

# National School of Medical Tobaccology, un modello di formazione multilivello per la *smoking cessation* in Italia

Biagio Tinghino

## Premessa

La dipendenza da tabacco, come da indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), andrebbe affrontata con un insieme di azioni, i cui pilastri sono costituiti da una più elevata tassazione del tabacco, divieti, bando della pubblicità e interventi per la cessazione dal fumo (progetto MPOWER). Il fumo di tabacco determina in Italia circa 72.000 decessi ogni anno, riferiti a una prevalenza di fumatori di circa il 22%, con un *trend* che negli ultimi anni non mostra alcuna riduzione [1-3].

Se fossero messi insieme interventi di *brief intervention*, rimborsabilità dei farmaci per la cessazione e *quitline* si potrebbe raggiungere fino al 4,75% di riduzione della prevalenza dei fumatori in Italia [4]. In realtà l'impegno degli operatori sanitari nei confronti della cessazione dal fumo rimane basso [5,6] e i dati disponibili nel nostro Paese hanno mostrato che soltanto il 22% dei fumatori dice di avere ricevuto un *advice* per smettere di fumare

dal loro medico di famiglia [7]. L'abitudine al fumo tra gli studenti delle scuole di sanità, peraltro, non è molto diversa da quella della popolazione generale. Il 20,9% degli intervistati fuma e solo il 17% ha ricevuto una formazione specifica [8].

Un approccio sistemico alla cura per la dipendenza da tabacco non può che essere multilivello.

Il livello più efficace è costituito dagli interventi intensivi che vengono generalmente erogati nei Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) e consistono di un numero di sessioni compreso tra 5 e 10, della durata di almeno 20 minuti a sessione. In questi Centri vengono prescritti farmaci e viene fornito supporto comportamentale. Diversi Centri offrono anche terapie di gruppo e sono in grado di trattare pazienti complessi, come per esempio *non responder*, psichiatrici, polidipendenti, donne in gravidanza e adolescenti.

Un livello intermedio di trattamento in Italia viene fornito dagli Ambulatori per il Trattamento del Tabagi-

smo (ATT), dove opera un solo professionista, in genere un medico (pneumologo, cardiologo o di altra specializzazione). I percorsi sono generalmente individuali (5-10 incontri) e prevedono sia il sostegno comportamentale che la prescrizione di farmaci.

Un approccio più breve (solo 3-5 minuti) è quello del *minimal* o *brief advice* che può essere fornito da ogni operatore sanitario. Poiché il tasso di cessazione non assistita è di circa il 2-3% ogni anno, il *brief advice* è in grado di aumentare questa efficacia di un ulteriore 1-3%. Da una prospettiva di salute pubblica, il grande numero di medici e operatori sanitari che può fornire un *advice* produce effetti molto rilevanti [9,10].

## Le esperienze italiane nel trattamento del tabagismo

Il trattamento del tabagismo in Italia ha seguito un percorso piuttosto peculiare rispetto ad altre regioni europee.

I primi interventi sono stati quelli di gruppo del Five day Plan for Smoking Cessation [11], importato dagli Stati Uniti e sostenuto dalla Lega Vita e Salute, a partire dai primi anni Settanta. Si trattava di cinque conferenze in cinque giorni consecutivi, durante le quali un conduttore volontario spiegava i danni da fumo e sosteneva i partecipanti in uno sforzo di gruppo per smettere di fumare. L'evoluzione di questa metodica è stata costituita da terapie di gruppo come i Gruppi Fumatori in Trattamento [12], che aggiungevano un colloquio clinico di valutazione, l'uso dei farmaci e una diversa distribuzione delle sessioni per un totale di circa 10 incon-



tri. La Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) sperimentò i Corsi per Smettere di Fumare (1986) [13,14], a conduzione psicologica, senza uso di farmaci, la cui prescrizione era eventualmente affidata al medico di famiglia.

