

Tribuna



Regione Emilia-Romagna

Raccomandazioni operative per i Centri Antifumo Regionali

Recommendations for smoking cessation good-practice of the Emilia-Romagna Region

Stefano Cifiello, Germana Piancastelli

Riassunto

In queste Raccomandazioni per la corretta pratica clinica in smoking cessation della Regione Emilia-Romagna (RER), vengono discusse e proposte in modo organico le possibili tipologie di trattamento, gli strumenti e le tecniche, che devono essere attuate nei Centri AntiFumo (CAF), nonché i modelli organizzativi di riferimento e le risorse necessarie per un intervento di disassuefazione scientificamente fondato e adeguato alle caratteristiche ed alle problematiche del tabagista. Partendo dalla realtà esistente nei CAF della regione sono stati individuati fondamentalmente tre tipologie di trattamento: 1) Trattamento a prevalente orientamento cognitivo-comportamentale. 2) Trattamento con counseling motivazionale. 3) Trattamento individuale prolungato e rinforzato nel tempo di counseling medico. Fra i vari indicatori vengono proposti quelli di esito o risultato (numero di astensioni fino a 6 e 12 mesi con verifica del CO espirato) e quelli di valutazione di processo (appropriatezza dei percorsi di cura del tabagista, in relazione al percorso diagnostico-assistenziale). ■

Parole chiave: centri antifumo, astensione dal fumo, Regione Emilia-Romagna.

Introduzione

Al termine di circa 2 anni di un lavoro il 10 giugno 2010 sono state presentate in un Convegno¹ a Bologna, le **Raccomandazioni per una corretta pratica clinica per la disassuefazione** nei Centri Anti Fumo (CAF) della Regione

Summary

The recommendations for smoking cessation good-practice of the Emilia-Romagna Region (RER) suggest various possible treatments, tools and techniques, which should be employed by the Anti-Smoking Centers (CAFs).

The reference organizing models and the required resources for scientific cessation interventions that comply with the necessities and problems of the smoker are also discussed.

Beginning with the experience gained from the regional CAFs, three treatment paths have been principally identified: 1) Cognitive-behavior treatment, 2) Motivational counseling, 3) Personalized extended and reinforced treatment, consisted of medical counseling.

Outcome or result indicators (number of cessations after 6 and 12 months, verified by exhaled CO) and procedural ones (appropriateness of treatment options in correlation with the diagnostic and welfare pathway) are provided. ■

Keywords: antismoking center, smoking cessation, Emilia-Romagna Region.

Emilia-Romagna (RER)². Si tratta di un documento per noi fondamentale, anche se non definitivo, in cui vengono discusse e proposte per la prima volta in modo organico le possibili tipologie di trattamento, gli strumenti e le tecniche, che devono essere attuate nei CAF, nonché i

Stefano Cifiello (s.cifiello@ausl.imola.bo.it) - **Germana Piancastelli** (germana.piancastelli@ausl.ra.it)
Coordinatori Gruppo Centri Antifumo della Regione Emilia-Romagna



modelli organizzativi di riferimento e le risorse necessarie per un intervento di disassuefazione scientificamente fondato sulle Linee Guida nazionali [1] e internazionali [2-6] e adeguato alle caratteristiche ed alle problematiche del tabagista.

Perché definirle Raccomandazioni

Ci si è limitati a definirle Raccomandazioni in quanto, se è pur vero che nascono dal confronto sistematico fra professionisti esperti sul campo, manca tuttavia per alcune delle procedure indicate un adeguato livello di prove, disponibili solo in modo generico. Per questo, come si è detto, le Raccomandazioni costituiscono un *Work in Progress* e sarà impegno comune del gruppo di lavoro, non solo raggiungere il livello di legittimazione e di scientificità necessario per trasformarle in Linee Guida, ma sottoporle a verifiche periodiche per garantire un continuo aggiornamento e perfezionamento delle stesse.

La scelta di limitarsi ad un tema

Queste Raccomandazioni sono focalizzate sulle modalità di trattamento per la disassuefazione dal fumo di tabacco. A differenza di altre Linee guida o Raccomandazioni regionali, nazionali ed internazionali (alcune delle quali trattano in generale tutti gli interventi, dalla prevenzione alle campagne di comunicazione legate alla tematica del fumo di tabacco), queste raccomandazioni si focalizzano su un unico tema, in quanto ci sembrava necessario, non solo trattare quello che la riflessione scientifica internazionale propone, ma ciò che scaturisce dalla buona pratica clinica.

