



TRATTAMENTO DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE

Manuale Operativo per Conduttori

A cura di Daniela Orlandini

In collaborazione con
Roberto Cavion, Giorgio Cuccia, Denise Da Ros, Pietro Madera, Annarosa Pettenò,
Giampietro Ricci, Flora Sartorato, Mary Elizabeth Tamang, Gianni Zini

TRATTAMENTO DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE

**Manuale Operativo
per Conduttori**

A cura di Daniela Orlandini

In collaborazione con
Roberto Cavion, Giorgio Cuccia, Denise Da Ros, Pietro Madera, Annarosa Pettenò,
Giampietro Ricci, Flora Sartorato, Mary Elizabeth Tamang, Gianni Zini

TRATTAMENTO DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE

Manuale operativo per conduttori

A cura di Daniela Orlandini - Az.ULSS 12 Veneziana
Dipartimento per le Dipendenze, Ser.D. Terraferma, U.O. Prevenzione Dipendenze
Referente regionale area trattamento di gruppo

In collaborazione con:

Roberto Cavion - Az.ULSS 6 Vicenza
Dipartimento per le Dipendenze, Centro consulenza, diagnosi e psicoterapia - Referente aziendale tabagismo

Giorgio Cuccia - Az.ULSS 15 Alta Padovana
Dipartimento per le Dipendenze, Ser.D. Camposampiero

Denise Da Ros - Az.ULSS 16 Padova
Dipartimento per le Dipendenze - Unità Tabagismo

Pietro Madera - Az.ULSS 20 Verona
Dipartimento per le Dipendenze, U.O.S. No Smoking Group - Referente aziendale tabagismo

Annarosa Pettenò - Az.ULSS 7 Pieve di Soligo
Direzione Regionale Prevenzione - Servizio Sanità Pubblica e Screening

Giampietro Ricci - Az.ULSS 13 Mirano
Dipartimento per le Dipendenze, Ser.D. Dolo.

Flora Sartorato - Az.ULSS 9 Treviso
Dipartimento per la Prevenzione, Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Mary Elizabeth Tamang - Az.ULSS 15 Alta Padovana
Direzione Medica

Gianni Zini - Az.ULSS 5 Ovest Vicentino
Dipartimento per le Dipendenze, U.O.S.D. Dipendenze Patologiche - Referente aziendale tabagismo

Venezia, aprile 2010

Iniziativa editoriale afferente al
"Programma Regionale per la Prevenzione delle patologie fumo-correlate"
(DGR. n° 3669/2008)
coordinato dalla Direzione Regionale Prevenzione-Servizio Sanità Pubblica e Screening

Grafica: Door & Associati, Conegliano (Tv)

Stampa: Tipografia Asolana

Tiratura: 1500 copie

ISBN 978-88-901488-4-2

© Direzione Regionale Prevenzione - Regione del Veneto
Tutti i diritti sono riservati.
E' possibile riprodurre in toto o in parte il presente manuale
purché non a scopo di lucro, citando gli Autori e
richiedendo preventivamente l'autorizzazione al
proprietario dei diritti

Indice

Presentazione - Assessore Politiche Sanitarie della Regione del Veneto

Premessa - Direzione Regionale Prevenzione

Introduzione del curatore

PRIMA PARTE

Cornice storica e teorica di riferimento

1	STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE FUMO CORRELATE DELLA REGIONE DEL VENETO	
	Mary Elisabeth Tamang e Annarosa Pettenò	p. 13
2	STORIA DEI CORSI PER SMETTERE DI FUMARE NEL VENETO	
	Giorgio Cuccia e Pietro Madera	p. 19
3	PERCORSO ATTUATO PER LA REVISIONE DEI CORSI PER SMETTERE DI FUMARE	
	Daniela Orlandini e Annarosa Pettenò	p. 23
4	STRATEGIE DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE: EVIDENZE DI EFFICACIA	
	Flora Sartorato e Daniela Orlandini	p. 33
5	RASSEGNA ITALIANA DELLE ESPERIENZE DI GRUPPO NEL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO	
	Daniela Orlandini e Annarosa Pettenò	p. 49
6	PRINCIPI TEORICI DELLE TERAPIE DI GRUPPO IN UN'OTTICA PSICODINAMICA	
	Giampiero Ricci	p. 63

SECONDA PARTE

Indicazioni operative per la realizzazione del trattamento di gruppo per smettere di fumare TGFUMO

7	NOTE INTRODUTTIVE	
	Daniela Orlandini e Annarosa Pettenò	p. 75
8	PROMOZIONE DEI TRATTAMENTI DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE	
	Giorgio Cuccia e Pietro Madera	p. 79
9	MODALITÀ DI ACCESSO AL TGFUMO	
	Gianni Zini e Annarosa Pettenò	p. 85
10	TGFUMO: UN PERCORSO PER SMETTERE DI FUMARE	
	Roberto Cavion, Giorgio Cuccia, Denise Da Ros, Pietro Madera, Annarosa Pettenò, Daniela Orlandini, Giampiero Ricci, Flora Sartorato, Gianni Zini	p. 95
11	TGFUMO: I NOVE INCONTRI	
	Roberto Cavion, Giorgio Cuccia, Denise Da Ros, Pietro Madera, Annarosa Pettenò, Daniela Orlandini, Giampiero Ricci, Flora Sartorato, Gianni Zini	p. 113
12	PREVENZIONE DELLA RICADUTA	
	Daniela Orlandini e Pietro Madera	p. 151

PRESENTAZIONE

Trent'anni di Servizio Sanitario hanno permesso di guadagnare parecchi anni di vita soprattutto in virtù della prevenzione precoce delle malattie cardiovascolari ed oncologiche e del miglioramento delle cure. Questo guadagno in termini di aspettative di vita è in parte attribuibile anche al controllo di molti fattori di rischio comportamentali ed ambientali, come il fumo di tabacco.

Il fumo di tabacco è riconosciuto universalmente come la prima causa di morte e di malattia nei paesi industrializzati, del tutto prevenibile e prevedibile e, quindi, evitabile. Negli ultimi decenni comunque sono stati compiuti innumerevoli passi in avanti nell'ambito della prevenzione delle patologie fumo-correlate attraverso la promozione di stili di vita sani e la responsabilizzazione dei cittadini a fare scelte consapevoli. E' documentata dalle numerose fonti informative disponibili a livello nazionale e regionale un'effettiva e costante diminuzione dei fumatori nella popolazione italiana e veneta.

La Regione del Veneto fin dagli inizi degli anni '90 ha attivato una politica attenta al controllo del tabagismo e un impegno mantenuto costante anche in tempi recenti nonostante una diminuzione delle risorse disponibili.

Le sfide odierne possono essere affrontate solo con strategie complesse di sanità pubblica e con ampia condivisione degli obiettivi e delle responsabilità. E' quindi necessario che il sistema sanitario lavori insieme agli altri soggetti sociali, pubblici e privati, per contribuire a costruire interventi di protezione e promozione della salute efficaci.

Una cosa è certa: scegliere la prevenzione delle malattie croniche, piuttosto che limitarsi a curarle dopo che si sono manifestate, rappresenta un investimento positivo sulla salute e sul benessere di una popolazione con vantaggio per l'individuo e per l'intera comunità.

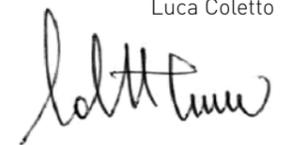
La nostra Regione sta cercando di percorrere questa direzione per garantirsi risultati sicuri in termini di salute e di miglioramento della qualità della vita dal giovane fino all'anziano. E' chiaro che i cambiamenti dei comportamenti individuali vanno accompagnati e supportati da una modifica del contesto sociale e culturale. Tale processo vede impegnato in primis il sistema socio-sanitario che ha in sé sicuramente le risorse professionali per fungere da catalizzatore di un rinnovamento che sulla base delle politiche sanitarie può avere forti ripercussioni nelle abitudini quotidiane e nei nuovi bisogni di salute emergenti dalle nostre comunità.