Si sono sviluppati in Emilia-Romagna altri modelli di trattamento del tabagismo [15], incentrati su un approccio multidisciplinare con gruppi "aperti" e a Monza [16,17] con "gruppi integrati" (co-conduzione medico e psicologo). In Friuli-Venezia Giulia un modello integrato veniva praticato anche da Claudio Poropat. In Veneto nel 2010 si definì il modello del TGFumo [18] organizzato su 9 incontri e basato sulla presenza di una rete di servizi territoriali. A oggi gli interventi di gruppo sono quasi tutti strutturati su 8-10 incontri, utilizzano i farmaci per la cessazione e sono preceduti da una valutazione individuale.

I trattamenti individuali del tabagismo in Italia si sono sviluppati successivamente ai primi approcci di gruppo [19]. Essi sono più largamente diffusi dei gruppi, in quanto presumibilmente, la formazione alla conduzione dei gruppi è più complessa e richiede un numero di pazienti affluenti ai servizi piuttosto elevato [20], mentre un gran numero di queste strutture segue meno di 20 fumatori al mese. La maggior parte dei centri che offrono terapie individuali è collocata nei SerD (Servizi Dipendenze) e nei servizi di Pneumologia. I Centri ospedalieri hanno più difficoltà a usufruire della risorsa dello psicologo (0,6 unità in media per centro), contro la media generale di 1,3. I medici, invece, sono rappresentati da una media di 1,6 unità per servizio [20]. Va sottolineato che le terapie individuali, comunque, non presentano un tasso di successo inferiore a quelle di gruppo.

### Lo sviluppo del counseling motivazionale

Già nel 1996 erano iniziate formazioni coi medici di medicina generale (MMG) volte a fornire consigli brevi per spingere i fumatori a smettere [21,22]. A questi approcci col passare del tempo si è sempre

più cercato di aggiungere una visione basata sul *counseling* e sull'approccio transteorico del cambiamento di Prochaska e Di Clemente [23], orientamento poi proseguito grazie ai progetti del CCM. Un modello di *counseling* motivazionale breve (CMB) si è diffuso nelle Regioni del Nord Italia e in Lombardia in particolare, con più di 3.000 operatori formati dal 2009 al 2019.

L'esperienza del CMB suggerisce di non fermarsi a un approccio direttivo costituito dalle prime due fasi (*ask, advice*) dell'approccio anglosassone delle "5A", ma di inserire alcune competenze dalla *motivational interview*, come una fase di ascolto attivo, della ricerca di una chiave motivazionale e infine di un suggerimento consiglio mirato. L'acronimo CACC (Chiedi, Ascolta, Consiglia, Concludi) ricorda all'operatore gli *step* di questo approccio breve.

Una valutazione dell'efficacia del *minimal advice* nel contesto italiano è stata effettuata durante lo studio SPRINT e mostrava una maggiore probabilità delle donne sottoposte a *screening* di smettere di fumare a un mese, rispetto ai controlli (odds ratio, OR = 2,1, intervallo di confidenza al 95% IC 95%: 1,0-4,6) [24]. Il modello del CMB è stato oggetto di uno studio randomizzato e controllato su un campione di 1.251 donne che afferivano a servizi di *screening* in Lombardia [25]. Esso ha ottenuto un tasso di cessazione del 13,4% versus il 10,4% di un altro intervento standard (opuscolo cartaceo di *self-help*), ma è possibile considerare che un braccio "nessun intervento" avrebbe prodotto circa il 3% di cessazioni, come da letteratura internazionale. Una ulteriore esperienza formativa, con 120 farmacisti, ha valutato che gli operatori formati a un *counseling* motivazionale *multistep* ottengono coi loro pazienti un tasso di cessazione del 25,8%, quando l'intervento è tenuto in farmacia [26].

### Il modello formativo della Scuola nazionale di Tabaccologia

Nel 2019, all'interno della Società Italiana di Tabaccologia, è stata fon-

data la National School of Medical Tobaccology, che si rivolge prevalentemente ai medici e ai sanitari, ma offre comunque i suoi percorsi anche ad altre figure il cui interesse coinvolge la prevenzione e il trattamento del tabagismo. Si tratta di una offerta di formazione che raccoglie le migliori esperienze nazionali e opera su più livelli di formazione.

Essa ha coinvolto fino ad ora diverse università (Napoli, Perugia, Firenze, Roma, Udine, Milano) e ha offerto corsi sia a distanza (*e-learning*) che residenziali, questi ultimi distribuiti in tutte le macroaree del territorio italiano.

