

Tabaccologia

Tobaccology

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate



Guida al trattamento del tabagismo

Numero monografico

Standard Treatment Programme for Smoking Cessation



**Rete SITAB
dei Centri per
il Trattamento
del Tabagismo**

**Informazione
Aggiornamento
Materiali
Progetti**

Informazioni e adesioni: ufficioprogetti.sitab@gmail.com

Sommario

IL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO STANDARD (STP) PER SMETTERE DI FUMARE 3

The Standard Treatment Programme (STP) for smoking cessation

(B. Tinghino)

OVERVIEW 4

SESSIONE 1 6

- 1 Valutazione dello stadio del cambiamento 6
- 2 Self-efficacy, tipo di motivazione 7
- 3 Grado di frattura interiore, tipo di motivazione 7
- 4 Risorse interiori 8
- 5 Spiegazioni sul trattamento e anamnesi 8
- 6 Anamnesi tabaccologia e situazione attuale 9
- 7 Valutazione della dipendenza 9
- 8 Misurazione del monossido di carbonio (CO) espirato 9
- 9 Comorbidità per dipendenze da alcol o droghe 10
- 10 Comorbidità per patologie psichiatriche 10
- 11 Consegna del "diario del fumatore" 11
- 12 Prescrizione del farmaco scelto 11
- 13 Fissazione del Quit Day 12
- 14 Riassunto e pianificazione dei colloqui successivi 13

SESSIONE 2 14

- 1 Conferma dell'essere pronti a smettere 14
- 2 Conferma che ci sia il sostegno farmacologico 14
- 3 Consiglio di cambiare la "routine" quotidiana 15
- 4 Strutturazione del supporto sociale 15
- 5 Misurazione del CO espirato 16
- 6 Consiglio sulla necessità di interrompere 15
- 7 Conferma dell'impegno 16
- 8 Riassunto del programma da seguire 16

SESSIONE 3-5 17

- 1 Verifica dei progressi compiuti 17
- 2 Misurazione del CO espirato 18
- 3 Monitoraggio dei farmaci 18
- 4 Discussione sull'astinenza e il craving 18
- 5 Discussione sulle situazioni più difficili e strategie di coping 19
- 6 Gestione della "separazione" dalla sigaretta e ricerca di gratificazioni alternative 18
- 7 Conferma dell'impegno e incoraggiamento a proseguire 19
- 8 Riassunto 19

SESSIONE 6 20

- 1 La verifica dei progressi compiuti 20
- 2 La misurazione del CO espirato 20
- 3 Il monitoraggio dei farmaci 21
- 4 La discussione sui sintomi astinenziali e il craving 21
- 5 La discussione su particolari rischi di ricaduta 21
- 6 Incoraggiamento a proseguire e riflessione sui vantaggi percepiti 21
- 7 La conferma dell'impegno a non fumare e come riconsiderare una eventuale ricaduta 21
- 8 Pianificazione dei follow-up 22

CARTELLA CLINICA 23

Tabaccologia

Trimestrale di medicina scientifica per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologia fumo correlata

ORGANO UFFICIALE SITAB
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

Direttore Responsabile: Giacomo Mangiaracina - Roma
(direttore@tabaccologia.it)

Direttore Scientifico: Gaetano Maria Fara - Roma
(gaetanomaria.fara@uniroma1.it)

CapoRedattore: Vincenzo Zagà - Bologna
(caporedattore@tabaccologia.it)

Comitato Scientifico-Redazionale: Christian Chiamulera, (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Charilaos Lygidakis (Bologna), Nolita Pulerà (Livorno), Biagio Tinghino (Monza).

Comitato scientifico italiano: Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Giovanni Invernizzi (SIMG, Task Force Tabagismo, Milano), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Maurizio Laezza (Regione Emilia Romagna, BO), Paola Martucci (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), Franco Salvati (Oncologia, FONICAP, Roma), Elisabeth Tamang (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), Maria Teresa Tenconi (Igienista, UniPV), Riccardo Tominz (Epidemiologia, Trieste), Luca Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma), Pasquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Giovanni Viegi (Direttore CNR, Palermo), Lucio Casali (Pneumologia-Università di Perugia), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), Dario Olivieri (Pneumologia-Università di Parma - Italia), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma Italia), Girolamo Sirchia (Università di Milano).

Comitato scientifico internazionale: Micheal Fiore (University of Wisconsin, Madison-USA), Mariella Debiasi (Ricercatrice, Houston, Texas-USA), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Ivana Croghan (Mayo Clinic-Rochester USA), Richard Hurt (Mayo Clinic-Rochester USA), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Oxygene, Svizzera), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma Svezia), Martin Jarvis (University College, Londra - UK), Jacques Le Houezec (SRNT, Societè de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Societè Francaise de Tabacologie, Parigi - Francia), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA), Antigona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania).

Segreteria di redazione/marketing: Alessandra Cavazzi
(tabaccologia@gmail.com)

Realizzazione editoriale: Graph-x studio grafico - Bologna
www.graph-x.it

Ricerca iconografica: Zagor & Kano

Stampa: Ideostampa - Via del Progresso s.n. 61030
Calcinelli di Saltara (PU)

Tutti i diritti riservati, è vietata la riproduzione anche parziale senza l'autorizzazione dell'Editore. Per le immagini pubblicate restiamo a disposizione degli aventi diritto che non si siano potuti reperire.

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003

Cod. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)

Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nel mese di marzo 2011.

Testi e Coordinamento Scientifico**Biagio Tinghino**

Presidente Società Italiana di Tabaccologia, CTT di Monza.

Revisori**Massimo Baraldo**

Prof. Associato di Farmacologia-Facoltà di Medicina e Chirurgia-Università degli Studi di Udine, Ambulatorio Tabagismo-Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Maria della Misericordia, UDINE.

Fabio Beatrice

Responsabile UO Complessa ORL e Centro Antifumo dell'H. san G.. Bosco, TORINO.

Raffaella Caneparo

Responsabile CTT AO di Acqui Terme, ALESSANDRIA.

Cristiano Chiamulera

Professore Associato di Farmacologia, Dip. Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona, VERONA.

Mario del Donno

Responsabile UO Complessa e CTT AO "Rumno, BENEVENTO.

Gabriella Esposto

Psicologa, CTT di Monza, MONZA.

Domenico Enea

Docente di Ginecologia Univ. di Roma "Sapienza". Responsabile Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo", ROMA.

Giacomo Mangiaracina

Dipartimento Scienze di Sanità Pubblica, Unità di Tabaccologia Università di Roma "Sapienza", ROMA.

Nolita Pulerà

Responsabile CTT , Presidio Ospedaliero Livorno, USL6.Toscana, LIVORNO.

Vincenzo Zagà

Coordinatore Centri Antifumo-Pneumotisiologia Territoriale AUSL di BO, BOLOGNA.

Francesca Zucchetta

Psicologa, psicoterapeuta, MONZA.

Per la cartella clinica si ringrazia anche il gruppo di lavoro sul tabagismo della regione Lombardia, che ha lavorato al modello usato come riferimento per le successive implementazioni. In particolare si ringraziano: F. Besozzi Valentini (Gardone Valtrompia), F. Bergamini (Milano), M. Bonfanti (Milano), M. Ceccarelli (Mantova), B. Colombo (Milano), M. Consiglio (Pavia), G. De Isabella (Milano), A.Gamba (Monza), G. Galbarini (Cremona), D. Fiorentini (Varese), D. Gordini (Milano), E.I. Malvezzi (Milano), M. Palestra (Pavia), M. Parpanesi (Cremona), F. Perozziello (Milano), G. Pretti (Pavia), M.T. Tenconi (Pavia), R. Bertoletti (Sondrio).

Il Programma di Trattamento Standard (STP) per smettere di fumare

The Standard Treatment Programme (STP) for smoking cessation

Biagio Tinghino

La *smoking cessation* è sicuramente una materia complessa, in quanto richiede competenze integrate e provenienti da diverse aree formative. Nonostante ciò siamo convinti che le azioni cliniche per aiutare i fumatori a smettere debbano e possano diventare pratica comune. Questo lavoro si propone come “guida al fare” per chi vuole un riferimento scientificamente basato, ma anche pragmatico, facilmente trasferibile nella pratica clinica di tutti i giorni, possibilmente compatibile con l’organizzazione del proprio servizio. Per soddisfare questo bisogno, ho provveduto a sintetizzare gli *standard* di trattamento del tabagismo condivisi dai maggiori esperti nel campo della terapia del tabagismo, integrando allo stesso tempo una revisione della letteratura internazionale con le US *Guidelines* americane e lo *Standard Treatment Programme* del NHS inglese (National Health Service, Centre for Smoking Cessation and Training). Quest’ultimo è stato il riferimento principale, per la sua praticità e linearità di approccio.

Questo standard è indicato per la cura individuale dei fumatori sia nei centri per il tabagismo che negli ambulatori specialistici. Una breve introduzione è stata riservata all’identificazione delle competenze (conoscenze e abilità) necessarie ad affrontare la disassuefazione dal fumo attraverso un cambiamento nei comportamenti che utilizzano tecniche *evidence-based*. Successivamente è stato sintetizzato un programma di trattamento-tipo, attraverso la descrizione/guida per ogni sessione/colloquio clinico. In appendice abbiamo ritenuto opportuno inserire i criteri diagnostici di alcune *comorbilità* psichiatriche di maggior frequenza tra i tabagisti. La cartella clinica che si allega è, anch’essa, una “traccia” di colloquio che però può risultare molto utile per non tralasciare alcune aree anamnestiche come quelle della dipendenza e della abitudini tabagiche, motivazionale, di *polidipendenza* da alcol o sostanze illegali, doppia diagnosi psichiatrica, *self-efficacy*. Dietro il modello iniziale di questa cartella c’è stato il lavoro di un gruppo di esperti della regione Lombardia, ma ovviamente gli strumenti non sono mai definitivi e necessitano di revisioni. I processi descritti nel testo, l’ordine degli interventi e gli specifici contenuti sono solo dei suggerimenti, in quanto una interazione col fumatore e l’adattamento del programma alle sue specifiche esigenze possono essere tenuti in considerazione nei singoli casi.

