. Anyway, an institutional intervention would be appreciated especially by nurses, who seem to be even more involved in the issue management and both of groups seem to badly judge the lack of sources to face the eventual ban: particularly the possibility to offer nicotine replacement therapy, a cognitive-behavioural support and providing more staff education would all be considered useful to implement the success rate of the ban. By the way, both of groups seem skeptical about the possibility of a total smoking-free policy in Acute Psychiatric Hospital Units. Though, a difference in the problem's perception between the two groups has been noticed. **Discussion.** Smoking cessation remains a neglected area in psychiatry, in part due to misconceptions about smoking in the mentally ill, i.e. the idea that smoking cessation will exacerbate mental illness, aggression and suicide risk, even though these believes are not supported by evidence; in part due to the lack of institutional intervention and the structural deficiencies of the units.

KEY WORDS: Acute Psychiatric Unit, nicotine, abstinence, smoking, smoking ban in hospital, health plan implementation.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.189.180.244 Sat, 27 Apr 2024, 11:02:23

INTRODUZIONE

Il fumo è la principale causa di morte tra i pazienti con disturbi psichiatrici e da abuso di sostanze[1]: in media, gli uomini e le donne con disturbi psichiatrici vivono rispettivamente 15 e 12 anni in meno rispetto ai loro coetanei non affetti da malattie mentali e l'eccesso di mortalità e morbilità in questi pazienti è collegata a patologie per cui il fumo rappresenta un fattore di rischio importante (malattie respiratorie e cardio/cerebrovascolari)[2]. Anche l'incidenza di cancro ai polmoni risulta raddoppiata rispetto alla popolazione generale[3].

Il tabagismo è estremamente diffuso tra individui affetti da malattie mentali: esso mostra una prevalenza del 70% o più, cioè significativamente superiore rispetto alla popolazione generale (21%)[4]: in particolare la percentuale di fumatori tra individui affetti da depressione maggiore e disturbi d'ansia oscilla tra il 40 e il 50%, mentre tra individui affetti da schizofrenia la percentuale di fumatori è addirittura compresa tra il 70 e il 90%[5].

Inoltre, mentre nella popolazione generale c'è stata un significativa riduzione della percentuale dei fumatori nel corso degli anni, ciò non si osserva nella popolazione psichiatrica[6].

La stretta associazione tra tabagismo e malattia psichiatrica è stata a lungo indagata anche da un punto di vista biologico: è ormai noto che la nicotina raggiunga il cervello circa dieci secondi dopo l'inalazione e che stimoli il rilascio di dopamina dal Nucleus Accumbens[7] attraverso l'attivazione di recettori acetilcolinici[8]. Dato che i deficit cognitivi e di attenzione riscontrati nei pazienti schizofrenici sono stati correlati a un'alterata espressione e funzione dei recettori nicotinici cerebrali[9], l'assunzione di nicotina sarebbe negli schizofrenici un tentativo di compenso a una ipoespressione di questi recettori[10]. I recettori nicotinici modulano inoltre l'espressione di tutti i principali neurotrasmettitori, quali serotonina, noradrenalina, GABA e glutammato. Anche questo potrebbe spiegare l'elevato consumo di sigarette nei pazienti psichiatrici. L'inibizione delle MAO-B da parte del tabacco contribuirebbe a spiegare l'ipotesi dell'"automedicazione", per cui il fumo potrebbe avere un'azione antidepressiva[11,12]. Tuttavia, studi condotti con risonanza magnetica su pazienti affetti da depressione maggiore evidenziano un più significativo grado di atrofia corticale nei fumatori rispetto ai non fumatori[13]. Inoltre, il tabagismo è associato a un aumentato rischio suicidario[14] e a un'aumentata prevalenza di tutti i disturbi psichiatrici[15]. L'uso contemporaneo di tabacco sembra inoltre peggiorare la prognosi di altre forme di dipendenza da sostanze[16]. Benché ci siano evidenze di un effetto positivo della nicotina sulle funzioni cognitive, in particolare apprendimento, memoria e attenzione sia in soggetti sani[17-19] sia in quelli affetti da schizofrenia, Alzheimer e ADHD[17,18], l'uso cronico di tabacco si associa a deficit della funzione cognitiva, soprattutto nella memoria verbale[18,19]. Il fumo provoca alterazioni nella funzione respiratoria e questo sembra favorire l'insorgenza del disturbo da attacchi di panico[20]. Infine, le donne che fumano in gravidanza hanno più probabilità di avere figli affetti da ADHD[21] e con forme di ADHD più gravi[22] rispetto a quelle che non fumano.

