



Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

# “Il tabagismo in psichiatria e i suoi falsi miti: una revisione della letteratura”

Relatore: Dott. CAMUCCIO Carlo Alberto

Laureanda: Dalla Corte Michela

Anno Accademico 2014 – 2015

<b>INDICE</b>	II
<b>ABSTRACT</b>	III
<b>INTRODUZIONE</b>	IV
<b>BACKGROUND</b>	V
<b>1. MATERIALI E METODI</b>	VI
1.1.Obiettivi di ricerca	VI
1.2. <i>Key word</i> : le parole chiave	VII
1.3.La fonte dei dati	VIII
1.4.Criteri di inclusione ed esclusione	VIII
<b>2. RISULTATI DELLA RICERCA</b>	IX
2.1.I “5 falsi miti” sul perché la maggior parte dei malati mentali è tabagista	IX
2.2. <u>Mito numero uno</u> : il fumo come automedicazione	IX
2.2.1. La relazione tra nicotina e sistema dopaminergico	XI
2.2.2. La nicotina come automedicazione per ridurre gli effetti dei farmaci antipsicotici	XII
2.3. <u>Mito numero due</u> : le persone con problemi mentali non sono interessate a smettere di fumare	XIV
2.4. <u>Mito numero tre</u> : le persone con problemi mentali non sono in grado di smettere di fumare	XVII
2.5. <u>Mito numero quattro</u> : smettere di fumare interferisce con il processo di guarigione, elimina le strategie di coping e porta allo scempenso	XXII
2.6. <u>Mito numero cinque</u> : smettere di fumare non è una priorità per il malato mentale	XXV
<b>3. DISCUSSIONE</b>	XXVI
<b>4. CONCLUSIONI</b>	XXVII
<b>5. BIBLIOGRAFIA</b>	XXIX
<b>6. ALLEGATI</b>	XXXVI

## ABSTRACT

*Obiettivi.* Con questo elaborato abbiamo voluto approfondire la tematica del tabagismo in ambiente psichiatrico, in particolare il perché ai malati mentali venga consentito fumare all'interno di luoghi di cura come un Servizio di Psichiatria di Diagnosi e Cura (SPDC). Ci siamo concentrati sullo sviluppo delle false credenze che circondano il tabagismo delle persone affette da disturbi mentali.

*Metodi.* Per l'elaborazione di questa tesi sono stati consultati i principali database medici (PubMed, CINAHL), i motori di ricerca generici (Google, Google Scholar) e libri di testo di interesse infermieristico.

*Risultati.* I falsi miti del tabagismo in area psichiatrica risultano essere cinque: il fumo come automedicazione, le persone con problemi mentali non nutrono interesse a smettere di fumare, non sono in grado di sospendere questa abitudine, la cessazione del fumo interferisce con il processo di guarigione, elimina le strategie di coping e porta allo scompenso e smettere di fumare non è una priorità per il malato psichiatrico. Questi falsi miti risultano tali. L'unica credenza difficile da sfatare è la priorità data all'intervento di smettere di fumare. Pare che gli operatori sanitari siano consapevoli dell'impatto del fumo sui loro pazienti, ma accettano per norma culturale che possano fumare.

*Conclusioni.* Lo staff medico – infermieristico ha a disposizione gli strumenti e le capacità per aiutare queste persone a smettere di fumare, ma si rende necessaria una maggior presa di coscienza del ruolo dell'infermiere come operatore e promotore della salute.

## INTRODUZIONE

Durante l'esperienza di tirocinio presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) della ULSS 2 di Feltre (BL), ho avuto modo di constatare come la maggior parte dei pazienti in cura presso il servizio di psichiatria fosse tabagista. La maggior parte del tirocinio lo ho svolto all'interno del Servizio di Psichiatria di Diagnosi e Cura (SPDC) ma ho anche frequentato, per periodi brevissimi, la CTRP (Comunità Terapeutica Residenziale Protetta), il CMS (Centro di Salute Mentale) e il Day Hospital territoriale. In ognuna di queste realtà ho notato differenze nella gestione dell'attività tabagica. Per esempio nel SPDC il divieto assoluto di fumo doveva essere rispettato dalle ore 21.00 alle ore 8.00 del mattino seguente. In linea generale ad ogni degente fumatore veniva concessa una sigaretta all'ora, ma questa "regola" non scritta veniva spesso infranta se il degente riusciva a, per così dire, corrompere l'infermiere o l'operatore socio sanitario con la promessa che nelle ore successive avrebbe mantenuto il rigore. Spesso, però, il fumatore riusciva a "vincere" il tira e molla di concessione/negazione della sigaretta per sfinimento dell'operatore, che, pur di vedersi allontanare il malato che non gli concedeva il tempo necessario per svolgere le proprie attività, gli concedeva la sigaretta. A volte capitava che non si segnassero su di un foglio le sigarette date e i degenti sfruttavano questa mancanza chiedendo ad operatori diversi, che spesso non erano presenti alla precedente concessione, che venisse data loro la sigaretta che gli spettava. In CTRP, invece, le sigarette erano autogestite: alla mattina alle 8.00 veniva dato un pacchetto di sigarette ad ogni fumatore che doveva bastare fino alla sera perché la ricarica di sigarette veniva concessa solo al mattino seguente. Anche qui il divieto di fumo assoluto era mantenuto nelle ore notturne. Al Day Hospital, invece, non vigeva nessuna restrizione, per cui i frequentanti potevano concedersi di fumare a qualsiasi ora e qualsiasi quantità. Quello che più mi ha colpito, però, è che, a differenza delle altre realtà intra-ospedaliere, ai pazienti della Psichiatria sia concesso fumare all'interno del reparto. L'SPDC risulta essere l'unica Unità Operativa dotata di "sala fumo", una stanza dotata di finestre (perlopiù sempre chiuse per motivi di sicurezza) e di aspiratori. La ULSS 2, insieme a tutte le Aziende Ospedaliere del Veneto, ha aderito al "Programma di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della Legge 3/2003" ("Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione" *Legge 16 gennaio 2003, n° 3*; in particolare l'articolo 51 "*Tutela della salute dei non fumatori*" comma 10: "*Restano ferme le disposizioni che disciplinano il*

*divieto di fumo nei locali delle pubbliche amministrazioni*”). Questo programma prevede la predisposizione di linee guida operative per la corretta applicazione della normativa in chiave di “promozione della salute”.<sup>1</sup> Da qui sono sorte le domande alle quali cercherò di dare risposta con la seguente tesi di laurea: “perché nell’U.O. di SPDC ai pazienti è consentito fumare?”, “quali sono le strategie che possono essere messe in atto dall’equipe medico-infermieristica per ridurre l’incidenza del fumo di sigaretta tra la popolazione psichiatrica?”.

## BACKGROUND

La relazione tra l’uso di tabacco e i disturbi mentali è complessa. Secondo i dati trovati in letteratura, tra le persone affette da disturbi psichiatrici il rischio di essere fumatore è circa il doppio che nella popolazione generale. In uno studio di Lesser (Lesser K. *et al.*, 2000<sup>2</sup>) gli individui con problemi mentali nell’ultimo mese hanno mostrato un tasso di tabagismo del 41% (fumando il 44,3% delle sigarette complessivamente consumate negli Stati Uniti) a confronto del 22,5% della popolazione generale.

	<b>Popolazione generale</b>	<b>Problemi psichici cronici</b>	<b>Problemi psichici nell’ultimo mese</b>
<b>% Fumatori attuali</b>	22,5	34,8	41
<b>% Fumatori lifetime</b>	39,1	55,3	59
<b>% di sigarette fumate sul totale della popolazione</b>			44,3

*Tabella I. Dati estratti dal lavoro di Lesser K. et al., 2000<sup>2</sup>.*

Dalla loro indagine è emerso che i fumatori erano prevalente uomini di età compresa tra i 25 e i 34 anni, che hanno ricevuto una buona preparazione scolastica e che hanno vissuto esperienze di separazione, divorzio o lutto del/la compagno/a<sup>2</sup>.

Secondo alcuni autori, le persone con diagnosi di schizofrenia tenderebbero a fumare più sigarette al giorno rispetto alle persone con altri disturbi mentali e, in generale, rispetto alla

popolazione senza patologie psichiatriche. Oltre a fumare un numero maggiore di sigarette al giorno, tendono a scegliere quelle con una maggior concentrazione di catrame. I fumatori schizofrenici sembrano essere in grado di estrarre dalle sigarette una maggior quota di nicotina<sup>3</sup>. Per alcuni ricercatori, più del 60% degli schizofrenici risulta essere tabagista<sup>4,5</sup> (con una percentuale variabile dal 60 al 90%), mentre tra le persone con diagnosi di disturbo bipolare il 51- 63% risulta forte consumatore di sigarette<sup>6</sup>.

In un indagine su un campione di 43093 persone con problemi mentali degli Stati Uniti è emerso che quasi il 25% fuma sigarette e quasi il 30% fa uso di tabacco o dei suoi derivati. La percentuale dei dipendenti da nicotina era quasi il 13%, tra i quali il 14% era costituito da uomini e l'11% da donne.<sup>7</sup> Il numero di sigarette mediamente fumate da persone affette da turbe psichiche è 19<sup>8</sup>.

Dalla letteratura consultata appare che l'inizio dell'attività da tabagista di una persona con problemi mentali preceda l'insorgere di quest'ultimi<sup>9</sup>.

Purtroppo non ci sono dati in letteratura per quanto riguarda la prevalenza dei fumatori con malattie mentali in Italia. Il quadro dei fumatori al 2014 è il seguente: 11,3 milioni (22% della popolazione) erano complessivamente i tabagisti, di cui 6,2 milioni erano uomini (25,4%) e 5,1 milioni le donne (18,9%). 6,6 milioni (12,8%) sono invece le persone che hanno intrapreso un percorso di cessazione o che sono riuscite ad abbandonare l'abitudine tabagista: di questi 4,6 milioni sono uomini e 2 milioni sono donne. In linea generale è emerso che l'abitudine al fumo risulta più diffusa tra gli uomini e la fascia d'età con la maggior prevalenza di fumatori è 25 – 44 anni. La media delle sigarette fumate giornalmente è 13 ma oltre il 70% ne consuma più di 10 e quasi il 30% supera il pacchetto al giorno. La maggioranza dei fumatori ha fumato la prima sigaretta alla soglia dei 18 anni<sup>10</sup>.

## **1. MATERIALI E METODI**

### **1.1. Obiettivi di ricerca**

Lo scopo di questa revisione è comprendere quali sono le motivazioni che portano la grande maggioranza di malati mentali a fumare. Cercherò di spiegare perché ai malati mentali venga permesso di fumare in ambienti di cura e se questa deroga ha fondamenti scientifici. Altro

obiettivo di questo elaborato è quello di capire se esistono tecniche farmacologiche e/o tecniche complementari che possono aiutare queste persone a smettere di fumare.

## 1.2. *Key word*: le parole chiave

Per il reperimento delle fonti è stata svolta una ricerca nei principali database biomedici ed infermieristici attraverso l'utilizzo di specifici "MeSh terms" combinati con operatori booleani (AND, OR): da queste banche dati è stato possibile effettuare una selezione degli articoli ritenuti validi per lo studio in oggetto.

La prima fase di ricerca è stata svolta con le seguenti parole chiave:

***smoking cessation AND mental health AND review AND psichiatria AND tabagismo***

I limiti posti a tale ricerca sono:

- Review
- Free full text
- Published from 1990 to 2015

La revisione trovata con queste parole chiave indica come ai pazienti psichiatrici non vengano dati consigli e supporto su come smettere di fumare.

La seconda fase di ricerca si è focalizzata sul perché non vengano date informazioni ai malati mentali su come smettere di fumare e perché questo risulti, invece, importante per l'impatto sulla salute. Pertanto le parole chiave utilizzate su Google Scholar, PubMed e CINAHL sono state le seguenti:

***Smoking cessation AND mental illness AND information***

Con questa ricerca è stato trovato il lavoro che spiega perché, erroneamente, ai pazienti psichiatrici viene consentito fumare e perché la promozione della salute in questo contesto venga meno.