Smoking dependency is a problem that affects millions of Italians. As a consequence, the treatment of tobacco dependency should be one of the priorities of medical doctors and other health professionals. However, education and teaching of cessation methods are scarce and there are only very few professionals who are able to aid a smoker to quit. In the majority of cases, every action is limited to an appeal to good intentions, the force of will or a list of the harms of smoking. Nonetheless, smoking cessation requires a technical approach, whose main guidelines are well-known globally and have been validated by thousands of clinical trials. Thanks to the available data, we are able to know the appropriate amount of time, the number and frequency of sessions and the drugs that are needed.

Despite the possible multiple models, the required time, the relation modalities with patients and the protocols are common in several experiences and therefore, they can be considered as standard ones.

I was inspired by the English “Standard Treatment Programme” while working on this document, because, from my point of view, it seems that contains all the necessary elements to guide to the process of smoking treatment even those who are less experienced. However, I have included some elements that enable the conductor to comprehend several major events that take place during the cessation period. Among these, it seemed very important to provide some elements in order to facilitate reading the changing processes (for instance through the theory of *Kubler-Ross*).

In appendix, some useful tools have been added, such as a template for a medical record, which may function as a guided motivational interview, being able to explore various interesting fields: the multi-dependency, the psychiatric morbidity, the motivation types, the self-efficacy, the level of physical dependency etc.

Apart from the cases of obvious complexity, especially of the psychiatric area, doctors should not hesitate to help their patients to quit smoking.

The first element of success comes from the operator proposing the treatment. The accurate use of the currently available drugs, an empathetic and supportive attitude and the correct programming of the meetings are the best ingredients of an efficient treatment.

Dal momento che questo lavoro intende solo essere un "manuale", si rimanda a testi più esaustivi per l'apprendimento delle tecniche di counseling, lo studio degli aspetti motivazionali, ed ogni altro aspetto specifico legato alla dipendenza da tabacco o alle patologie fumo-correlate. Spero che si tratti di uno strumento utile a chi inizia ad avvicinarsi al trattamento del tabagismo, dimostrando che questo ambito clinico è sì "complesso", ma non necessariamente "complicato": abbiamo veramente urgenza di passare dalle *buone conoscenze*, alle *buone pratiche*.

Biagio Tinghino

(presidenza@tabaccologia.it)

Presidente Società Italiana Tabaccologia (SITAB)

Overview

Lo Standard Treatment Programme (STP) qui delineato prevede sessioni settimanali per un totale di 6 incontri, dal momento che permette una adeguata valutazione del fumatore, un supporto efficace ed intensivo durante i primi periodi di astinenza e un minimo di rinforzo a 4 settimane dal quit day. La maggior parte dei centri ritiene opportuno distinguere il colloquio/visita di valutazione dalla prima sessione di trattamento. Nel nostro lavoro la sessione di valutazione si conclude già con la prescrizione della terapia. Una fase di valutazione a se stante risponde sicuramente alle esigenze di un maggiore approfondimento. In questo caso sarà bene aggiungere un colloquio, affinché le sedute di trattamento restino comunque sei. Sarà poi chi organizza il servizio a scegliere l'approccio più compatibile con le proprie risorse. Ulteriori sessioni di monitoraggio (follow-up) sono consigliabili, a 3, 6, 12 mesi.

- Sessione 1.** Valutazione
Sessione 2. Data di cessazione (QD, Quit Day)
Sessione 3. 1 settimana dopo il QD
Sessione 4. 2 settimane dopo il QD
Sessione 5. 3 settimane dopo il QD
Sessione 6. 4 settimane dopo il QD

Consigliate

- Sessione 7.** 3 mesi dopo il QD
Sessione 8. 6 mesi dopo il QD
Sessione 9. 12 mesi dopo il QD

Competenze di base e abilità dell'operatore

Per sintetizzare brevemente le modalità di approccio al fumatore, occorrerà fare riferimento agli approcci al counseling e alle tecniche di colloquio motivazionale (Miller e Rollnik, 1986). L'operatore deve aver seguito un percorso di formazione specifico, i cui standard minimi sono stati individuati nella durata non inferiore alle 30 ore di didat-

This volume is a simple step-by-step guide for the cure of tobacco dependency and, contrary to more extensive documents, aims at indicating the essential phases of a treatment model that can be applied to every clinical practice.

Its characteristics will probably be more appreciated by those who take the first step in this field.

I will be satisfied if the work transfers an evidence-based approach to the everyday clinical practice of our country even partially.

tica, completati da un percorso di training e supervisione.

È importante che conoscenze, competenze e abilità pratiche consistano nella piena padronanza delle seguenti aree:

■ Epidemiologia del tabagismo e delle patologie correlate

- Prevalenza e incidenza del fumo di sigaretta sul proprio territorio e, più generalmente, in altre nazioni, con particolare riferimento ai target più vulnerabili (per es. giovani, donne in particolare se in gravidanza, etc...)
- Patologie correlate la fumo, loro evoluzione, correlazione col tabagismo e vantaggi della cessazione

■ Dipendenza da tabacco

- Meccanismi neurochimici della dipendenza da tabacco
- Aspetti psicologici nelle dipendenze da tabacco
- Sindrome di astinenza da nicotina e suo decorso
- Fattori che promuovono i tentativi di cessazione e fattori protettivi nei confronti delle ricadute
- Fattori ambientali, socio-demografici e psicologici associati alla dipendenza da tabacco

■ Trattamenti per la smoking cessation

- Principi del supporto comportamentale, efficacia a breve e a lungo termine
- Competenze rispetto all'individuazione dello stadio del cambiamento secondo la teoria di Prochaska e Di Clemente
- Capacità di identificare indicazioni e controindicazioni di un trattamento di gruppo, rispetto al profilo del paziente
- Competenze e capacità di gestione clinica di tutto lo spettro di farmaci di provata efficacia per la cessazione
- Corrette informazioni sulle terapie alternative o altri programmi di trattamento "commerciali" e delle motivazione per cui essi non sono indicati come evidence-based

- Comprensione a applicazione delle metodologie di misurazione del monossido di carbonio espirato.

■ Strategie di controllo del tabagismo

- Conoscenza del contributo che la smoking cessation apporta nel ridurre le disuguaglianze e i costi nel campo della salute
- Descrizione del rapporto costo/efficacia degli interventi di cessazione, paragonati ad altri interventi clinici
- Conoscenza delle principali strategie di controllo del tabagismo

■ Valutazione clinica

- Storia tabaccologica del paziente e dei precedenti tentativi di smettere
- Sintetica anamnesi sanitaria
- Misurazione del monossido di carbonio espirato per validare i risultati del trattamento e gestione della comunicazione di eventuali discrepanze con quanto riferito
- Dipendenza da nicotina con strumenti validati quali il FQT (Questionario di Fagerstrom)
- Stadio del cambiamento
- Abilità e risorse cognitive/emozionali del paziente
- Self-efficacy, grado di frattura interiore e grado di soddisfazione generale
- Comorbidità di principale interesse rispetto al tentativo di cessazione (per es. disturbi dell'umore, uso di droghe/alcol, disturbo d'ansia etc...)
- Visual Analogue Scale (0-10) per sintomi astinenziali

■ Pianificazione dell'intervento

- Aiuto a stabilire una data di cessazione o le tappe della riduzione progressiva
- Pianificazione del calendario dei colloqui

■ Supporto comportamentale

- Relazione terapeutica caratterizzata da un atteggiamento empatico, non giudicante, di valorizzazione dei passi positivi compiuti

mento empatico, non giudicante, di valorizzazione dei passi positivi compiuti

- Comprensione dei principali meccanismi di resistenza al trattamento e loro gestione
- Sostegno alla motivazione a smettere, con strategie di rinforzo
- Aiuto a riconoscere e superare l'ambivalenza /frattura interiore
- Aiuto a riconoscere i legami tra vissuti/situazioni emotive e comportamento tabagico
- Identificazione delle situazioni a rischio, ossia degli stimoli interni ed esterni che inducono a fumare
- Miglioramento delle capacità di resistere alle pressioni sociali
- Implementazione della self-efficacy e acquisizione di strategie di problem solving, volto a identificare/gestire pensieri negativi e a sostituirli con schemi di pensiero più adeguati, potenziando così le risorse interne
- Supporto all'elaborazione del distacco/lutto dalla sigaretta
- Consolidamento del risultato ottenuto e prevenzione della ricaduta

■ Organizzazione del servizio

- Presenza di locali dedicati, in orari e con modalità di accesso ben definiti, volti possibilmente a facilitare il contatto con l'utenza
- Operatori formati secondo requisiti standard (vedi sopra), che seguono regolari momenti di aggiornamento e implementazione delle competenze
- Registrazione accurata del materiale clinico (per es. cartella), degli esiti della terapia e dei follow-up, seguendo parametri riconosciuti (consigliato:Russell Standard)
- Approccio metodologico aderente alle linee guida proposte dalla comunità scientifica
- Costruzione di una rete efficace con gli altri operatori (ospedalieri o del territorio) sanitari e non.