Un lavoro che presuppone la condivisione

Queste Raccomandazioni scaturiscono dall'esperienza sul campo e dall'osservazione clinica condotta dagli operatori dei CAF. Fondamentale per la loro stesura è stato il lavoro collegiale. Nascono da un lavoro di anni, fra professionisti di diversa esperienza ed estrazione professionale, che hanno saputo limitare la visione personale o professionale di ognuno, ma non l'attenzione condivisa per la tematica, importante e complessa, che avevano di fronte. Di conseguenza, il lavoro di questi anni ha consentito, prima ancora di arrivare alla semplice stesura di un documento, la realizzazione di una rete fra gli operatori e il suo sostegno nel tempo. Questa rete costituisce l'elemento fondamentale per l'integrazione e l'efficacia degli interventi e consentirà di raggiungere altri traguardi.

Si è partiti da quello che c'è, non da ciò che dovrebbe essere

Il primo passo, per attivare questo percorso di condivisione è stato quello della conoscenza attraverso un censimento dei CAF effettivamente attivi e l'individuazione delle loro caratteristiche. A tal fine è stata realizzata dal gruppo di lavoro una scheda identificativa, in cui sono stati raccolti elementi strutturali, organizzativi e procedurali. Questa conoscenza ha permesso di comprendere che le differenti modalità di intervenire sul Tabagismo attuate nei CAF sono storicamente e direttamente determinate dalle caratteristiche personali e professionali degli operatori, che le hanno attivate. Proprio perché non si voleva ricondurre la varietà delle proposte e la storia dei CAF ad una unica ed anacronistica *One Best Way*, ma era ugualmente necessario definire qualcosa di metodologicamente corretto, si è pensato di esplorare le modalità con cui i vari CAF attuavano i tre momenti chiave dell'intervento sul tabagismo: la valutazione del tabagista; il trattamento che veniva proposto e l'eventuale *Follow Up* realizzato, alla ricerca di uniformità e differenze.

A) La necessità di una valutazione iniziale uniforme del tabagista

Per quanto si riferisce al processo di valutazione, nel gruppo dei CAF della RER si è giunti alla conclusione che, al di là di quanto attuato nei diversi CAF, era necessario adottare una procedura e un set di test comuni a tutti. Il gruppo di lavoro ha ritenuto fondamentale che per ogni tabagista in trattamento fosse rilevata: la dipendenza fisica con FT-NQ; le caratteristiche della motivazione, attraverso l'utilizzo del Mini-Mac/T³ e la misurazione del CO espirato, tramite analizzatore elettronico. Si è pensato altresì di introdurre progressivamente, ma non obbligatoriamente, la misurazione delle caratteristiche di ansia e depressione⁴; la valutazione del livello di auto-efficacia (ad esempio, con l'utilizzo del Mini-Mac/T) e una valutazione sul livello di informazione del tabagista sui danni da fumo.

Tipi diversi di trattamento

Un'identica omogeneizzazione non la si è ovviamente potuta raggiungere per quanto si riferisce ai tipi di trattamento attuati nei CAF. Nelle Raccomandazioni ne vengono individuati fondamentalmente tre:

1. Trattamento a prevalente orientamento cognitivo-comportamentale.
2. Trattamento con counseling motivazionale.
3. Trattamento individuale prolungato e rinforzato nel

(¹) Sono intervenuti come relatori: M. Ameglio, O. Bettinardi, E. Chellini, S. Cifiello, A.M. Ferrari, R. Marsili, G. Piancastelli, V. Spiller, N. Trullo.

(²) Il documento può essere richiesto in formato cartaceo o pdf al Servizio Salute Mentale, Dipendenze patologiche, Regione Emilia-Romagna, Viale A. Moro, 22, 40100, Bologna.

(³) Il MAC-T (elaborazione di Valter Spiller) è uno strumento in grado di fornire una valutazione al cambiamento basata sulla qualità del rapporto che la persona ha con la sostanza tabacco. I risultati della sua applicazione e la restituzione di questi al paziente, evidenziano i cambiamenti raggiunti, fanno emergere indicatori utili per la valutazione della motivazione. L'applicazione del MAC-T permette di valutare il peso dei fattori della motivazione, sia nella scelta dei trattamenti, sia nei loro risultati. La proposta di utilizzo del Mini MAC-T (elaborato da R. Marsili e A. Bimbo) intende mettere a disposizione degli operatori una versione di rapida applicazione ed utilizzo.

(⁴) Attraverso l'utilizzo della Scheda 2 sull'ansia (Forma X-1 dello *State-Trait Anxiety Inventory*) e della Scheda 8 (Scala QD) sulla depressione della Batteria CBA-2.0.



tempo di counseling medico cognitivo-comportamentale e motivazionale con supporto farmacologico e cessazione a breve termine (solitamente entro 15 giorni).

Brevemente, di seguito cercheremo di esporli, rimandando al testo delle Raccomandazioni per un approfondimento.

