

# Come ottimizzare la collaborazione medico-psicologo nel trattamento del tabagismo. L'esperienza in un Centro "Anti-Fumo"

## *How to enhance physician/psychologist collaboration in the tobacco dependence treatment (the experience in a Smoking Cessation Service)*

Rosastella Principe, Raffaella Gorio, Francesca Clementi

### Riassunto

**Introduzione.** Le linee guida per il trattamento del tabagismo prevedono come personale dedicato ad un centro antifumo di II livello oltre alla figura del medico anche quella di uno psicologo per la terapia psico-comportamentale, ma spesso è difficile far accettare al paziente anche tale supporto. Lo scopo del nostro studio è stato quello di facilitare il contatto con lo psicologo a tutti i pazienti che si presentavano al nostro centro antifumo, vincendo le resistenze a sottoporsi ad un colloquio anche con tale figura professionale, al fine di ottenere una riduzione degli abbandoni alla terapia e un aumento delle cessazioni.

**Materiali e metodi.** Il metodo nuovo, pur applicando le linee guida per il trattamento del tabagismo, si basa su una diversa gestione del setting di terapia, collocando nella sala di attesa lo psicologo specializzato in terapia cognitivo-comportamentale fin dalla prima visita medica per l'accesso al centro antifumo e così proseguendo anche negli incontri successivi decisi dal medico, che valuta i cambiamenti comportamentali di ogni paziente e decide l'inserimento della terapia farmacologica (NRT, varenicline, bupropione). In tal modo i pazienti vengono seguiti individualmente nel percorso di riduzione e cessazione e si inseriscono anche nei gruppi gestiti dallo psicologo nella sala di attesa. Così, anche se eterogenei per livello di riduzione o cessazione dal fumo, tutti sfruttano i diversi momenti di confronto al fine di rinforzare la motivazione alla cessazione.

**Risultati.** Abbiamo analizzato, con un confronto retrospettivo gli stessi 7 mesi del 2009 di trattamento standard (senza presenza dello psicologo) con gli stessi 7 mesi del 2010 di trattamento sperimentale e i risultati dimostrano un raddoppio del numero di cessazioni statisticamente significativo ( $p=0,011$ ). Inoltre, nonostante il breve arco temporale preso in esame, abbiamo numericamente riscontrato un incremento del 40% dei pazienti trattati

### Summary

**Introduction.** The tobacco dependence treatment guidelines recommend that the staff of a second level smoking cessation service should include a clinician and a psychologist for behavioral therapy. However, patients often refuse psychological support. The aim of our study was to facilitate the access to this kind of support for all patients treated in our smoking cessation service, overcoming their resistance to undergo an interview with the psychologist, in order to reduce dropouts and increase quitting rates.

**Materials and methods.** The new method follows the tobacco dependence treatment guidelines, however, it is based on a different management of the therapy setting. In fact, the waiting room is set up as a "Tobacco dependence room" and a cognitive-behavioral psychologist follows the patients since their first clinical visit and throughout the follow-up visits requested by the physician.

The physician will evaluate each patient's behavioral changes and decide whether to prescribe pharmacological treatment (NRT, varenicline, bupropion).

This method allows the clinician to follow each patient during their treatment and patients are included in the groups managed by the psychologist working in the "Tobacco dependence room". This way, all patients take advantage of the confrontation and are able to strengthen their motivation to quit smoking.

**Results.** We performed a retrospective comparison of the results of a 7-month period of standard treatment (i.e. without psychological support) carried out in 2009 with a 7-month period of treatment including psychological support carried out in 2010. A doubling in quitting rates was noticed ( $p=0.011$ ). Furthermore, even if there were only 7 months, we observed a 40% increase

**Rosastella Principe** ([rprincipe@scamilloforlanini.rm.it](mailto:rprincipe@scamilloforlanini.rm.it))  
Pneumologo, Responsabile Ambulatorio Prevenzione e Terapia del Tabagismo, Az. Osp. San Camillo-Forlanini di Roma.

**Raffaella Gorio**  
Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile Servizio di Psicologia Clinica, Crisi ed Emergenza, Az. Osp. San Camillo Forlanini di Roma.

**Francesca Clementi**  
Psicologo Psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica, Crisi ed Emergenza, Az. Osp. San Camillo Forlanini di Roma.

e una riduzione degli abbandoni alla terapia del 20%. Solo 2 pazienti su 97 hanno rifiutato il supporto psicologico. Il numero dei soggetti assistiti nei due gruppi sono omogenei per età, sesso, pack year, percentuale esenzione ticket.