Sessione 1

Valutazione

Il colloquio comprende

1. Individuazione dello stadio del cambiamento
2. Spiegazione sulle modalità di trattamento e funzionamento del servizio
3. Sintetica anamnesi sanitaria
4. Storia tabaccologia del paziente e dei precedenti tentativi di smettere
5. Valutazione della situazione attuale rispetto al tabagismo e misurazione della dipendenza da nicotina con strumenti validati (per es. FQT, Questionario di Fagerstrom)
6. Misurazione del CO
7. Discussione sui presidi farmacologici che possono essere usati
8. Self-efficacy, grado di frattura interiore e grado di soddisfazione generale
9. Comorbidità di principale interesse rispetto al tentativo di cessazione (per es. disturbi dell'umore, uso di droghe/alcol, disturbo d'ansia etc...)
10. Pianificazione del calendario dei colloqui
11. Consegna del "diario del fumatore"
12. Preparazione per il passo successivo e rilascio di un riassunto (per es. calendario con le date degli incontri)

Competenze usate durante la sessione

- Condurre un colloquio clinico semi-strutturato per aree
- Costruire la relazione con una alleanza terapeutica
- Implementare la motivazione e la self-efficacy
- Usare domande aperte che agevolano la riflessione
- Rassicurare e sostenere

COMPETENZE

Costruzione della relazione attraverso un atteggiamento empatico

Valutazione dello stadio del cambiamento

Quando l'operatore avvia questa sessione, si intende che il paziente abbia già formulato una richiesta di aiuto. L'approccio che segue, quindi, non è volto a sollecitare la decisione di entrare in trattamento (cosa che è già avvenuta) ma a formulare una valutazione sanitaria e degli aspetti comportamentali/motivazionali. L'inizio del colloquio deve essere improntato da parte dell'operatore ad "agganciare" il paziente sul piano della relazione e stabilire un rapporto di fiducia.

"Oggi faremo una chiacchierata sulla sua richiesta di smettere di fumare. Dapprima sarò io a chiederle alcune informazioni, sia sulla sua salute che sulle sue abitudini al fumo. Cercherò di tracciare un suo profilo della sua dipendenza fisica e degli aspetti psicologici correlati. Le farò alcune domande su eventuali disturbi che hanno una certa frequenza tra i fumatori, sul tipo di motivazione, sugli eventuali ostacoli che potrà incontrare. Infine le dirò anch'io qualcosa sul programma di cura e su ciò che può andar bene per lei. Naturalmente può farmi le domande che ritiene necessarie. Così in conclusione concorderemo i passaggi necessari e le cose da fare. Cosa ne pensa?"

1 Valutazione dello stadio del cambiamento

Chiedere se il paziente si sente pronto a smettere in questo periodo.

"Per cominciare: posso chiederle se si sente pronto a sostenere la fatica di smettere in questo periodo?"

Individuare la fase del cambiamento (precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione...) ed orientare il colloquio di conseguenza. Nonostante la richiesta sia stata già effettuata, non è del tutto scontato che il paziente sia determinato o pronto all'azione. Per diverse ragioni (per es. una

prenotazione formulata sotto le pressioni dei familiari o l'obiettivo di fermarsi solo a delle informazioni sul "metodo") è possibile riscontrare una fase motivazionale discordante rispetto alla richiesta apparente.

■ **Se il paziente sembra nervoso o ambivalente**

“Mi sembra un po’ preoccupato rispetto allo smettere di fumare. È una cosa comprensibile e molto comune. La buona notizia è che può avere il supporto di un professionista come me e può usare dei farmaci efficaci, che aumentano le sue probabilità di successo”.

■ **Se il paziente è “positivo”**

“È una bella cosa che lei abbia un atteggiamento positivo rispetto allo smettere di fumare, perché la sua motivazione è un fattore veramente importante di successo”.

■ **Se il paziente non si sente pronto** per un tentativo di cessazione, o si condivide che la motivazione non è attualmente adeguata, assicurarsi che egli abbia i riferimenti del servizio e sia in grado di contattarvi quando è pronto. In ogni caso sottolineare il fatto che ci saranno sicuramente altri periodi in cui avrà più energie da dedicare al tentativo di smettere e che ciò gli permetterà di farlo con successo.

■ **Se il paziente è pronto** per smettere, allora proseguire nella valutazione, secondo gli step successivi.

2 Self-efficacy, tipo di motivazione

“Il percorso che faremo richiederà un certo impegno da parte sua, mentre da parte nostra – come già detto – le sarà fornito un aiuto importante. Se dovesse smettere da solo, in questo tentativo, quante probabilità di riuscita si darebbe (da 0 a 5: si intende zero nessuna probabilità e cinque massima probabilità di successo)?”

■ **Se il paziente ha un basso indice di autoefficacia** (punteggi autoriferiti di 0 oppure 1), cercare di capire perché crede così poco nella sua possibilità di farcela. Generalmente ciò è determinato da **scarsa fiducia** nelle proprie capacità o **scoraggiamento** per precedenti tentativi falliti. In questo caso occorre ribadire il nostro sostegno e l'opportunità di usare i farmaci. Dall'altra parte, però, è anche necessario evitare **atteggiamenti di delega** di ogni responsabilità del trattamento nei confronti dell'operatore, nutrendo aspettative “magiche” sulle proprietà dei farmaci o della “tecnica”. In questo caso sarà opportuno ricordare che “ognuno dovrà fare la propria parte e mettere a disposizione le proprie risorse”.

■ **Se il paziente ha un punteggio di autoefficacia massimo (5)**, cercare di capire se le sue aspettative sono realistiche, ossia se ha sottovalutato l'impegno che dovrà mettere nel tentativo e le difficoltà da affrontare.

3 Grado di frattura interiore, tipo di motivazione

“Cosa l'ha spinto a considerare la possibilità di smettere di fumare in questo periodo?”

Attraverso la riflessione sui motivi della decisione, valutare:

A) Il grado di discrepanza/ambivalenza, inteso come contraddizione tra ciò che la persona vorrebbe essere/fare e gli impedimenti causati dal fumo. A tutti

Sostegno alla motivazione e alla self-efficacy

Rinforzo della motivazione

Spiegazione volta a verificare ed eventualmente a correggere le aspettative

Comprensione dei motivi della decisione

Sostegno alla motivazione
e alla self-efficacy

Valutazione delle risorse

Sostegno alla motivazione
e alla self-efficacy

Spiegazione sul programma,
correzione delle aspettative

i fumatori piace fumare, ma allo stesso tempo molti percepiscono una minore resistenza fisica, tosse, o altri effetti negativi del fumo.

B) Il tipo di motivazione, valutata con diverso grado di efficacia a seconda che vogliono smettere per se stessi o per una qualche pressione esterna (da parte di un parente, o il senso di colpa per il cattivo esempio dato ai figli etc...). Oltre a ciò è determinante la collocazione del “locus of control”, inteso come “interno” o “esterno”, in un *continuum* fra l’onnipotenza e la delega totale.

Tutti gli spunti sono utili per smettere di fumare, ma occorre ricordare che “*le motivazioni legate al prendersi cura di sé sono quelle più sane ed efficaci.*”

4 Risorse interiori

“È importante che abbia scelto di smettere di fumare. Probabilmente è proprio il momento giusto per farlo. Come potrebbe definire, in una parola, il periodo che sta attraversando nella sua vita?”

Questa domanda permette di valutare quali e quante risorse il paziente ha disponibili da investire nella cessazione. I periodi connotati da entusiasmo, soddisfazione generale alta, cambiamento positivo e interesse per il proprio benessere facilitano l’ottenimento di un risultato positivo.

Al contrario, la perdita recente di persone care, la messa in atto di separazioni o la vicinanza temporale con altri eventi negativi deve spingere a porre una domanda ulteriore rispetto alle energie che l’utente può investire.

■ **Se il paziente sta attraversando un periodo positivo** si potrà sostenere la sua motivazione, con i suoi stessi argomenti.

“Lei ha giustamente osservato che ha deciso di prendersi cura di se stesso. Le aggraugo che già dopo qualche settimana che avrà smesso di fumare vedrà aumentare il suo fiato, si ridurrà la frequenza cardiaca, ma si accorgerà che anche la pelle sarà più rosea, sentirà di più gli odori e il gusto dei cibi...”

■ **Se il paziente sta attraversando un periodo negativo** si potrà restituire questa difficoltà, perché egli diventi consapevole che lo smettere di fumare assorbirà ulteriori risorse.

5 Spiegazioni sul trattamento e anamnesi

“Lei ha preso una decisione importante, e questo significa aver cominciato bene. La ricerca ha dimostrato che le persone che vengono supportate da un servizio specialistico e usano i farmaci adatti hanno molte più probabilità di successo nello smettere di fumare di chi ci prova da solo”.

■ **Spiegare che riceverà un supporto sia farmacologico che comportamentale** e che il contatto settimanale con voi lo aiuterà parecchio.

“Non si sentirà solo, perché ad ogni visita potrà ricevere spiegazioni e aiuto rispetto alle difficoltà che dovessero presentarsi”.

■ **Dare informazioni sui tempi** (calendario colloqui) degli incontri e sul funzionamento (benefici/effetti collaterali) dei **farmaci**.