Al contrario, i pazienti psichiatrici che smettono di fumare mostrano un miglioramento della qualità della vita nonché dei sintomi legati ad ansia, depressione e stress a lungo termine[23].

Nonostante il tabagismo sia dunque considerato uno dei principali fattori peggiorativi lo stato di salute e la trattabilità di questi pazienti, e nonostante i divieti di fumo previsti dalla legge in ambiente ospedaliero, una politica antifumo nei reparti psichiatrici sembra ancora un'utopia, per via del pregiudizio diffuso tra gli operatori della Saluta Mentale secondo cui il paziente psichiatrico non sarebbe interessato a smettere di fumare (o che l'intervento risulti troppo complesso e non si possa contare su adeguate risorse) o che il divieto potrebbe slantetizzare comportamenti aggressivi o di difficile gestione per il personale[24]. Tuttavia, il 42-97% dei pazienti fumatori si è dichiarato interessato a smettere di fumare.

Offrono un punto di vista più ottimistico sul trattamento della dipendenza dal fumo nei pazienti psichiatrici studi compiuti in Gran Bretagna, USA e Australia che dimostrano che:

- i programmi di disassuefazione dal fumo non hanno meno successo nei pazienti psichiatrici rispetto alla popolazione generale, sebbene richiedano una sinergia tra l'intervento farmacologico (bupropione/vareniclina per almeno 12 settimane), la terapia nicotinica sostitutiva e il counseling[25];
- contrariamente all'opinione comune, è stato dimostrato che non risulta incrementato il rischio suicidario durante la disassuefazione, purché integrato con un supporto farmacologico adeguato[26];
- il divieto di fumo si associa a una maggiore responsività agli altri trattamenti per disturbi da abuso di sostanze[16];
- il divieto di fumo nei reparti psichiatrici non è correlato a un aumento grave dell'aggressività dei pazienti[27-30];
- è possibile attuare una politica antifumo in reparto e rendere eventualmente il ricovero l'inizio di un percorso di disassuefazione: la variabilità di successo dipende da molteplici fattori, quali le caratteristiche strutturali delle unità esaminate (chiuse, semi-chiuse, aperte, residenziali), lo stato clinico del paziente ricoverato (acuto, sub-acuto, cronico), il rapporto dello stesso staff sanitario con il fumo[31], nonché la possibilità di fare affidamento sulla terapia nicotinica sostitutiva e sul supporto di figure specializzate, oltre che sulla formazione del personale già presente in reparto[32].

Infine, tutta la problematica della gestione e della limitazione del fumo in reparto riguarda anche la tutela degli operatori e dei pazienti non fumatori dai rischi correlati al fumo passivo.

SCOPO E METODO DELLA RICERCA

Sono stati contattati telefonicamente tutti i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) del territorio nazionale e, a coloro che si sono detti disposti a partecipare, è stato inviato un questionario via e-mail in duplice copia, all'attenzione del direttore di reparto e del coordinatore infermieristico.

Il questionario a 18 item a risposta multipla aveva lo scopo di valutare la percezione e l'opinione da parte dei sanitari:

- sulla diffusione del "fenomeno tabagismo" tra i pazienti ricoverati;

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.189.180.244 Sat, 27 Apr 2024, 11:02:23

- se il ricovero potesse essere esso stesso un fattore di rischio per lo sviluppo di tabagismo;
- il tipo di reparto (chiuso, chiuso con spazio esterno sempre accessibile o accessibile a orari prestabiliti, aperto);
- valutazione delle caratteristiche strutturali degli spazi per fumatori: attrezzati totalmente o parzialmente, esterni o interni, assenti;
- esistenza di protocolli di gestione del tabagismo in reparto: limitazioni orarie o limitazione del numero di sigarette concesse giornalmente; presenza di membri del personale addetti alla sorveglianza dei pazienti mentre fumano; modalità di custodia delle sigarette e degli accendini (custoditi dal personali o lasciati ai ricoverati; eventuale presenza di un accendino piezoelettrico a muro);
- valutazione dei fattori ostacolanti o facilitanti l'applicazione di una politica antifumo in reparto;
- utilità dell'implementazione di meccanismi atti a limitare il numero di sigarette fumate/die;
- accoglimento soggettivo – positivo o negativo – di una politica atta a vietare totalmente il fumo in reparto e rendere il ricovero l'eventuale inizio di un programma di disassuefazione;
- eventuali mezzi di attuazione di tale programma.