**Conclusioni.** Da quanto sopra esposto possiamo affermare che, associando ad ogni incontro individuale per il trattamento comportamentale e farmacologico del medico la terapia di gruppo e il supporto cognitivo dello psicologo, è aumentata l'efficienza e l'incisività dell'intervento, non solo diminuendo il numero di abbandoni e aumentando le cessazioni, ma riducendo la quantità di incontri necessari per il raggiungimento della cessazione (numero totale di accessi al servizio) e di conseguenza riducendo la lista di attesa per il primo incontro. Il metodo risulta essere contenuto nei costi e di facile trasferibilità.

**Parole chiave:** fumo, terapia di gruppo, centro antifumo, terapia cognitiva.

## Introduzione

Si definiscono Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) o Centri Antifumo (CAF) le strutture di cura ed eventualmente anche di prevenzione del tabagismo che operano in modo multidisciplinare, in relazione agli specialisti in forza nel centro stesso. Le figure professionali attualmente impegnate sono soprattutto medici, affiancati spesso da infermieri o educatori. I medici attuano un counselling mirato e un trattamento farmacologico e in alcuni casi hanno una formazione specifica in trattamento comportamentale. In oltre la metà dei centri è possibile trovare anche la figura dello psicologo per il counselling o il trattamento di gruppo [1].

Fino al mese di settembre 2010 presso l'Ambulatorio di Prevenzione e Terapia del Tabagismo dell'Ospedale San Camillo di Roma veniva utilizzata la terapia comportamentale e farmacologica implementata da un medico pneumologo opportunamente formato. L'accesso era di tipo ambulatoriale tramite presentazione della ricetta medica di 'Visita pneumologia per tabagismo'. Il percorso di disassuefazione prevedeva incontri settimanali durante i quali si applicava una diminuzione selettiva graduale del numero di sigarette fumate attraverso l'uso di un diario di automonitoraggio [2], fino ad arrivare alla cessazione; poi venivano pianificati dei follow up per la fase di mantenimento. L'intero trattamento durava circa 12 incontri in tre mesi. Le Linee Guida per il trattamento del tabagismo [3] prevedono come personale dedicato ad un centro antifumo di II livello oltre alla figura del medico anche quella di uno psicologo per la terapia psico-comportamentale [2]. Spesso però abbiamo riscontrato che è difficile far accettare al paziente anche il supporto psicologico, che invece risulta essere molto utile nel percorso di disassuefazione. Lo scopo del nostro studio è stato dunque quello di facilitare l'accesso al supporto psicologico per tutti i pazienti che si presentano al nostro centro antifumo, cercando di vincere le resistenze a sottoporsi ad un colloquio anche con lo psicologo. Il fine era quello di massimizzare l'efficacia

in patients treated in the service and a 20% reduction of drop-outs. Only two patients refused the psychological support. Both groups were homogeneous for age, sex, pack years etc.

**Conclusions.** According to our experience, we can indeed confirm that combining each visit, in which the clinician offers behavioral and pharmacological therapy, with a group therapy and the support of a cognitive behavioral psychologist enables the growth of both the efficiency and the intervention impact. This result was reached not only by reducing dropouts and increasing quitting rates, but also by cutting down the number of meetings necessary to attain quitting (total number of accesses to the service), thus reducing the waiting list for the first appointment. This method has proven to be cost-effective and easily transferable.

**Keywords:** smoking, group therapy, smoking cessation service, cognitive therapy.

della terapia, favorendo la compliance alla terapia psicologica per ridurre gli abbandoni e aumentare le cessazioni da fumo.