“La cadenza degli incontri ha un significato tecnico ed è stata predisposta per aiutarla nel periodo più importante. I farmaci che userà aumenteranno le probabilità di successo. Essi servono, comunque, a farla guarire da una dipendenza che comporta un grande rischio per la sua salute.”

■ **Effettuare una sintetica anamnesi sanitaria** sulle malattie pregresse, i farmaci in uso, presenza di eventuali allergie/intolleranze.

6 Anamnesi tabaccologia e situazione attuale

■ **Chiedere quando ha iniziato a fumare**

■ **Avere informazioni sui tentativi precedenti:**

- Numero di tentativi precedenti di cessazione
- Modalità del tentativo (uso di farmaci o altre tecniche...)
- Esito
- Durata dei periodi di astinenza
- Motivi di ricaduta

■ **Se è il primo tentativo**

“Il fatto che per lei sia il primo tentativo e che per compierlo si sia rivolto al nostro servizio, ottimizza le probabilità di successo. Vediamo di fare in modo che il suo primo tentativo sia quello definitivo”.

■ **Se ha fatto altri tentativi**

“L’aver già fatto altri tentativi e il provare ancora mostra che ha desiderio di smettere. Molti fumatori fanno diversi tentativi prima di riuscire definitivamente a smettere. Questa volta la differenza sarà costituita dal fatto che lei non è solo, ma sarà aiutato in ogni difficoltà dovesse presentarsi.”

7 Valutazione della dipendenza

■ **Spiegare sinteticamente la dipendenza da nicotina**

“Quando lei ha cominciato a fumare regolarmente, il suo cervello ha instaurato una dipendenza dalla nicotina, per cui si aspetta una dose regolare di questa sostanza. Questo meccanismo può inficiare la sua motivazione a smettere, specialmente quando sentirà i sintomi una astinenza temporanea da fumo, al momento della cessazione”.

■ **Illustrare il senso del Questionario di Fagerstrom (FQT).**

“Alla luce di quanto detto prima, è utile misurare la gravità della dipendenza fisica da nicotina, cosa che faremo ponendole delle semplici domande”.

■ **Somministrare il test e poi fornire spiegazioni sull’esito**

8 Misurazione del monossido di carbonio (CO) espirato

■ **Spiegare il significato del test**

“Il monossido di carbonio è un gas prodotto dalla combustione della sigaretta e inalato col fumo che si sostituisce all’ossigeno e provoca malattie cardiache o di altro tipo. La buona notizia per lei è che quando lei avrà smesso, il livello di monossido di carbonio nel suo corpo scenderà molto rapidamente fino a quello dei non-fumatori. L’apparecchio misura la quantità di CO nei suoi polmoni in parti per milione, e se lei non ha fumato nelle ultime 24 ore ci aspettiamo che il risultato sia inferiore a 6 parti per milione.”

Valutazione anamnestica del tabagismo e delle strategie utilizzate nel passato, delle risorse, dei motivi di fallimento di precedenti tentativi

Sostegno alla motivazione e all’autoefficacia

Aiuto a capire che esiste un meccanismo neurochimico della dipendenza e non è solo una questione di “buona volontà”

Misurazione del grado di dipendenza

Proposta della misurazione non come “controllo”, ma come monitoraggio del successo

Uso di un atteggiamento non giudicante

Spiegazione sulla sinergia tra l'uso di alcol/sostanze e il bisogno di fumare

Screening delle principali comorbidità psichiatriche

9 Comorbidità per dipendenze da alcol o droghe

■ Uso di alcol:

Chiedere se usa alcol o ne ha usato. In caso affermativo e quantificare l'uso (in Unità Alcoliche /die). Indagare su eventuali episodi di abuso quantificarli. Utile, qualora ci sia il dubbio di un abuso e si voglia fare riferimento a domande strutturate, usare lo schema del C.A.G.E.

1. *Le è già capitato di pensare che dovrebbe ridurre il suo consumo di alcol?*
2. *Le è già successo di arrabbiarsi perché qualcuno le ha detto che beve troppo?*
3. *Ha già avuto l'impressione di aver bevuto troppo e di essersi sentita/o in colpa per questo?*
4. *Ha già sentito il bisogno di bere alcol al mattino per sentirsi in forma?*

Se la risposta è positiva per almeno 2 domande, allora è molto probabile che ci sia un problema con l'alcol e serva un approfondimento.

■ Uso di sostanze stupefacenti. Chiedere se usa o ha usato droghe.

10 Comorbidità per patologie psichiatriche

■ Uso di psicofarmaci

"Ha mai usato o usa psicofarmaci?"

"Ha mai fatto ricorso ad una consulenza psichiatrica?"

■ Disturbo depressivo

Indagare sommariamente su eventuali disturbi pregressi o attuali del tono dell'umore. Nel caso si voglia seguire una guida nelle domande, si possono seguire i criteri diagnosi sotto elencati o, ancor meglio, somministrare i più comuni test di screening utilizzati nella pratica clinica, come per es. l'Hamilton Rating Scale for Depression, o l'SDS (Self-rating Depression Scale) e DSI (Depression Status Inventory).

Il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) propone i seguenti criteri per la diagnosi di depressione maggiore (unipolare), che possono servire da riferimento generale. Sono necessari almeno 5 criteri su 9.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno.
3. Significativa perdita di peso, in assenza di una dieta, o significativo aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno.
4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno.
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno.
6. Affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno.
7. Sentimenti di autosvalutazione oppure sentimenti eccessivi o inappropriati, sensi di colpa, quasi ogni giorno.
8. Diminuzione della capacità di concentrazione, attenzione e pensiero. Difficoltà nel prendere decisioni o iniziative in ambito familiare e/o lavorativo.
9. Pensieri ricorrenti di morte o di intenzione e/o progettualità suicidaria.

■ Disturbo d'ansia

Il disturbo d'ansia è caratterizzato dalla percezione di eccessiva preoccupazione associata alla presenza di alcuni tra i seguenti sintomi non motivabili con pato-

logie organiche Possono, se necessario, essere usati test di screening come l'ASI (Anxiety Status Inventory) e SAS (Self Rating Anxiety Scale).

- paura immotivata
- panico
- sensazione di crollare mentalmente
- tremori
- dolori somatici
- facile affaticabilità
- irrequietudine
- palpitazioni
- vertigini
- irrequietezza
- svenimenti
- dispnea
- parestesie
- nausea/vomito
- pollachiuria
- sudorazione
- rossore alle guance
- insonnia
- incubi

In particolare la diagnosi si pone quando lo stato di preoccupazione eccessiva perdura da più di 6 mesi ed ha limitato la vita sociale o lavorativa del paziente, oppure altre aree significative della sua esistenza.

11 Consegna del “diario del fumatore”

Da questo punto inizia la descrizione dei passaggi di trattamento vero e proprio. Il “diario del fumatore” è uno schema che il cliente viene invitato a compilare dal giorno successivo, in cui annoterà per ogni sigaretta fumata (l'annotazione va fatta poco prima di fumare) il numero progressivo della sigaretta, l'ora, con chi si trova, che occupazione sta svolgendo, il suo stato emotivo, il grado di bisogno di fumare (con un punteggio da 0 a 10).

“Le consegno un primo strumento che ci aiuterà a tracciare il suo profilo di fumatore, conoscere meglio le sue criticità. Compili accuratamente questo diario, porti sempre con sé il foglio. Vedrà che da questi appunti emergeranno molte osservazioni utili a gestire i suoi momenti di crisi e a capire come lei fuma.

Non si tratta di uno strumento per controllare il bisogno della sigaretta, ma principalmente per prendere consapevolezza delle circostanze e delle situazioni più frequentemente legate all'uso di tabacco. Le raccomando di portare la prossima volta i fogli compilati per ciascun giorno.”

12 Prescrizione del farmaco scelto

“I farmaci per aiutare i fumatori a smettere rendono più facile il raggiungimento dell'obiettivo. In genere raddoppiano le possibilità di farcela. Sono sicuri e non causano tumori, stroke, malattie di cuore o polmonari.”

■ **Se il paziente non pensa di dover assumere farmaci**, cercare di capire le sue ragioni, discuterne e incoraggiarlo all'uso delle medicine disponibili.

■ **Se il paziente ha compreso la necessità di assumere farmaci**, cercare di capire che aspettative si è fatto, quali informazioni ha sui loro effetti e sul loro ruolo,

Informazioni sui farmaci, correzione delle paure infondate e delle false aspettative

quindi fornire spiegazioni supplementari ed orientarlo verso la formulazione che si ritiene più opportuna per lui. Dare informazioni specifiche sul farmaco scelto.

CHAMPIX

“Il Champix è stato specificamente disegnato per aiutare i fumatori a smettere e le prime evidenze suggeriscono che probabilmente è il più efficace dei tre farmaci oggi a nostra disposizione. Champix è costituito da compresse che devono essere assunte come indicato nella confezione.

Queste compresse riducono il bisogno di fumare e alleviano la sindrome d'astinenza, quando si smette di fumare. Il suo uso può provocare alcuni effetti secondari di modesta entità, come nausea, cefalea, disturbi del sonno e sogni anomali. Questi effetti spesso si riducono proseguendone l'uso e cessano alla conclusione della cura. Il Champix va usato per 12 settimane.”

ZYBAN

“Lo Zyban è il primo farmaco non nicotinic che è stato disponibile per i fumatori e le ricerche mostrano che, come l'NRT, raddoppia le probabilità di successo. Zyban è costituito da compresse che riducono il bisogno di fumare e la sindrome di astinenza. Può provocare alcuni effetti secondari di modesta entità, come cefalea, disturbi del sonno, bocca secca e nausea. Lo Zyban deve essere assunto almeno da 7 giorni prima del giorno in cui si smetterà di fumare e continuato per 6-9 settimane.