Un doveroso ringraziamento va alle Aziende ULSS e alle associazioni di volontariato che sono impegnate quotidianamente in azioni di sostegno ai fumatori che desiderano smettere di fumare che si mettono a disposizione con passione e competenza professionale.

Assessore alle Politiche Sanitarie

Regione del Veneto

Luca Coletto



PREMESSA

Rendere facili le scelte salutari è uno degli obiettivi prioritari di sanità pubblica, come ribadito nel Programma ministeriale "Guadagnare Salute". La salute, diritto e responsabilità di ogni cittadino, deve essere promossa permettendo a tutti di poter adottare stili di vita salutari. Per garantire ciò sono necessarie azioni che vedano operare in sinergia tutti quei soggetti, istituzioni e protagonisti della società civile e del mondo produttivo, in grado di facilitare un "sistema di vita" che favorisca nella popolazione l'adozione di corretti comportamenti. Promuovere la salute non è responsabilità esclusiva, quindi, del settore sanitario, ma è un obiettivo prioritario di ogni cittadino e delle comunità, perché maggiore salute significa benessere per il singolo e minore spesa per la collettività. I dati forniti dall'OMS dimostrano che l'86% delle morti in Europa è determinato da patologie croniche, non trasmissibili - malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori e diabete - che hanno in comune quattro principali fattori di rischio: fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica. In Italia, si stima che tali patologie siano responsabili del 75% di tutte le morti e delle gravi disabilità. È necessario, pertanto, continuare ad avviare azioni per contrastare i principali fattori di rischio per la salute e creare condizioni sociali ed ambientali tali da favorire la tutela delle fasce più deboli della popolazione, quali ad esempio bambini ed anziani, razionalizzando l'uso delle risorse. Il consumo di tabacco costituisce tuttora il più importante fattore di rischio prevenibile per la salute, in particolare, per le malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie. Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Si stima che ogni anno in Italia muoiano circa 80.000 persone per fumo attivo e passivo. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.

Attualmente la percentuale di fumatori attivi nella popolazione veneta di 14 anni e oltre, è del 20,7% a fronte del 22,2% della popolazione nazionale (ISTAT, 2008). I dati del sistema di sorveglianza PASSI relativi a 16 Aziende ULSS venete rilevano che il 26% degli intervistati, tra i 18 e 69 anni, sono fumatori, rispetto al 29,8% a livello nazionale (PASSI, 2008).

La Regione del Veneto ha sviluppato una strategia articolata per contrastare il fenomeno del tabagismo e, grazie ad atti deliberativi regionali e finanziamenti specifici, ha dato risposte concrete a questo problema di sanità pubblica.

L'obiettivo generale della Strategia regionale per la prevenzione delle patologie fumo-correlate è di ridurre il numero di fumatori nella popolazione veneta con una serie di azioni atte a:

- prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani
- aiutare i fumatori a smettere
- proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

Nell'ambito delle azioni a sostegno dei fumatori, la nostra Regione ha promosso i trattamenti di gruppo per smettere di fumare e su tale aspetto i nostri professionisti annoverano una lunga esperienza che, in questa pubblicazione, viene messa a disposizione di quanti operano in tale campo al fine di fornire indicazioni operative omogenee e riproducibili per un miglioramento del servizio offerto.

Un ringraziamento sentito a quanti si sono impegnati a vario titolo nella stesura di questo importante lavoro con l'auspicio che gli innumerevoli sforzi e le risorse messe in campo possano continuare a promuovere un processo culturale verso una comunità consapevolmente libera dal fumo.

Direzione Prevenzione
Regione del Veneto
Dr.ssa Giovanna Frison

INTRODUZIONE

Leggero è il compito quando molti si dividono la fatica

Omero

Questa pubblicazione esprime il passato, il presente e, auspichiamo, anche il futuro del trattamento di gruppo per sostenere i fumatori veneti nella scelta di vivere liberi dal fumo.

Il passato perché si è fatto riferimento alle esperienze venete, ormai più che decennali, nel trattamento di gruppo per fumatori attraverso un loro recupero ed analisi.

Il presente ha previsto un lavoro di co-costruzione che si è concretizzato in un modello denominato **TGFUMO**, che ha richiesto un percorso di coinvolgimento di numerosi operatori, percorso che ha permesso di fare tesoro delle buone pratiche e al contempo di promuoverne la condivisione. L'attivazione del processo di co-costruzione rappresenta così una garanzia non solo della qualità, ma anche della possibilità di acquisirlo come proprio patrimonio professionale.

Il futuro perché l'implementazione del **TGFUMO** verrà sostenuta da attività di formazione, in particolare, per operatori desiderosi di acquisire competenze per aiutare i fumatori a smettere di fumare e, quindi, speriamo, offrire questa opportunità a sempre più persone nel territorio veneto.

Il **TGFUMO** vuole essere uno strumento di lavoro utile per offrire prestazioni uniformi a chi desidera smettere di fumare utilizzando una tecnica scientificamente nota come efficace.

La pubblicazione si divide in due parti. La prima Cornice storica e teorica di riferimento inizia illustrando le politiche della Regione del Veneto nel campo del tabagismo e la storia passata e recente dei corsi per smettere di fumare. Viene poi descritto il percorso di lavoro effettuato con gli operatori veneti per raccogliere elementi significativi dalle loro esperienze. Questa prima parte è, inoltre, completata da tre capitoli che fanno riferimento ad alcune esperienze italiane, alla letteratura sulle evidenze scientifiche riferite ai trattamenti di gruppo e al gruppo come strumento terapeutico.

La seconda parte è dedicata alle Indicazioni operative per la realizzazione del trattamento di gruppo per smettere di fumare **TGFUMO**. Vengono illustrate le azioni di promozione, le basi metodologiche, ciascuno dei 9 incontri di gruppo previsti dal modello corredati da approfondimenti e schede operative. In chiusura si trova un capitolo dedicato alla prevenzione della ricaduta.

La stesura del manuale è stata possibile grazie al contributo dei molti conduttori di gruppo che da tanti anni operano nel Veneto in questo campo e con i quali abbiamo avuto il piacere di procedere alla disamina del ricco passato per giungere ad un nuovo modello co-costruito. Questa modalità di lavoro costituisce secondo noi una base sicura per dare risposte attuali ai fumatori e per identificare, interpretare e intervenire rispetto a specifiche caratteristiche e a nuovi bisogni emergenti.

La pubblicazione è stata scritta a più mani dal gruppo di lavoro da me coordinato, appositamente costituito per sostenere l'area trattamenti di gruppo del programma regionale di prevenzione delle patologie fumo correlate, che qui ringrazio per il generoso impegno.

Il curatore
Daniela Orlandini

PRIMA PARTE

Cornice storica e teorica di riferimento

La Regione del Veneto fin dall'inizio degli anni '90 (DGR. n. 6314/1991 "Programma regionale di prevenzione del fumo: interventi di disassuefazione nelle ULSS del Veneto") è impegnata sul fronte della prevenzione del tabagismo in linea con le indicazioni strategiche dell'OMS e si propone l'obiettivo principale di ridurre la prevalenza di fumatori nella popolazione generale.

Nel settembre del 1994 si tenne a Lonigo (VI) un seminario residenziale di 3 giorni sulle strategie globali contro il fumo, che ha dato l'opportunità ai partecipanti – referenti di educazione alla salute e responsabili dei programmi contro il fumo delle ULSS venete – di valutare lo stato degli interventi educativi per la prevenzione del tabagismo. Da questo seminario è emersa l'esigenza di rilanciare e approfondire i seguenti programmi regionali per la lotta al tabagismo:

- Programma di prevenzione del fumo nella scuola media inferiore;
- Counselling del Medico di Medicina Generale;
- Corsi per la disassuefazione;
- Ospedali senza fumo.

Per ogni progetto si costituì un gruppo regionale di lavoro in collaborazione e con il coordinamento del Centro di educazione alla salute – Servizio Regionale di Documentazione di Padova.