## Materiali e metodi

Per affrontare tali resistenze abbiamo pensato di allestire la sala di attesa come 'Stanza Tabagismo': un luogo preposto all'accoglienza del paziente tabagista. Alle pareti ci sono poster informativi sia sui danni da fumo, le Carte del Rischio [4] che su consigli per abitudini più salutari di vita, e una bacheca per l'affissione dei grafici del percorso di riduzione (vedi più avanti). Quasi tutte le sedie sono disposte a semicerchio in mezzo alla stanza, tranne alcune che sono state lasciate appoggiate alla parete per poter permettere di partecipare da luoghi più protetti anche ai soggetti restii al contatto con lo psicologo o quelli con forte introversione sociale. In questa stanza lo psicologo accoglie il paziente all'arrivo e gestisce il tempo di attesa della visita con il medico pneumologo attraverso la conduzione del gruppo dei presenti. Non vi è distinzione fra pazienti al primo incontro, in fase di scalaggio delle sigarette o già astinenti. Questo permette di avere un gruppo aperto e accessibile a tutti, senza alcuna selezione. La permanenza ad ogni singolo incontro di gruppo è libera e quindi ogni utente sceglie autonomamente di partecipare e ritornare anche dopo aver effettuato la visita medica. Il lavoro dello psicologo va dunque ad affiancarsi e supportare quello dello pneumologo. Le due figure hanno infatti compiti ben distinti e fra loro complementari in ogni fase del trattamento. Come già detto, al primo incontro lo psicologo accoglie il paziente nella Stanza Tabagismo e utilizza un'intervista semistrutturata (*Box*) sviluppata e collaudata dallo stesso, attraverso l'esperienza nel nuovo setting di trattamento al centro, orientata a raccogliere informazioni su: storia tabagica del paziente (n. sigarette, anni di fumo, precedenti tentativi di cessazione ecc.); suoi vissuti (belief, distorsioni cognitive, ecc.); sue emozioni (noia, irritazione ecc.) e contingenze (caffè, cibo, televisione, guida ecc.) ed esplora la sua moti-

vazione (intrinseca o estrinseca, dubbi, paure, aspettative ecc.) e la sua percezione di riuscita (self-efficacy). Spiega poi, dopo una breve introduzione sulla duplice natura sia fisica che psicologico-comportamentale della dipendenza da nicotina [5, 6], come funziona il centro e in che cosa consiste il percorso di dissuasione (durata, frequenza, figure professionali e loro ruoli ecc.). Nel colloquio utilizza in special modo rispecchiamento e ridefinizione del materiale emerso riportato dal paziente, con particolare attenzione a quelli che sono i suoi bisogni legati al fumo [7]. Il gruppo è un potente rinforzatore in quanto gli altri utenti possono oltre a incoraggiare, confermare e dare indicazione e consigli, anche accogliere in maniera non giudicante il nuovo *compagno di viaggio* [8, 9] raccontando la propria esperienza al centro antifumo e il loro modo di imparare a vedere con occhi critici i loro precedenti comportamenti legati al fumo. Il nuovo utente può inoltre assistere a come si svolgono le sedute successive con i pazienti che sono già in trattamento, man mano che lo psicologo si occupa di aggiornare i loro grafici di riduzione. Per facilitare il primo impatto con il medico, accompagna il paziente alla visita medica quando è arrivato il suo turno, invitandolo a tornare nella Stanza Tabagismo a fine visita. Il medico svolge una anamnesi clinica, un esame obiettivo e valuta eventuali esami diagnostici per le malattie fumo-correlate [2, 10]. Viene poi fatto un intervento educativo su fumo, nicotina, dipendenza, danni fumo-correlati e consigliato comportamenti più salutari sia dal punto di vista alimentare (consumo di frutta e verdura) che fisico. Procedo con la misurazione del livello di monossido di carbonio (CO) espirato spiegandone il significato e valuta la dipendenza tramite Test di Fagerström per la Dipendenza dalla Nicotina [11] e la motivazione del paziente con il Test Motivazionale [2]. Spiega poi in cosa consistono le varie fasi dello scalaggio e implementa il programma personalizzato per il prossimo incontro (non c'è quindi una data di cessazione uguale per tutti, ma il rispetto delle singole individualità), sottolineando l'importanza della frequenza costante agli incontri. Chiede in ultimo di compilare sin dal primo incontro e fino alla cessazione un diario giornaliero 'semplificato' sul fumo, indicando di scrivere semplicemente ora e attività prima di accendere ogni sigaretta. Se necessario per un assessment completo richiede accertamenti strumentali (RX torace, Prove di funzionalità respiratoria, Test da sforzo cardiorespiratorio ecc.) e fissa l'appuntamento per la settimana successiva. Quando il paziente esce dall'ambulatorio, torna nella Stanza Tabagismo dove lo psicologo indaga su come è stata vissuta l'esperienza del primo incontro e in caso gestisce eventuali dubbi o resistenze, soprattutto nella compilazione del diario. Di quest'ultimo viene sottolineata l'importanza sia per attuare da parte del paziente maggiori controlli e autoconsapevolezza sulla propria abitudine al fumo che per implementare un trattamento personalizzato comportamentale e farmacologico da parte dello pneumologo. In ultimo, salvo casi particolari (difficoltà cognitive legate a patologia o età), lo psico-