NRT

“La terapia sostitutiva nicotinic (definita con la sigla NRT) è molto efficace nell'aiutarla a smettere. È importante ricordare che questa nicotina è sicura, purificata e non associata alle oltre 4000 altre sostanze contenute abitualmente nel fumo di sigaretta. Assumere NRT non è come fumare, non è pericoloso e la dose utilizzata è inferiore rispetto a quella assorbita con la sigaretta. L'obiettivo è sostituire la nicotina della sigaretta con nicotina esterna. Il suo cervello non sentirà la differenza e così lei non avvertirà quasi la sindrome d'astinenza. Così potrà concentrarsi nel controllare la gestualità quotidiana. L'effetto è quello di ridurre il bisogno di fumare.”

Nel caso di uso di NRT si spiegherà la posologia e la modalità d'uso della formulazione scelta: gomme, pastiglie, inalatori o cerotti transdermici, personalizzando la terapia.

13 Fissazione del Quit Day

■ Stabilire il Quit Day (se cessazione ex abrupto)

L'interruzione completa del fumo può essere proposta o attraverso una cessazione brusca (in un giorno stabilito: Quit Day) oppure gradualmente (in 2-3 passaggi successivi di riduzione).

Non esistono grandi differenze in termini di risultati, tra le due modalità (cessazione brusca o graduale). La cessazione graduale permette di far toccare con mano al paziente la capacità di farcela (in genere la riduzione del 50% viene effettuata agevolmente), e di incoraggiarlo ad affrontare per step successivi la sindrome di astinenza.

La cessazione brusca, d'altra parte, permette di entrare nel vivo dell'astinenza e di ridurre i tempi, con un allontanamento definitivo dallo stimolo.

La scelta tra una modalità o l'altra andrà fatta in riferimento all'esperienza dell'operatore e tenendo conto della scelta o delle caratteristiche del paziente.

Rinforzo della decisione di non fare più neanche un “tiro” a partire dal QD

Valutazione dello stadio del cambiamento

Se si è scelta la modalità di cessazione che prevede l'interruzione in un solo passaggio, occorre stabilire il giorno, che abitualmente è 1-2 settimane dopo il colloquio di valutazione tenendo conto anche del tempo necessario perché l'eventuale terapia farmacologica diventi efficace. Avvisare il paziente che deve prepararsi mentalmente:

“Poiché questi sono gli ultimi giorni in cui fumerà, farà bene a prepararsi per il giorno della cessazione”

“È importante che dal giorno stabilito lei non faccia più neanche un tiro. Anche un uso saltuario di sigarette può compromettere tutto il nostro percorso.”

■ Pianificare la riduzione (se cessazione graduale)

Se si è scelta la modalità di cessazione che prevede la riduzione in più tappe, occorre chiarire sin dall'inizio questa modalità e le tappe che seguiranno. Generalmente ciò avviene prescrivendo una riduzione del 50% per la settimana successiva (da verificare al colloquio N.2), una riduzione di un ulteriore 25% (per la terza settimana (da verificare al colloquio N.3) e la cessazione definitiva da portare come esito al colloquio N. 4.

14 Riassunto e pianificazione dei colloqui successivi

■ Riassumere

Poiché spesso il primo colloquio abbraccia vari argomenti, è bene alla fine dell'incontro riassumere brevemente al paziente l'esito della valutazione, le decisioni prese e le cose che andranno fatte. Assicurarsi che l'utente abbia ben chiaro il programma e che assumerà i farmaci prescritti.

■ Fissare un calendario di appuntamenti

In ogni caso il paziente deve uscire dal servizio con un calendario degli appuntamenti successivi, che gli danno il senso di una cura che continua, di un percorso che vedrà gli operatori attenti alle sue esigenze e di una serie di passaggi che hanno una cadenza temporale a cui è attribuito un significato tecnico.

“Noi conosciamo bene tutte le tappe del percorso che lei ha iniziato. Per questo motivo predisponiamo una serie di appuntamenti che sono distribuiti in modo tale da fornirle un aiuto proprio nei momenti in cui potrebbe averne più bisogno. Come vede, tutto è stato predisposto per aiutarla efficacemente.”

Ascolto delle paure rispetto alla cessazione

Informazioni sui sintomi astinenziali

Informazioni sulle ansie infondate

Pianificazione del calendario degli incontri successivi

Rassicurazione sulla continuità del sostegno

Sessione 2

Giorno della cessazione

La sessione comprende:

1. La conferma dell'essere pronti a smettere e di averne le capacità
2. La conferma che il cliente è sufficientemente supportato dai farmaci ed ha chiarezza sul loro uso e sulle aspettative da riporre in essi
3. La discussione sulla sindrome di astinenza, il craving e le modalità di fronteggiarli
4. Il consiglio di cambiare "abitudini di routine"
5. La discussione sulla frequenza/contatto con altri fumatori e il supporto che egli può ricevere
6. La previsione delle situazioni a "rischio" per la settimana successiva
7. la misurazione del Monossido di Carbonio
8. La conferma della necessità della cessazione totale (se si è scelta questa modalità) o di attenersi all'obiettivo concordato (se cessazione per step)
9. Rinnovo dell'impegno da parte del cliente ("neanche una boccata di fumo")
10. Discussione del piano terapeutico e riassunto

Competenze usate durante la sessione

- Sostenere e rinforzare la motivazione e la self-efficacy
- Rinforzare la relazione
- Usare un atteggiamento di ascolto attivo
- Rassicurare e contenere ansie e timori

COMPETENZE

Sostegno alla motivazione
e alla self-efficacy

Monitoraggio dei farmaci

1 Conferma dell'essere pronti a smettere

Complimentarsi per il fatto che il cliente è fermo nel proposito di iniziare il percorso. Questo colloquio avviene il giorno della cessazione o comunque nei giorni ad esso vicini (se si è adottato il metodo della cessazione brusca). Temi e strumenti motivazionali simili si usano anche se la riduzione avviene per tappe successive.

"A questo punto posso chiederle: si sente pronto per smettere?"

Rassicurarlo se è un po' nervoso e congratularsi se si percepisce un atteggiamento positivo.

2 Conferma che ci sia il sostegno farmacologico

■ **Verificare che il paziente abbia acquistato i farmaci e stia seguendo le prescrizioni**

■ **Ricordare le modalità di uso e il rationale del trattamento farmacologico (ridurre l'astinenza ed aumentare le probabilità di successo)**

■ **Rassicurare sulla sicurezza di impiego del farmaco.**

"Ricordo che questo prodotto non provoca tumori, non contiene catrame o monossido di carbonio e che l'uso delle sigarette è molto più pericoloso. I farmaci che usiamo per aiutare i fumatori non provocano dipendenza. Il problema maggiore è che i pazienti non li usano correttamente o per tutto il periodo necessario.

È importante ricordare, peraltro, che stiamo curando una dipendenza grave, che causa molte malattie. Non dobbiamo quindi avere perplessità nel seguire scrupolosamente la terapia farmacologica.”

“Averle prescritto dei farmaci è importante per aiutarla a superare l’astinenza che molti fumatori sperimentano quando smettono. Il suo corpo si è abituato a ricevere nicotina, ma così facendo ridurremo i fastidi che potrà percepire. Quando lei ha smesso di fumare, nei tentativi precedenti, che disturbi aveva notato? Che strategie aveva adottato per superarli?”

■ **Rinforzare il concetto che i disturbi si ridurranno nel giro di pochi (5-7) giorni e quasi tutti scompariranno al massimo in 4 settimane.**

■ **Discussione del “diario del fumatore” e costruzione di strategie di fronteggiamento del craving**

“L’esperienza ci insegna che nei primi giorni il bisogno di fumare si presenterà in modo molto forte, particolarmente in concomitanza con alcuni stimoli ambientali. È importante che lei conosca quali sono i suoi momenti più critici, dove si nascondono le trappole. In questo modo potrà preparare delle strategie per fronteggiare i momenti difficili. Sappiamo anche che, quando arriverà il bisogno forte di fumare, è più efficace usare una tattica di evitamento, cioè distrarsi, fare qualcos’altro, allontanarsi dallo stimolo esterno per qualche minuto. Tutti i fumatori ci riferiscono che, passato qualche minuto, la crisi è temporaneamente superata.”

Ecco una lista delle strategie maggiormente proposte dagli stessi fumatori:

- Distrarsi
- Bere un bicchiere d’acqua
- Compiere dei profondi atti respiratori
- Camminare
- Masticare qualcosa
- Cambiare stanza
- Sentire un amico
- Avere a disposizione delle caramelle/zollette di zucchero per i cali di glicemia che talora si verificano
- Evitare i luoghi in cui si fuma
- Procurarsi piccole occupazioni manuali
- Tenere a portata di mano un elenco dei vantaggi dello smettere di fumare

3 Consiglio di cambiare la “routine” quotidiana

Spesso gli stimoli che ricordano la sigaretta sono legati ad abitudini quotidiane, come l’uso del caffè, la pausa lavorativa, i momenti dopo il pranzo e la cena, situazioni di relax, il tempo passato in compagnia di amici, l’uso di bevande alcoliche. Se il cliente ha ben chiari questi stimoli, si può discutere sul come pensa di fare per superarli. Per un periodo transitorio si può, per esempio, cambiare il modo di fare colazione, inserire una piccola gratificazione al posto della sigaretta, spostare l’orario o il contesto in cui prende il caffè, organizzare qualcosa di alternativo dopo la cena, evitare la compagnia di fumatori o gli incontri in cui si fuma.