Per dare seguito agli impegni presi, nell'ottobre 1996 si tenne a Padova una giornata di presentazione dei materiali prodotti dai diversi gruppi: erano presenti Direttori Sanitari, Referenti di Educazione alla Salute, Responsabili Ser.T. con l'obiettivo di favorire una realizzazione uniforme di tali programmi e l'attuazione di una strategia globale e integrata contro il fumo di tabacco nel Veneto.

Giornata di studio e di presentazione del kit regionale di guide per la prevenzione e la lotta al tabagismo:

- "Prevenzione del fumo a scuola" – guida
- "Una città libera dal fumo" – gioco multimediale
- "Corsi per smettere di fumare" – guida
- "Come aiutare i pazienti a smettere di fumare" – guida
- "Ospedali e Servizi Sanitari senza fumo" – guida
- "Dati epidemiologici sul consumo di tabacco e le patologie correlate" – raccolta di lucidi

Padova – Ospedale S. Antonio, 24 ottobre 1996

In questa giornata è emersa dagli operatori la necessità di programmare una giornata di approfondimento per

ogni ambito di lavoro e sui rispettivi strumenti sviluppati.

In riferimento al Progetto Regionale specifico "Corsi per smettere di fumare", al fine di realizzare azioni sempre più efficaci nella nostra regione si decise di organizzare l'incontro di approfondimento ponendo l'attenzione su alcuni punti:

- dare maggiore visibilità ai corsi per smettere di fumare, attuando strategie pubblicitarie efficaci per la diffusione dell'informazione sui corsi garantendo la giusta enfasi all'iniziativa;
- realizzare uno strumento per la verifica di efficacia e di validità dei corsi.

Nel febbraio del 1997 si tenne a Venezia tale incontro con il titolo "Strategie globali per la lotta al tabagismo-Corsi per smettere di fumare" a cui parteciparono operatori impegnati nei programmi di prevenzione del fumo di tabacco; l'interesse e la richiesta di partecipazione furono considerevoli tanto che erano rappresentate tutte le ULSS per un totale di 40 operatori.

Corso di approfondimento

"Strategie globali per la lotta al tabagismo-Corsi per smettere di fumare"

Venezia-Dipartimento per l'Igiene Pubblica, 14 febbraio 1997

OBIETTIVO: Raccogliere suggerimenti dagli operatori socio-sanitari, facendo riferimento alla loro ormai consolidata esperienza, sulle strategie pubblicitarie per dare visibilità ai corsi e indicazioni per una raccolta sistematica dei dati per una valutazione di efficacia degli interventi attuati.

Programma:

- 9.30-10.00** Apertura e presentazione dei lavori - Dr.ssa Elizabeth Tamang
- 10.00-10.45** La pubblicità dei corsi per smettere di fumare - Gruppi di lavoro - Dr. Pietro Madera
- 10.45-11.30** Plenaria: discussione e presentazione del lavoro svolto dai gruppi
- 11.30-11.45** Coffee break
- 11.45-12.15** La valutazione di efficacia dei corsi: presentazione schede di valutazione - Dr.ssa Federica Michieletto
- 12.15-13.00** Lavoro di gruppo: elaborazione delle schede di valutazione
- 13.00-13.30** Plenaria: discussione e presentazione del lavoro svolto dai gruppi

Da allora la Regione del Veneto, preso atto delle evidenze scientifiche riguardanti le strategie complessive di prevenzione e controllo del tabacco, ha definito un programma regionale globale sancito da una serie successiva di atti deliberativi specifici e strutturato sulla base di prove di efficacia disponibili. Tali strategie regionali trovano applicazione in relazione agli impegni del SSN derivanti dalla normativa nazionale sul fumo, al contesto organizzativo del SSR, agli aspetti sociali, etici ed educativi nei quali la prevenzione del tabagismo si colloca.

In riferimento al raggiungimento degli obiettivi fissati dal vigente PSN e in sinergia con il Programma interministeriale "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari" adottato dall'Italia con il DPCM del 4 maggio 2007, i fronti di intervento attuali in Veneto per controllare e ridurre l'impatto del fumo di tabacco sono: prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani, aiutare i fumatori a smettere, proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

Il Programma "Guadagnare Salute"

(DPCM 4 maggio 2007)

Nasce dall'esigenza di rendere più facili scelte salutari al fine di limitare le morti premature e contrastare le malattie

croniche evitabili (malattie cardiovascolari, diabete mellito, tumori, malattie respiratorie, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) determinate, in particolare, da quattro principali fattori di rischio modificabili che sono: scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo e alcol.

"Guadagnare Salute" intende creare, attraverso la prevenzione, condizioni più favorevoli alle scelte per la salute, facendo leva sull'informazione, sulla comunicazione e, in particolare, su specifiche iniziative che inducano a scelte di vita salutari.

Per approfondimenti www.ccm-network.it/GS_intro

La Strategia veneta contempla accanto al primo livello - di medicina di comunità - dove agiscono educazione alla salute a scuola, misure "sociali" ed "economiche" di controllo del fumo passivo, nonché l'intercettazione dei fumatori che vogliono provare a smettere da parte dei servizi di cure primarie, dei MMG, ma anche di altre figure sanitarie opportunamente formate, anche il secondo livello specialistico. Nel 2005 la Regione del Veneto ha posto tra gli obiettivi della Strategia l'implementazione in ogni Azienda ULSS di almeno un ambulatorio di secondo livello per sostenere specificamente i fumatori che desiderano smettere di fumare (DGR n. 944 del 18/03/2005). Attualmente sono attivi 23 ambulatori specialistici nel territorio veneto. Tali ambulatori svolgono un ruolo importante nell'aiutare i pazienti a smettere di fumare, con particolare riferimento a quelle situazioni cliniche di grave patologia fumo correlata e/o di co-morbidità che necessitano del massimo impegno clinico, con un trattamento completo, farmacologico e psicologico, nonché esami di approfondimento specifici. Tali modalità intercettano la domanda prevalentemente proveniente dai reparti ospedalieri e, in alcuni casi, anche dal territorio.

Dato che il consumo di tabacco costituisce tutt'ora di gran lunga il più importante fattore di rischio prevedibile e prevenibile per la salute, in particolare per le malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie, e quindi evitabile anche nel nostro Paese, si comprende l'importanza degli obiettivi posti alla base della strategia regionale (ulteriori informazioni nel sito www.regione.veneto.it/prevenzione, voce "Stili di vita e salute").

In riferimento al raggiungimento degli obiettivi fissati, le linee di intervento identificate nell'ultima DGR n. 2669 del 25/11/2008, denominate "prevenzione del tabagismo" e "trattamento per la disassuefazione" vengono definite e dettagliate nelle seguenti principali aree di attività:

- a) attività di educazione e promozione della salute a scuola;
- b) attività di disassuefazione dal fumo, mediante l'attivazione degli operatori dei servizi socio-sanitari regionali e del volontariato a vario titolo coinvolti;
- c) attività di protezione dal fumo passivo e sostegno della normativa negli ambienti pubblici e privati di vita, lavoro e svago, incluse attività di monitoraggio del fumo passivo in auto;
- d) attività di monitoraggio e analisi epidemiologica in relazione al fenomeno tabagismo e all'applicazione della legge 3/2003;
- e) attività di informazione e di sensibilizzazione della popolazione generale in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco.

Per la conduzione tecnico-scientifica della Strategia regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate è stato formalizzato un Comitato Guida, i cui compiti sono:

1. elaborare i Piani attuativi annuali della pianificazione regionale in tema di prevenzione delle patologie

fumo-correlate;

2. esprimere parere tecnico-scientifico sulle attività svolte annualmente;
3. proporre i metodi di riparto per i finanziamenti annuali.