logo consegna degli estratti del CBA 2.0 [12], spiegando al paziente come compilarlo e chiedendogli di consegnarlo all'incontro successivo. Il CBA, Cognitive Behavioral Assessment 2.0 - Scale primarie, è una batteria di più test che mira a fornire un assessment a vari livelli, attraverso un'anamnesi psicosociale e una valutazione di alcuni costrutti psicologici di primaria importanza quali l'ansia di stato, la depressione, le paure, le ossessioni, le compulsioni e i disturbi psicofisiologici. Tale strumento permette di avere una visione globale dello stato psicologico della persona e risulta essere particolarmente utile in caso di attuazione di un intervento mirato a particolari necessità psicologiche e psicofarmacologiche. Nelle visite successive il paziente attende la visita di controllo e aggiornamento del programma con lo pneumologo nella Sala Tabagismo insieme allo psicologo e agli altri pazienti e nell'attesa vengono condivisi e commentati i successi o gli eventuali problemi e difficoltà della settimana trascorsa. Il gruppo aiuta a rassicurare e consiglia, cercando di mantenere sempre alta la motivazione, andando ad elargire rinforzi ai comportamenti e ai pensieri funzionali al benessere della persona. Anche qui il confronto e il supporto/sostegno hanno un ruolo importante. Con lo psicologo viene inoltre riportato su un grafico cartesiano per ogni paziente il numero di sigarette fumate durante i giorni passati creando una linea di andamento. Questa è la Scheda Personale (vedi figura 1). L'impatto visivo dell'andamento è molto chiaro e diretto e si è rivelato essere molto utile per veicolare concetti, informazioni e rinforzi. Quando il paziente arriva alla seconda settimana dalla cessazione, viene fatta una fotocopia della Scheda Personale, viene firmata e consegnata al paziente, come 'diploma'.

La valutazione del CO espirato eseguita anche negli incontri successivi, quale rinforzo associato alla motivazione, fa parte della normale routine con il gruppo e quindi svolto insieme allo psicologo. Durante le interazioni di gruppo non ci sono argomenti prestabiliti, ma si lascia che si sviluppino di volta in volta in base alle specifiche esigenze emerse in relazione al rapporto con il fumo. Il dibattito è moderato dallo psicologo, il quale cerca di coinvolgere tutti, dando priorità alla persona con maggiori abilità o risorse in quell'ambito. Vi è dunque libertà sugli argomenti trattati ma, nell'effettivo, non nel loro dispiegarsi che è condotto dallo psicologo che funge da moderatore. La gestione del programma di scalaggio tramite tecniche comportamentali è compito esclusivo dello pneumologo, il quale segue ad ogni ritorno il paziente anche dal punto di vista medico. Per aiutare il paziente può inserire, durante lo scalaggio, già una terapia sostitutiva con la nicotina, NRT [13], e per la cessazione e il suo mantenimento anche farmaci di provata efficacia quali vareniclina [14, 15] e in alcune situazioni bupropione [16]. Lo pneumologo, in accordo con lo psicologo, si avvale della consulenza di uno psichiatra per inserire anche una eventuale copertura psicofarmacologica per alcuni pazienti con disturbi psichiatrici [16] non adeguatamente supportati in tal senso.