L'invio contemporaneo del questionario al medico direttore della struttura e al coordinatore infermieristico è stato pensato sia per aumentare la possibilità di risposte sia per cogliere un'eventuale difformità di visione del problema fra la componente medica e quella infermieristica.

ANALISI DEI RISULTATI

Il questionario è stato inviato a 228 SPDC tra il 30/5/2016 e il 12/01/2017.

Hanno risposto 65 direttori e 79 coordinatori.

Nella Tabella 1 sono riportati il questionario e le percentuali ottenute per le diverse opzioni di risposta.

La maggior parte delle strutture (39,1%) è chiusa oppure chiusa con uno spazio aperto accessibile agli utenti (32,8%). Nel 25% dei casi lo spazio aperto è accessibile solo in determinati orari. Solo una piccola minoranza delle strutture è sempre aperta. Ovviamente direttori e coordinatori rispondono in maniera analoga a questo quesito.

Si conferma la nota associazione tra tabagismo e disturbi psichiatrici: oltre la metà degli intervistati ritiene che la percentuale di fumatori tra i ricoverati sia compresa tra il 50 e l'80%. Il 25% dei direttori e il 40% dei coordinatori ritengono che i fumatori siano addirittura l'80-100% dei ricoverati. La differenza di percentuale nell'opinione più pessimistica fra direttori e coordinatori riflette probabilmente il diverso coinvolgimento nella gestione del problema.

Similmente nella risposta alla domanda se il ricovero possa costituire un fattore di rischio per tabagismo rispondono di no il 76% dei primari e il 56% dei coordinatori.

Quasi la metà degli intervistati (47,1%) ritiene che il motivo principale per lo sviluppo di dipendenza da nicotina durante il ricovero sia attribuibile a fattori imitativi, mentre il 35,3% attribuisce alla noia dovuta ai lunghi tempi disimpegnati la possibile causa di insorgenza del vizio. Scarsa importanza sembra attribuita agli aspetti autoterapici del fumo (11,8%) e ancor meno all'effetto di modulazione del reward system (5,9%).

Praticamente la totalità degli intervistati (98,4%) ammette di non avere delle misure specifiche di gestione dell'astinenza da nicotina. L'utilizzo di cerotti è praticamente inesistente (1,6%).

In oltre la metà dei casi presi in esame (60,9%) il fumo risulta consentito anche all'interno del reparto, in una stanza a norma appositamente adibita; nel 31,3% dei casi è possibile fumare solo in spazio aperto interno al reparto. Solo nel 3,1% dei casi vige un totale divieto di fumo nelle aree di degenza, mentre l'1,6% degli intervistati ammette che i degenti fumino liberamente anche al di fuori degli spazi predisposti.

In circa il 60% dei casi la principale forma di limitazione al tabagismo consiste nel consentire il fumo solo in orari predefiniti. Tuttavia, nel 40% dei casi sembra che questa limitazione sia assente.

Il 70,2% dei primari e solo il 57% dei coordinatori asseriscono che la struttura di lavoro sia dotata di una sala comune per fumatori completamente a norma: abbiamo qui una divergenza tra i due campioni, che potrebbe essere imputabile o alla reticenza dei direttori, circa le lacune delle proprie strutture, o a una tendenza polemica o a una sensazione della componente infermieristica di non essere adeguatamente supportata dal complesso della struttura.

Il 30% degli infermieri e il 20% dei primari rispondono che un operatore è incaricato alla sorveglianza dei degenti mentre fumano: sarebbe interessante capire se tale operatore, nello svolgimento di questa mansione, è esposto al fumo passivo e se gli operatori si prestano volontariamente a questo compito.

Sembra abitudine diffusa quella di non lasciare in custodia ai degenti gli accendini (32,8%) oppure né le sigarette né gli accendini (50%). Tuttavia, mentre solo il 36,8 % dei coordinatori asserisce che non vengono lasciati né sigarette né accendini, il 50% dei direttori ha questa convinzione: si potrebbe dunque ipotizzare che i direttori abbiano l'idea che i divieti nei loro reparti siano maggiormente rispettati.

In un piccolo numero di reparti (9 nelle interviste dei primari e 12 nelle interviste dei coordinatori) è presente un accendino piezoelettrico a muro. Solo il 3,1% degli intervistati riferisce che il reparto lascia in custodia agli utenti sia sigarette sia accendini. Quando la gestione delle sigarette è affidata al personale, nel 67,9% dei casi esso è incaricato di concedere al degente un numero predefinito di sigarette giornaliere. In quasi l'80% dei casi in cui esiste un controllo sul numero di sigarette fumate/die, questo avviene per mezzo di un operatore che, in molti casi, garantisce al degente al massimo una sigaretta l'ora per circa 14 h al giorno.