La terza fase della ricerca si è focalizzata sull'approfondimento dei "cinque falsi miti" indicati dalla dottoressa Prochaska (2011)<sup>11</sup>. Le *key word* utilizzate sono state le seguenti:

***depression OR schizophrenia AND self medication AND nicotine psychiatry OR mental health AND quit smoking AND interest (AND addiction) psychiatry patient AND quit smoking decompensation mental health AND smoking cessation***

### *smoking cessation AND perceived AND nurse AND mental illness*

Per l'approfondimento del quinto "falso mito" ("smettere di fumare non è una priorità per il malato mentale) è stato anche consultato il sito [www.tobaccofreenurses.org](http://www.tobaccofreenurses.org) alla sezione II della voce "Publications" (TFNI Library 1996 – 2012 Archieve) "Nursing knowledge, beliefs and attitudes about tobacco and smoking cessation".

#### 1.3. Le fonti dei dati

La maggior parte degli articoli oggetto dell'elaborato sono stati rinvenuti nelle banche dati PubMed, CINAHL e nel motore di ricerca Google Scholar. Sono stati considerati prevalentemente articoli *full text*, in mancanza di questi, sono stati analizzati gli *abstract*. Altre fonti sono state ricavate dalla consultazione delle bibliografie degli articoli full text selezionati per la ricerca.

Sono state, inoltre, consultati motori di ricerca generici nei quali sono stati inseriti gli stessi MeSh terms sopracitati.

#### 1.4. Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati presi in considerazione solamente i lavori che trattavano del fumo di sigaretta (non sigaro, marijuana o altro) e che avessero come soggetti persone adulte (19-65 anni). Sono state escluse demenze, Alzheimer e tossicodipendenze. Per ogni "falso mito" è stato impostato un P.I.C.O. Viene riportato per ogni P.I.C.O. la stringa di ricerca utilizzata per il reperimento del materiale utile. In allegato sarà possibile prendere visione delle tabelle che riassumono, per ogni P.I.C.O., i lavori che sono stati presi in considerazione.



## 2. RISULTATI DELLA RICERCA

### 2.1. I “5 falsi miti” sul perché la maggior parte dei malati mentali è tabagista

Prochaska (2011)<sup>11</sup> con il suo lavoro *Smoking and mental illness* risponde al nostro quesito sul perché ai pazienti ricoverati presso strutture che erogano assistenza psichiatrica è consentito fumare. Infatti secondo la ricercatrice sono cinque i “falsi miti” che fanno sì che venga permesso ai malati mentali di fumare anche in aree dove normalmente vige il divieto di fumo (come gli ospedali e tutti i luoghi di cura). Ecco di seguito l’elenco dei “falsi miti” che verranno approfonditi, punto per punto, nel seguente elaborato:

- 1) Il fumo come automedicazione
- 2) Le persone con problemi mentali non sono interessate a smettere di fumare
- 3) Le persone con problemi mentali non sono in grado di smettere di fumare
- 4) Smettere di fumare interferisce con il processo di guarigione e può portare allo scompenso della malattia mentale
- 5) Smettere di fumare, per queste persone, non è una priorità.

### 2.2. Mito numero uno: il fumo come automedicazione

P.I.C.O.

**P.** La popolazione considerata è quella dei malati mentali con diagnosi di schizofrenia e depressione.

**I.** Il fumo non è un’automedicazione:

- La nicotina contenuta nelle sigarette può essere sostituita con cerotti o gomme da masticare a base di nicotina (*NRT: Nicotine Replacement Treatment*- trattamento sostitutivo con nicotina)
- I composti idrocarburici derivati dalla combustione della sigaretta interferiscono sulla biodisponibilità dei farmaci antipsicotici

**C.** La comparazione viene fatta tra due approcci utilizzati per smettere di fumare: tra solo trattamento farmacologico (Bupropione Vareniclina e NRT) e combinazione tra trattamento farmacologico e trattamento comportamentale.

**O.** Il risultato atteso è una riduzione del numero di sigarette fumate al giorno e la comprensione da parte della popolazione considerata, degli effetti negativi che il fumo ha sulla salute.

<b>P</b> (popolazione)	Malati schizofrenici e depressi
<b>I</b> (intervento)	Il fumo interferisce con i farmaci antipsicotici
<b>C</b> (comparazione)	Tra trattamento farmacologico e quest'ultimo in combinazione con trattamento farmacologico
<b>O</b> (outcome- risultati)	Riduzione del numero di sigarette fumate/die

***depression OR schizophrenia AND self medication AND nicotine***

Da quanto trovato in letteratura, questo “falso mito” risulta difficile da sfatare. Secondo la Prochaska et al. (2008)<sup>12</sup>, le industrie del tabacco sarebbero le responsabili della divulgazione dell'erronea informazione secondo la quale le persone affette da schizofrenia sarebbero, in un certo modo, immuni al fumo di sigaretta. Controllando e finanziando la ricerca, le stesse industrie sarebbero riuscite a dimostrare le proprietà curative del tabacco e a giustificarne, conseguentemente, l'uso negli ambienti di cura. Secondo Manzella F. et al. (2015)<sup>8</sup> non ci sarebbero dati sufficienti in letteratura che permettano di giustificare in maniera assoluta questa ipotesi.

A quanto pare, però, la Prochaska e la Manzella si trovano a nuotare contro corrente.

Sono molti, infatti, gli autori che sostengono la tesi del fumo come automedicazione.

Dalla letteratura analizzata sono emersi due filoni di pensiero che spiegano il perché del fumo come automedicazione. Il primo supporta la relazione tra la nicotina e il sistema dopaminergico mentre il secondo appoggia l'ipotesi secondo la quale i malati psichiatrici fumatori troverebbero nel fumo un alleato per ridurre gli effetti negativi dei farmaci antipsicotici.

### 2.2.1. La relazione tra nicotina e il sistema dopaminergico

Secondo Ziedonis D.M. e George T.P. (1997)<sup>4</sup> i pazienti schizofrenici fumerebbero perché la nicotina sarebbe in grado di alleviare i sintomi negativi della patologia (apatia, isolamento sociale, disfunzione delle relazioni sociali). Affermano che la nicotina sarebbe in grado di produrre effetti simili alla Clozapina in quanto stimolerebbe la regione corticale ad aumentare il rilascio di dopamina, riducendo pertanto, gli effetti negativi che accompagnano la malattia.

Anche Kumary V. e Postma P. (2005)<sup>3</sup> sostengono l'ipotesi secondo la quale il fumo di sigaretta sarebbe in grado di ridurre i sintomi psichiatrici dei malati schizofrenici (ritiro sociale, appiattimento affettivo, povertà di pensiero, ecc). Infatti la nicotina sarebbe in grado di far innalzare i livelli di dopamina a livello del nucleo accumbens e nella corteccia prefrontale riducendo, in tal modo, i sintomi negativi e aumentando, contemporaneamente il grado di attenzione, le risposte emotive ed il coping (normalmente ridotti od assenti negli schizofrenici).

Anche per D'Souza M.S. *et* Markou A. (2012)<sup>13</sup> il fumo di sigaretta verrebbe impiegato dai pazienti schizofrenici per alleviare i sintomi negativi e positivi e i deficit cognitivi della malattia perché sarebbe in grado di compensare i difetti neurobiologici alla base della patologia psichiatrica.

Lerman C. *et al.* (1998)<sup>14</sup> suggeriscono che gli effetti gratificanti del fumo nei fumatori depressi, dipendono in parte da fattori genetici implicati nella trasmissione della dopamina. In particolare identificano il gene del recettore dopaminico D4 come il più rilevante per l'automedicazione con il fumo poiché è maggiormente espresso nelle aree cerebrali deputate al meccanismo di gratificazione e ricompensa. Gli studiosi hanno dimostrato come i fumatori depressi maggiormente inclini a trovare nel fumo un'automedicazione siano portatori omozigoti dell'allele S a differenza di quelli portatori omozigoti ed eterozigoti dell'allele L. Infatti i portatori degli alleli S necessiterebbero che il recettore dopaminico funzioni normalmente affinché la nicotina possa essere ricompensata ai massimi livelli; i portatori degli alleli L necessiterebbero di nicotina per aumentare la dopamina sinaptica e superare farmacologicamente l'alterata funzione del recettore della dopamina stessa.

Anche Mendelsohn C. (2012)<sup>15</sup> si chiede perché molti depressi siano anche fumatori. Tra le risposte proposte c'è l'ipotesi dell'automedicazione in quanto la nicotina avrebbe proprietà antidepressive poiché sarebbe in grado di far rilasciare dopamina nonché di incrementare la

biodisponibilità della serotonina. Pertanto sarebbe in grado di apportare molti benefici alle persone depresse in termini di aumento del livello di attenzione e delle funzioni cognitive ma sarebbe, inoltre, in grado di ridurre lo stress.

Anche Minichino A. *et al.* (2013)<sup>16</sup> appoggiano l'ipotesi del tabagismo come forma di automedicazione per spiegare l'alto tasso di fumatori tra i malati di disturbo bipolare (DSM IV). Gli effetti inibitori della monoammina ossidasi del fumo di tabacco e la capacità della nicotina di stimolare il rilascio di neurotrasmettitori aumentano il tono dell'umore inducendo sensazioni di benessere (aumentando il rilascio di dopamina e serotonina) che spiegherebbero la sopracitata teoria. Secondo questo gruppo di ricercatori italiani, esisterebbe una reciproca influenza tra fumo e malattie mentali. Gli studiosi spiegano come il fumo aumenterebbe il rischio di sviluppare il disturbo bipolare. L'esposizione cronica alla nicotina potrebbe far incrementare il rischio di sviluppare la depressione attraverso la desensibilizzazione dei recettori nicotinici dell'acetilcolina nel sistema limbico.

#### 2.2.2. La nicotina come automedicazione per ridurre gli effetti dei farmaci antipsicotici

Nel 1997 Ziedonis D.M. e George T.P.<sup>4</sup>, oltre a sostenere l'ipotesi del tabagismo come forma di automedicazione per ridurre i sintomi negativi legati alla schizofrenia, riportano la teoria secondo la quale gli stessi schizofrenici farebbero uso del fumo di sigaretta per ridurre gli effetti negativi dovuti alla terapia con antipsicotici. Gli agenti idrocarburi derivati dalla combustione della sigaretta (e non la nicotina), sarebbero in grado di indurre gli enzimi epatici ad incrementare il metabolismo dei farmaci psicotropi, antidepressivi ed ansiolitici. Il risultato di questa modifica metabolica negli schizofrenici fumatori si palesa con la diminuzione della concentrazione ematica della clozapina che risulta essere, pertanto, a livelli inferiori rispetto a quella degli schizofrenici non fumatori. È per questo motivo, come riportano gli stessi autori, che alcuni schizofrenici utilizzerebbero (inconsiamente) il fumo di sigaretta per arginare gli effetti negativi che spesso si accompagnano all'assunzione di questa categoria di farmaci.

Lyon R. E. (1999)<sup>17</sup> ritiene che i malati schizofrenici fumerebbero per ridurre i sintomi negativi dovuti alla malattia poiché la nicotina sarebbe in grado di aumentare il rilascio di

dopamina. L'autore nota come i pazienti ai quali vengano somministrati farmaci antipsicotici atipici fumino meno rispetto a coloro i quali vengano somministrati gli antipsicotici tipici.

Anche la Prochaska (2011)<sup>11</sup> appoggia la tesi di Ziedonis D.M. e George T.P.<sup>4</sup>: alcuni componenti delle sigarette sarebbero in grado di accelerare il metabolismo di alcuni psicofarmaci. Questo comporta una diminuzione della concentrazione ematica dei farmaci e quindi anche una loro potenziale diminuzione di efficacia. La ricercatrice riporta come si rilevino un maggior numero di ospedalizzazioni e la prescrizione di dosi maggiori di psicofarmaci tra i pazienti schizofrenici fumatori rispetto a quelli non fumatori.