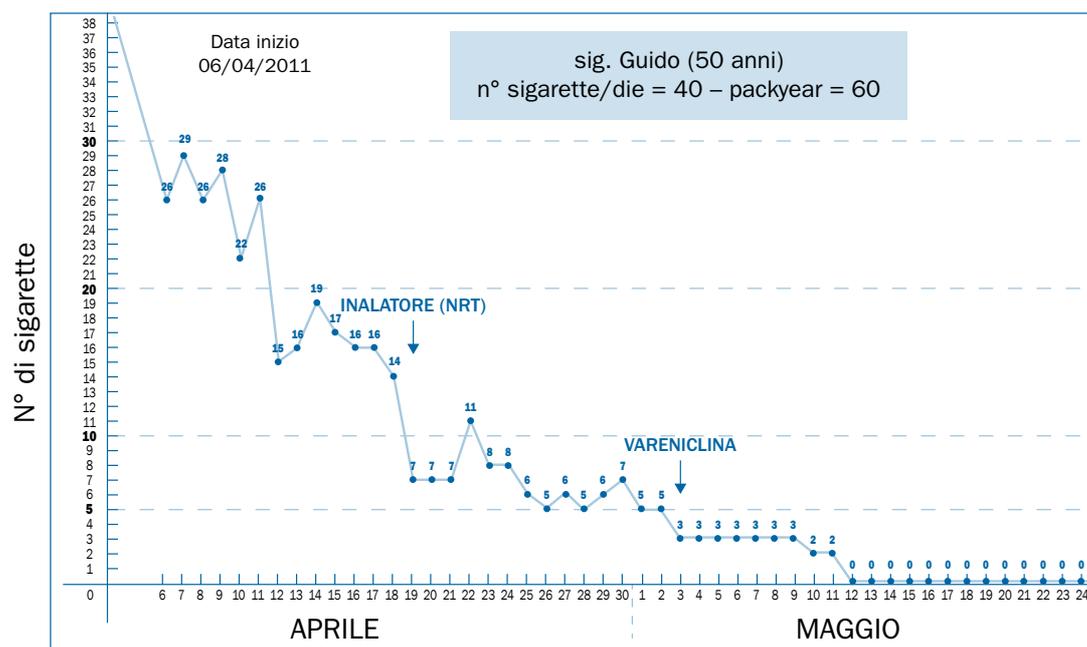


Figura 1 Esempio: grafico di riduzione progressiva fino alla cessazione.

Riguardo il monitoraggio dell'andamento del peso, si è scelto di non dare risalto e quindi non aggiornare regolarmente tale parametro in quanto si ipotizza che, essendo questo generalmente in crescita durante il percorso di disassuefazione, può creare resistenze e difficoltà. Vi è però la disponibilità ad accogliere tali preoccupazioni sull'aumento ponderale e rassicurare sulla futura gestione e riequilibrio.

Lo pneumologo continua dunque ad occuparsi in prima persona della gestione del percorso di riduzione, implementando il trattamento con tecniche comportamentali e farmacologiche, in considerazione degli effetti collaterali e della compliance del paziente alla terapia farmacologica. Stabilisce le date successive di appuntamento per il singolo paziente e lo segue dal punto di vista diagnostico in caso di patologie fumo correlate. Anche questo aspetto risulta essere utile per mantenere alta la motivazione. Lo psicologo invece, in maniera complementare, accoglie il paziente

al servizio, gestisce i gruppi nella sala d'attesa moderando il confronto e il dibattito fra gli utenti e solo in alcuni casi, su indicazione medico/psicologo, offre colloqui individuali di tipo supportivo (ridefinizione del problema, indicazioni di problem solving, ristrutturazione cognitiva, tecniche di gestione dell'ansia ecc.).

Generalmente l'ambulatorio permette l'accesso al gruppo anche a soggetti affetti da schizofrenia, ma in alcuni casi di forte labilità emotiva si tende a dare appuntamenti in orari più protetti al termine dell'incontro di gruppo o comunque in assenza di altri utenti, in quanto si potrebbero avere casi di incompatibilità con il setting e le dinamiche di gruppo. L'obiettivo terapeutico con questi ultimi, che solitamente sono forti fumatori (50-70 sigarette die), a volte può essere spostato dalla cessazione ad una importante riduzione (non più 10-20 sigarette die) mantenuta nel tempo.

	Treatment standard 2009	Experimental treatment 2010
<b>Numero Utenti</b> (Numero di utenti trattati nel periodo di riferimento)	70	97
<b>Cessazioni</b>	21 %	41 %
<b>Abbandono</b> (paziente che ha sospeso il trattamento)	56 %	42 %
<b>Fallimento</b> (paziente che ha completato il trattamento ma non ha cessato)	2 %	3 %
<b>Cartella Aperta</b> (utente all'inizio del trattamento al momento del rilevamento)	21 %	14 %

## Risultati

Per valutare l'efficacia di tale sperimentazione abbiamo confrontato il periodo di tempo dal 1 Luglio 2009 al 31 Gennaio 2010 in cui non era ancora stata inserita la figura dello psicologo (Trattamento Standard) con i risultati ottenuti sugli utenti che hanno avuto accesso al servizio dal 1 Luglio 2010 al 31 Gennaio 2011 (Trattamento Sperimentale).