L'idea che il fumo possa essere totalmente vietato in un reparto psichiatrico appare utopica in quasi la totalità dei casi (93,8%): di questi, il 62,5% riconosce l'utilità del divieto ma non lo ritiene fattibile, mentre il 31,3% degli intervistati non lo ritiene né utile né fattibile.

Nel 69,6% dei casi l'utilità di un eventuale divieto totale di fumo viene ascritta al nocumento arrecato dal fumo alla salute, che andrebbe sempre - almeno idealmente - tutelata in ambiente ospedaliero; indicazione che è altrettanto valida (52,2%) per garantire la tutela degli operatori e dei degenti non fumatori dai rischi del fumo passivo. In oltre la metà dei casi presi in esame, gli intervistati riconoscono al fumo un effetto dannoso sull'ambiente e sulle dinamiche di reparto

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.189.180.244 Sat, 27 Apr 2024, 11:02:23

Tabella 1. Risultati del questionario inviato a 228 SPDC tra il 30/5/2016 e il 12/01/2017.

Domanda	Direttori					Coordinatori				
La struttura di lavoro si caratterizza per essere:	Chiusa 39,1%	Aperta 3,1%	Chiusa con spazio aperto 32,8%	Chiusa con spazio aperto a orari 25%		Chiusa 42,1%	Aperta 3,9%	Chiusa con spazio aperto 38,2%	Chiusa con spazio aperto a orari 15,8%	
Secondo la tua opinione, quale percentuale di pazienti è dipendente da nicotina?	0-20%	20-50% 6,6%	50-80% 52,6%	80-100% 40,8%		0-20%	20-50% 17,2%	50-80% 57,8%	80-100% 25%	
Ritieni che il ricovero presso la vostra struttura possa considerarsi un fattore di rischio per lo sviluppo di dipendenza da nicotina?	Sì 43,4%		No 56,6%			Sì 23,4%		No 76,6%		
Se sì, prevalentemente per quale motivo?	Imitazione degli altri degenti 45,7%	Lunghi tempi disimpegnati 40%	Effetto antidopaminergico dei farmaci/ modulazione reward-system 5,7%	Aspetti autoterapici del fumo 8,6%		Imitazione degli altri degenti 47,1%	Lunghi tempi disimpegnati 35,3%	Effetto antidopaminergico dei farmaci/ modulazione reward-system 5,9%	Aspetti autoterapici del fumo 8,6%	
Avete una misura specifica di gestione dell'astinenza da nicotina?	Sì, l'utilizzo di cerotti appositi 1,6%	No 98,4%	Altro (specificare)			Sì, l'utilizzo di cerotti appositi 3,9%		No 92,1%	Altro (specificare) 3,9% (benzodiazepine; 1 sigaretta/h)	
Quale modalità di gestione del tabagismo adottate durante la degenza?	Il fumo è consentito unicamente all'aperto, durante i permessi d'uscita 3,1%	Il fumo è consentito unicamente in spazio aperto interno al reparto (per es., cortile) 31,3%	Il fumo è consentito anche all'interno del reparto (per es., stanza adibita completamente a norma) 60,9%	Il fumo è consentito all'aperto e all'interno del reparto anche fuori da spazi predisposti 1,6%	Altro 3,1%	Il fumo è consentito unicamente all'aperto, durante i permessi d'uscita 1,3%		Il fumo è consentito unicamente in spazio aperto interno al reparto (per es., cortile) 35,5%	Il fumo è consentito anche all'interno del reparto (per es., stanza adibita completamente a norma) 60,5%	Il fumo è consentito all'aperto e all'interno del reparto anche fuori da spazi predisposti 2,6%	Altro
È presente una limitazione oraria?	Sì 59,4%		No 40,6%			Sì 56,6%		No 43,3%		
Nel caso esista uno spazio predisposto all'interno del reparto, in cosa consiste?	Lo spazio predisposto consiste in una sala comune completamente attrezzata (per es., aspiratore, infissi) 70,2%		Lo spazio predisposto consiste in una sala comune parzialmente attrezzata 29,8%			Lo spazio predisposto consiste in una sala comune completamente attrezzata (per es., aspiratore, infissi) 57,4%		Lo spazio predisposto consiste in una sala comune parzialmente attrezzata 42,6%		

(*Segue*)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.189.180.244 Sat, 27 Apr 2024, 11:02:23

(*Segue*) Tabella 1.