4 Strutturazione del supporto sociale

È importante chiedere se il cliente vive con altri fumatori. In questo caso egli può dire:

Recupero delle precedenti esperienze positive e potenziamento delle risorse specifiche del paziente

Formulazione piani di fronteggiamento del craving

Aiuto a individuare i momenti critici e le soluzioni

Discussione sugli stimoli ambientali e loro gestione

Identificazione dei supporti sociali con un ruolo positivo di sostegno

“Sto seriamente impegnandomi per smettere di fumare. Mi è stato spiegato come il vedere altre persone fumare può farmi ricadere. Ti sarei grato perciò se mi aiutassi non fumando in mia presenza.”

Egli può chiedere che:

- Non si fumi in sua presenza
- Non si lascino le sigarette e l'accendino in luoghi comuni
- Non gli si offrano sigarette
- Si sopporti un periodo di relativa irritabilità

5 Misurazione del CO espirato

6 Consiglio sulla necessità di interrompere

“L'unico modo per farcela e attraversare il periodo di astinenza è imparare che si può vivere senza sigarette. Così si ricordi di evitare da ora in poi anche un solo tiro di sigaretta.

Si ponga obiettivi limitati. Impari a superare la mattinata, poi il pomeriggio, infine la sera. Quando avrà superato il primo giorno si ponga come obiettivo il secondo giorno. Un passo dopo l'altro. Vedrà che è possibile farcela.”

Nel caso in cui si è scelta una strategia di cessazione in più passaggi, occorre ribadire la necessità di attenersi all'obiettivo. Come rinforzo si userà il fatto che i precedenti step sono stati raggiunti e quindi “ce la si può fare”.

“I passaggi finora effettuati dimostrano che lei ha già tolto una gran parte delle sigarette fumate. Quindi è capace di fronteggiare l'astinenza. È la dimostrazione che possiamo passare alla fase successiva.”

7 Conferma dell'impegno

“A questo punto mi sembra le sia chiara la strategia che può usare. Ci sono domande? Ha qualche dubbio che posso chiarire? Diversamente le chiedo se mi conferma il suo impegno.”

8 Riassunto del programma da seguire

Riassumere e restituire in parole semplici il programma da seguire:

- Farmaci
- Strategie per fronteggiare l'astinenza
- Cambio della routine quotidiana
- Supporto nei momenti critici ed evitamento degli stimoli
- Prossimo appuntamento

“Si ricordi: neanche un tiro! Sono convinto che ce la farà!”

Gestione di obiettivi intermedi

Rinforzo della motivazione basandosi sui risultati ottenuti

Sessione 3 – 5

Gli incontri prevedono:

1. La verifica dei progressi compiuti
2. La misurazione del CO
3. Il monitoraggio dei farmaci
4. La discussione sui sintomi astinenziali e il craving, nonché dei modi per superarli
5. La discussione su particolari situazioni difficili e i modi di gestirle (strategie di coping)
6. La conferma dell'impegno ("neanche un tiro")
7. Incoraggiamento a proseguire
8. Riassunto

Competenze usate durante la sessione

- Sostenere e rinforzare la motivazione e la self-efficacy
- Rinforzare la relazione
- Usare un atteggiamento di ascolto attivo
- Rassicurare e contenere ansie e timori

1 Verifica dei progressi compiuti

Com'è andata dall'ultima volta che ci siamo visti?"

■ Se il paziente è astinente

Congratularsi e rinforzare la motivazione:

"Molto bene! Molte persone ricadono dopo pochi giorni dall'ultima sigaretta. Il fatto che lei abbia resistito è veramente positivo. Si ricordi che la maggior parte dello sforzo è alle sue spalle. Sarebbe un peccato riprendere a fumare adesso che l'obiettivo è più vicino."

■ Se ha avuto una ricaduta parziale o ha fumato qualche sigaretta

- Riconoscere gli sforzi compiuti ma rinforzare il rationale di una completa astinenza
- Ricordare che ogni sigaretta fumata riporta indietro il programma
- Spiegare che fumare occasionalmente provoca delle recrudescenze della sindrome di astinenza
- Affermare che è meglio "compiere il salto" definitivo senza ripensamenti.

"Cercare di resistere, poi fumare una sigaretta e riprendere un altro periodo di astinenza finisce per fare soffrire di più rispetto ad un taglio netto col fumo".

■ Se ha ripreso a fumare

- Riconoscere che comunque l'essersi comunque impegnato è una buona cosa, ma chiedere cosa non ha funzionato.
- Aiutare il cliente a superari gli ostacoli specifici che riporta avere incontrato, fornendo suggerimenti e strategie
- Fissare una nuova data/obiettivo.
- Rinforzare il rationale di una completa astinenza

COMPETENZE

Sostegno alla motivazione e alla self-efficacy

Guida all'utilizzo in termini "positivi" dell'esperienza derivata dalla ricaduta

Riformulazione degli obiettivi

Uso della misurazione del CO per sottolineare i risultati ottenuti

Monitorare efficacia ed effetti indesiderati

Rassicurare rispetto alle paure dell'uso dei farmaci o ad aspettative incongrue

Aiuto nell'esaminare le difficoltà riportate e nella loro interpretazione

Problem solving rispetto ai sintomi astinenziali

Discussione sui momenti di craving e le strategie per fronteggiarlo

2 Misurazione del CO espirato

■ Se il CO è inferiore a 6 parti per milione

“Complimenti! Il valore riportato significa che non ha fumato. Il monossido di carbonio è rientrato nei valori normali e questo è già un primo beneficio della cessazione.”

■ Se il CO è 10 parti per milione o maggiore

“L'apparecchio legge una quantità di monossido di carbonio che abitualmente è caratteristica dei fumatori. Se lei non ha fumato ci sono alcuni rari motivi che possono causare questi valori anomali: 1) Che lei è stato esposto a fumo passivo, o a una produzione di monossido esagerata da parte della caldaia di riscaldamento, un caminetto o sul luogo di lavoro, se lavora in ambienti dove avvengono processi di combustione. In questo caso l'inalazione di monossido di carbonio è particolarmente pericolosa. 2) Che lei ha una intolleranza al lattosio e che ha consumato una certa quantità di latticini, che possono produrre gas nell'intestino.”

Il nostro corpo produce una piccola quantità di monossido di carbonio, e questo è il motivo per cui talora ci sono delle fluttuazioni intorno ai valori minimi. Una lettura compresa tra i 6 e 9 ppm pone il dubbio che ci sia stata una causa esterna di assorbimento (fumo passivo, esposizione al traffico urbano in modo intenso) o il fumo di qualche sigaretta.

3 Monitoraggio dei farmaci

■ Verificare l'uso dei farmaci e sottolineare la loro importanza

■ Chiedere se ci sono stati effetti collaterali

■ Rassicurare il cliente sulla loro sicurezza ed efficacia

4 Discussione sull'astinenza e il craving

“Quali difficoltà ha trovato nella scorsa settimana? Ha provato qualche sintomo astinenziale in particolare?”

■ **Discutere sulle difficoltà riportate** e rassicurare il cliente su come sia normale avvertire dei sintomi durante i primi giorni, ma che ad ogni settimana che passa andrà sempre meglio.

“Le sue difficoltà non dureranno per sempre. Esse fanno parte di un quadro di sintomi ben conosciuti dagli esperti e le posso assicurare che andranno a scemare col passare dei giorni”.

■ **Aiutare il paziente a distinguere tra i sintomi** astinenziali, gli effetti collaterali dei farmaci e altri problemi “occasionali”.

5 Discussione sulle situazioni più difficili e strategie di coping

“C'è stata qualche situazione che ha avuto molta difficoltà a controllare? Cosa ha fatto per resistere e che strategie possiamo ancora trovare?”

■ Revisione dei momenti più critici

■ Verifica delle strategie adottate

■ Discussione di eventuali modi alternativi ed efficaci per superare crisi simili

Se c'è stata una parziale ricaduta:

“Altre persone si sono trovate nella sua situazione e hanno trovato dei modi per superare queste situazioni a rischio. Probabilmente ci sono giorni in cui lei deve mettere in campo un impegno come se fosse il primo giorno di sospensione dal fumo. Vediamo di studiare una strategia efficace per i momenti in cui questa situazione dovesse ripetersi.”

6 Gestione della “separazione” dalla sigaretta e ricerca di gratificazioni alternative

Molti pazienti avvertono il distacco dalla sigaretta anche sul piano “affettivo”, quasi si trattasse della perdita di una persona cara. Questo aspetto è molto comune e facilmente spiegabile con la considerazione che il fumo assume in diversi individui le connotazioni di una gratificazione auto-somministrata in situazioni di difficoltà o di ansia, un premio per i piccoli risultati conseguiti durante la giornata, un modo per sopperire a situazioni di difficile gestione sul piano emozionale. La separazione da una “compagnia” così efficace produce, nei primi giorni, un senso di vuoto e di tristezza (una vera “elaborazione del lutto”: vedi teoria di Kubler Ross) che deve essere distinta dai sintomi di una possibile depressione. È importante, perciò, spiegare questi passaggi e i tanti significati funzionali che la sigaretta poteva rivestire nella vita quotidiana.