Composizione Comitato Guida

Programma Regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate (DGR. 3669 del 25/11/ 2008)

I componenti del Comitato, sono identificati sulla base della loro documentata esperienza e degli incarichi già formalmente attribuiti sul tema e individuati nelle persone di seguito elencate:

- dr.ssa Giovanna Frison, Dirigente Regionale della Direzione Prevenzione od un suo delegato del Servizio Sanità Pubblica e Screening;
- dr.ssa Francesca Russo, Dirigente Servizio Sanità Pubblica e Screening – Direzione Regionale Prevenzione;
- dr.ssa Daniela Marcolina, Dirigente Medico SPISAL Az. ULSS 1 Belluno, Referente Regionale per *l'area tutela dal fumo passivo nei luoghi pubblici e di lavoro*;
- dr.ssa Tiziana Menegon, Responsabile Servizio Programmi Regionali di Sanità Pubblica, Az. ULSS 7 Pieve di Soligo;
- dr. Federica Michieletto, Servizio Sanità Pubblica e Screening – Direzione Regionale Prevenzione;
- dr. Stefano Nardini, Direttore U.O. di Pneumologia Ospedale di Vittorio Veneto, Az. ULSS 7 Pieve di Soligo; Referente Regionale per *l'area aspetti relativi alla cessazione*;
- dr.ssa Daniela Orlandini, Direttore U.O.S. Prevenzione Dipendenze-Ser.D Venezia Terraferma Az. ULSS 12 Veneziana; Referente Regionale per *l'area trattamenti di gruppo*;
- dr. Luca Sbrogiò, Direttore Dipartimento di Prevenzione, Az. ULSS 19 Adria, Referente Regionale per *l'area competenze del personale sanitario*;
- dr.ssa Mary Elizabeth Tamang, Dirigente Medico Direzione Medica dell'Az.ULSS 15 Alta Padovana; Referente Regionale per *l'area prevenzione primaria*;
- dr. Simone Tasso, Direttore Presidio Poliambulatoriale, Az. ULSS 8 Asolo, Referente Regionale per *l'area Health Promoting Hospital (HPH)*;
- dr. Stefano Vianello, Direttore ai Servizi Sociali, Az. ULSS 14 Chioggia, Referente Regionale per *l'area interventi di comunità*.

Per rendere attuativo il Programma la Regione del Veneto ha chiesto ad ogni Azienda ULSS ed Azienda Ospedaliera di nominare un Referente Aziendale per il tabacco con i compiti di:

- fungere da ponte tra la proposta regionale nell'ambito della prevenzione del tabagismo e la realtà locale;
- coordinare le iniziative esistenti a livello locale nell'ambito del contrasto del tabagismo.

I Referenti Aziendali della Strategia Regionale per la Prevenzione delle patologie fumo-correlate

(aggiornati al 30 giugno 2009)

Azienda ULSS 1 Belluno – Floriana Russino

Azienda ULSS 2 Feltre – Rosanna Canova
Azienda ULSS 3 Bassano – Francesca Busa
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino – Flavio Banovich
Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino – Gianni Zini
Azienda ULSS 6 Vicenza – Roberto Cavion
Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Rita De Noni
Azienda ULSS 8 Asolo – Massimo Melloni
Azienda ULSS 9 Treviso – Michele Trevisanato
Azienda ULSS 10 San Donà – Davide Banon
Azienda ULSS 12 Veneziana – Daniela Orlandini
Azienda ULSS 13 Dolo – Fabrizio Guaita
Azienda ULSS 14 Chioggia – Stefano Vianello
Azienda ULSS 15 Camposampiero – Marco Bonetti
Azienda ULSS 16 Padova – Lorena Gottardello
Azienda ULSS 17 Este Monselice – Raffaella Camilotto
Azienda ULSS 18 Rovigo – Maria Chiara Pavarin
Azienda ULSS 19 Adria – Andrea Finessi
Azienda ULSS 20 Verona – Pietro Madera
Azienda ULSS 21 Legnago – Giuliana Faccini
Azienda ULSS 22 Bussolengo – Antonio Bortoli
Azienda Ospedaliera Verona – Fabio Lugoboni

In riferimento all'area disassuefazione, dato che anche dopo una eventuale diagnosi di patologia fumo-correlata, smettere assicura sempre e comunque una migliore qualità di vita, oltre che un prolungamento della sopravvivenza, vi è la necessità di rendere disponibili ed accessibili trattamenti per smettere di fumare basati su prove di efficacia, senza distinzioni di genere e di status socio-economico. Tale obiettivo strategico viene perseguito mediante le seguenti azioni specifiche:

- proseguimento formazione operatori sanitari di assistenza primaria e farmacisti territoriali al counselling breve;
- ampliamento dell'offerta del trattamento di gruppo per smettere di fumare attraverso attività di aggiornamento e formazione dei conduttori;
- consolidamento attività ambulatori di II° livello in tutte le Aziende ULSS.

Per quanto riguarda il trattamento di gruppo dei fumatori a distanza di 10 anni dalla definizione del primo modello regionale strutturato sui corsi per smettere di fumare, la Regione del Veneto ha deciso di verificarne l'implementazione nel territorio e di aggiornare il modello sulla base delle esperienze maturate.

A ragione di ciò nell'ambito degli ultimi tre *Programmi Regionali di Prevenzione delle patologie fumo-correlate* è stata prevista una area specifica di lavoro riguardante i corsi.

La presente guida è il risultato dell'impegno concreto della Regione del Veneto che in tal senso ha inteso dare impulso a questo importante aspetto della disassuefazione.

L'impegno della Regione del Veneto nel campo del tabagismo

Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha affidato al Veneto alcuni progetti a livello nazionale finalizzati alla prevenzione del tabagismo:

- Programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della legge 3/2003
- Programma di prevenzione del tabagismo e sostegno alla Legge 3/2003 nelle Regioni Italiane
- Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia
- Mamme libere dal fumo
- GenitoriPiù

Inoltre la Regione del Veneto partecipa come partner al Piano Nazionale di Formazione sul Tabagismo del CCM affidato alla Regione Emilia Romagna.

2

STORIA DEI CORSI PER SMETTERE DI FUMARE NEL VENETO

Giorgio Cuccia e Pietro Madera

Sono molti anni che nel Veneto si svolgono corsi per smettere di fumare. Le prime a proporli sono state alcune Associazioni di volontariato, in particolare la Lega Vita & Salute. Successivamente sono intervenute Unità Locali Socio-Sanitarie, nella quasi totalità i Ser.D. - Servizi per le Dipendenze, che da più di 25 anni realizzano tali Corsi, coinvolgendo e aiutando a smettere di fumare migliaia di fumatori (vedi cap. 3).

L'iniziativa pubblica è partita agli inizi degli anni '90 grazie a un gruppo di lavoro di medici e psicologi coordinato dal dott. M. Vettorazzi, funzionario medico dell'Assessorato alla Sanità della Regione, con un primo evento formativo rivolto a tutti gli operatori ULSS interessati al problema, realizzato il 22 e 23 novembre 1990 a Monselice (PD). Lo scopo era di sensibilizzare al problema, in tempi in cui parlare di tabagismo non era attuale come oggi, ma soprattutto di iniziare, anche in modo sperimentale, a realizzare precisi interventi per aiutare concretamente i fumatori a smettere di fumare.

A questo primo momento formativo ne sono seguiti altri a Lonigo (VI), a Venezia e a Padova con la finalità di individuare una metodologia unitaria di disassuefazione dal fumo di sigaretta da indicare a tutti gli operatori delle ULSS, in modo da consentire di valutarne nel tempo anche l'efficacia stessa. In particolare, nel seminario regionale del settembre 1994 a Lonigo (VI) sulle strategie globali contro il fumo emerse l'esigenza di rilanciare ed approfondire i programmi regionali di contrasto al tabagismo che allora comprendevano: il programma di prevenzione nella scuola media inferiore, il counselling del medico di medicina generale, i corsi per la disassuefazione e gli ospedali senza fumo. Come già citato nel precedente capitolo, per ogni progetto si costituì un gruppo regionale di lavoro, formato da operatori socio-sanitari appartenenti a diverse ULSS; il gruppo di lavoro relativo ai corsi era composto da 9 operatori.