Come dimostrato da Goff D. C. *et al.*<sup>18</sup> (1992 cit. in Kumary V. e Postma P., 2005)<sup>3</sup>, la nicotina sarebbe in grado di ridurre i sintomi Parkinsoniani dovuti all'assunzione di neurolettici. In generale gli autori ritengono che la nicotina somministrata in qualsiasi formula (sigaretta, cerotti, iniezioni sottocutanee), sia in grado di far aumentare la soglia di attenzione e i processi di memoria nei pazienti schizofrenici. Sarebbe inoltre capace di migliorare alcuni deficit cognitivi associati alla malattia oltre ad apportare effetti benefici al *smooth pursuit eye movement (SPEM)* al *antisaccade tasks*, all'inibizione del preimpulso (PPI) e alla percezione acustica delle onde *P50*.

Anche per Šagud M. *et al.* (2009)<sup>19</sup> i pazienti affetti da schizofrenia sarebbero inclini a trovare nel fumo di sigaretta un metodo per automedicarsi in quanto quest'ultima sarebbe in grado di ridurre gli effetti extrapiramidali dei farmaci e di alleviare i deficit cognitivi legati alla malattia.

Molina-Linde (2011)<sup>20</sup> ritiene che la nicotina venga utilizzata nella maggior parte delle persone affette da disturbi mentali gravi (schizofrenia, psicosi, depressione) perché in grado di stimolare il sistema colinergico. Sarebbe in grado di aumentare la tolleranza di questi pazienti agli effetti negativi degli antipsicotici.

Anche D'Souza M.S. *et* Markou A. (2012)<sup>13</sup> appoggiano la tesi del fumo come automedicazione. Infatti, per spiegare l'alto tasso di fumatori tra i pazienti schizofrenici, afferma che il fumo sarebbe in grado di contrastare gli effetti extrapiramidali dei farmaci antipsicotici. Secondo gli autori l'inadeguata neurotrasmissione colinergica potrebbe essere la causa dell'incidenza elevata di fumatori tra i malati schizofrenici. Come è stato dimostrato da indagini post-mortem del cervello di alcuni schizofrenici, in alcune aree cerebrali sono stati ritrovati alti livelli dell'enzima acetilcolinesterasi, enzima coinvolto nella sintesi di acetilcolina. Secondo questo team di ricercatori, l'alto tasso di acetilcolina presente nel cervello di questi soggetti sarebbe un meccanismo fisiologico di compensazione per la

disfunzione del nAChRs (recettori colinergici che, sotto l'impulso di segnali chimici, segnalano al muscolo l'avvio della contrazione). Come già dimostrato da Goff D. C. *et al.*<sup>18</sup>, anche il lavoro di D'Souza e Marokou A.<sup>13</sup> dimostra come la nicotina possa apportare benefici sulla salute dei malati schizofrenici in termini di miglioramento dell'organizzazione spaziale (Sacco K.A., *et al.*, 2005<sup>21</sup> cit. in D'Souza M.S. *et Markou A.*, 2012<sup>13</sup>) e dell'attenzione (Harris J.G., *et al.*, 2004<sup>22</sup> cit. in D'Souza M.S. *et Markou A.*, 2012<sup>13</sup>).

2.3. Mito numero due: le persone con problemi mentali non sono interessate a smettere di fumare

P.I.C.O.

**P.** La popolazione considerata è quella dei malati mentali.

**I.** L'intervento è quello di capire che se i malati di mente sono interessati a smettere di fumare.

**C.** La comparazione viene fatta tra l'interesse dimostrato dalla popolazione psichiatrica e quella della popolazione generale.

**O.** Il risultato atteso è quello che i malati mentali dimostrino interesse a smettere di fumare paragonabile a quello della popolazione generale.

<b>P</b> (popolazione)	Malati mentali
<b>I</b> (intervento)	Interesse a smettere di fumare
<b>C</b> (comparazione)	Comparazione tra popolazione psichiatrica e popolazione generale
<b>O</b> (outcome- risultati)	I malati mentali hanno interesse a smettere di fumare paragonabile a quello della popolazione generale

***psychiatry OR mental health AND quit smoking AND interest (AND addiction)***

Moeller – Saxone K. (2008)<sup>23</sup> ha condotto un'indagine presso un centro di riabilitazione psichiatrica in Australia per testare il grado di interesse a smettere di fumare degli utenti. Dei 346 pazienti in cura, più della metà sono affetti da schizofrenia. 280 (81%) sono stati i

pazienti che hanno compilato il questionario. Il 60% di coloro che hanno partecipato all'indagine sono fumatori e più della metà voleva smettere o ridurre il consumo di sigarette. Hall M.S. & Prochaska J.J. (2009)<sup>24</sup> nella loro revisione riportano i dati relativi ad alcuni studi condotti su popolazione psichiatrica ambulatoriale e ricoverata presso strutture di salute mentale negli Stati Uniti e in Svizzera circa l'interessamento dei pazienti a smettere di fumare. I risultati del campione svizzero riportano che la motivazione a cessare di fumare nella popolazione psichiatrica è sovrapponibile a quella della popolazione generale. (Stesso risultato riportato anche dalla analisi della letteratura compiuta da Siru R. *et al.* (2009)<sup>25</sup>). In particolare, per quantificare esattamente l'interesse a smettere, Etter *et al.* (2004)<sup>26</sup> (e successivamente Acton *et al.* nel 2005<sup>27</sup>) utilizzano il “modello transteoretico delle fasi del cambiamento” di Prochaska J.O. & DiClemente C.C. (1983)<sup>28</sup>. Questo modello ipotizza la presenza di cinque stadi di cambiamento che possono essere considerati anche per coloro i quali vogliono smettere di fumare: nella fase di precontemplazione le persone non intendono modificare il loro stile di vita in un periodo di tempo compreso nei sei mesi successivi all'intervista; coloro che si trovano nella fase di contemplazione intendono apportare modifiche al loro stile di vita entro sei mesi; si possono considerare in fase di preparazione coloro i quali sono pronti a cambiare stile di vita entro un mese (solitamente queste persone negli anni precedenti hanno preso iniziative volte al cambiamento); l'azione è la fase in cui le persone hanno reso palesi specifiche modifiche nella loro vita negli ultimi sei mesi; la fase di mantenimento è caratterizzata da persone che hanno apportato modifiche desiderate al loro stile di vita e si adoperano per evitare eventuali ricadute.

Sul campione preso in esame da Etter e colleghi<sup>26</sup> (151 pazienti schizofrenici) è risultato che il 79% era in fase di precontemplazione (contro il 74% della popolazione generale), il 18% era in fase di contemplazione (contro il 22% della popolazione generale) mentre solo il 3% era in fase di preparazione (contro il 4% della popolazione generale).

Anche se con risultati estremamente lontani da quelli svizzeri, anche Acton *et al.* (2005)<sup>27</sup> hanno dimostrato come le percentuali di interesse a smettere di fumare tra malati mentali e popolazione generale siano sovrapponibili tra due campioni. Infatti su un campione di 250 malati mentali con diagnosi miste (tra ricoverati ed ambulatoriali) è risultato che il 29% era in fase di precontemplazione (contro 37-42% della popolazione generale), 43% era in fase di contemplazione (contro 39-47% della popolazione generale) e il 28% era in fase di preparazione (contro il 16-20% della popolazione generale).

Fase del cambiamento	Pazienti psichiatrici	Popolazione generale	Autori
			a) Etter <i>et al.</i> (2004) <sup>26</sup> b) Acton <i>et al.</i> (2005) <sup>27</sup>
Precontemplazione	79%	74%	a (n=151)
	29%	37-42%	b (n=205)
Contemplazione	18%	22%	A
	43%	39-47%	B
Preparazione	3%	4%	A
	28%	16-20%	B

Tabella II. Comparazione dei dati sull'interesse a smettere di fumare tratti dai lavori di Etter *et al.* (2004)<sup>26</sup> (a) e Acton *et al.* (2005)<sup>27</sup> (b).

Nel lavoro di Stockings E. *et al.* (2013)<sup>29</sup>, invece, vengono riportati i risultati dello studio condotto in tre unità psichiatriche in un ospedale australiano circa l'interesse dei malati mentali a smettere di fumare. Per la raccolta dei dati hanno intervistato 181 degenti utilizzando diversi items: numero di sigarette fumate/die, la dipendenza da nicotina per mezzo del "Fageström Test for Nicotine Dependence (FTND) di Healtherton T.F. *et al.* (1991)<sup>30</sup>, il modello transteoretico di Prochaska J.O.& DiClemente C.C.<sup>28</sup>, e altri strumenti di indagine: il questionario sulla preparazione e motivazione a smettere di fumare (Readiness and Motivation to Quit Smoking Questionnaire – RMQ- tratto da Crittenden K.S. *et al.* 1994<sup>31</sup>), un'autovalutazione sul desiderio di smettere di fumare (valutato per mezzo di una scala 1-10 tratta da Curry S. J. *et al.* del 1997<sup>32</sup>) e la scala sulle ragioni per smettere di fumare (Reason for Quitting Scale -RFQ- tratto da Curry S.J. *et al.* del 1990<sup>33</sup>). Per quanto riguarda la prontezza a smettere di fumare è risultato che la maggior parte degli intervistati era in fase di precontemplazione ma, in base ai risultati sul desiderio di smettere fumare, è emerso che l'82% degli intervistati aveva intrapreso un tentativo di cessazione dal fumo in passato e il 47%, invece, aveva provato a smettere nell'anno precedente l'intervista. Secondo gli autori, questi tentativi messi in atto dalle persone con problemi mentali deve essere interpretato come il reale desiderio di smettere di fumare.



Ashton M. *et al.* (2013)<sup>34</sup>, attraverso un questionario somministrato a malati mentali che frequentavano un gruppo di un programma per smettere di fumare, ha constatato che molti tra di loro erano consapevoli dell'impatto del fumo sulla salute e sulle finanze: in particolare, nei 1043 partecipanti, l'87% ha affermato che avrebbe voluto smettere di fumare, mentre solo il 10% ha considerato l'ipotesi di ridurre il numero di sigarette fumate al giorno.

Dai dati trovati in letteratura, sebbene numericamente scarsi, è evidente come questo "falso mito" sia sfatato: i malati mentali sono interessati a smettere di fumare in percentuale paragonabile a quella della popolazione generale.

#### 2.4 Mito numero tre: le persone con problemi mentali non sono in grado di smettere di fumare

P.I.C.O.

**P.** Popolazione considerata: persone con diagnosi di schizofrenia e depressione

**I.** L'intervento è quello di capire se i malati mentali sono in grado di smettere di fumare.

**C.** Comparazione tra diversi metodi per smettere di fumare.

**O.** Il risultato atteso è quello di dimostrare che i malati mentali sono in grado di smettere di fumare.

<b>P</b> (popolazione)	Depressi e schizofrenici
<b>I</b> (intervento)	Capire se i malati mentali sono in grado di smettere di fumare
<b>C</b> (comparazione)	Comparazione tra diversi metodi per smettere di fumare
<b>O</b> (outcome- risultati)	I malati mentali sono in grado di smettere di fumare

#### *psychiatry patient AND quit smoking*

Secondo alcuni autori le persone affette da disturbi mentali sarebbero in grado di smettere di fumare se seguiti nel loro percorso di cessazione con terapia farmacologica e motivazionale (Olivier D. *et al.*, 2007<sup>35</sup>, Ashton M. *et al.*, 2010<sup>36</sup>). Come riportato dalla review di Hall S.M. & Prochaska J.J. (2009)<sup>24</sup>, i malati di disordine depressivo maggiore (DDM) che vengono seguiti con terapia cognitivo-comportamentale hanno maggior

successo nella strada verso la completa interruzione del tabagismo. I dati di un altro studio analizzato da Hall & Prochaska riportano come, per smettere di fumare, le gomme a base di nicotina si siano rivelate più efficaci nei depressi rispetto ai non depressi (Kinnuen T. *et al.* (1996)<sup>37</sup> cit. in Hall S.M. & Prochaska J.J. – 2009<sup>24</sup>). Hall S.M. *et al.* (2006)<sup>38</sup> ha condotto uno studio clinico randomizzato considerando le persone con diagnosi di depressione seguiti da alcune cliniche psichiatriche private americane. Lo studio prende in considerazione due gruppi di malati: al primo gruppo, costituito da 163 soggetti depressi, viene somministrato un questionario, basato sul modello transteoretico del cambiamento, da compilare a computer durante un incontro con delle counselor utile per comprendere il livello di preparazione per smettere di fumare. In secondo luogo ogni partecipante ha partecipato a counseling psicologico individuale (sedute da 30 minuti nelle quali sono presenti gli autori dello studio) e trattamento farmacologico a base di cerotti di nicotina (o bupropione a rilascio prolungato in caso di fallimento della terapia con i cerotti alla nicotina). Il secondo gruppo, costituito da 159 malati depressi, ha ricevuto del materiale informativo per smettere di fumare e, durante lo studio, non riceve nessun tipo di contatto terapeutico con gli autori. I follow up vengono programmati al terzo, sesto, dodicesimo e diciottesimo mese per mezzo di misurazione dei livelli di monossido di carbonio e test di autovalutazione circa la possibilità di smettere di fumare per sempre. I risultati hanno dimostrato come il campione seguito con terapia farmacologica e counseling motivazionale abbia attenuato, al diciottesimo mese, un maggior successo nello smettere di fumare, con tassi di astinenza pari al 25% rispetto al 19% del gruppo che ha ricevuto solamente informazioni cartacee.