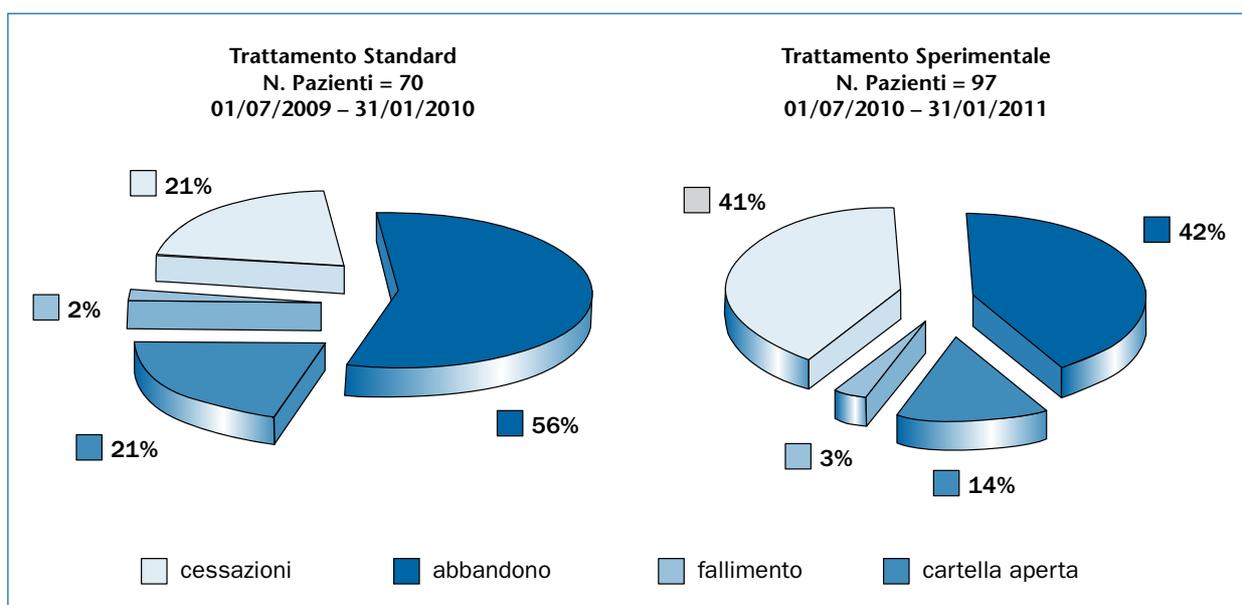
Da quanto sopra esposto si può notare che nello stesso arco di tempo di 7 mesi dal 2009 al 2010 vi è stato un raddoppio del numero di cessazioni statisticamente significativo ( $p=0,011$  con intervallo di confidenza da +34,4% a +5,6%), un incremento del numero di utenti trattati pari a circa +40%, una diminuzione del numero di abbandoni di circa -20% e un minor numero di utenti ancora in fase di trattamento –cartella aperta- al momento della rilevazione (dovuto alla diminuzione del tempo totale di terapia). Inoltre si registra un aumento del numero di visite effettuate pari a +70%, dovuto all'incremento dei pazienti e alla riduzione degli abbandoni.

Il numero di pazienti assistiti nel gruppo di riferimento del 2009 e in quello sperimentale del 2010 è omogeneo per età, sesso, percentuale di esenzione ticket, presenza di malattie fumo correlate, grado di dipendenza, pack year ed incidenza di disturbi psichiatrici.

## Discussione

Prima di iniziare tale sperimentazione, era stata avviata un'indagine conoscitiva sulle variabili che maggiormente potevano incidere sul successo del trattamento. Gli elementi distintivi presi in considerazione erano stati principalmente: età - sesso - esenzione ticket - presenza malattie fumo correlate - grado di dipendenza - pack year - compilazione diario di automonitoraggio - presenza