Gruppo di lavoro regionale - Corsi per smettere di fumare - Anni 1994-1996

Dott.ssa Vanna Cerrato, Centro Studi Promozione della Salute, Coop. L'Alba, Padova

Dott.ssa Maria A. Giacomini, Ser.T. - ULSS 7, Conegliano Veneto TV

Dott. Pietro Madera, Ser.T. - ULSS 20, Soave VR

Dott. Luciano Milani, Ser.T. - ULSS 8, Castelfranco TV

Dott.ssa Chiara Veggian, Responsabile Distretto - ULSS 11, Venezia

Dott.ssa Chiara Nicoletti, Consulente ULSS 11, Venezia

Dott. Luca Sbrogiò, Centro di educazione alla salute, Padova

Dott.ssa Ines Tomas, Responsabile Distretto - ULSS 17, Conselve PD

Dott.ssa Nilla Verzolatto, Servizio di Psicologia - ULSS 7, Portogruaro VE

Tra i vari modelli oggetto di discussione e confronto del gruppo di lavoro regionale venne fin da subito privilegiata la metodologia gruppale. Tale scelta fu il risultato di alcune valutazioni: i fumatori erano (e sono) numerosi, molti di loro desideravano (e desiderano) smettere, ma da soli non erano capaci di farlo; le risorse, professionali e finanziarie, da dedicare a questi programmi erano limitate.

La metodologia di gruppo rispondeva a queste esigenze, ma non era sufficiente. Il modello d'intervento doveva avere la caratteristica di poter coinvolgere il maggior numero di fumatori, e pertanto non doveva prevederne una selezione. L'accessibilità doveva essere totale e senza escludere a priori alcun fumatore: l'unico requisito richiesto era il pagamento di una quota d'iscrizione, segno tangibile di una qualche reale motivazione a smettere di fumare. Inoltre, non si doveva porre un limite alla grandezza del gruppo, che era determinato dalla ricettività della sala in cui si organizzava il Corso; per ultimo, ma non meno importante, il modello doveva essere facilmente applicabile e realizzabile su larga scala e richiedere poco tempo sia ai fumatori sia ai conduttori/organizzatori.

Le esperienze di gruppo che potevano largamente rispondere a tutte queste caratteristiche erano sostanzialmente due: la prima quella dei Corsi per tabagisti della Lega Vita & Salute, l'altra, sia pur diversa, era il modello dei gruppi di auto-aiuto degli alcolisti in trattamento.

La combinazione di queste due esperienze, altrettanto positive, ognuna con le proprie caratteristiche, portò all'adozione di un programma misto, proposto come linee guida regionali, consistente in una settimana di *trattamento intensivo*, composto da cinque incontri dal lunedì al venerdì della durata di un'ora e mezza, da tenersi preferibilmente nelle ore serali. Ogni incontro prevedeva un confronto tra partecipanti, una lezione di educazione alla salute, la conferma della decisione di astenersi dal fumo, il conteggio dei partecipanti, esercizi respiratori, consigli dietetici e relativo buffet. Lo stile di conduzione del corso era di tipo direttivo.

A questa parte del programma seguiva quella del *gruppo di sostegno* cioè 6-8 incontri a cadenza settimanale finalizzati al mantenimento dell'astinenza dal fumo attraverso l'auto-mutuo aiuto e con il supporto di un operatore professionale esperto. Inoltre, la metodologia prevedeva un follow-up telefonico, a 6 e 12 mesi di distanza.

L'intento di proporre un modello unitario a tutti gli operatori coinvolti nei programmi di disassuefazione aveva lo scopo di fornire uno strumento di lavoro e, allo stesso tempo, uno scambio di esperienze e di condivisione di sussidi didattici.

La Regione, infatti, per facilitare gli operatori fornì dapprima una dispensa ciclostilata e poi, nel 1996 un *manuale* con le linee guida necessarie al conduttore per organizzare e condurre i Corsi. Tale guida, prodotta grazie all'impegno e alla collaborazione degli operatori del gruppo di lavoro regionale, forniva indicazioni precise sulle modalità di attivazione e di conduzione di un corso per aiutare i fumatori a smettere di fumare.

Corsi per smettere di fumare – Linee guida per il conduttore

Capitolo 1	Introduzione	Capitolo 6	Tabelle riassuntive delle cinque giornate
Capitolo 2	Linee guida per il conduttore	Capitolo 7	Pubblicità dei corsi per smettere di fumare
Capitolo 3	La dipendenza da tabacco	Capitolo 8	Associazione ex-fumatori
Capitolo 4	Componenti del fumo e loro effetti	Schede	
Capitolo 5	Le cinque giornate		

In allegato alla guida vi era un cofanetto contenente delle schede, suddivise per serata, a carattere informativo, ad uso dei partecipanti ed una raccolta di dati epidemiologici sul tabacco disponibili sia su carta che su floppy disk. Il

materiale fu messo a disposizione delle ULSS interessate a ristamparlo.

Successivamente fu prodotto l'opuscolo "Il piacere di non fumare. Alcuni consigli per aiutarvi a smettere" da consegnare ai fumatori che desideravano smettere di fumare e ai partecipanti ai corsi. Questo materiale offriva un'interessante prospettiva alternativa al fumatore evidenziando i benefici legati all'essere finalmente liberi dal fumo, oltre che alcune buone ragioni per smettere, le preoccupazioni maggiori di chi vuole smettere di fumare, i principali consigli per prepararsi a smettere, le strategie per smettere e rimanere non fumatore. Inoltre, furono prodotti e messi a disposizione dei poster con rappresentazioni di usi alternativi dei posacenere.

Una delibera della Giunta Regionale (DGR n. 6314/1991 "Programma regionale di prevenzione del fumo: interventi di disassuefazione nelle ULSS del Veneto") ratificò questo programma e lo inserì in un progetto triennale con apposito finanziamento. In essa erano contenute alcune indicazioni specifiche, quali: un minimo di 30 partecipanti, il pagamento di una quota d'iscrizione (allora di € 30.000), il contributo regionale di € 2.000.000 per ogni Corso. Molte ULSS aderirono all'iniziativa e vari servizi territoriali e ospedalieri se ne fecero promotori, in particolare i SER.T. che si occupavano allora attivamente anche di questa dipendenza.

Bibliografia

- AA.VV., 1996, Corsi per smettere di fumare. Linee guida per il conduttore, Centro di Educazione alla Salute, Regione del Veneto.
- AA.VV., 1996, Corsi per smettere di fumare. Schede, Centro di Educazione alla Salute, Regione del Veneto.
- AA.VV., 1996, Dati epidemiologici sul consumo di tabacco e le patologie correlate. Floppy disk e originali per lucidi, Centro di Educazione alla Salute, Regione del Veneto.
- AA.VV., 1996, Il piacere di non fumare. Alcuni consigli per aiutarvi a smettere, Centro di Educazione alla Salute, Regione del Veneto.

Il rinnovato interesse regionale per l'implementazione dei corsi per smettere di fumare nel territorio veneto, manifestato nelle tre ultime deliberazioni della Giunta Regionale (DGR 2675/2006, DGR 2604/2007, DGR 3669/2008) che hanno stanziato un finanziamento specifico per tale ambito, si è concretizzato nel periodo 2006 - 2009 in una serie di azioni, coordinate da Daniela Orlandini - Referente regionale per tale area, in accordo e sinergia con le linee di attività generali definite dal Comitato Guida per il programma regionale per la prevenzione delle patologie fumo-correlate della Regione del Veneto (vedi cap.1).

Il percorso di revisione dei corsi per smettere di fumare nasce dalla consapevolezza che dall'inizio degli anni '90, a seguito della produzione della prima guida regionale per la conduzione dei corsi per smettere di fumare e della correlata proposta formativa, molta esperienza è stata maturata grazie al lavoro di tanti operatori coinvolti. Profondi cambiamenti nel contesto di riferimento culturale, normativo e sanitario rendono necessaria altresì una rivisitazione ed un ulteriore investimento sui trattamenti di gruppo per sostenere i fumatori nella scelta di comportamenti sani e liberi dal fumo.

Il punto di partenza è stato quindi quello di conoscere le esperienze svolte nel Veneto, raccogliere e valorizzarle attraverso un confronto e un lavoro tra tutte le agenzie, sia del pubblico che del volontariato, impegnate da molti anni in tale ambito.