Secondo Ziedonis & George (1997)<sup>4</sup> i malati schizofrenici in trattamento con la terapia sostitutiva della nicotina (*nicotine replacement therapy – NRT*) si sono dimostrati in grado di diminuire il numero di sigarette fumate al giorno e di mantenere l'astinenza dalle stesse per un periodo prolungato (e senza cadere in altre forme di dipendenza). Altri studi propongono l'efficacia del bupropione per aiutare i pazienti schizofrenici a smettere di fumare. In particolare George T.P. *et al.* (2002)<sup>39</sup> riportano come un campione di trentadue malati con diagnosi di schizofrenia abbiano riportato tassi di astinenza pari al 50% alla fine del trattamento comparato al 12% di quello del gruppo a cui è stato somministrato il placebo. Evins A.E. *et al.* (2005)<sup>40</sup> riporta, invece, un tasso di astinenza dal fumo di sigaretta per il gruppo di venticinque persone trattate con bupropione pari al 36% comparato al 7% ottenuto dal gruppo di controllo costituito da ventotto persone. I tassi di astinenza non sono elevati, ma comunque confutano la tesi secondo la quale i malati mentali non sarebbero in grado di

smettere di fumare. Evins A.E. *et al.* (2008)<sup>41</sup> riporta, invece, l'efficacia di un altro farmaco: la Vareniclina. Sono stati sottoposti al trattamento con questo farmaco quindici pazienti con diagnosi di schizofrenia che seguivano un regime farmacologico stabile a base di antipsicotici. Il risultato è stato una riduzione del craving per tutti i pazienti dello studio e un'astinenza dal tabagismo per almeno dodici settimane (verificato con la misurazione del monossido di carbonio).

Molina-Linde J.M.<sup>20</sup> riporta nella sua review i risultati di alcuni studi condotti su popolazione psichiatrica di depressi e schizofrenici che dimostra la capacità dei malati mentali di smettere di fumare. Brown R.A. *et al.* (2001)<sup>42</sup> ha utilizzato un campione di 179 malati di depressione divisi in due gruppi. Un gruppo ha seguito un programma cognitivo-comportamentale per smettere di fumare, mentre il secondo ha seguito lo stesso programma con l'aggiunta di un programma cognitivo-comportamentale per la cura della depressione. A nessun partecipante sono stati somministrati farmaci. I risultati ai follow up non hanno dimostrato differenze eclatanti: ad un mese dal trattamento il primo gruppo ha manifestato un tasso di astinenza pari al 33%, mentre ad un anno il 24,7%; il secondo gruppo, invece, alle stesse scadenze, ha ottenuto un tasso del 37,6% e 32,5% rispettivamente. Kim K.L. *et al.* (2009)<sup>43</sup> ha preso in considerazione un campione di 37 persone depresse alle quali è somministrato giornalmente e per otto settimane una dose di bupropione: nelle prime quattro settimane solo 28 dei 37 partecipanti si era dimostrato astinente, mentre solo 19 sono riusciti ad essere astinenti alla ottava settimana.

Kinnuen T. *et al.* (2008)<sup>44</sup> ha raccolto un campione di 608 fumatori tra i quali il 32% era costituito da persone con diagnosi di depressione (n=194). I fumatori sono stati trattati con terapia breve e NRT, gomme alla nicotina o placebo. Al follow up del dodicesimo mese sono stati raccolti i dati sull'astinenza: i malati depressi trattati con placebo erano il 6%, quelli trattati con NRT il 15% mentre i non depressi trattati con NRT il 20%: le differenze tra gli ultimi due gruppi non sono sostanziali.

Addington J. *et al.* (1998)<sup>45</sup> ha considerato un gruppo di 50 persone con diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoafettivo che ha poi diviso in cinque gruppi ognuno dei quali ha seguito un programma che comprendeva la partecipazione a gruppi di rinforzo positivo per smettere di fumare, role-playing sul cambiamento comportamentale, strategie per ridurre e controllare l'ansia e l'applicazione di cerotti di nicotina. Alla fine del trattamento il 42% dei partecipanti era astinente, mentre al terzo mese la percentuale è scesa al 16% per poi stabilizzarsi sul 12% al sesto mese di follow up. George T.P. *et al.* (2000)<sup>46</sup> ha condotto un

studio clinico randomizzato con 45 fumatori schizofrenici o affetti da disordine schizoaffettivo. 17 di questi pazienti hanno partecipato ad un gruppo per smettere di fumare standard (ovvero quello che normalmente viene costituito per persone che non hanno malattie mentali) e 28, invece, sono stati assegnati ad un gruppo per smettere di fumare specializzato per persone schizofreniche. Tutti hanno partecipato per un periodo di dieci settimane e a tutti sono stati somministrati cerotti a base di nicotina (oltre alla normale terapia con antipsicotici normalmente assunta dai soggetti). I tassi di cessazione, però, non sono risultati molto differenti. Gallagher S.M. *et al.* (2007)<sup>47</sup> ha valutato 80 pazienti schizofrenici che ha suddiviso in due gruppi uno dei quali avrebbe ricevuto una ricompensa in denaro per aver partecipato allo studio con e senza l'applicazione di cerotti alla nicotina e l'altro avrebbe ricevuto minimi interventi su come smettere di fumare. Alla settimana venti i soggetti che hanno ricevuto la ricompensa e il cerotto hanno avuto un tasso di cessazione del 56%, mentre quelli senza il cerotti il 28%; alla trentaseiesima settimana il primo sottogruppo ha mostrato un tasso di astinenza del 50% e il secondo sottogruppo la percentuale è rimasta invariata. Per il secondo gruppo, invece, nessuna differenza nel tasso di cessazione della ventesima e trentaseiesima settimana che è rimasto stabile al 10%. Breckenridge J.S. *et al.* (1990)<sup>48</sup> ha considerato 23 schizofrenici che sono stati sottoposti a terapia individuale e di gruppo per smettere di fumare, terapia comportamentale e NRT: alla fine del trattamento il tasso di astinenza era pari al 35% e al follow up dei dodici mesi era del 21%. Evins A.E. *et al.* (2007)<sup>49</sup> ha testato la combinazione di NRT con bupropione. Ha considerato 51 soggetti ad alcuni dei quali è stato somministrato bupropione e ad altri il placebo. Tutti i partecipanti hanno frequentato un gruppo facente parte di un programma per la cessazione del fumo un'ora alla settimana per un totale di dodici ore. Alla quarta settimana ai partecipanti sono stati assegnati cerotti e gomme alla nicotina. Alla dodicesima settimana di trattamento i soggetti trattati con bupropione e NRT hanno diminuito il consumo di sigarette giornaliero mediamente di 21 sigarette a confronto delle undici del gruppo placebo. Al follow up dell'anno successivo il primo gruppo ha riportato una riduzione media di 10 sigarette al giorno rispetto all'inizio dello studio mentre il gruppo placebo una riduzione di 3 sigarette al giorno. George T.P. *et al.* (2002)<sup>39</sup> ha condotto uno studio su un campione di 32 soggetti affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo ai quali era stata diagnosticata, inoltre, dipendenza da nicotina. In maniera randomizzata è stato somministrato bupropione o placebo. Ad una settimana dal trattamento il tasso di cessazione del fumo era pari al 50% nel gruppo trattato con il farmaco e 12,5% nel gruppo che aveva ricevuto il placebo. Inoltre nel

gruppo a cui venne somministrato il bupropione la concentrazione di monossido di carbonio nel gruppo trattato farmacologicamente era sensibilmente inferiore rispetto a quella del gruppo al quale venne dato il placebo. In un altro studio George T.P. (2008)<sup>50</sup> ha condotto insieme ai suoi colleghi uno studio a doppio cieco per comprendere se la combinazione di bupropione e cerotti transdermici alla nicotina era maggiormente tollerata rispetto alla combinazione placebo con i cerotti. Lo studio ha visto coinvolti 58 fumatori con diagnosi di schizofrenia che sono stati impegnati nella sperimentazione per dieci settimane. I 29 partecipanti al gruppo di trattamento avevano più probabilità di riuscire ad astenersi dal fumo (8/29) a confronto dei 29 partecipanti del gruppo placebo (1/29). Jun L. (2009)<sup>51</sup> e i suoi collaboratori nel 2009 hanno condotto uno studio per valutare l'efficacia e la sicurezza del bupropione per smettere di fumare. Per un periodo di quattro settimane, 36 malati schizofrenici sono stati trattati farmacologicamente con il bupropione, mentre 33 con il placebo. Al follow up di otto settimane, il tasso di cessazione dal fumo nel gruppo sperimentale era pari al 33% contro il 28% del gruppo trattato con placebo. Tsoy D.T. *et al.* (2010)<sup>52</sup> nella sua review analizza 14 reports di trial che avevano indagato l'efficacia e la sicurezza del bupropione. Il risultato è che questo farmaco è in grado di aumentare il tasso di cessazione dal tabagismo nei malati schizofrenici senza mettere in pericolo la loro salute mentale.

DEPRESSIONE	
Autori	Metodi analizzati
Hall S.M. <i>et al.</i> (2006) <sup>38</sup>	NRT (o bupropione) e counselling
Hall S.M. & Prochaska J.J. (2009) <sup>24</sup>	Terapia cognitivo – comportamentale
Kinnuen T. (1996) <sup>37</sup>	NRT
Kinnuen T. <i>et al.</i> (2008) <sup>44</sup>	NRT
Brown R.A. <i>et al.</i> (2001) <sup>42</sup>	Terapia cognitivo – comportamentale
Kim K.L. <i>et al.</i> (2009) <sup>43</sup>	Bupropione

*Tabella III. Sintesi dei lavori e dei relativi metodi analizzati dagli autori per aiutare i malati depressi a smettere di fumare (NRT = Nicotine Replacement Therapy).*

SCHIZOFRENIA	
Autori	Metodi analizzati
Ziedonis D.M. & George T.P. (1997) <sup>4</sup>	NRT
Evins E.A. <i>et al.</i> (2005) <sup>40</sup>	Bupropione
Evins E.A. <i>et al.</i> (2007) <sup>49</sup>	NRT e bupropione
Evins E.A. & Goff D.C. (2008) <sup>41</sup>	Vareniclina
Addington J. <i>et al.</i> (1998) <sup>45</sup>	NRT e terapia comportamentale
George T.P. <i>et al.</i> (2000) <sup>46</sup>	Gruppo di mutuo – aiuto
George T.P. <i>et al.</i> (2002) <sup>39</sup>	Bupropione
George T.P. (2008) <sup>50</sup>	NRT e bupropione
Gallagher S.M. <i>et al.</i> (2007) <sup>47</sup>	NRT e ricompensa economica
Breckeridge J.S. <i>et al.</i> (1990) <sup>48</sup>	Gruppo di mutuo – aiuto, terapia comportamentale e NRT
Jun L. (2009) <sup>51</sup>	Bupropione
Tsoi D.T. (2010) <sup>52</sup>	Bupropione

*Tabella IV. Sintesi dei lavori e dei relativi metodi analizzati dagli autori per aiutare i malati schizofrenici a smettere di fumare.*

2.5 Mito numero quattro: smettere di fumare interferisce con il processo di guarigione, elimina le strategie di coping e porta allo scompensamento.