La strategia per affrontare questi passaggi consiste in:

■ **Aiutare il paziente a riconoscere la tristezza per la separazione dal fumo come un passaggio sgradevole ma “normale”.**

■ **Spiegare che il fumo è una risposta sbagliata a bisogni spesso “giusti”.** “Il bisogno di avere piccole gratificazioni quotidiane o strumenti che ci aiutino a superare, lo stress, i momenti di noia o ci gratifichino è un bisogno reale e normale. Il problema è che la sigaretta è una risposta dannosa a queste giuste esigenze.”

■ **Trovare modi alternativi per rispondere a questi bisogni**

“Quando si smette di fumare è importante studiare come trovare altre forme, sane, di gratificazione nei momenti in cui si sente il bisogno della sigaretta.”

7 Conferma dell’impegno e incoraggiamento a proseguire

“L’impegno a continuare il trattamento è un fattore fondamentale di successo. L’esperienza ci mostra che chi segue tutte le fasi del trattamento ha molte più probabilità di concludere con successo la cura.”

■ Chiedere di confermare l’impegno a non fumare neanche una sigaretta e non fare neanche un tiro nella settimana seguente.

8 Riassunto

“Ci sono domande che vuole farmi rispetto alla prossima settimana di trattamento?”

■ **Confermare l’uso del farmaco**

■ **Riassumere le strategie di cui si è discusso**

■ **Ricordare le forme di supporto possibili**

■ **Ricordare l’impegno a non fare “neanche un tiro.”**

Capacità di ascolto rispetto al “dolore” della perdita

Aiuto a riconoscere i meccanismi e le tappe della separazione/lutto

Sostegno ad elaborare la separazione e a raggiungere lo stato di “accettazione”

Lavoro sulle gratificazioni sane e “alternative” al fumo

Azione attiva per consigliare continuità nel percorso terapeutico

Sessione 6

4 settimane dopo la cessazione

L'incontro prevede:

1. La verifica dei progressi compiuti
2. La misurazione del CO, del peso (eventualmente anche della frequenza cardiaca e pressione arteriosa)
3. Il monitoraggio dei farmaci
4. La discussione sui sintomi astinenziali e il craving, nonché dei modi per superarli
5. La discussione su particolari situazioni difficili e i modi di gestirle (strategie di coping)
6. La conferma dell'impegno ("neanche un tiro")
7. Incoraggiamento a proseguire e riflessione sui vantaggi percepiti
8. Riassunto

Competenze usate durante la sessione

- Sostenere la motivazione e la self-efficacy
- Mantenere l'alleanza terapeutica
- Usare un atteggiamento di ascolto attivo
- Rassicurare e sostenere la persona

COMPETENZE

Rinforzo dei risultati ottenuti

Rivalutazione della "bilancia motivazionale"

Esame delle criticità

Riformulazione di obiettivi e di intenti

Mantenimento del rapporto di fiducia col cliente e offerta di disponibilità per ulteriori tentativi

1 La verifica dei progressi compiuti

"Ha fumato dall'ultima volta che ci siamo visti"

■ Se il paziente è astinente

Congratularsi e rinforzare la motivazione:

"Sono contento del suo risultato. Questo significa che lei si avvia ad essere un non-fumatore in modo definitivo. Le sue probabilità di successo permanente sono molto alte."

■ Se ha avuto una ricaduta

"È possibile che il suo tentativo di smettere, in questo momento, non abbia funzionato. Molte persone fanno un certo numero di tentativi prima di riuscire e può essere che per lei sia meglio fare una riflessione su cosa non è andato bene, rinforzare la motivazione per effettuare un altro tentativo, quando si sentirà pronto. Probabilmente ci sarà un periodo in cui la sua motivazione sarà più forte ed avrà più energie da dedicare alla cessazione dal fumo. Un tentativo non riuscito non è un fallimento definitivo, ma va considerato una esperienza. Spesso sulle esperienze si costruiscono le basi per il successo futuro."

Non si dimentichi che, quando riterrà sia venuto il momento buono, potrà chiedere ancora il nostro aiuto."

2 La misurazione del CO espirato

"I valori sono perfettamente normali. Il suo organismo si è disintossicato dal monossido di carbonio e questo ha sin da ora dei risvolti positivi sulla salute."

Da ricordare che questa è l'opportunità per restituire in termini positivi l'eventuale abbassamento della frequenza cardiaca ("Il cuore fa meno fatica"), e l'eventuale stabilità del peso corporeo.

3 Il monitoraggio dei farmaci

Raccomandare di non interrompere le cure, ma di continuare secondo i tempi previsti:

8-12 settimane per NRT, 7-9 settimane per Zyban, 12 settimane per Champix.

4 La discussione sui sintomi astinenziali e il craving

“La maggior parte dei sintomi dell’astinenza è scomparsa e altri si sono molto ridotti. In questo periodo potrebbe aumentare l’appetito e ogni tanto ripresentarsi il bisogno di fumare, ma sarà molto meno inteso e raro.”

■ Ricordare al paziente di non fumare neanche una sigaretta, perché questo significa quasi sempre una ricaduta.

■ Avvisarlo che la voglia di fumare può comparire ogni tanto e che ciò può verificarsi anche a distanza di mesi od anni.

“Lei ha sperimentato con successo delle strategie per gestire la voglia di fumare. Non se ne dimentichi perché potrebbe capitare di doverle usare di tanto in tanto.”

Discussione sui momenti di craving e le strategie per fronteggiarlo

5 La discussione su particolari rischi di ricaduta

“È bene che lei conosca quali situazioni potranno esporla di più al rischio di ricadere. Possiamo parlarne?”

■ Discutere sulle situazioni a rischio menzionate dal paziente

■ Consigliare di imparare a gestire la compagnia di altri fumatori, contesti sociali (soprattutto se si bevono alcolici), rapporti con parenti o partner che fumano, momenti di particolare pressione sul lavoro. Menzionare, ad esempio, il rischio di festività come il Natale, cene con altri che fumano, etc.

Predisposizione di strategie per prevenire la ricaduta

6 Incoraggiamento a proseguire e riflessione sui vantaggi percepiti

“Adesso che non fuma più da qualche settimana immagino che avvertirà già qualche beneficio...”

Provare a verificare, per esempio se il paziente sente dei cambiamenti relativamente a :

- La scomparsa dell’odore di fumo sugli abiti, sui capelli, in macchina
- Il miglioramento nella percezione di odori e sapori
- Una maggiore resistenza fisica e il miglioramento della respirazione

Rinforzo dei vantaggi dello smettere di fumare

7 La conferma dell’impegno a non fumare e come riconsiderare una eventuale ricaduta

“Prima di lasciarla le ricordo che anche una sola sigaretta, o un tiro, può farle perdere tutti i risultati raggiunti. Il modo per restare non-fumatori per sempre è

Preparazione del cliente
al "distacco" dal terapeuta
e alla chiusura del trattamento

Motivazione ai follow-up
e a continuare le cure con
i farmaci come da prescrizione

di non accendere mai più una sigaretta. Sappia comunque che se dovesse succedere e dovesse esserci una ricaduta, questa non va considerata un fallimento definitivo. Noi siamo sempre disponibili ad aiutarla."

È importante rinforzare l'identità di "non fumatore".

"Il risultato raggiunto è importante. Lei ormai si sente un non-fumatore. Potrà godere di tutti i vantaggi di questa condizione e naturalmente non credo abbia voglia di rifare di nuovo il percorso di cessazione, con tutte le difficoltà provate. Si ricordi del guadagno di salute che avrà, del risparmio economico e di tutti quegli altri aspetti che l'hanno spinto a intraprendere questo percorso. Sono sicuro che andrà tutto per il meglio."

8 Pianificazione dei follow-up

- Spiegare che ci saranno periodici controlli e il loro senso
- Sottolineare l'importanza di questi controlli, anche per rinforzare la motivazione e discutere eventuali problemi che si fossero verificati.
- Pianificare e consegnare le date dei follow-up (o del primo follow-up).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bize R, Burnand B, Mueller Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3.
- Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000. updated 2008.
- Hajek P, Stead LF, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention intervention for smoking cessation. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Istituto Superiore di Sanità, 2008. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Edizione 2008. www.iss.it/ofad/
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2. updated July 2008)
- Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Lancaster T, Stead LF. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervention for promoting smoking cessation during pregnancy. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and career smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community intervention for reducing smoking among adults. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1.
- Sowden AJ, Arblaster L. Mass media intervention for preventing smoking in young people. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Sowden L, Stead LF. Community interventions for preventing smoking in young people. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3)
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
- Thomas R, Perera R. School based programmes for preventing smoking. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Ussher M. Exercise interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3



CARTELLA CLINICA

DATI ANAGRAFICI

NOME COGNOME data di nascita

LUOGO DI NASCITA Residente in via n°

Città Tel. Nome del medico di base

Città di residenza del medico Codice Fiscale

esenzione ticket n° Orari e giorni di disponibilità per le terapie

.....

.....

.....