di patologia psichiatrica - precedenti tentativi di cessazione - modalità d'invio. Le variabili che risultarono essere discriminanti per il successo della terapia sono state principalmente: la compilazione del diario, l'assenza di patologia psichiatrica e in misura minore la presenza di malattie fumo correlate. All'interno del campione analizzato infatti non sembravano essere particolarmente predittivi né il numero di sigarette fumate giornalmente, né gli anni di fumo o il grado di dipendenza. L'introduzione/affiancamento della figura dello psicologo è stata preceduta da un periodo di tre settimane durante il quale quest'ultimo ha effettuato un'osservazione non partecipe alle sedute del medico pneumologo con i pazienti allo scopo di valutare: le dinamiche di rapporto medico/paziente in questa particolare patologia, l'uso delle tecniche comportamentali (diario di automonitoraggio, scallaggio graduale selettivo, rinforzi ecc.) e farmacologiche. Ciò che si è ipotizzato mancare è stata una adeguata accoglienza, intesa come primo contatto con il servizio, valutazione della storia tabagica e delle aspettative rispetto a sé stessi, al medico e quindi al percorso, non trascurando il rifiuto o diffidenza al supporto psicologico, riferito già al primo incontro da alcuni pazienti. Alla storia personale sul fumo non veniva dato abbastanza spazio e veniva quindi messa in secondo piano dalle valutazioni cliniche sullo stato di salute e dall'intervento educativo-comportamentale e farmacologico. Verosimilmente venivano disattese le aspettative di andare in un centro antifumo e parlare del proprio vissuto riguardo al fumo, che non si esaurisce con la semplice raccolta di informazioni tramite questionario. Inoltre il non sapere come sarebbe andato avanti l'intervento (solamente spiegato a grandi linee per motivi di tempo), poteva aumentare ancor di più l'inquietudine di soggetti probabilmente con



livelli di ansia già alti e portare ad evitamento/abbandono già dopo il primo incontro. Inoltre, proprio perché non espressi e quindi non trattati, non venivano presi in giusta considerazione nel primo incontro i diversi correlati emotivi legati alla situazione tabagica (insicurezze, paure ecc.).

La scelta di avere una eterogeneità (utenti in diverse fasi del trattamento, dal primo incontro, a fasi intermedie e avanzate dello scalaggio fino a pazienti in follow up dopo la cessazione) diversifica questa terapia di gruppo rispetto a quella standard [9] poiché è legata all'idea di sfruttare i diversi momenti di confronto, accoglimento e modellamento che tale particolare situazione può generare, andando a elargire rinforzi materiali e sociali a più livelli emotivi in pazienti a diverse fasi del trattamento, creando un buon clima di accoglimento non giudicante fin dal primo incontro. Per gli astinenti il poter fare da modello dà un senso di soddisfazione e consolida il risultato, per quelli in fase di scalaggio aiuta a vedere che non si è da soli e che le difficoltà possono essere gestite e superate, anche con il supporto dell'esperienza altrui.

In ultimo, si sottolinea l'importanza della creazione della Stanza Tabagismo, nella quale il tempo d'attesa per la visita acquista un importante valore euristico: diventa momento di accoglimento, confronto e supporto e quindi a tutti gli effetti, tempo integrante del trattamento.

## Conclusione

Vi sono in letteratura numerose evidenze del fatto che combinare il trattamento farmacologico con il counseling

o/e il supporto psicologico hanno un impatto maggiore e più duraturo sull'outcome dei pazienti [2]. L'innovazione di tale approccio risiede nel combinare e quindi potenziare gli effetti delle due terapie, individuale e di gruppo, ad ogni singolo incontro. Dai dati emersi dalla nostra esperienza possiamo affermare che associando ad ogni incontro il trattamento comportamentale-farmacologico alla terapia di gruppo e al supporto psicologico ad orientamento cognitivo-comportamentale, si è aumentata l'efficienza e l'incisività dell'intervento. La presenza dello psicologo, come figura che al primo contatto accoglie e informa e non 'analizza', è ben accettata e successivamente cercata negli incontri seguenti. Viene vissuta come parte integrante del trattamento e lo psicologo in sintonia con il rispetto delle singole individualità, lascia ampia libertà di scelta nel ruolo che ogni utente ha nella Stanza Tabagismo, da membro attivo a singolo spettatore. Questo permette anche ai soggetti con ansia sociale di poter assistere senza sentirsi minacciati di doversi esporre per partecipare.

Tale programma è di facile trasferibilità nelle strutture sanitarie poiché non richiede costi o personale aggiunto rispetto a quello stabilito nelle Linee Guida per il trattamento del tabagismo [2, 3] e favorisce gli accessi del paziente al percorso diagnostico-terapeutico in quanto il suo inserimento è svincolato dalle liste di attesa per la formazione di un nuovo gruppo d'inizio terapia. ■

*Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.*

## INTERVISTA SEMISTRUTTURATA CONDOTTA DALLO PSICOLOGO

L'intervista si sviluppa a seconda delle risposte che vengono date dal paziente di volta in volta e si adatta dunque alla singola persona. Il suo scopo non è solo quello di raccogliere informazioni, ma anche di andare ad intervenire sulle idee irrazionali, i pensieri disfunzionali, rinforzando la motivazione e rassicurando dove ce ne sia bisogno. Lo scopo è quello di tranquillizzare ed abbassare i livelli d'ansia, attraverso la formazione di un clima accogliente e comprensivo, mai giudicante.