#### I livelli formativi previsti sono tre:

##### I livello

È basato su un modulo breve (4 ore), ha come obiettivo la formazione degli operatori sanitari di ogni professionalità e punta a fornire competenze sul CMB. La formazione è fornita attraverso un percorso di *e-learning*, che prevede anche l'uso di video in cui sono mostrati *role play* sulle tecniche di *counseling*, grazie all'aiuto di attori professionisti. Nella stessa formazione si illustra anche la tecnica del VBA (*very brief advice*), che punta a un intervento ancora più breve (30 secondi) volto semplicemente a porre al paziente una domanda sul suo status di fumatore e invitarlo a rivolgersi ad un servizio per il tabagismo, senza ulteriori approfondimenti.

##### II livello

Si tratta di una giornata di formazione (7 ore) centrata sul trattamento del tabagismo. Vengono fornite nozioni sui danni da fumo, l'epidemiologia del tabagismo, gli stili di comunicazione e l'approccio motivazionale. Viene affrontato il tema delle cure farmacologiche della dipendenza da tabacco e del sostegno comportamentale alla cessazione. Nella parte finale della giornata si svolgono discussioni e *role play* di gruppo, anche con l'aiuto di materiale video.

##### III Livello

Organizzato in più di una giornata, punta a occuparsi di aspetti più

**Tabella 1** Esiti del percorso valutativo per la figura professionale del medico.

Aree di conoscenza	Media risposte corrette prima della formazione	Media risposte corrette dopo la formazione	Variazione
Dati epidemiologici	41,4%	93,8%	+ 52,4%
Danni da fumo	53,6%	93,8%	+ 40,2%
Dipendenza da tabacco	79,1%	90,5%	+ 11,4%
Stili di comunicazione	57,9%	90,3%	+ 32,4%
Tecniche di CMB	77,1%	89,2%	+ 12,1%

specialistici ed è rivolta agli operatori che già lavorano nei servizi per il tabagismo o vogliono iniziare a farlo. Questa formazione affronta più nel dettaglio gli aspetti farmacologici delle cure (interazioni tra farmaci, associazioni), fornisce formazione anche per i casi complessi (trattamento di pazienti psichiatrici, polidipendenti, giovani, donne in gravidanza) e tende a costituire uno strumento di crescita professionale anche per quanti già operano nel settore.

### Primi risultati

Nel corso dell'anno accademico 2019-2020 sono state formate con *e-learning* (I livello sul CMB) 740 persone: 234 medici, 237 infermieri, 106 psicologi, 81 educatori professionali, 39 ostetriche, 38 tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici radiologici, tecnici della prevenzione nei luoghi di lavoro, 6 altre figure professionali sanitarie.

### Bibliografia

- Gallus S, Mutarak R, Martínez-Sánchez JM, Zuccaro P, Colombo P, La Vecchia C. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Prev Med* 2011;52:434-8.
- Ministero della Salute. Rapporto 2017 sulla Prevenzione e controllo del tabagismo. 2018.
- Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control* 2017;0:1-7.
- Levy D, Gallus S, Blackman K, Carreras G, La Vecchia C, Gorini G. Italy SimSmoke: the effect of tobacco control policies on smoking prevalence and smoking attributable deaths in Italy. *BMC Public Health* 2012;12:709.
- Pizzo AM, Chellini E, Grazzini G, Cardone A, Badellino F. Italian general practitioners and smoking cessation strategies. *Tumori* 2003;89:250-4.

La formazione di II livello ha coinvolto 208 professionisti: 109 medici, 20 psicologi, 64 infermieri e assistenti sanitari, 7 educatori, 1 farmacista, 1 dentista, 2 ostetriche, 4 altre figure professionali.

Una prima valutazione del modello formativo è iniziata nel 2020, a conclusione dei due livelli di apprendimento. Si riferiscono di seguito alcuni elementi di valutazione del corso *e-learning*.

Sono stati presi in considerazione il livello di apprendimento iniziale e quello finale.