P.I.C.O.

**P.** La popolazione considerata è quella dei malati mentali.

**I.** L'intervento ha come scopo comprendere se la cessazione del fumo comporta dei rischi per la salute del malato psichiatrico, se interferisce con il processo di guarigione dalla malattia mentale, se aumenta i livelli di stress e se riduce il coping .

**C.** Nessuna comparazione è stata effettuata.

**O.** Il risultato atteso è quello di dimostrare che smettere di fumare non esacerba la sintomatologia psichiatrica e che aumenta la qualità di vita di questi pazienti.

<b>P</b> (popolazione)	Malati mentali
<b>I</b> (intervento)	Capire se smettere di fumare comporta dei rischi per la salute del malato mentale
<b>C</b> (comparazione)	Nessuna comparazione
<b>O</b> (outcome- risultati)	Smettere di fumare non porta allo scompenso psichiatrico ma aiuta a migliorare la qualità di vita del malato mentale.

*decompensation mental health AND smoking cessation*

L'unico lavoro che è in grado di smentire tutte le supposizioni di questo falso mito è quello di Prochaska J.J. (2010)<sup>53</sup>.

- Può il tabacco essere d'aiuto alla salute mentale?

No. Il tabacco ha effetti negativi sul trattamento psichiatrico. Gli idrocarburi del catrame aumentano il metabolismo di farmaci come l'aloiperidolo e la olanzapina e alcuni antidepressivi. Ciò comporta che, per i malati mentali fumatori, sono necessari alte dosi di farmaci per raggiungere l'effetto terapeutico degli stessi con conseguenti ricadute sul piano dei costi di assistenza sanitaria oltre ad un aumento degli effetti collaterali dei neurolettici. Prochaska indica come alcuni studi abbiano riportato tassi maggiori di ospedalizzazione, di dosaggio dei farmaci e più effetti positivi tra i pazienti schizofrenici fumatori rispetto ai non fumatori.

- L'uso di tabacco è un'effettiva strategia di coping per lo stress?

No. Il tabacco contribuisce ad innalzare il livello di stress anziché abbassarlo, in quanto la nicotina è uno stimolante in grado di aumentare transitoriamente il tono dell'umore. Il fumo aumenta i livelli di stress poichè il fumatore è alla continua ricerca di soddisfare il proprio bisogno di fumare per superare l'astinenza da nicotina. I livelli di stress diminuiscono con la cessazione del fumo. Come affermato da Taylor G. e i suoi colleghi (2014)<sup>54</sup>, smettere di fumare aiuterebbe i malati mentali a migliorare la loro qualità di vita in quanto l'assenza del fumo di sigaretta farebbe sì che i livelli di stress, i sintomi ansiosi e depressivi diminuiscano.

- Può la cessazione dell'assunzione di tabacco portare allo scompenso delle funzioni mentali?

No. Secondo la ricercatrice l'astinenza da tabacco negli schizofrenici non porterebbe ad esacerbazione dei sintomi psichiatrici tipici. Per quanto riguarda i pazienti affetti da depressione maggiore, l'astinenza dal fumo non incrementa il rischio di ricorrenza di depressione.

Sono molti gli autori che confutano l'ipotesi secondo la quale smettere di fumare interferirebbe con il processo di guarigione dalla malattia mentale. Gli stessi studiosi reputano che sia proprio il tabagismo ad interferire con il processo di risanamento. Ziedonis D.M. e George T.P.<sup>4</sup> nel 1997, Dalack G.W. *et al.* nel 1999<sup>55</sup> e più tardi anche Els C. *et al.* (2008)<sup>56</sup> affermano come il fumo di sigaretta si sia dimostrato in grado di far diminuire la concentrazione plasmatica degli antipsicotici. Negli schizofrenici fumatori trattati con clozapina, la concentrazione ematica di questo farmaco era inferiore rispetto a quella degli schizofrenici non fumatori. Il processo che porterebbe a questo risultato sarebbe dovuto agli agenti idrocarburici che sarebbero in grado di indurre gli enzimi epatici ad aumentare il metabolismo dei farmaci psicotropi ed antidepressivi. Gli autori hanno, inoltre, notato come ai pazienti schizofrenici fumatori venissero prescritti dosaggi di clozapina maggiori rispetto ai pazienti schizofrenici non fumatori (Ziedonis D.M. George T.P.<sup>4</sup>, Dalack G.W. *et al.* 1999<sup>55</sup>) e che, qualora i pazienti smettessero di fumare, si rendevano più frequenti gli effetti collaterali dei farmaci psicotropi poiché il metabolismo degli stessi veniva rallentato dall'assenza degli idrocarburici aromatici (Dalack G.W. *et al.*<sup>55</sup>, Els C., *et al.*<sup>56</sup>).

A respingere l'ipotesi secondo la quale smettere di fumare porta i malati mentali allo scompenso sono, Hall S.M. & Prochaska J.J. (2009)<sup>24</sup>, Prochaska J. J. *et al.* (2008)<sup>57</sup>, Schroeder S.A. & Morris C.D. (2010)<sup>58</sup>, Banham L & Gilbody S. (2010)<sup>59</sup> e Cole M. L. *et al.* (2010)<sup>60</sup>. In tutti gli studi sopracitati viene dichiarato che non esiste nessuna evidenza scientifica che affermi che smettere di fumare esacerbi la sintomatologia psichiatrica.



## 2.6 Mito numero cinque: smettere di fumare non è una priorità per il malato mentale

P.I.C.O.

**P.** La popolazione considerata è quella degli operatori sanitari.

**I.** L'intervento è quello di comprendere che smettere di fumare è una priorità per i malati mentali.

**C.** Nessuna comparazione

**O.** Il risultato atteso è quello di dimostrare che smettere di fumare è prioritario.

<b>P</b> (popolazione)	Staff medico – infermieristico psichiatrico
<b>I</b> (intervento)	Comprendere che smettere di fumare è una priorità
<b>C</b> (comparazione)	Nessuna comparazione
<b>O</b> (outcome- risultati)	Lo staff medico – infermieristico reputa prioritario che i malati mentali smettano di fumare

### *smoking cessation AND perceived AND nurse AND mental illness*

Sono molti gli autori che appoggiano questa ipotesi. Dalla letteratura è emerso che molti operatori sanitari che si occupano dell'assistenza sanitaria dei malati mentali sono fumatori e che spesso, in virtù dell'essere a loro volta tabagisti, sono meno propensi ad aiutare i loro pazienti fumatori a smettere di fumare. Accade, perciò, che lo stesso staff medico – infermieristico non si preoccupi dei danni causati dal fumo sulla popolazione, in particolare quella psichiatrica, e che, anzi, ritengano il fumo di sigaretta un'ottima occasione per instaurare un'alleanza terapeutica con i loro pazienti. È però emerso come gli infermieri vivano questa presa di posizione in maniera conflittuale poiché vengono messi in discussione i principi etici di "benevolenza" e "non maleficenza" e perché vedono venir meno la loro figura di promotori della salute<sup>61-67</sup>.

Prochaska J.J. *et al.* (2006)<sup>67</sup> ha condotto uno studio dove riporta i risultati di uno sondaggio rivolto agli psichiatri attraverso il quale voleva evidenziare quale fosse il punto di vista dei medici circa il tabagismo in ambiente psichiatrico. È emerso che la maggior parte degli psichiatri reputa prioritario aiutare i malati mentali a smettere di fumare, e che programmi

di cessazione dovrebbero rientrare nel piano di cura di qualsiasi malato psichiatrico tabagista.

Lawn S. *et al.* (2015)<sup>68</sup> evidenziano nel loro lavoro come la cessazione del fumo non venga generalmente percepita come una priorità da parte degli operatori sanitari che, spesso, accettano il tabagismo dei malati psichiatrici come norma culturale. Lo stesso staff medico – infermieristico ritiene di non essere in grado di gestire il cambiamento che potrebbe comportare a livello comportamentale nei pazienti che smettono di fumare. Per evitare di rompere l'equilibrio instaurato tra pazienti ed operatori, questi ultimi permettono ai primi di fumare. Lo staff, però, non nega che, dall'entrata in vigore di una politica smoke – free, ci siano da evidenziare dei lati positivi: il 72% degli operatori intervistati (147) reputa che in assenza del fumo di sigaretta, gli ambienti siano più puliti e profumati. Affermano che si può percepire un beneficio sulla salute dei pazienti, inteso come incremento della qualità di vita, ed un giovamento anche per la salute degli operatori. Altro aspetto interessante che viene riportato, è come gli operatori abbiano visto diminuire le ambiguità e le tensioni con gli altri operatori, soprattutto per quanto concerne la distribuzione delle sigarette.

### **3 DISCUSSIONE**

Il falso mito della nicotina come automedicazione risulta difficile da sfatare. Sono molti gli autori che sostengono che la nicotina possa contribuire in maniera determinante al benessere del malato mentale in quanto capace di arginare la sintomatologia psichiatrica<sup>4,5; 13-16</sup> e di limitare gli effetti negativi degli psicofarmaci.<sup>4, 11, 13; 17-22</sup>

Per quanto riguarda l'interesse a cessare di fumare, i risultati della letteratura sembrano essere concordi: i malati sono interessati a smettere di fumare e in percentuale paragonabile a quella della popolazione generale.<sup>23; 29-34</sup>

Sulla questione che i malati mentali non siano in grado di smettere di fumare, la letteratura sembra rigettare fermamente questa ipotesi. Sia per i malati con diagnosi di depressione che per quelli con diagnosi di schizofrenia è stato dimostrato che la buona riuscita del programma di cessazione è determinato dalla somministrazione di terapia farmacologica a base di nicotina (NRT), bupropione e la partecipazione a gruppi di terapia comportamentale.<sup>4, 20, 24; 35-52</sup>

In tutti gli studi presi in considerazione per l'analisi del quarto "falso mito" ("smettere di fumare interferisce con il processo di guarigione, elimina le strategie di coping e porta allo scompenso") viene dichiarato che non esiste nessuna evidenza scientifica in grado di affermare che smettere di fumare esacerbi la sintomatologia psichiatrica. È emerso, invece, che proprio il tabagismo è responsabile della riduzione di efficacia di alcune categorie di psicofarmaci che, pertanto, vengono somministrati in dosi maggiori (con le relative conseguenze sul piano dei costi).<sup>4, 24; 53-60</sup>

Appare sorprendente il risultato della ricerca del quinto "falso mito": a quanto pare smettere di fumare non è una priorità per il malato mentale. Infatti sono molti gli autori a considerare questa presa di posizione. Sono tanti gli operatori sanitari, soprattutto gli infermieri fumatori che si occupano di salute mentale, che reputano che il fumo di sigaretta sia un'ottima occasione per instaurare un'alleanza terapeutica con i propri pazienti. Di norma il fumo viene ancora tollerato in questi luoghi di cura perché è diventato, purtroppo, una norma culturale. Gli infermieri di salute mentale che non fumano, a differenza dei colleghi infermieri fumatori, sembrano, invece, tollerare malvolentieri questa "usanza".<sup>61-68</sup>

Nonostante siano emersi risultati così inaspettati, appare, però, confortante che questi operatori della salute si pongano dei quesiti sull'eticità della loro presa di posizione (fumare facilita l'alleanza terapeutica e pertanto smettere di fumare non è una priorità del malato psichiatrico) e del loro essere promotori della salute.<sup>68</sup>

## 4 CONCLUSIONI

Per poter rispondere alla domanda "perché nell' U.O. di SPDC ai pazienti è consentito fumare?" dobbiamo porre l'attenzione sulla considerazione che lo staff ha in merito a questa consuetudine. Da quanto emerso dalla letteratura, appare chiaro che i malati psichiatrici sono interessati a smettere di fumare e che, con l'aiuto di una specifica terapia farmacologica coadiuvata dal supporto di personale qualificato, sono in grado di ridurre il numero di sigarette fumate al giorno e, addirittura, interrompere l'attività tabagista.