Di seguito si propone un esempio di intervista:

- |   |  |
|---|--|
| <p>A. Si indaga la motivazione (intrinseca, estrinseca)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Come ha conosciuto il nostro centro?</li> <li>• Ha scelto solo o è stato consigliato da altri?</li> <li>• Perché è qui proprio adesso?</li> </ul> <p>B. Si indaga la storia tabagica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando ha iniziato a fumare? Perché?</li> <li>• Quanto fuma attualmente?</li> <li>• Ha sempre avuto questa media?</li> <li>• Ha mai provato a smettere?</li> <li>(se sì) Mi può raccontare con quali esiti? Quanto è durato?</li> <li>Com'è andata?</li> <li>Come si sentiva?</li> <li>Perché ha iniziato di nuovo?</li> </ul> | <p>C. Si indaga il rapporto con il fumo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dove fuma (casa, stanze specifiche –bagno, cucina ecc.- auto, ufficio ecc.)?</li> <li>• Quand'è che fuma? Ci sono occasioni in particolare in cui le piace fumare? E ce ne sono in cui ne sente il bisogno?</li> <li>• Altre persone oltre a lei in casa fumano?</li> </ul> <p>D. Si indaga la percezione di autoefficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quante pensa possano essere le sue possibilità di riuscita da 0 a 10?</li> </ul> <p>E. Si indagano le aspettative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Come immagina questo suo percorso?</li> <li>• Cosa si aspetta dal nostro centro?</li> <li>• Cosa pensa possa esserle d'aiuto per farcela?</li> </ul> |
|---|--|

## BIBLIOGRAFIA

1. Pacifici R. "Rapporto Nazionale sul Fumo 2010. XII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 31 Maggio 2010 [http://www.iss.it/binary/pres/cont/Rapporto\\_annuale\\_sul\\_fumo\\_anno\\_2010.pdf](http://www.iss.it/binary/pres/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_anno_2010.pdf)
2. Nardini S, Bertoletti R, Carozzi L, Sabato E. "Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico" *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio* (2000) vol 15 n. 3
3. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. "Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update" Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
4. Zuccaro P. et al. "Linee Guida Cliniche per Promuovere la Cessazione dell'Abitudine al Fumo" ISS -OSSFAD 2008. [http://www.iss.it/binary/fumo/cont/linee\\_guida\\_brevi\\_2008.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf)
5. McEwen A, Hajek P, McRobbie H, West R "Manual of smoking cessation. A guide for counselor and practitioners" 2006 Blackwell Publishing UK
6. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. "Pharmacological Profile of the Alpha4beta2 nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist Varenicline, an Effective Smoking Cessation Aid" *Neuropharmacology* 2007 Mar; 52 (3): 985-94
7. Rollnick S, Mason P, Butler C "Cambiare stili di vita non salutar" Ed. Erickson, Trento 2004
8. Stead LF, Lancaster T "Group behavior therapy programmes for smoking" (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
9. Orlandini D (a cura di) "Trattamento di Gruppo per Smettere di Fumare. Manuale Operativo per Conduttori" Regione Veneto, Venezia 2010
10. Martucci P, Sestini P, Canessa PA et al. "Smoking cessation in patients requiring bronchoscopy: The Bronchoscopy Anti-Smoking Study (BASIS)" *Respiratory Medicine* (2010) 104, 61-66
11. Heatherton et al: "The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire" *Br. J. Addiction*, 1991; 86 1119-112.
12. Sanavio E, Bertolotti G, Michelin P, Vidotto G, Zotti A.M. "CBA- 2.0 Scale Primarie" O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze 1986
13. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler "Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation" *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
14. Wang C, Xiao D, Chan KP, et al. "Varenicline for Smoking Cessation: a Placebo-controlled, Randomized Study" *Respirology* 2009Apr; 14 (3): 384-92
15. Rigotti N, Pipe A, Benowitz NL, et al. "Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients with Cardiovascular Disease: a Randomized Trial" *Circulation* 2010 Jan; 19 (121): 221-9
16. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. "Anti-depressants for smoking cessation" *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1
17. APA "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" Fourth edition, 1994 Washington D.C., American Psychiatric Press

**5 x 1000 alla SITAB**  
**C.F. 96403700584**