Domanda	Direttori					Coordinatori				
Quando i degenti fumano, è presente fisicamente un membro del personale incaricato della sorveglianza?	Sì 18,8%		No 81,2%			Sì 28,9%		No 71,1%		
Quale modalità di gestione delle sigarette adottate durante la degenza?	Le sigarette sono custodite dagli utenti come anche gli accendini 3,1%	Le sigarette sono custodite dagli utenti, ma non gli accendini 32,8%	Gli utenti non possono custodire né sigarette né accendini 50%	È presente un accendino piezoelettrico a muro 14,1%		Le sigarette sono custodite dagli utenti come anche gli accendini 2,6%	Le sigarette sono custodite dagli utenti, ma non gli accendini 44,7%	Gli utenti non possono custodire né sigarette né accendini 36,8%	È presente un accendino piezoelettrico a muro 15,8%	
Se le sigarette sono gestite dal personale:	C'è un controllo specifico sul numero consumato giornalmente 67,9%		Non c'è un controllo specifico sul numero consumato giornalmente 32,1%			C'è un controllo specifico sul numero consumato giornalmente 61,4%		Non c'è un controllo specifico sul numero consumato giornalmente 38,6%		
Se c'è un controllo sul numero delle sigarette consumate/die, come avviene?	Operatore-dipendente 79,1%	Macchinetta	Altro (specificare) 20,9% (limitazione oraria dalle 7.00 alle 23)			Operatore-dipendente 84,9%	Macchinetta	Altro (specificare) 15,1% (limitazione oraria)		
Ritieni fattibile vietare totalmente il fumo in reparto?	Sì, lo ritengo fattibile e utile 4,7%	Sì, lo ritengo fattibile ma inutile o dannoso 1,6%	Lo ritengo utile ma non fattibile 62,5%	Non lo ritengo né utile né fattibile 31,3%		Sì, lo ritengo fattibile e utile 7,9%	Sì, lo ritengo fattibile ma inutile o dannoso 1,3%	Lo ritengo utile ma non fattibile 59,2%	Non lo ritengo né utile né fattibile 31,6%	
Per quali dei motivi elencati potrebbe essere utile? (puoi indicare più di una risposta)	Il fumo nuoce alla salute e il ricovero deve avere, idealmente, una funzione rieducativa 69,6%	Protezione degli operatori e dei degenti non fumatori dai rischi del fumo passivo 52,2%	L'abitudine al fumo contribuisce a creare un ambiente insalubre e carcerario 28,3%	La gestione delle sigarette e degli accendini determina una sorta di deterioramento del rapporto tra operatori e utenti 30,4%	Altro (specificare) 8,7%	Il fumo nuoce alla salute e il ricovero deve avere, idealmente, una funzione rieducativa 70,7%	Protezione degli operatori e dei degenti non fumatori dai rischi del fumo passivo 55,2%	L'abitudine al fumo contribuisce a creare un ambiente insalubre e carcerario 32,8%	La gestione delle sigarette e degli accendini determina una sorta di deterioramento del rapporto tra operatori e utenti 20,7%	Altro (specificare) 8,6%

(Segue)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.189.180.244 Sat, 27 Apr 2024, 11:02:23

(*Segue*) Tabella 1.