Nella **Tabella 1** si riportano gli esiti del percorso valutativo (figura professionale: medico).

### Prospettive future

La grande necessità di formazione nel campo del trattamento della dipendenza da tabacco richiede un impegno maggiore da parte dei medici e di tutto il personale sanitario. Questo sforzo non può essere

coronato da successo se le corrette informazioni sui danni da tabacco e sul trattamento di questa dipendenza non rientreranno nella programmazione routinaria delle scuole di sanità, inclusa la Facoltà di Medicina e Chirurgia. Risulta altresì indispensabile che a tutti i medici possa essere offerta la possibilità di un breve *training* presso i servizi per il tabagismo, essendo questa patologia una tra le più diffuse in Italia.

Le esperienze fin qui compiute nel nostro Paese costituiscono una base che dimostra l'efficacia della formazione, di cui conosciamo abbastanza bene ormai la durata necessaria, l'intensità e la metodologia didattica. È a questo punto indispensabile puntare alla sua diffusione, a cui la National School of Medical Tobaccology vuole dare nuovo impulso.

Lungi dal ritenere le proprie iniziative uniche, la scuola si propone un approccio inclusivo, puntando a un maggior coinvolgimento di altri enti pubblici e di altre Società Scientifiche.

[*Tabaccologia* 2020; 4:6-8]

### Biagio Tinghino

Centro per il Trattamento del Tabagismo, ASST di Vimercate  
Direttore Scientifico National School of Medical Tobaccology  
✉ [biagio.tinghino@asst-vimercate.it](mailto:biagio.tinghino@asst-vimercate.it)

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

- Gallus S, Lugo A, Garattini S, Pacifici R, Mastrobattista L, Marzo G, et al. General practitioners and dentists: a call for action against tobacco. *Nicotine Tob Res* 2016;18:2202-8.
- Ferketich AK, Gallus S, Colombo P, Fossati R, Apolone G, Zuccaro P, et al. Physician-delivered advice to quit smoking among Italian smokers. *Am J Prev Med* 2008;35:60-3.
- La Torre G, Saulle R, Unim B, Angelillo IF, Baldo V, Bergomi M, et al. Knowledge, attitudes, and smoking behaviours among physicians specializing in public health: a multicentre study. *Biomed Res Int* 2014;2014:516734.
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013:CD000165.
- Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;7:CD006936.

11. McFarland JW, Folkenberg EJ. Five day Plan for Smoking Cessation. Prentice-Hall New Jersey 1964.
12. Mangiaracina G. Curare il Fumo. Edizioni EDUP Roma 2003.
13. Colarizi C, Morasso G, Mangiaracina G, Ceruti C. Stop al Fumo, metodo per la disassuefazione dal Fumo. Manuale per conduttori. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Ministero della Sanità Roma 1986.
14. Gorini G, Chellini E, Terrone R, Ciraolo F, Di Renzo L, Comodo N. Course on smoking cessation organized by the Italian League against Cancer in Florence: determinants of cessation at the end of the course and after 1 year .Epidemiol Prev. 1998;22:165-70.
15. Laezza M. Modello terapeutico e organizzativo del Centro Antifumo di Ferrara, Tabagismo: clinica e prevenzione, Edizioni Regione Toscana Firenze 2002.
16. Tinghino B. Liberi dal fumo: il trattamento del tabagismo. Regione Lombardia Milano 2003.
17. Tinghino B. Stili di vita e tabagismo. Strumenti di counseling per motivare al cambiamento. Il Pensiero Scientifico Roma 2012.
18. Orlandini D. Trattamento di gruppo per smettere di fumare. Manuale operativo per conduttori. Direzione Regionale Prevenzione-Regione Veneto Venezia 2010.
19. Nardini S. La disassuefazione dal fumo: lo specialista. In Nardini S, Donner CF. L'epidemia di fumo in Italia. AIPO Ricerche Edizioni Milano 2000.
20. Tinghino B. I Centri per la smoking cessation in Italia: approcci metodologici, punti di forza, criticità organizzative. Tabaccologia 2011;2:11-8.
21. Pilati G, Tamang E, Sbrogiò L, Michieletto F. Il counseling dei Medici di Medicina Generale per aiutare i pazienti a smettere di fumare. In abstract book: Quality assessment in health education: 3rd European Conference on effectiveness. Regione Piemonte e International Union for health Promotion and Education, Italia Committee for Health Education, Torino, 1996.
22. Pilati G, Tamang E, Sbrogiò LG. An intervention to reduce smoking habits in the population through counseling from the general practitioner. In Maluccio AN, Canali C, Vecchiato T. Assessing Outcomes in Child and Family Services. Comparative Design and Policy Issues. Routledge New York 2002.
23. Guelfi GP, Spiller V, Scaglia M. La valutazione della motivazione al cambiamento nel tabagismo: il questionario MAC/T. Atti del Convegno: A fuoco il fumo, 1° Congresso Nazionale sul Tabagismo, Padova, 30 settembre-2 ottobre 1999.
24. Gorini G, Carreras G, Giordano L, Anghinoni E, Iossa A, Coppo A, et al.; SPRINT Working Group. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: effectiveness of the SPRINT randomized controlled trial. BMC Public Health 2012;12:740.
25. Moretti R, Tinghino B, Cremaschini M, Cereda D, Anghinoni E, Ceresa P, et al. Counseling breve per disassuefazione dal fumo di sigaretta nel setting degli screening oncologici (mammografico), RCT in regione Lombardia. Tabaccologia 2012;1-2:17-8.
26. Tinghino B, Bonfanti M, Antonelli L, Bellesi S, Castelli N, Coppola L, et al. Tabagismo, stili di vita e counseling breve in farmacia. Tabaccologia 2012;1-2:8-9.