Dobbiamo, però, considerare che queste persone sono abituate a fumare molto anche a casa: imporre un divieto assoluto al momento del ricovero potrebbe, effettivamente, rivelarsi controproducente. Ricordiamo che nel contesto di salute mentale, può accadere che il

ricovero avvenga contro la volontà della persona (Trattamento Sanitario Obbligatorio – TSO) e per questo motivo la stessa vive in maniera persecutoria l’ospedalizzazione. Pertanto se uniamo questo fattore al divieto totale di fumo diventa difficile, sia per gli operatori sanitari ma soprattutto per il paziente, raggiungere gli obiettivi terapeutici. Inoltre, a differenza di altri malati, quelli affetti da disturbo psichico spesso non hanno consapevolezza della loro malattia. Se pensiamo ad un paziente fumatore affetto da BPCO che viene ricoverato per una riacutizzazione, ha chiara la necessità di non fumare ma il malato mentale non si sente malato e pertanto perché dovrebbe non fumare durante il ricovero?

Quando i pazienti vengono dimessi dal SPDC si attiva una rete di supporto assistenziale che garantisce loro una continuità delle cure. Spesso vengono inseriti in Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP), in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o frequentano il Centro di Salute Mentale (CSM). In queste strutture è più plausibile pensare all’attivazione di programmi per la riduzione o cessazione dell’attività tabagica. Potrebbe essere un valido punto di partenza per aiutare queste persone a liberarsi dal fumo di sigaretta e per introdurre, successivamente, il divieto di fumo nel SPDC. Dalla letteratura si evidenzia come il tabagismo sia causa di elevato dosaggio di alcune categorie di psicofarmaci, fattore di rischio di malattie dell’apparato cardiocircolatorio e dell’apparato respiratorio, in grado di portare ad un aumento delle ospedalizzazioni che si traduce, in termini economici, in un aumento dei costi di assistenza. Anche il Codice Deontologico dell’Infermiere ci guida in questa direzione; articolo 6: *“L’infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione”* e l’articolo 19: *“L’infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale anche attraverso l’informazione e l’educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori”*<sup>69</sup>.

## 5 BIBLIOGRAFIA

1. Verso un'azienda libera dal fumo. Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro. 2007.
2. Lesser K., Boyd J.W., Woolhandler S., Himmelstein D.U., McCormick D., Bor D.H. Smoking and mental illness: a population – based prevalence study. *Journal of American Medical Association*, 2000; 20 (284): 2606-2610.
3. Kumary V. e Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self-medication hypotheses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2005; 6 (29): 1021-1034.
4. Ziedonis D.M. e George T.P. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin*, 1997; 2 (23): 247-254.
5. De Leon J. & Diaz F.J. A meta – analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, 2005: 2-3 (76): 135-157.
6. Gonzales – Pinto A., Gutierrez M., Ezcurra T., Azipuru F., Mosquera F., Lopez P., De Leon J. Tobacco smoking and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 5 (59): 225-228.
7. Grant B.F., Hasin D.S., Chou P., Stinson F.S., Dawson D.A. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the Unites States results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Archives General Psychiatry*, 2004; 11 (61): 1107-1115.
8. Manzella F., E Maloney S., Taylor T G. Smoking in *schizofrenic patients: a critique of the self – medication hypothesis*. *World Journal of Psychiatry*, 2015; 1 (5); 35-46.
9. Goff D. C., Henderson D.C., Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *The American Journal of Psychiatry*, 1992; 9 (149): 1189-1194.
10. La sorveglianza PASSI. Fumo. Aspetti Epidemiologici in Italia. 2014
11. Prochaska J.J. Smoking and mental illness – breaking the link. *The new England Journal of Medicine*, 2011; 3 (365): 196-198.

12. Prochaska J.J., Hall S.M., Bero L. A. Tobacco Use Among Individuals With Schizophrenia: What Role Has the Tobacco Industry Played? *Schizophrenia Bulletin*, 2008; 3 (34): 555-567.
13. D'Souza M.S. e Markou A. Schizophrenia and tobacco smoking comorbidity: nAChR agonists in the treatment of schizophrenia-associated cognitive deficits. *Neuropharmacology*, 2012; 3 (62): 1564-1573.
14. Lerman C., Main D., Audrian J., Caporaso N., Boyd N.R., Bowman E.D., Shields P.G. Depression and self-medication with nicotine: the modifying influence of dopamine D4 receptor gene. *Health Psychology*, 1998; 1 (17): 56-62.
15. Mendelsohn C. Smoking and depression. A review. *Australian Family Physician*, 2012, 5 (41): 304-307.
16. Minichino A., Bersani F.S., Calò W.K., Spagnoli F., Francesconi M., Vicinanza R., Delle Chiaie R., Biondi M. Smoking behaviour and mental health disorders – mutual influences and implications for therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2013; (10): 4790-4811.
17. Lyon R. E. A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications. *Psychiatric services*, 1999; 10 (50): 1346-1350.
18. Goff D. C., Henderson D.C., Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *The American Journal of Psychiatry*, 1992; 9 (149): 1189-1194.
19. Šagud M., Mihaljević-Peleš A., Mück-Šeler D., Pivac N., Vuksan-Ćusa B., Brataljenović T. e Jakovljević M. Smoking and schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 2009; 3 (21): 371-375.
20. Molina-Linde J.M. Effectiveness of smoking cessation. *Actas Española de Psiquiatria*, 2011; 2 (39): 106-114.
21. Sacco K.A., Termine A., Seyal A., Dudas M.M., Vessicchio J.C., Krishnan-Sarin S., Jatlow P.I., Wexler B.E., George T.P. Effects of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia involvement of nicotinic receptor mechanism. *Formerly Archives of General Psychiatry*, 2005; 6 (62): 649-659.
22. Harris G.J., Kongs S., Allensworth D., Martin L., Tregellas J., Sullivan B., Zerbe G., Freedman R. Effects of nicotine on cognitive deficits in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 2004; (29): 1378-1385.

23. Moeller – Saxone K. Cigarette smoking and interest in quitting among consumers at a Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Service in Victoria. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2008; 5 (32): 479-481.
24. Hall M.S. & Prochaska J.J. Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2009; (5): 409-431.
25. Siru R., Hulse K. G., Tait J.R. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Society for the Study of Addiction*, 2009, 5 (104): 719-733.
26. Etter M., Mohr S., Garin C., Etter J.F. Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorders and in the general population. *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 2 (30): 459-468.
27. Acton G.S., Kunz J.D., Wilson M., Hall S.M. The construct of internalization: conceptualization, measurement, and prediction of smoking treatment outcome. *Physiological Medicine*, 2005; (35): 395-408.
28. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983; 3 (51): 390-395.
29. Stockings E., Bowman J., McElwaine K., Baker A., Terry M., Clancy R., Bartlem K., Wye P., Bridge P., Knight J., Wiggers J. Readiness to quit smoking and quit attempts among Australian mental health inpatients. *Nicotine & Tobacco Research*, 2013; 5 (15): 942-949.
30. Heatherton T., Kozlowski L., Frecker R., Fagerström K. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 1991; 9 (86): 1119-1127.
31. Crittenden K.S., Manfredi C., Lacey L., Warnecke R., Parsons J. Measuring readiness and motivation to quit smoking among woman in public health clinics. *Addictive Behaviors*, 1994; 5 (19): 497-507.
32. Curry S.J., Grothaus L.C., McBride C. Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 1997; 6 (22): 727-739.
33. Curry S.J., Wagner E.H., Grothaus L.C. Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990; 3 (58): 310.

34. Ashton M., Rigby A., Galletly C. What do 1000 smokers with mental illness say about their tobacco use? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2013; 7 (47): 631-636.
35. Oliver D., Lubman D.I., Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: a biopsychosocial perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2007; 7 (41): 572-580.
36. Ashton M., Miller C. L., Bowden J.A., Bertossa S., People with mental illness can tackle tobacco. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2012; 11 (44): 1021-1028.
37. Kinnuen T., Doherty K., Militello F.S., Garavey A.J. Depression and smoking cessation: characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; 4 (64): 791-798.
38. Hall S.M., Tsoh J.Y., Prochaska J.J., Eisendrath S., Rossi J.S., Redding C.A., Rosen A.B., Meisner M., Humfleet G.L., Gorecki J.A. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *American Journal of Public Health*, 2006; 10 (96): 1808-1814.
39. George T.P., Vessicchio J.C., Termine A., Bregartner T.A., Feingold A., Rounsaville B.J., Kosten T.B. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 2002; 1(52): 53-61.
40. Evins A.E., Cather C., Deckersbach T., Freudenreich O., Culhane M.A., Olm-Shipman C.M., Henderson D.C., Schienfeld D.A., Goff D.C., Rigotti N.A. A double-blind placebo controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2005; 3 (25): 218-225.
41. Evins A. E., Goff D.C. Varenicline for nicotine dependence treatment in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2008; 6 (69): 1016.
42. Brown R.A., Kahler C.W., Niaura R., Abrams D.B., Sales S.D., Ramsey S.E., Goldstein M.G., Burgess E.S., Miller I.W. Cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001; 4 (69): 471-480.
43. Kim H. & Lee K.J. Effect of bupropion for nicotine dependence in patient with major depressive. *Journal of Cancer Education*, 2009; suppl. 1 (24): 375-376.



44. Kinnunen T., Korhonen T., Garvey A.J. Role of nicotine gum and pretreatment depressive symptoms in smoking cessation: twelve-month results of a randomized placebo controlled trial. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2008; 3 (38): 373-389.
45. Addington J., el-Guebaly N., Campbell W., Hodings D.C., Addington D. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 1998; 7 (155): 974-976.
46. George T.P., Ziedonis D.M., Feingold A., Pepper W.T., Satterburg C.A., Winkel J., Rounsaville B.J., Kosten T.R. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medication for smoking cessation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 2000; 11 (157): 1835-1842.
47. Gallagher S.M., Penn P.E., Schindler E., Layne W. A comparison of smoking cessation treatments for persons with schizophrenia and other serious mental illnesses. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2007; 4 (39): 487-497.
48. Breckenridge J.S. Smoking by outpatients. *Hospital Community Psychiatry*, 1990; 4 (41): 454-455.
49. Evins A.E., Cather C., Culhane M.A., Birnbaum A., Horowitz J., Hsieh E., Freudenreich O., Henderson D.C., Schoenfeld D.A., Rigotti N.A., Goff D.C., A 12-week double-blind, placebo-controlled study of bupropion SR added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2007; 4 (27): 380-386.
50. George T.P., Vessicchio J.C., Sacco K.A., Weinberger A.H., Dudas M.M., Allen T.M., Creedon C.L., Potenza M.N., Feingold A., Jatlow P.I. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 2008; 11 (63): 1092-1096.
51. Jun L., Tian-liang Z., Bin W., Xian-wei L. An efficacy analysis of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Chinese Journal of New Drugs and Clinical Remedies*, 2009; (28): 231-234.
52. Tsoi D.T., Porwal M., Webster A.C. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: systematic review and meta – analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 5 (196): 346-353.