Domanda	Direttori					Coordinatori				
Per quali dei motivi indicati, ritieni sarebbe inutile o dannoso? (puoi indicare più di una risposta)	Il fumo consente agli utenti maggiori occasioni di socialità 20%	Il fumo consente di scaricare situazioni di tensione individuale o gruppale 55%	Penso che vietare il fumo determine-rebbe conseguenze di difficile gestione per gli operatori 75%	Qualora coesista un disturbo da addiction, l'astinenza da nicotina peggiora il craving per altre sostanze (alcool, droghe) 17,5%	Altro 7,5%	Il fumo consente agli utenti maggiori occasioni di socialità 16,7%	Il fumo consente di scaricare situazioni di tensione individuale o gruppale 56,1%	Penso che vietare il fumo determine-rebbe conseguenze di difficile gestione per gli operatori 74,2%	Qualora coesista un disturbo da addiction, l'astinenza da nicotina peggiora il craving per altre sostanze (alcool, droghe) 28,8%	Altro 6,1%
Quanto riterresti utile, in una scala da 1 a 5, l'implementazione di qualche meccanismo di controllo sul numero di sigarette fumate al giorno?	1/5 17,7%	2/5 14,5%	3/5 33,9%	4/5 17,7%	5/5 16,1%	1/5 14,9%	2/5 10,5%	3/5 32,8%	4/5 26,9%	5/5 14,9%
Pensi che, avvalendosi delle norme antifumo vigenti, sarebbe opportuno rendere il ricovero l'inizio di un percorso di disassuefazione dal fumo?	Sì 9,4%		A volte sì 42,2%		No, non può essere un problema del SPDC 42,2%	Altro (specifica-re) 6,3%	Sì 13,2%	A volte sì 28,9%	No, non può essere un problema del SPDC 53,9%	Altro (specificare) 3,9%
Se sì, come pensi potrebbe principalmente avvenire?	Eventi informativi sui rischi del fumo per salute con personale qualificato 38,2%	Prescrizione di una terapia nicotinica sostitutiva 35,3%	Maggiore offerta di attività ricreative e di gruppo per i degenti 67,6%	Possibilità di offrire un'assistenza per la tp dei sintomi astinenziali anche dopo le dimissioni (tp sostitutiva, gruppi motivazional) 32,4%	Altro (specificare) 2,9%	Eventi informativi sui rischi del fumo per salute con personale qualificato 48,8%	Prescrizione di una tp nicotinica sostitutiva 44,2%	Maggiore offerta di attività ricreative e di gruppo per i degenti 62,8%	Possibilità di offrire un'assi-stenza per la tp dei sintomi astinen-ziali anche dopo le dimissioni (tp sosti-tutiva, gruppi motivazio-nali) 48,8%	Altro (specificare) 2,3%

Le risposte "Altro" indicate nella Tabella sono esposte e argomentate nel paragrafo "Analisi dei risultati"; tp = terapia.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.189.180.244 Sat, 27 Apr 2024, 11:02:23

(28,3%: ambiente insalubre; 30,4%: deterioramento delle relazioni tra degenti e operatori, specie quando questi ultimi debbano ricoprire un ruolo "normativo"). Viene inoltre citata l'induzione enzimatica epatica indotta dalla nicotina, con il rischio che possa essere alterato il metabolismo di alcune categorie di farmaci somministrati. Tra gli altri motivi esplicitati dagli intervistati, degno di nota è l'aumento del rischio incendiario nonché di dispute con i non fumatori per la divisione degli spazi di degenza.

La maggior parte degli intervistati riterrebbe dannoso un divieto di fumo totale, in quanto tale attività viene vista come potenzialmente autoterapica in situazioni di tensione individuale o di gruppo (55%). Probabilmente, proprio in ragione di questo, negare all'utente di fumare potrebbe determinare, secondo il 75% degli intervistati, situazioni di tensione e ostilità difficilmente gestibili per gli operatori. Preoccupa anche la frequente coesistenza, in pazienti fumatori, di altri fenomeni di dipendenza, per cui l'astinenza dalla nicotina potrebbe, secondo il 17,5% degli intervistati, peggiorare il craving per altre sostanze d'abuso. Nel 20% dei casi si attribuisce al fumo una potenzialità aggregante tale da favorire più occasioni di socialità. Alcuni intervistati pongono poi l'attenzione sull'aspetto stressogeno del ricovero (e della patologia, evidentemente in fase di scompenso acuto, che ha portato al ricovero) e sulla necessità di non aggiungere in questo frangente altri fattori destabilizzanti.

Il 42,2% dei primari intervistati ritiene che, in determinate circostanze, il ricovero potrebbe essere l'inizio di un percorso di disassuefazione. Un'uguale percentuale (42,2%) invece ritiene che non possa essere un problema dell'SPDC. Al riguardo, tra i coordinatori c'è molto più pessimismo: solo per il 28% il ricovero potrebbe costituire l'inizio di una disassuefazione.

Le possibilità di far coincidere il ricovero con un percorso di disassuefazione dal fumo potrebbero aumentare disponendo di mezzi adatti, sia durante il ricovero stesso (attraverso attività ricreative e riduzione dei tempi disimpegnati; organizzazione di eventi informativi sui rischi del fumo; terapia nicotinica sostitutiva) sia alle dimissioni, garantendo un'assistenza continuativa per la gestione dei sintomi astinenziali (terapia sostitutiva garantita dal SSN, gruppi motivazionali, ecc.). Viene anche prospettata come favorevole a tal fine una collaborazione con il Dipartimento per la gestione delle dipendenze. Tuttavia, i coordinatori sembrano attribuire alla continuità assistenziale (sia in forma di intervento psicologico di sostegno sia di terapia nicotinica sostitutiva) un maggiore valore rispetto ai direttori per garantire il successo di un eventuale percorso iniziato durante il ricovero (48,8% vs 32,4%). Parimenti sembrano dare maggiore importanza rispetto ai direttori al fatto che possa intervenire personale qualificato a organizzare eventi informativi sui rischi del fumo per la salute (48,8 vs 38,2%).