1) Il trattamento a prevalente orientamento cognitivo-comportamentale applicato al Tabagismo (che fa riferimento per l'Emilia-Romagna alle elaborazioni di Maurizio Laezza) si propone di modificare i pensieri distorti, le emozioni disfunzionali e i comportamenti disadattivi del tabagista, producendo la riduzione e l'eliminazione della dipendenza psicologica dall'atto di fumare e di quella fisica dalla nicotina. La riflessione iniziale su questo modello si è in questi ultimi anni ulteriormente integrata col concetto di stadi del cambiamento del modello transteorico di J.O Prochaska e C. DiClemente e con l'approccio motivazionale di W.R Miller e G.P. Guelfi. Suddetta tipologia di trattamento assume un'ulteriore differenziazione, a livello organizzativo e non nel contenuto fondante, determinata dal fatto che essa si realizzi nella forma individuale o di gruppo (a sua volta distinguibile in chiuso, con un numero definito di partecipanti, o aperto, con inserimento in itinere di nuovi fumatori); nella forma ambulatoriale o residenziale in ambito ospedaliero.

Avremo perciò le seguenti modalità di applicazione del trattamento: di gruppo chiuso; di gruppo aperto; individuale ambulatoriale; e di gruppo (o individuale) per la cessazione, mantenimento/rafforzamento motivazionale in pazienti ospedalizzati.

2) L'intervento con counseling motivazionale sul tabagismo è una specifica applicazione del counseling motivazionale, in quanto insieme di strategie, strumenti e principi guida per costruire un'efficace relazione professionale di aiuto. Questo tipo di intervento è stato sviluppato principalmente per permettere: la costruzione di percorsi individuali, di aumentare l'aderenza al trattamento del tabagista e di attuare interventi ad alta personalizzazione.

3) Il trattamento individuale prolungato e rinforzato nel tempo di counseling medico con supporto farmacologico e cessazione a breve termine si fonda invece sulla stimolazione di un'urgenza operativa nel tabagista, sul

counseling medico con interventi integrati di tipo cognitivo-comportamentale e motivazionale e su una mirata somministrazione di farmaci.

Questi differenti modelli di intervento presentano punti di forza e punti di debolezza e si adattano in modo diversificato ad alcune caratteristiche del tabagista. La possibilità della presenza di tutti e tre i tipi, in maniera singola o integrata, in ciascun CAF in una stessa Azienda USL va auspicata in quanto rappresenta un'offerta in più e diversificata per il fumatore.

La valutazione costante di esito e di processo

Un intervento, sia pure complesso, come quello di disassuefazione dalla fumo di tabacco, non può prescindere dalla produzione e dalla misurazione di Indicatori di processo e Indicatori di esito o risultato. Fra i tanti **Indicatori di esito** o di risultato, che si possono adottare, da parte dei CAF della RER si è ritenuto fondamentale misurare il numero delle cessazioni alla fine del trattamento e il perdurare di tale esito a 6 e 12 mesi dalla fine del trattamento, verificato col rilevamento del CO espirato. Per quanto si riferisce agli **Indicatori di processo**, che si propongono di misurare l'appropriatezza dei percorsi di cura del tabagista, in relazione al percorso diagnostico-assistenziale, sono state pensati come strettamente collegate ai punti fondanti l'appropriatezza del percorso diagnostico-assistenziale svolto dal CAF.

Conclusioni

Quello intrapreso, attraverso le Raccomandazioni presentate ufficialmente il 10 giugno 2010, è un percorso di progressiva ridefinizione della pratica clinica e degli interventi valutativi degli interventi sul tabagismo attuati nei CAF della RER. In particolare si punterà ad una omogeneizzazione fra tutti i CAF degli Indicatori di esito e degli Indicatori di processo per arrivare ad attivare un confronto sistematico fra i CAF delle varie Regioni italiane in vista della produzione di Linee guida nazionali sulla disassuefazione dal fumo di tabacco. ■

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

BIBLIOGRAFIA

1. Linee Guida ISS-OSSFAD 23008: http://www.iss.it/binary/fumo/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf

2. 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.

3. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom KO, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417. DOI: 0.1183/09031936.00060806], sulle Review Sistematiche [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).

4. 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.

5. 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.

6. 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).

7. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberg R et al. Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ). *Tobacco Control* 1996, 5: 52-5.

8. Prochaska JO, DiClemente C. Transteoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change, *Psychotherapy: Theory, research and practice* 1982; 19.

9. Miller WR e Rollnick S. *Motivational Interviewing*, Guilford Press, New York 1991.

10. Miller WR et al. *Motivational Enhancement Therapy Manual*, DHHS Publication, U.S.A. Government, Washington, 1992.

11. Guelfi GP e Spiller V. La valutazione della motivazione al cambiamento: il questionario MAC/E. *Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcolismo*, 1998; 2, XXI.