



## Vivere bene con il cancro:

# Spegnila!

## Il paziente oncologico e il percorso di disassuefazione da fumo



**Dott. Roberto Boffi**  
Pneumologo  
Responsabile Centro Antifumo  
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano



**La disassuefazione dal fumo è un'ottima occasione per il paziente oncologico di essere coinvolto nelle proprie cure, vedendo valorizzata la sua soggettività.**

**“P**erché dovrei smettere? Per non farmi venire il cancro? Già ce l’ho, quindi è inutile”. Sono queste le parole che spesso sentiamo dai nostri pazienti oncologici dell’Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, ai quali chiediamo se siano interessati ad essere affiancati ed aiutati nello smettere di fumare. Secondo loro e, purtroppo, anche secondo molti medici, lo “stop fumo” non avrebbe una ragion d’essere, in quanto andrebbe solo ad aggiungere un ulteriore stress che potrebbe addirittura peggiorare una situazione già molto delicata.

La nicotina è, effettivamente, in grado di modulare alcuni processi psicofisiologici che apparentemente possono aiutare il paziente in alcuni suoi momenti di difficoltà: tale molecola, tramite il legame con i recettori nicotinici, stimola, infatti, la produzione di dopamina (il cosiddetto “ormone del piacere”) in grado di provocare uno stato di benessere generalizzato, aumenta la produzione di endorfine, sostanze chimiche prodotte dall’encefalo, che hanno un’attività analgesica e, infine, è in grado di stimolare la produzione di acetilcolina, un altro neurotrasmettitore presente a livello cerebrale, e conseguentemente di migliorare i processi cognitivi. Questo alcaloide però, è solo una delle 4000 e

più molecole presenti nel fumo di tabacco: monossido di carbonio, catrame, metalli pesanti, ammoniaca e aldeidi sono alcune delle 400 sostanze tossiche che ogni fumatore introduce nei propri polmoni, sostanze che non recano alcun beneficio all’organismo e che spesso invece lo danneggiano in maniera irreparabile.

Riteniamo quindi che smettere di fumare sia un imperativo anche per i pazienti oncologici: l’eliminazione del fumo di sigaretta, per esempio, migliora la prognosi e riduce il rischio di nuovi tumori, grazie ad una migliore ossigenazione tissutale permette alla chemioterapia e alla radioterapia di agire più efficacemente e con effetti collaterali di minor rilevanza, riduce i rischi di comparsa di complicanze polmonari in seguito ad interventi di chirurgia toracica, facilita il recupero post-operatorio con conseguente diminuzione dei tempi di ricovero, diminuisce i rischi di sviluppare infezioni a livello delle ferite chirurgiche e ne velocizza la cicatrizzazione e, non da ultimo, migliora la qualità della vita grazie all’aumento dell’autostima che deriva da un investimento fruttuoso sul proprio benessere. In sintesi, è importante sottolineare che non solo è ampiamente riconosciuto il ruolo del fumo di sigaret-