CONCLUSIONI

Nonostante il tabagismo sia un fenomeno estremamente diffuso tra i pazienti psichiatrici, c'è ancora molto scetticismo sulla possibilità di applicare anche in questo contesto i provvedimenti previsti dalla D.Lgl.6 del 12/01/16, i quali impongono il divieto di fumo, oltre che nei reparti ospedalieri, anche nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

I motivi di questo scetticismo si possono così riassumere:

- la maggior parte delle strutture sono chiuse senza sfoghi all'esterno (cortile, terrazzo) oppure chiuse con un spazio esterno cui è possibile accedere solo in determinati orari: queste caratteristiche ovviamente rendono difficoltoso, se non impossibile, applicare un totale divieto di fumo;
- a ciò si aggiungono obiezioni derivanti dalla valutazione delle proprie strutture di lavoro, che in una percentuale ancora troppo alta di casi (il 30% secondo le risposte dei direttori e oltre il 40% secondo i coordinatori) risultano prive di un'area completamente attrezzata e a norma in cui eventualmente permettere ai pazienti di fumare senza danneggiare i non fumatori;
- un non adeguato supporto del SSN che, non fornendo terapia sostitutiva rende difficile applicare divieti più o meno severi in reparto. Non vengono inoltre forniti presidi atti a contrastare la dipendenza (cerotti, chewing-gum, ecc.);
- molti intervistati ritengono di poter peggiorare il decorso della malattia (reazioni aggressive e/o di fuga) e le dinamiche interne al reparto in caso di norme troppo restrittive. Anche per questi motivi, sembra essersi generata una serie di falsi miti, in particolare che i pazienti psichiatrici non siano interessati a smettere di fumare o che l'astinenza da nicotina aumenti il rischio suicidario.

In ogni caso, pare che la maggior parte delle strutture abbia individuato in una sala in qualche modo attrezzata la principale soluzione per limitare il fenomeno del tabagismo in reparto, intervento strutturale di buon senso anche se non esplicitamente indicato dalla legge. Tuttavia, anche un intervento abbastanza elementare come questo, che appare una misura effettivamente indispensabile per contenere il problema, è spesso mancante o allestito in modo incompleto rispetto agli standard usuali per uno spazio per fumatori. Inoltre, sono diffuse pratiche di autonoma regolamentazione dei reparti che prevedono soprattutto l'intervento del personale infermieristico, il quale è spesso chiamato a concedere un numero limitato di sigarette al giorno e quindi a custodirle. In rari casi, sembra che questo stesso personale sia anche addetto alla sorveglianza dei degenti mentre fumano: ciò solleva il problema dell'esposizione al fumo passivo.

Il personale infermieristico appare quindi più gravato dal problema, sia per il ruolo "normativo" che si trova spesso a svolgere suo malgrado, sia per il più prolungato contatto con i degenti.

Non è dunque un caso che gli infermieri riflettano forse più fedelmente, nelle loro risposte, lo stato di difficoltà in cui si trovano a operare, denunciando in percentuale maggiore rispetto ai direttori le difformità rispetto alla norma delle strutture di lavoro, le eventuali trasgressioni rispetto alla regolamentazione interna adottata (per es., rispetto alla custodia di sigarette e accendini), la necessità di un loro impiego quali incaricati alla sorveglianza dei degenti mentre fumano. Per questi motivi esprimono uno scetticismo più radicato sulla possibilità di rendere il ricovero l'inizio di un percorso di disassuefazione. Tuttavia riconoscono un maggior valore alla possibilità di interventi esterni (eventi educativi con personale qualificato, strutture atte a proseguire il percorso dopo le dimissioni nelle quali vengano fornite la terapia sostituti-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.189.180.244 Sat, 27 Apr 2024, 11:02:23