L'intero percorso di lavoro è stato organizzato e coordinato da Daniela Orlandini e Annarosa Pettenò.

I primi passi

Il primo e necessario passo è stato quello di condividere all'interno del Comitato Guida istituito nell'agosto 2006 (vedi cap.1) gli obiettivi specifici e le modalità operative rispetto al mandato regionale di perseguire come obiettivo strategico l'ampliamento dell'offerta dei corsi per smettere di fumare attraverso attività di aggiornamento e formazione dei conduttori.

Si è quindi pensato di procedere ad un coinvolgimento sin dall'inizio del mondo del volontariato. Sono state identificate le associazioni che nel Veneto sono impegnate nell'ambito del tabagismo con proposte di gruppo per smettere di fumare: LILT- Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ARCAT-Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento, Lega Vita e Salute che sono state invitate ad un incontro in data 18 gennaio 2007. All'incontro hanno partecipato i referenti regionali della LILT (Maria Dal Mas Cadura), dell'ARCAT (Marco Orsega e Flaviana Conforto) e una rappresentanza del Comitato Guida (Elizabeth Tamang, Luca Sbrogiò e Daniela Orlandini). La finalità è stata di condividere l'obiettivo della Regione del Veneto di dare sviluppo in tutto il territorio regionale ai corsi

per smettere di fumare valorizzando quanto fatto in tale campo. Si è concordato sulla necessità di una maggiore integrazione e coordinamento tra quanti operano in questo settore al fine di garantire un migliore servizio a chi intende smettere di fumare. Inoltre, si è auspicato che a fronte delle differenti esperienze e metodologie maturate in seno al pubblico e al volontariato, si possa giungere a delle linee guida di base condivise. Per rendere concreto questo impegno, le associazioni hanno dato la loro disponibilità a partecipare al censimento dei corsi svolti nel periodo 2005-2006, ad inviare alcuni loro conduttori agli incontri di confronto previsti, a partecipare ai momenti di aggiornamento e di formazione che verranno promossi in seguito dalla Regione del Veneto.

Parallelamente, al fine di perseguire gli obiettivi posti dalla Regione, si è costituito un gruppo di lavoro, coordinato da Daniela Orlandini, coadiuvata da Annarosa Pectenò, composto da 7 esperti provenienti da altrettante Az.ULSS del Veneto impegnati da anni nel settore. Il compito di tale gruppo di lavoro è stato quello di dare sostegno e supporto mettendo a disposizione competenze ed esperienze.

Il gruppo è stato convocato per la prima volta il 6 febbraio 2007 alla presenza di Elizabeth Tamang, coordinatrice della strategia regionale sul tabagismo. A seguito di questo primo incontro è stato stilato, sulla base delle proposte formulate dalla coordinatrice Daniela Orlandini e concordate all'interno del gruppo di lavoro, un Piano di azione composto dai seguenti punti:

- monitoraggio dell'esistente – *censimento* - tramite la compilazione di un questionario a cura del Referente Aziendale per la strategia regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate di ciascuna Azienda ULSS e ospedaliere del Veneto riguardante i corsi svolti nel periodo 2005-2006 sia dall'azienda stessa che da altre agenzie territoriali di volontariato
- proposte per il *tariffario* regionale
- incontri di scambio e di confronto tra i *conduttori di corsi* al fine di recuperare l'esperienza pregressa
- *indagine storica* dei corsi per smettere di fumare nel Veneto (aggiunto in corso d'opera)
- analisi ed elaborazione di quanto raccolto per l'aggiornamento della guida regionale
- stesura della nuova *guida* regionale
- pubblicazione e divulgazione della guida
- incontri di *aggiornamento* per i vecchi conduttori e di *formazione* per nuovi conduttori.

Gruppo di lavoro regionale

Coordinatore

Daniela ORLANDINI – Az.ULSS 12 Veneziana - Dipartimento per le Dipendenze, Ser.D. Terraferma, U.O. Prevenzione Dipendenze

Coadiutore

Annarosa PETTENÒ – Direzione Regionale Prevenzione - Servizio Sanità Pubblica e Screening – Az.ULSS 7 Pieve di Soligo

Componenti

Gianni ZINI - Az.ULSS 5 Ovest Vicentino - Dipartimento per le Dipendenze, U.O.S.D. Dipendenze Patologiche

Flora SARTORATO – Az.ULSS 9 Treviso – Dipartimento per la Prevenzione, Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Roberto CAVION - Az.ULSS 6 Vicenza - Dipartimento per le Dipendenze, Centro consulenza, diagnosi e psicoterapia

Giampietro RICCI - Az.ULSS 13 Mirano - Dipartimento per le Dipendenze, Ser.D. Dolo

Giorgio CUCCIA - Az.ULSS 15 Alta Padovana - Dipartimento per le Dipendenze, Ser.D. Camposampiero

Denise DA ROS - Az.ULSS 16 Padova – Dipartimento per le Dipendenze, Unità Tabagismo

Pietro MADERA - Az.ULSS 20 Verona - Dipartimento per le Dipendenze, U.O.S. No Smoking Group

Il censimento

Dato che da circa 10 anni la Regione del Veneto non richiedeva i dati inerenti i corsi per fare il punto della situazione è stato deciso di procedere ad un *Censimento* degli stessi per conoscere le realtà esistenti nel periodo 2005-2006.

Per attuare tale azione è stato predisposto un questionario, composto di 21 domande sia a scelta multipla che aperte, che è stato inviato ai Referenti Aziendali Tabacco delle Az.ULSS del Veneto con la richiesta di collaborazione per la compilazione anche interpellando eventuali altre agenzie operanti nel proprio territorio di competenza che avessero attuato corsi per smettere di fumare. La scelta di coinvolgere i Referenti Aziendali è legata alla specifica organizzazione della Regione del Veneto, che ha voluto in ogni azienda sanitaria questa figura per favorire il lavoro di rete territoriale (vedi cap.1).

Il censimento è stato proposto alle 23 Aziende Sanitarie venete – 21 Az.ULSS e 2 Az.Ospedaliere - ed hanno risposto in 20 - 19 Az.ULSS e 1 Azienda Ospedaliera. Non hanno compilato il questionario le Az.ULSS 1 e ULSS 22 in quanto non hanno attuato corsi negli anni richiesti e l'Az.Ospedaliera di Padova.

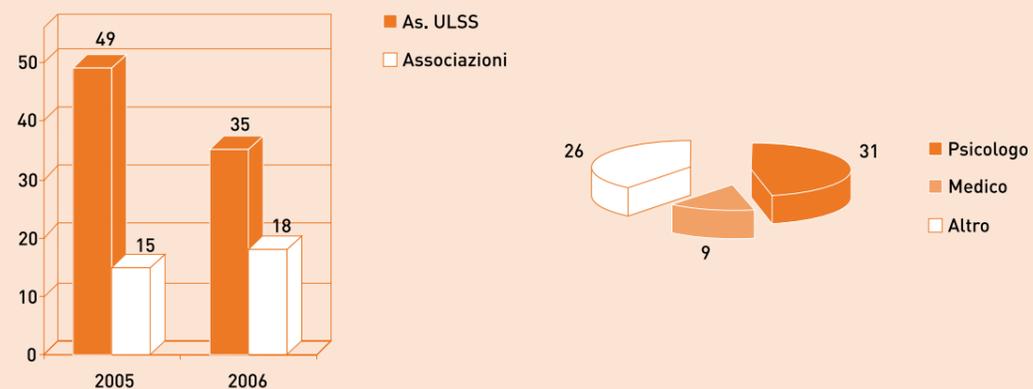
I risultati sono stati restituiti ai Referenti Aziendali tramite e-mail e durante un incontro sulla strategia globale regionale (ottobre 2007). Inoltre, sono stati presentati e discussi con i conduttori partecipanti agli incontri organizzati successivamente.