**Dott.ssa Chiara Veronese**  
Farmacologa  
Centro Antifumo  
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

IMPATTO DEL FUMO E DELLA CESSAZIONE DEL FUMO DOPO UNA DIAGNOSI DI CANCRO		
Anormalità patologica	Impatto della prognosi	Impatto sulla qualità della vita
Cancro ai polmoni	Il fumo aumenta il rischio di un secondo tumore e di una prognosi meno positiva	I pazienti che smettono riportano meno affaticamento e meno mancanza di fiato, aumentano il livello di attività migliorano il sonno e l'umore
Cancro alla testa e al collo	I pazienti con tumore alla testa e al collo che smettono di fumare possono diminuire lo sviluppo di un secondo tumore primario legato al tabacco	I fumatori hanno funzioni fisiche significativamente più povere, una sensazione generale di salute, di vitalità, di funzioni sociali ed emotive inferiori rispetto ai non fumatori
Cancro al rene a cellule chiare	I fumatori hanno mostrato un maggior rischio di morte (+31%) rispetto ai non fumatori	
Linfoma di Hodking's	Il fumo aumenta il rischio associato a CT e RT	
Linfoma non Hodgkin's	Più elevato rischio di morte e meno sopravvivenza	
Pazienti con cancro al seno	Rischio di un secondo cancro primario ai polmoni dopo RT ; prognosi meno positiva	
Cancro della cervice trattato con irradiazione primaria	La prognosi della cura è meno favorevole del 25%	Aumenta dell'85% la percentuale di effetti collaterali pericolosi
Prostata	Maggior sopravvivenza (+30%) nei non fumatori	
Vescica: cancro a cellule transizionali superficiali	Diminuisce il tasso di sopravvivenza libero da recidiva tra i fumatori che non smettono rispetto a chi smette o agli ex fumatori	Diminuisce il tasso di sopravvivenza privo di eventi avversi rispetto a chi smette o è un ex fumatore
Tutti i pazienti affetti da cancro		Non fumatori e ex fumatori hanno una più elevata Qualità della Vita rispetto a chi ancora fuma; la QdV diminuisce con l'aumentare dell'intensità del fumo

*QdV: qualità della vita ; CT chemioterapia; RT: radioterapia*

ta come causa di tumore, ma che il trattamento della dipendenza da nicotina è importante anche dopo la diagnosi di cancro per massimizzare i risultati dei trattamenti farmacologici ed evitare inefficienze nell'utilizzo delle risorse disponibili di cura (vedi tabella). Inoltre, è ormai ampiamente dimostrato che continuare a fumare dopo la diagnosi di cancro influenza la sopravvivenza in pazienti con neoplasie non solo fumo-correlate. A tal proposito, è significativo che “non fumare” sia al primo posto nelle recenti raccomandazioni degli epidemiologi di Harvard per i soggetti affetti da tumore della prostata, contenute nell'importante studio HPFS – *Health Professionals Follow-Up Study*.

**I supporti che aiutano a superare la dipendenza dal fumo**

Spesso, però, avere avuto una diagnosi oncologica e venire a conoscenza dei motivi sopraelencati

non è sufficiente a persuadere una persona a smettere di fumare e a condurre una vita più salutare: il persistere, nonostante una conscia auto- distruttività, è - la maggior parte delle volte - il segno distintivo di un comportamento di dipendenza conclamata. La nicotina, infatti, agendo a livello del sistema nervoso centrale, causa una dipendenza che può essere addirittura superiore a quella che si instaura in seguito al consumo di droghe quali cocaina ed eroina. Di conseguenza, i pazienti oncologici possono avvalersi di diversi supporti farmacologici antifumo. Come prima scelta c'è la **terapia nicotinicistica sostitutiva**, che prevede l'assunzione di sola nicotina attraverso dispositivi quali cerotti, gomme, caramelle o inalatori, con un dosaggio da scalare mensilmente in tre mesi: lo scopo di tale trattamento è quello di gestire l'astinenza da “stop fumo”, diminuendo il *craving* (desiderio), l'ansia, l'insonnia, il nervosismo e l'irritabilità. In alternativa vi sono

anche farmaci antifumo più potenti, da assumere per via orale per due o tre mesi, come la *vareniclina*, il *bupropione* e la più recente *citistina*. Ai supporti farmacologici è inoltre fondamentale che sia affiancato un *counselling*, gestito da un professionista, il cui obiettivo è il miglioramento della qualità di vita del paziente, sostenendo i suoi punti di forza e le sue capacità di autodeterminazione e offrendo uno spazio di ascolto e di riflessione, nel quale manifestare stati di crisi e rinforzare capacità di scelta o di cambiamento. L'esperienza dell'Istituto Nazionale dei Tumori dimostra come sia possibile migliorare le attività di prevenzione e cura dei centri oncologici attraverso un'assunzione del problema del controllo del tabagismo e l'instaurazione di un'alleanza tra gli operatori sanitari e coloro che sono le principali vittime delle multinazionali del tabacco: i fumatori che, sfortunatamente, sono diventati anche pazienti oncologici. ■