**sintex**  
EDITORIA

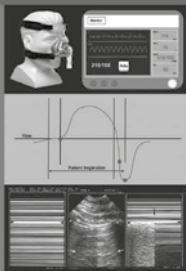
## NUOVA EDIZIONE

Il presente volume nasce dal lavoro teorico-pratico di un gruppo di operatori sanitari impegnati in diversi Dipartimenti d'Emergenza e che, nel corso degli anni, hanno messo a frutto la loro esperienza sul campo condividendo competenze diverse e promuovendo formazione in tutta Italia.

### DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE DELLA DISPNEA ACUTA IN PRONTO SOCCORSO

Dall'anamnesi all'ecografia del torace, dalla ventilazione non-invasiva al monitoraggio clinico

Andrea Bellone  
Guido Caironi  
Massimiliano Etteri  
Giorgio Gadda  
Roberto Rossi  
Luca Mellace  
Stefano Binda



sintex

La prima sensazione che ho avuto sfogliando le pagine del volume è stata quella di trovarmi direttamente catapultato nel *triage* di uno dei nostri affollati Pronto Soccorso e dover affrontare in poco tempo le complesse problematiche e le subdole insidie che emergono o si nascondono di fronte a un paziente che entra per "fame di aria" e chiede disperatamente di essere aiutato a respirare. L'intrecciarsi di un percorso sia induttivo che deduttivo nella presentazione dei diversi scenari operativi del paziente dispnoico, per cui ogni caso è sempre diverso dagli altri, costituisce un valore aggiunto di come sia stato impostato il contenuto educativo del testo il quale fonde, in modo sapiente, la medicina basata sull'evidenza con quella basata sull'esperienza. Ringrazio gli Autori per aver scritto questo volume e aver voluto così trasmettere la loro pluriennale esperienza a chi già lavora, o si appresta a farlo, nel campo della medicina critica respiratoria.

**Raffaele Scala**

U.O. Pneumologia e UTIP

Azienda USl Toscana sud est - P.O. San Donato, Arezzo

EDITORE: Sintex Editoria | PAGINE: 108 | PREZZO: € 24,00 | ISBN: 978-88-943312-2-6 | FORMATO: 15 x 21 cm | RILEGATURA: brossura

PER ORDINARE UNA COPIA SCRIVI A: [editoria@sintexservizi.it](mailto:editoria@sintexservizi.it)

Sintex Servizi S.r.l. | via A. da Recanate, 2 | 20124 - Milano | T. +39 02 66790460 | [www.sintexservizi.it](http://www.sintexservizi.it)