Il censimento non solo ha permesso di avere una panoramica dell'operatività in questo campo, ma ha anche permesso di verificare il forte radicamento di questa opportunità per i fumatori nonostante da anni non vi fossero più contributi economici regionali o proposte formative specifiche. È stato possibile, inoltre, avere un elenco dettagliato dei conduttori attivi negli anni 2005-2006 che ha consentito di invitarli al passo successivo dedicato all'approfondimento della metodologia dell'intervento.

Censimento regionale dei Corsi per smettere di fumare anni 2005-2006

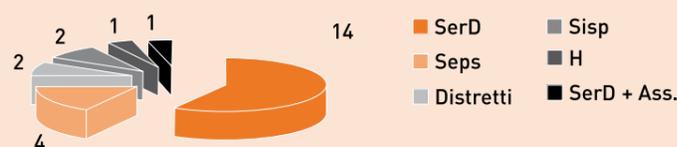
(I dati riguardano 20 Aziende Sanitarie)

- Nel 2005 in Veneto sono stati svolti complessivamente 64 corsi, di cui 49 organizzati dal pubblico e 15 dal volontariato.
- Nel 2006 sono stati svolti complessivamente 53 corsi, di cui 35 del pubblico e 18 del volontariato.
- Il numero complessivo di conduttori è 66, di cui 55 afferenti alle Aziende ULSS, 7 alla LILT e 4 ad altre associazioni, con la presenza prevalente della figura dello psicologo (31), seguita dal medico (9) o altre tipologie di operatori (26, in particolare assistenti sanitari ed educatori professionali).
- Il numero di Associazioni attive di ex-fumatori è 6, presenti nei territori delle Az.ULSS 4, 5, 7, 8, 20 e 21.



Corsi per smettere di fumare svolti dalle Az.ULSS e Ospedaliere

- 18 Az.ULSS e l'Azienda Ospedaliera di Verona svolgono in proprio i corsi per smettere di fumare. Sono stati organizzati 49 corsi (76% del totale) nel 2005 e 35 (66% del totale) nel 2006.
- I servizi titolari sono: 14 SerD – Servizi per le Dipendenze (78%), 4 Seps – Servizi Educazione e Promozione alla Salute, 2 Distretti Socio-Sanitari, 2 Sisp – Servizi Igiene e Sanita Pubblica, 1 co-titolari SerD e associazione ex-fumatori, 1 servizio ospedaliero.



- È previsto un numero massimo di partecipanti in 12 Az. su 19 (pari al 63%), anche se variabile dalle 15 alle 60 persone.
- Viene utilizzata una scheda di rilevazione dati per ogni partecipante in 18 Aziende.
- 14 Az.ULSS utilizzano tests. Nella maggioranza dei casi si tratta del Fagerström, ma anche test relativi alle abitudini tabagiche, alla motivazione e schede di follow-up.
- Ai corsi si accede nella maggioranza dei casi previa iscrizione (17), ma anche direttamente (8), su invio documentato del MMG (7), su invio documentato dell'ambulatorio di secondo livello (9), previo colloquio preliminare (5).
- Sono previsti criteri di esclusione in 5 Aziende che riguardano, in particolare, la presenza di disturbi psichiatrici.
- La maggioranza delle Aziende (15 su 19) prevedono una quota di partecipazione che va da € 21 a € 70. Tale quota viene versata in una unica soluzione tramite: bollettino postale (5), casse/sportello (4), direttamente (4) e tramite un'Associazione (2 casi).
- I corsi sono condotti per la maggior parte da più conduttori (12, pari al 63%), generalmente medici e psicologi, ma anche educatori, assistenti sanitarie e infermieri. Il totale dei conduttori censiti è 55.
- In un terzo delle Az.ULSS (6) non si prevede la compartecipazione di altre figure in alcuni momenti. Nelle rimanenti Aziende le professionalità presenti sono: dietista, medico di medicina generale, pneumologo, cardiologo, ed anche psichiatra e tossicologo. In 3 Az.ULSS sono presenti ex-fumatori come testimoni di corsi precedenti.
- I corsi sono strutturati in un numero di incontri che va dai 6 ai 13 per corso, con una media di 10 incontri.
- Il 74% delle Az. prevede una parte intensiva composta da 5 incontri consecutivi, dal lunedì al venerdì.



- Nell'89% delle Az. viene svolta una parte di sostegno che varia dai 2 agli 8 incontri (mediamente 6-7), con cadenza generalmente bisettimanale e settimanale.
- Prevedono un follow-up a distanza 18 Az. e nella maggioranza (16) si tratta di un follow-up di tipo telefonico, mentre in 2 si svolge sia con un incontro sia telefonicamente. La cadenza del follow-up è nella maggioranza dei casi a 6 e a 12 mesi, mentre in 2 Az. si effettua fino a 24 mesi.
- I corsi vengono divulgati tramite: locandine e dépliant (17), giornali (15), seguono TV/radio locali (7) e sito aziendale (9).
- La divulgazione viene attuata nel 94% dei casi in ospedali, distretti socio-sanitari e MMG; alcuni anche presso le farmacie (15), i comuni (12), nelle strutture sanitarie convenzionate e nelle scuole (10). In 4 casi la divulgazione viene fatta anche in centri commerciali, bar, aziende e Associazioni (6).
- Un terzo dei corsi svolti dalle Az. prevede un qualche coinvolgimento di altri partner, in particolare, di associazioni di volontariato.
- A conclusione del corso si invitano i partecipanti a proseguire il percorso in gruppi di auto-aiuto (10), e se necessario, con colloqui individuali (14) presso l'ambulatorio di secondo livello.

Corsi per smettere di fumare svolti da altre agenzie territoriali

- In 7 realtà territoriali (Az.ULSS 6, 7, 9, 12, 16, 20 e 21) vengono svolti corsi da 8 agenzie del volontariato: 5 LILT – Lega Italiana Lotta ai Tumori delle Province di Vicenza, Treviso (sede Treviso e delegazione di Vittorio Veneto), Venezia e Padova, 1 Amici del Cuore di Venezia, 2 Associazioni di ex-fumatori ("Insieme per non fumare" del territorio dell'ULSS 20 Verona e "La Girandola-con noi senza fumo" della zona dell'ULSS 21 Legnago).
- Nel 2005 e nel 2006 sono stati organizzati dalle Associazioni rispettivamente 15 e 18 corsi.
- Tutti i corsi prevedono un numero di partecipanti che va dalle 10 alle 50 persone.
- Viene utilizzata una scheda di rilevazione dati per ogni partecipante in 7 Associazioni.
- 7 Associazioni utilizzano dei tests: nella maggioranza si tratta del Fagerström, ma anche test relativi alle abitudini tabagiche, alla motivazione al cambiamento e schede di follow-up.
- Ai corsi si accede previa iscrizione (8), ma anche direttamente (3), su consiglio del MMG (3), su invio documentato dell'ambulatorio di secondo livello (1), previo colloquio preliminare (3).
- Sono previsti criteri di esclusione in 4 associazioni che riguardano, in particolare, la presenza di disturbi psichiatrici e uso di altre sostanze. In un caso sono motivo di esclusione l'essere analfabeta, audioleso e aver già smesso di fumare.
- La maggioranza dei corsi (7) prevede una quota di partecipazione che va da € 25 a € 50. Tale quota viene versata in un'unica soluzione direttamente all'Associazione (6) o con bollettino postale (2).
- I corsi sono condotti per la maggior parte da un unico conduttore (6, pari al 75%), generalmente psicologo. Il totale dei conduttori censiti dalle Associazioni è di 11 (7 LILT e 4 altre associazioni).
- In 4 Associazioni si prevede la compartecipazione di altre figure in alcuni momenti (MMG, cardiologo, dietologo, testimone libero dal fumo).
- I corsi sono strutturati in un numero di incontri che va dai 5 ai 12 con una media di 9 incontri.
- Il 75% delle Associazioni prevede una parte intensiva composta da 5 incontri consecutivi, dal lunedì al venerdì (3); in altrettanti la parte intensiva è composta da incontri bisettimanali.
- Sempre nel 75% delle Associazioni viene svolta una parte di sostegno che varia dai 2 ai 7 incontri con cadenza

generalmente bisettimanale, settimanale e quindicinale.