ANAMNESI

Stato civile:

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a dal
- Separato/a-Divorziato/a-Vedovo/a dal mese anno
- Figli n°

Titolo di studio:

- Nessuno
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media inferiore
- Diploma di scuola media superiore
- Diploma universitario
- Laurea

Attività lavorativa	Precedente	Attuale
	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Pensionato
	<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Studente
	<input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante	<input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante
	<input type="checkbox"/> Operaio	<input type="checkbox"/> Operaio
	<input type="checkbox"/> Impiegato	<input type="checkbox"/> Impiegato
	<input type="checkbox"/> Dirigente	<input type="checkbox"/> Dirigente
	<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Imprenditore
	<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Libero Professionista
	<input type="checkbox"/> Insegnante	<input type="checkbox"/> Insegnante
	<input type="checkbox"/> Casalinga	<input type="checkbox"/> Casalinga
	<input type="checkbox"/> Disoccupato	<input type="checkbox"/> Disoccupato
	<input type="checkbox"/> Altro	

Dove/da chi ha avuto informazioni sul Centro/Ambulatorio Antifumo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personale Sanitario | <input type="checkbox"/> Amici |
| <input type="checkbox"/> Altro Medico specialista | <input type="checkbox"/> Materiale informativo A.U.S.L./A.S.L. |
| <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Reparto di Pneumologia | <input type="checkbox"/> Stampa |
| <input type="checkbox"/> Radio/T | Altro |

Possibile più di una risposta.

Qual è il motivo che l'ha spinto a rivolgersi a questo Centro/Ambulatorio Antifumo?

- A. Problemi di salute in genere (autopercepiti)
- B. Invio da parte di un operatore sanitario. Se sì, indicare sinteticamente quali
.....
.....
- C. Altre pressioni esterne. Se sì, indicare da parte di chi
- D. Motivazione personale al cambiamento e di prendersi cura di sé
- E. Altro

Possibile più di una risposta.

Ultimamente il numero di sigarette che fuma è:

- Aumentato Diminuito Costante

A che età ha iniziato a fumare? **Quante sigarette fuma attualmente?**

In passato, ha già smesso di fumare? No Sì

Se Sì, quante volte? **Se Sì, per quanto tempo? (MESI)**

Metodo utilizzato:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Senza aiuto esterno | <input type="checkbox"/> Nicotina (cerotto, gomma, altro) |
| <input type="checkbox"/> Agopuntura | <input type="checkbox"/> Ipnosi |
| <input type="checkbox"/> Gruppi di sostegno psicologico | <input type="checkbox"/> Vareniclina |
| <input type="checkbox"/> Bupropione | <input type="checkbox"/> Altro |

QUESTIONARIO DI FAGERSTRÖM

		Punti
Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	<input type="checkbox"/> entro 5 minuti	3
	<input type="checkbox"/> 6 - 30 minuti	2
	<input type="checkbox"/> 31 - 60 minuti	1
	<input type="checkbox"/> dopo 60 minuti	0
Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi in cui è vietato?	<input type="checkbox"/> sì	1
	<input type="checkbox"/> no	0
Quale, tra tutte le sigarette che fuma in un giorno trova più gratificante?	<input type="checkbox"/> la prima del mattino	1
	<input type="checkbox"/> qualsiasi	0
Quante sigarette fuma in una giornata?	<input type="checkbox"/> 0 - 10	0
	<input type="checkbox"/> 11 - 20	1
	<input type="checkbox"/> 21 - 30	2
	<input type="checkbox"/> più di 30	3
Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	<input type="checkbox"/> sì	1
	<input type="checkbox"/> no	0
Fuma anche se è tanto malato da doversi mettere a letto tutto il giorno?	<input type="checkbox"/> sì	1
	<input type="checkbox"/> no	0
	TOTALE	

VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE**Anamnesi patologica**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Esame obiettivo

Peso (kg) Altezza (cm) PA (mmHg) FC (b/m')

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Terapie attuali

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Esami strumentali

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VALUTAZIONE DEL CO ESPIRATO

CO (ppm) CO Hb (%)

Data

VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI COMPORTAMENTALI

Quali sono i motivi che abitualmente la spingono a fumare?

- Stress/nervosismo Momenti di relax Fumo in continuazione

altro

Valutazione dei precedenti tentativi di smettere

(considerazioni sulla motivazione, sui motivi di ricaduta, grado di consapevolezza).

.....

.....

.....

.....

.....

Storia di personale disturbo del comportamento alimentare

- Si No

Alcol

- Dipendenza da alcol
 1) Pregressa
 2) Attuale

U. Alcoliche/die

- Abuso di alcol
 1) Pregresso
 2) Attuale

U. Alcoliche/die

Uso stupefacenti

Sostanza primaria

- Dipendenza
 1) Pregressa
 2) Attuale

Periodicità uso
(n volte/settimana

Eventuale sostanza secondaria

- Abuso
 Pregresso
 Attuale

Periodicità uso
(n volte/mese)

Uso psicofarmaci/diagnosi psichiatrica

pregresso attuale

Periodo di uso (espresso in n° di mesi)

Nome dei farmaci

.....

Eventuale diagnosi psichiatrica

.....

Storia di dipendenze nell'ambito familiare?

Sì No

Situazioni e vissuti psicologicamente significativi negli ultimi cinque anni.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situazione psicologica attuale e risorse.

.....

.....

.....

Self-efficacy

Per quanto dipende da lei, che capacità si attribuisce di smettere di fumare, da 0 a 5?

0 1 2 3 4 5

Stadio del cambiamento

Secondo Prochaska e Di Clemente

Precontemplativo Contemplativo Determinato/azione

Mantenimento Ricaduta

Esito della valutazione:

(Approccio all'operatore, risorse, disponibilità al cambiamento, grado di frattura interiore, self-efficacy, aspetti psicopatologici, grado di dipendenza fisica, indicazioni/controindicazioni al trattamento, eventuale contrattualità terapeutica specifica)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FOLLOW-UP

Esito a fine trattamento:

.....

.....

.....

.....

.....

- Astinente Fuma n° sigarette/die CO ppm

A TRE MESI:

- astinente b) ridotto <50% ridotto < 25% ricaduto immuntato
- CO, ppm ALTRO

A SEI MESI:

- astinente b) ridotto <50% ridotto < 25% ricaduto immuntato
- CO, ppm ALTRO

A DODICI MESI:

- astinente b) ridotto <50% ridotto < 25% ricaduto immuntato
- CO, ppm ALTRO

Note per la valutazione e la diagnosi

Si allegano brevi sintesi dei criteri diagnostici per alcune patologie psichiatriche frequentemente correlate al tabagismo. È lasciato alla scelta dell'operatore utilizzare questi criteri come guida per il colloquio clinico o fare riferimento a strumenti (per es. test) più specifici. In aggiunta si riporta una copia del "diario del fumatore", utile strumento di gestione del percorso terapeutico.

Criteri DSM per episodio depressivo maggiore

A. Almeno 5 dei seguenti sintomi sono stati presenti durante lo stesso periodo di 2 settimane, e rappresentano un cambiamento rispetto al funzionamento (psicosociale) precedente; almeno uno dei sintomi è 1 umore depresso, 2 perdita di interesse o di piacere.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riferito dal resoconto del soggetto e osservato dagli altri
2. Marcata diminuzione di interesse e di piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riferita dalla presenza di apatia per la maggior parte del tempo)
3. Significativa perdita di peso o aumento di peso non dovuto a diete oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno
4. Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno anche osservato da altri non solo sintomi soggettivi!
6. Affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno
7. Sentimenti di svalutazione o di colpa eccessivi o immotivati (anche con screezio psicotico delirante) quasi ogni giorno
8. Diminuita capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione quasi ogni giorno
9. Pensieri ricorrenti di morte, ricorrenti propositi suicidari senza un piano specifico o tentativo di suicidio o ideazione di un piano specifico al fine di commettere il suicidio

B. I sintomi non soddisfano i criteri per Episodio Misto

C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

D. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio abuso di droga) o di una condizione medica generale (per esempio ipotiroidismo)

E. I sintomi non sono meglio giustificati dal lutto, e comunque durano più di una depressione da lutto fisiologica, cioè più di 2 mesi o sono caratterizzati da una compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

Criteri DSM per disturbo d'ansia generalizzato (GAD)

- A.** Ansia e preoccupazione eccessive (attesa apprensiva), che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).
- B.** La persona ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.
- C.** L'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi).
Nota: Nei bambini è richiesto solo un item.
1. irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle
 2. facile affaticabilità
 3. difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
 4. irritabilità
 5. tensione muscolare
 6. alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno inquieto e insoddisfacente).
- D.** L'oggetto dell'ansia e della preoccupazione non è limitato alle caratteristiche di un disturbo in Asse I, per es., l'ansia o la preoccupazione non riguardano l'aver un ATTACCO DI PANICO (come nel DISTURBO DI PANICO, SENZA AGAROFobia, CON AGAROFobia), rimanere imbarazzati in pubblico (come nella Fobia Sociale), essere contaminati (come nel DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO), essere lontani da casa o dai parenti stretti (come nel DISTURBO D'ANSIA DI SEPARAZIONE), prendere peso (come nell'ANORESSIA NERVOSA), avere molteplici fastidi fisici (come nel DISTURBO DI SOMATIZZAZIONE), o avere una grave malattia (come nell'IPOCRONDRIA) e l'ansia e la preoccupazione non si manifestano esclusivamente durante un DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS.
- E.** L'ansia, la preoccupazione, o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- F.** L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo) e non si manifesta esclusivamente durante un DISTURBO DELL'UMORE, un DISTURBO PSICOTICO o un DISTURBO PERVASIVO DELLO SVILUPPO.

**Campagna di sensibilizzazione sul tabagismo
della Società Italiana di Tabaccologia**

Scacco al fumo
vince
la salute!

per informazioni:
ufficioprogetti.sitab@gmail.com



www.tabaccologia.it

THREE WAYS TO SAVE LIVES.



FCTC

WHO FRAMEWORK CONVENTION
ON TOBACCO CONTROL

31 MAY: WORLD NO TOBACCO DAY
www.who.int/tobacco



World Health
Organization