va e un intervento di counseling): ciò conferma il bisogno di un intervento istituzionale responsabile e concreto (includendo anche una mobilitazione di risorse per questo scopo), che non lasci alla buona volontà o alle politiche interne di reparto il peso decisionale su un tema così significativo e delicato. Sarebbe probabilmente importante anche un pronunciamento delle società scientifiche su linee-guida da seguire per gestire il problema del fumo e sul benessere dei pazienti con disturbi psichici gravi.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Moss TG, Weinberger AH, Vessicchio J, et al. A tobacco reconceptualization in Psychiatry (TRIP): towards the development of tobacco-free psychiatric facilities. Am J Addict 2010; 19: 293-311.
2. Lawrence D, Hancock JK, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia. Retrospective analysis of population based registers. BMJ 2013; 346: f25-39.
3. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 177: 212-7.
4. Hughes JR. Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry 1993; 54: 109-14.
5. Ziedonis DM, George TP. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. Schizophr Bull 1997; 23: 247-54.
6. Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: a biopsychosocial perspective. Aust N Z J Psychiatry 2007; 41: 572-80.
7. Pontieri FE, Tanda G, Orzi F et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. Nature 1996; 382: 255-7.
8. Clarke PB. Mesolimbic dopamine activation: the key to nicotine reinforcement? Ciba Found Symp 1990; 152: 153-62; discussion 162-8.
9. Leonard S, Breese C, Adams C, et al. Smoking and schizophrenia: abnormal nicotinic receptor expression. Eur J Pharmacol 2000; 393: 237-42.
10. Patkar AA, Gopalakrishnan R, Lundy A, et al. Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2002; 190: 604-10.
11. Quattrocki E, Baird A, Yurgelun-Todd X. Biological aspects of the link between smoking and depression. Harv Rev Psychiatry 2000; 8: 99-110.
12. Fowler JS, Volkow ND, Wang GJ, et al. Inhibition of monoamine oxidase B in the brains of smokers. Nature 1996; 379: 733-6.
13. Zorlu N, Cropley V, Zorlu PK et al. Effects of cigarette smoking on cortical thickness in MDD. J Psychiatr Res 2016; 84: 1-8.
14. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, et al. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. Am J Psychiatry 2003; 160: 773-9.
15. Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypothesis. Neurosci Biobehav Rev 2005; 29: 1021-34.
16. Prochaska JJ. Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: a form of harm reduction? Drug Alcohol Dep 2010; 110: 177-82.
17. Levin ED. Complex relationships of nicotinic receptor actions and cognitive functions. Biochem Pharmacol 2013; 86: 1145-52.
18. Swan GE, Lessov-Schlaggar CN. The effects of tobacco smoke and nicotine on cognition and the brain. Neuropsychol Rev 2007; 17: 259-73.
19. Campos MW, Serebrisky D, Castaldelli-Maia JM. Smoking and cognition. Curr Drug Abuse Rev 2016; 9: 76-9.
20. Fadda E, Galimberti E, Cammino S, et al. Smoking, physical activity and respiratory irregularities in patients with panoc disorder. Riv Psichiatr 2013; 48: 293-300.
21. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, et al. Prenatal risk factors and the etiology of ADHD-review of existing evidence. Curr Psychiatry Rep 2017; 19: 1.
22. Thakur GA, Sengupta SM, Grizenko N, et al. Maternal smoking during pregnancy and ADHD: a comprehensive clinical and neurocognitive characterization. Nicotine Tob Res 2013; 15: 149-57.
23. Mendelson CP, Kirby DP, Castle DJ. Smoking and mental illness. An update for psychiatrists. Australasian Psych 2015; 23: 37-43.
24. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. Can J Psychiatry 2009; 54: 368-78.
25. Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: toward clinical best practices. Harv Rev Psychiatry 2015; 23: 90-8.
26. Penberthy JK, Penberthy JM, Harris MR, et al. Are Smoking cessation treatments associated with suicidality risk? An overview. Subst Abuse 2016; 10: 19-30.
27. Boumaza S, Lebain, Brazo P. Tobacco smoking and psychiatric intensive care unit: impact of the strict smoking ban on the risk of violence. Encephale 2015; 41 Suppl 1: S1-6.
28. Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? Are view of the research. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39: 866-85.
29. Greeman M, McClellan TA. Negative effects of a smoking ban on an inpatient psychiatry service. Hosp Community Psychiatry 1991; 42: 408-12.
30. Velasco J1, Eells TD, Anderson R, et al. A two-year follow-up on the effects of a smoking ban in an inpatient psychiatric service. Psychiatr Serv 1996; 47: 869-71.
31. Zabeen S, Tsourtos G, Campion J, et al. Type of unit and population served matters when implementing a smoke-free policy in mental health settings: perceptions of unit managers across England. Int J Soc Psychiatry 2015; 61: 700-10.
32. Lawn S, Campion J. Factors associated with success of smoke-free initiatives in Australian psychiatric inpatient units. Psychiatr Serv 2010; 61: 300-5.