53. Prochaska J.J. Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: a form of harm reduction? *Drug and Alcohol Dependence*, 2010; 3 (10): 177-182.
54. Taylor G., McNeill A., Girling A., Farelly A., Lindson-Hawley N., Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta – analysis. *British Medical Journal*, 2014; 348:g1151.
55. Dalack G.W., Becks M.D., Hill E., Pomerleau O.F., Meador-Woodruff J.A. Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. *American College of Neuropsychopharmacology*, 1999; 2 (21): 195-202.
56. Els C. & Kunyk D. Management of tobacco addiction in patients with mental illness. *Smoking Cessation Rounds*, 2008; 2 (2).
57. Prochaska J.J., Hall S.M., Tsoh J., Eisendrath S., Rossi J.S., Redding C.A., Rosen A.B., Meisner M., Humfleet G.L., Gorecki J.A. Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning. *American Journal of Public Health*, 2008; 3 (98): 446-448.
58. Schroeder S. & Morris S.D. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annual Review of Public Health*, 2010; (31): 297-314.
59. Banham L. & Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction Journal*, 2010; 7 (105): 1176-1189.
60. Cole M.L., Trigoboff E., Demler T.L., Opler L.A. Impact of smoking cessation on psychiatric inpatients treated with clozapine or olanzapine. *Journal of Psychiatric Practice*, 2010; 2 (16): 75-81.
61. Stubbs J., Haw C., Garner L. Survey of staff attitudes to smoking in a large psychiatric hospital. *Psychiatric Bulletin*, 2004; 6 (28): 204-207.
62. Lawn S. & Condon J. Psychiatric nurses' ethical stance on cigarette smoking by patients: determinants and dilemmas in their role in supporting cessation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2006; 2 (15): 111-118.
63. Ziedonis D.M., Guydish J., Williams J.M., Steinberg M., Foulds J. Barriers and solutions to addressing tobacco dependence in addiction treatment programs. *Alcohol Research and Health*, 2007; 3 (29): 228-235.

64. Dwyer T., Bradshaw J, Happell B. Comparison of mental health nurses' attitudes towards smoking and smoking behavior. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2009; 6 (18): 424-433.
65. Sharo D.L. & Blaakman S.W. A review of research by nurses regarding tobacco dependence and mental health. *Annual Review of Nursing Research*, 2009; (27):297-318.
66. Robson D., Haddad M., Gray R., Gournay K. Mental health nursing and physical health care: a cross – sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2013; 5 (22): 409-417.
67. Prochaska J.J., Fromont S.C., Louie A.K., Jacobs M.H., Hall S.M. Training in tobacco treatments in psychiatry: a national survey of psychiatry residency training directors. *Accademic Psychiatry*, 2006; 5 (30): 372-378.
68. Lawn S., Feng Y., Tsourtos G., Campion J. Mental health professionals' perspective on the implementation of smoke – free policies in psychiatric units across England. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014; 5 (61): 465-474.
69. Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Codice deontologico. Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009. Milano: McGraw-Hill; 2009.

## 6 ALLEGATI

<b>Titolo</b>	<b>Autore/i, Anno</b>	<b>Tipo di studio</b>	<b>Campione</b>	<b>Risultati e conclusioni</b>
Smoking and mental illness – breaking the link.	Prochaska J.J., 2011 <sup>11</sup>	Studio prospettico	-	Sono cinque i falsi miti che circondano il tabagismo in ambiente psichiatrico, inoltre alcuni componenti delle sigarette accelerano il metabolismo degli psicofarmaci.
Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry?	Prochaska J.J. <i>et al.</i> , 2008 <sup>12</sup>	Revisione bibliografica	-	Le industrie del tabacco sono le responsabili della divulgazione dell'erronea informazione che vede gli schizofrenici immuni al fumo di sigaretta.
Smoking in schizophrenic patients: a critique of the self – medication hypothesis.	Manzella F. <i>et al.</i> , 2015 <sup>8</sup>	Revisione bibliografica	-	La letteratura non offre dati sufficienti per giustificare in maniera assoluta l'ipotesi dell'automedicazione.
Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues.	Ziedonis D.M. & George T.P., 1997 <sup>5</sup>	Studio pilota	N = 24	Gli schizofrenici fumano perché la nicotina è in grado di alleviare i sintomi negativi della patologia e della terapia antipsicotica.
Nicotine use in schizophrenia: the self – medication hypothesis.	Kumary V. & Postma P., 1998 <sup>3</sup>	Revisione bibliografica	-	Il fumo di sigaretta riduce i sintomi psichiatrici dei malati schizofrenici poiché in grado di far innalzare i livelli di dopamina nel sangue.
Schizophrenia and tobacco smoking comorbidity: nAChR agonists in the treatment of schizophrenia – associated cognitive deficits.	D'Souza M.S. & Markou A., 2012 <sup>13</sup>	Revisione bibliografica	-	Gli schizofrenici fumano per alleviare i sintomi negativi, positivi e deficit cognitivi della malattia. La nicotina è in grado di contrastare gli effetti extrapiramidali degli antipsicotici.
Depression and self – medication with nicotine: the modifying influence of dopamine D4 receptor gene.	Lerman C. <i>et al.</i> , 2012 <sup>14</sup>	Studio pilota	N = 231	Identificano il gene del recettore dopaminico D4 come il più rilevante per l'automedicazione con il fumo perché maggiormente espresso nelle aree cerebrali deputate al meccanismo di gratificazione e ricompensa.
Smoking and depression: a review.	Mendelsohn C., 2012 <sup>15</sup>	Revisione bibliografica	-	La nicotina ha proprietà antidepressive poiché è in grado di far rilasciare dopamina e di incrementare la biodisponibilità di serotonina.
Smoking behavior and mental health disorders – mutual influences and implications for therapy.	Minichino A. <i>et al.</i> , 2013 <sup>16</sup>	Revisione bibliografica	-	La nicotina è in grado di stimolare il rilascio di neurotrasmettitori che aumentano il tono dell'umore. Fumare aumenterebbe il rischio di sviluppare il disturbo bipolare a causa dell'esposizione cronica alla nicotina che desensibilizza i ricettori nicotinici dell'acetilcolina.

A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications.	Lyon R., 1999 <sup>17</sup>	Revisione bibliografica	-	I malati schizofrenici fumano per ridurre i sintomi negativi della malattia. I pazienti in cura con antipsicotici atipici fumano di più di quelli in cura con antipsicotici tipici.
Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects.	Goff D.C. <i>et al.</i> , 1992 <sup>9</sup>	Studio clinic controllato	N = 78	La nicotina è in grado di ridurre i sintomi parkinsoniani dovuti all'assunzione di neurolettici.
Smoking and schizophrenia	Šagud M. <i>et al.</i> , 2009 <sup>19</sup>	Revisione bibliografica	-	Il fumo di sigaretta è in grado di ridurre gli effetti extrapiramidali degli antipsicotici.
Effectiveness of smoking cessation.	Molina – Linde J.M., 2011 <sup>20</sup>	Revisione bibliografica	-	La nicotina è in grado di aumentare la tolleranza dei depressi, psicotici e schizofrenici agli effetti negativi degli antipsicotici.
Effects of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia involvement of nicotinic receptor mechanism.	Sacco K.A. <i>et al.</i> , 2005 <sup>21</sup>	Studio clinico controllato	N = 50	La nicotina, nei malati schizofrenici, apporta dei miglioramenti in termini di organizzazione spaziale.
Effects of nicotine on cognitive deficits in schizophrenia.	Harris G.J. <i>et al.</i> , 2004 <sup>22</sup>	Studio clinic controllato	N = 20	Negli schizofrenici, la nicotina è in grado di migliorare il loro grado di attenzione.

*Tabella V. Riassunto dei lavori considerati per il primo falso mito “Il fumo come automedicazione”; “depression OR schizophrenia AND self medication AND nicotine”.*

<b>Titolo</b>	<b>Autore/i, Anno</b>	<b>Tipo di studio</b>	<b>Campione</b>	<b>Risultati e conclusioni</b>
Cigarette smoking and interest in quitting among consumers at a Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Service in Victoria.	Moeller – Saxone K., 2008 <sup>23</sup>	Questionario	N = 346	Il 60% dei partecipanti è fumatore di cui la metà ha espresso la volontà di smettere di fumare o di ridurre il consumo.
Treatment of smokers with co – occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings.	Hall M.S. & Prochaska J.J., 2009 <sup>24</sup>	Revisione bibliografica	-	La motivazione a smettere di fumare nella popolazione psichiatrica è comparabile a quella della popolazione generale.
Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review.	Siru R. <i>et al.</i> , 2009 <sup>25</sup>	Revisione bibliografica	-	L'interessamento a smettere di fumare tra i malati mentali è sovrapponibile a quello della popolazione generale.

Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorders and in the general population.	Etter M. <i>et al.</i> , 2004 <sup>26</sup>	Studio clinico sperimentale	N = 893	Secondo i risultati, la maggioranza dei malati schizofrenici ha un interesse di smettere di fumare inferiore a quello della popolazione generale (valutazione secondo il modello transteoretico).
The construct of internalization: conceptualization, measurement, and predication of smoking treatment outcome.	Acton G.S., <i>et al.</i> , 2005 <sup>27</sup>	Studio clinico randomizzato	N = 250	L'interesse a smettere di fumare tra i malati psichiatrici è in percentuale sovrapponibile a quella della popolazione generale.
Readiness to quit smoking and quit attempts among Australian mental health inpatients.	Stockings E. <i>et al.</i> , 2013 <sup>29</sup>	Indagine trasversale	N = 757	Dai risultati del questionario è emerso che la maggior parte dei pazienti in cura presso strutture di salute mentale è in fase di precontemplazione dove l'82% degli intervistati (181 hanno completato lo studio) ha intrapreso un tentativo di cessazione nel passato e 47% l'anno precedente l'intervista: questi tentativi vengono interpretati come desiderio di voler smettere di fumare.
What do 1000 smokers with mental illness say about their tobacco use?	Ashton M. <i>et al.</i> , 2013 <sup>34</sup>	Questionario	N = 1043	Emerge la consapevolezza tra i malati mentali dell'impatto del fumo sulla salute e sulle proprie finanze. Quasi il 90% degli intervistati ammette di voler smettere di fumare e il 10% desidera ridurre il numero di sigarette fumate al giorno.

*Tabella VI. Riassunto dei lavori considerati per il secondo falso mito “Le persone con problemi mentali non sono interessate a smettere di fumare”; “psychiatry OR mental health AND quit smoking AND interest (AND addiction)”.*

<b>Titolo</b>	<b>Autore/i, Anno</b>	<b>Tipo di studio</b>	<b>Campione</b>	<b>Risultati e conclusioni</b>
Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: a biopsychosocial perspective.	Olivier D. <i>et al.</i> , 2007 <sup>35</sup>	Revisione bibliografica	-	Le persone affette da disturbi mentali possono smettere di fumare se vengono seguiti con terapia farmacologica (NRT) e motivazionale.
People with mental illness can tackle tobacco.	Ashton M. <i>et al.</i> , 2010 <sup>36</sup>	Studio clinico sperimentale	N = 226	Le persone con gravi disturbi mentali sono interessate a frequentare gruppi di sostegno

				per ridurre il fumo di sigaretta o per smettere di fumare.
Depression and smoking cessation: characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement.	Kinnuen T. <i>et al.</i> , 1996 <sup>37</sup>	Studio clinico controllato	N = 269	Le gomme alla nicotina sono risultate particolarmente efficaci tra i depressi rispetto al placebo. Quasi il 30% dei depressi trattati con le gomme alla nicotina hanno smesso di fumare per tre mesi.
Treatment for cigarette smoking among depresses mental health outpatients: a randomized clinical trial.	Hall S.M. <i>et al.</i> , 2006 <sup>38</sup>	Studio clinico randomizzato	N = 322	Il campione seguito da terapia farmacologia e counselling motivazionale ha ottenuto, al follow up del diciottesimo mese, un tasso di astinenza dal fumo di sigaretta pari al 25% rispetto al 19% del gruppo che ha ricevuto solamente informazioni cartacee.
Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues.	Ziedonis D.M. & George T.P., 1997 <sup>4</sup>	Studio pilota	N = 24	I malati schizofrenici in trattamento con NRT si sono dimostrati in grado di diminuire il numero di sigarette fumate al giorno e di mantenere l'astinenza senza cadere in altre forme di dipendenza.
A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia.	George T.P. <i>et al.</i> , 2002 <sup>39</sup>	Studio clinico controllato	N = 32	Alla fine del trattamento con bupropione, il tasso di astinenza era del 50% comparato con il 12% del gruppo placebo.
A double – blind placebo controlled trial of bupropion sustained – release for smoking cessation in schizophrenia	Evins A.E. <i>et al.</i> , 2005 <sup>40</sup>	Studio clinico controllato a doppio cieco	N = 53	Il tasso di cessazione è del 36% per le persone trattate con il bupropione e del 7% per il gruppo trattato con placebo.
Varenicline for nicotine dependence treatment in schizophrenia.	Evins A.E. <i>et al.</i> , 2008 <sup>41</sup>	Studio clinico sperimentale	N = 15	I pazienti in trattamento con la vareniclina hanno dimostrato una riduzione del craving e

				un'astinenza dal fumo per almeno dodici settimane.
Cognitive – behavioral treatment for depression in smoking cessation.	Brown R.A. <i>et al.</i> , 2001 <sup>42</sup>	Studio clinico controllato	N = 179	I risultati ai follow up di un mese e di un anno non hanno dimostrato particolari differenze nei tassi di cessazione dei due gruppi.
Effect of bupropion for nicotine dependence in patient with major depressive.	Kim H. <i>et al.</i> , 2009 <sup>43</sup>	Studio clinico sperimentale	N = 37	Al follow up delle Quattro settimane 28 pazienti su 37 erano astinenti, mentre solo 19 sono riusciti a rimanere tali al follow up dell'ottava settimana.
Role of nicotine gum and pretreatment depressive symptoms in smoking cessation: twelve – month results of a randomized placebo controlled trial.	Kinnuen T. <i>et al.</i> , 2008 <sup>44</sup>	Studio clinico randomizzato	N = 608	Non sono state rilevate differenze sostanziali tra i malati depressi trattati con NRT e quelli trattati con placebo.
Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia.	Addington J <i>et al.</i> , 1998 <sup>45</sup>	Studio clinico non controllato	N = 50	La percentuale di astinenti al sesto mese di follow up era pari al 12%. Nessun partecipante ha manifestato cambiamenti nella sintomatologia psichiatrica.
Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medication for smoking cessation in schizophrenia.	Geroge T.P. <i>et al.</i> , 2000 <sup>46</sup>	Studio clinico randomizzato	N = 45	Non sono state rilevate differenze nei tassi di cessazione tra il gruppo di schizofrenici che frequentavano un gruppo per smettere di fumare standard e terapia NRT e quello degli schizofrenici che seguivano un gruppo per smettere di fumare specializzato per persone con schizofrenia e NRT.
A comparison of smoking cessation treatments for	Gallenger S.M. <i>et al.</i> , 2007 <sup>47</sup>	Studio clinico randomizzato	N = 80	I malati schizofrenici ai quali sono stati applicati i cerotti alla nicotina hanno mostrato tassi di



persons with schizophrenia and other serious mental illness.				cessazione maggiori rispetto al gruppo trattato senza cerotti.
Smoking by outpatients.	Breckeridge J.S., 1990 <sup>48</sup>	Studio clinico sperimentale	N = 23	Il campione è stato sottoposto a terapia individuale, terapia di gruppo, terapia comportamentale e NRT. A fine trattamento il tasso di astinenza era pari al 35% e al follow up di un anno era al 21%.
A 12 – week double – blind, placebo – controlled study of bupropion SR added to high – dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia.	Evins E.A. <i>et al.</i> , 2007 <sup>49</sup>	Studio clinico controllato a doppio cieco	N = 51	È stata constatata una riduzione di 10 sigarette/die nel gruppo trattato con bupropione e NRT e di 3 sigarette/die nel gruppo trattato con il placebo al dodicesimo mese di follow up.
A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia.	George T.P. <i>et al.</i> , 2002 <sup>39</sup>	Studio clinico controllato	N = 32	Ad una settimana dal trattamento con bupropione il tasso di cessazione era del 50%: la concentrazione ematica di monossido di carbonio era sensibilmente inferiore rispetto a quella del gruppo trattato con il placebo.
A placebo – controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia.	George T.P. <i>et al.</i> , 2008 <sup>50</sup>	Studio clinico controllato a doppio cieco	N = 58	Solo 1 partecipante dei 29 facenti parte del gruppo placebo è riuscito a ad astenersi dal fumo di sigaretta; 8 sui 29 trattati con bupropione e cerotti alla nicotina sono stati gli schizofrenici che si sono astenuti dal fumo di sigaretta.
An efficacy analysis of bupropion for smoking cessation in schizophrenia.	Lun L. <i>et al.</i> , 2009 <sup>51</sup>	Revisione bibliografica	-	Il bupropione aumenta il tasso di cessazione tra gli schizofrenici senza alterare lo stato mentale-

Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: systematic review and meta – analysis-	Tsoi D.T. <i>et al.</i> , 2010 <sup>52</sup>	Revisione bibliografia e meta – analisi	-	Il bupropione si è dimostrato in grado di aumentare il tasso di cessazione del tabagismo senza alterare l'equilibrio psichico dei soggetti in terapia con questo farmaco.
---	--	---	---	---

*Tabella VII. Riassunto dei lavori considerati per il terzo falso mito “Le persone con problemi mentali non sono in grado di smettere di fumare”; “psychiatry patient AND quit smoking”.*

<b>Titolo</b>	<b>Autore/i, Anno</b>	<b>Tipo di studio</b>	<b>Campione</b>	<b>Risultati e conclusioni</b>
Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: a form of harm reduction?	Prochaska J.J., 2010 <sup>53</sup>	Revisione bibliografica	-	Smettere di fumare non interferisce con il processo di guarigione dalla malattia mentale, non interferisce con le strategie di coping e non porta allo scompenso dell'equilibrio psichico.
Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta – analysis.	Taylor G. <i>et al.</i> , 2014 <sup>54</sup>	Revisione bibliografica e meta - analisi	-	Smettere di fumare migliora la qualità di vita dei pazienti psichiatrici poiché si verifica una riduzione dei livelli di stress.
Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues.	Ziedonis D.M. & George T.P, 1997 <sup>4</sup>	Studio pilota	N = 24	Il fumo di sigaretta è in grado di far abbassare la concentrazione plasmatica dei farmaci antipsicotici: ai pazienti schizofrenici fumatori vengono prescritte dosi di clozapina maggiori rispetto ai non fumatori.
Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in	Dalack G.W. <i>et al.</i> , 1999 <sup>55</sup>	Studio clinico randomizzato a doppio cieco	N = 19	Il parkinsonismo da neurolettici è meno frequente nei pazienti schizofrenici fumatori.

cigarette smokers with schizophrenia.				L'astinenza da fumo non peggiora la sintomatologia della malattia psichiatrica.
Management of tobacco addiction in patients with mental illness.	Els C. & Kunyk D., 2008 <sup>56</sup>	Revisione bibliografica	-	La concentrazione ematica di clozapina risulta essere inferiore negli schizofrenici fumatori rispetto ai non fumatori. Gli effetti collaterali dei farmaci psicotropi si palesano maggiormente alla cessazione del tabagismo perché il metabolismo di questi farmaci non viene più rallentato dagli idrocarburi aromatici.
Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings.	Hall M.S. & Prochaska J.J., 2009 <sup>24</sup>	Revisione bibliografica	-	I malati mentali che riescono a smettere di fumare non vivono un'esacerbazione della sintomatologia psichiatrica.
Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning.	Prochaska J.J. <i>et al.</i> , 2008 <sup>57</sup>	Studio clinico randomizzato	N = 322	Le persone depresse trattate con farmacoterapia per smettere di fumare e partecipazione a gruppi di sostegno possono essere aiutate nel loro percorso senza che sia scempenso dell'equilibrio pschico.
Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illness and substance abuse problems.	Schroeder L. & Morris S.D., 2010 <sup>58</sup>	Revisione bibliografica	-	Smettere di fumare non è dannoso per i malati mentali in quanto non si ha un aggravamento dello stato di salute.
Smoking cessation in severe mental illness: what works?	Banham L. & Gilbody S., 2010 <sup>59</sup>	Revisione bibliografica	-	Il trattamento per il tabagismo nei malati mentali stabili non è dannoso per la loro salute mentale.

Impact of smoking cessation on psychiatric inpatients treated with clozapine or olanzapine.	Cole M.L. <i>et al.</i> , 2010 <sup>60</sup>	Revisione retrospettiva	N = 26	Nei pazienti schizofrenici trattati con clozapina od olanzapina non si sono registrati, ad un anno dalla cessazione dal fumo, non si sono verificati cambiamenti nella sintomatologia psichiatrica e nei fattori cardiometabolici.
---	--	-------------------------	--------	--

*Tabella VIII. Riassunto dei lavori considerati per il quarto falso mito “Smettere di fumare interferisce con il processo di guarigione, elimina le strategie di coping e porta allo scempenso”; “decompensation mental health AND smoking cessation”.*

<b>Titolo</b>	<b>Autore/i, Anno</b>	<b>Tipo di studio</b>	<b>Campione</b>	<b>Risultati e conclusioni</b>
Survey of staff attitudes to smoking in a large psychiatric hospital.	Stubbs J. <i>et al.</i> , 2004 <sup>61</sup>	Questionario	N = 1471	Gli infermieri fumatori risultano essere più permissivi nei confronti del fumo di sigaretta tra i malati mentali rispetto ai colleghi non fumatori. La maggioranza dello staff no è d'accordo con il divieto totale di fumo negli ospedali psichiatrici.
Psychiatric nurses' ethical stance on cigarette smoking by patients: determinants and dilemmas in their role in supporting cessation.	Lawn S. & Condon J., 2006 <sup>62</sup>	Intervista	-	Gli infermieri percepiscono la necessità di aiutare i loro pazienti con disturbi a smettere di fumare, ma ritengono di dover ricevere educazione e formazione adeguata per raggiungere l'obiettivo.
Barriers and solutions to addressing tobacco dependence	Ziedonis D.M. <i>et al.</i> , 2007 <sup>63</sup>	Revisione bibliografica	-	Gli infermieri fumatori sono più permissivi nei confronti dei degenti psichiatrici fumatori:

in addiction treatment programs.				ritengono che il fumo di sigaretta sia importante per instaurare un'alleanza terapeutica con il paziente.
Comparison of mental health nurses' attitudes towards smoking and smoking behavior.	Dwyer T. <i>et al.</i> , 2009 <sup>64</sup>	Studio trasversale	N = 289	Tutti gli infermieri che hanno partecipato allo studio, in particolare quelli fumatori, supportano i diritti del malato mentale a fumare e reputano che l'infermiere possa usare il fumo di sigaretta come mezzo per stabilire una relazione terapeutica con il degente.
A review of research by nurses regarding tobacco dependence and mental health.	Sharo D.L. & Blaakman S.W., 2009 <sup>65</sup>	Revisione bibliografica	-	Gli infermieri reputano che gli interventi che mettono in atto per aiutare i malati mentali a smettere di fumare siano inefficaci e mettono in dubbio la capacità dei malati a smettere di fumare. In generale credono che lasciare fumare i loro pazienti metta in dubbio la loro figura di promotori della salute.
Mental health nursing and physical health care: a cross – sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness.	Robson D. <i>et al.</i> , 2013 <sup>66</sup>	Studio trasversale	N = 585	Quasi l'80% degli infermieri che ha partecipato allo studio è contrario al divieto totale del fumo negli ambienti di cura e almeno un quarto di loro fuma insieme ai pazienti per instaurare una relazione terapeutica.
Training in tobacco treatments in psychiatry: a national survey of psychiatry residency training directors.	Prochaska J.J. <i>et al.</i> , 2006 <sup>67</sup>	Questionario	N = 181	La maggior parte degli psichiatri reputa prioritario aiutare i malati a smettere di fumare e che i programmi di cessazione dovrebbero

				rientrare nel piano di cura per qualsiasi malato mentale.
Mental health professionals' perspective on the implementation of smoke – free policies in psychiatric units across England.	Lawn S. <i>et al.</i> , 2014 <sup>68</sup>	Questionario	N = 147	Lo staff medico – infermieristico ha percepito in maniera positiva l'entrata in vigore del divieto di fumare nelle unità psichiatriche. Reputano che vengano meno le ambiguità e le tensioni tra gli operatori soprattutto per quel che riguarda la distribuzione delle sigarette.

*Tabella IX. Riassunto dei lavori considerati per il quinto falso mito “Smettere di fumare non è una priorità per il malato mentale”; “smoking cessation AND perceived AND nurse AND mental illness”.*