- Prevedono un follow-up a distanza 7 Associazioni e nella maggioranza si tratta di un follow-up di tipo telefonico (5), di questi 3 comprendono sia incontro che telefonata, nel caso che la persona non si presenti all'incontro, mentre in 1 si svolge esclusivamente con un incontro. La cadenza del follow-up è nella maggioranza dei casi a 6 e a 12 mesi, solo in 1 realtà si effettua a 24 mesi.
- I corsi vengono divulgati tramite: locandine e dépliant (7) e giornali (8), seguono TV/radio locali (3), via internet (3) e con il passaparola (2).
- La divulgazione viene attuata, in particolare, in ospedali e associazione propria (7), seguono distretti socio-sanitari (4), MMG (3), altre associazioni (4) e farmacie (3).
- Un terzo dei corsi svolti dalle Associazioni prevede un qualche coinvolgimento di altri partner, in particolare, Az.ULSS e Comuni.
- A conclusione del corso si invitano i partecipanti a proseguire il percorso in gruppi di auto - mutuo aiuto (4) e, se necessario, a colloqui individuali presso l'ambulatorio di secondo livello delle Aziende (3).

Le proposte per il tariffario regionale

Su indicazione del Comitato Guida e sulla base della necessità espressa raccolta da numerosi operatori di regolamentare le prestazioni inerenti il trattamento del tabagismo e il relativo ticket a carico dell'interessato, ed esaminati altresì i Piani Tabagismo di altre Regioni² ove sia stata presa in considerazione la tariffazione di dette prestazioni, è stata definita la proposta di inserire nel nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale anche i trattamenti di gruppo per smettere di fumare. La proposta formulata sulla base delle esperienze delle diverse organizzazioni rilevate con il censimento, è stata inoltrata all'ufficio regionale competente contestualmente a quella per gli Ambulatori per smettere di fumare di secondo livello.

Proposta di tariffario per le prestazioni inerenti i gruppi per smettere di fumare

Trattamento per la disassuefazione dal fumo comprensivo di 6 prestazioni rinnovabili (ricetta ripetibile RR) (€ 36.15)

Per prestazioni si intendono diverse tipologie di intervento:

- colloquio iniziale
- somministrazione di tests (d'ingresso, finale, follow-up, ecc.)
- incontri di trattamento di gruppo
- incontri di verifica e follow-up
- incontri di mantenimento, se prevedono la presenza di un operatore.

Ognuna di tali voci costituisce una prestazione; gli incontri di gruppo vanno considerati tante prestazioni quanti sono gli incontri. Sarà quindi necessario rinnovare l'impegnativa fino al raggiungimento del numero delle prestazioni da effettuare.

Il gruppo di lavoro regionale ha proposto una serie di incontri a carattere laboratoriale nell'ottica di recuperare e valorizzare le esperienze di tanti conduttori che, come si evince dal censimento, sono ben 66 appartenenti prevalentemente a servizi pubblici. È stato quindi inviato un programma articolato in due incontri sia a tutti i Referenti Aziendali Tabagismo sia ai nominativi raccolti con il censimento. Successivamente in accordo con i partecipanti è stato aggiunto un terzo incontro per completare il proficuo lavoro di confronto.

Gli obiettivi sono stati quelli di promuovere uno scambio di esperienze al fine di raccogliere indicazioni utili per ridefinire gli obiettivi e le tecniche per lo svolgimento dei corsi.

Le date degli incontri sono state 14 maggio, 22 maggio e 19 giugno 2007 presso la sede della Regione del Veneto "G.B. Giustinian" di Venezia per un totale di n° 20 ore di lavoro che hanno coinvolto complessivamente n° 34 conduttori appartenenti a professionalità diverse (psicologi, medici, educatori, ass.sanitarie), oltre ai 9 componenti del gruppo di lavoro regionale anch'essi con esperienze pregresse di conduttori.

Agli iscritti è stata fatta pervenire anticipatamente una traccia di lavoro per prepararsi agli incontri e portare con sé materiali prodotti all'interno della propria esperienza.

Gli incontri sono stati preparati e condotti dai membri del gruppo regionale che hanno identificato le tematiche e definito le modalità di lavoro. Dato che l'obiettivo era raccogliere quanto più possibile le esperienze dei partecipanti si è lavorato secondo una precisa traccia per la discussione guidata su cosa si fa, come e perché lo si fa, attraverso delle domande di esplorazione dei seguenti temi:

1. Cosa si fa prima del corso per smettere di fumare

Aree indagate: Promozione e reclutamento

2. Come è strutturato il corso per smettere di fumare

Aree indagate: setting, parte intensiva e parte di sostegno

3. Modalità di conduzione del corso

Aree indagate: figura del conduttore, tecniche di conduzione, conclusione del corso, modalità di valutazione

4. Cosa accade dopo il corso

Aree indagate: follow-up, prevenzione delle ricadute, associazioni di ex-fumatori.

Il primo incontro è stato l'occasione per una breve presentazione della Strategia regionale per la prevenzione delle patologie fumo-correlate, quindi dell'Area relativa ai Corsi per smettere di fumare e dei dati emersi dal censimento degli anni 2005-2006.

I laboratori si sono svolti in 4 sottogruppi secondo una metodologia di lavoro partecipata di discussione guidata da un facilitatore. Per ogni punto da indagare il facilitatore richiedeva ai partecipanti di illustrare ognuno la propria realtà, le basi teoriche di riferimento, i nodi critici e i punti forza, gli eventuali cambiamenti avvenuti nel tempo e le loro motivazioni. La presenza di un verbalizzante ha permesso di raccogliere quanto emerso.

Il laboratorio di giugno aggiunto su richiesta dei partecipanti, invece, è stato condotto in plenaria e si è sviluppato partendo dalla sintesi dei contenuti emersi nei precedenti incontri e da una messa a fuoco dei punti critici.

Il ricco materiale emerso è stato la base per la revisione del modello regionale ed, in particolare, si è tenuto conto che la pratica di molti anni e molti corsi ha modificato in parte la metodologia originaria adattandola alle conoscenze acquisite nel campo della dipendenza e ai fumatori attuali. Si è notato che i fumatori che giungono ai corsi sono cambiati, sia perché le offerte sul mercato per smettere di fumare sono più diffuse e più diversificate

di un tempo, sia perché manifestano più problemi psicologici e psichiatrici, più esperienze fallimentari alle spalle, maggiori difficoltà a mantenere l'astensione dal tabacco.

Un altro aspetto importante riguarda la tradizionale divisione tra parte intensiva e parte di sostegno. Tale distinzione, spesso ancora attuata perché funzionale dal punto di vista organizzativo (ad es. un conduttore per l'una ed un altro per l'altra), non è ritenuta più soddisfacente rispetto alle attuali esigenze dei fumatori di avere un punto di riferimento stabile e una continuità di percorso.

Anche i contenuti trattati sono cambiati: si parla meno dei danni fumo correlati, mentre si privilegiano gli aspetti legati al benessere e al guadagno in salute. Questo ha portato ad abbandonare sempre più approcci di tipo passivo, ovvero lezioni frontali, per praticare un approccio motivazionale e promuovere un cambiamento globale nello stile di vita. Il coinvolgimento attivo dei partecipanti è divenuto una pratica comune, anche alla luce del numero più contenuto degli iscritti.

Le tecniche utilizzate sono così diventate più interattive e tutti i conduttori coinvolti, al di là della professione, vedono come fondamentale acquisire delle competenze di base trasversali di tipo psicologico. Si evince pertanto, la necessità di una sistematizzazione delle tecniche di conduzione di gruppo utilizzate.

Accanto a questi aspetti squisitamente metodologici, appare importante sottolineare il forte impegno organizzativo e promozionale necessario per far conoscere questa opportunità di trattamento, e il fatto che non sempre ciò è supportato dal proprio servizio e azienda di appartenenza. La promozione richiede risorse sia economiche che umane, una sapiente regia e un continuo lavoro di rete, mentre spesso prevale il "fai da te" quasi a titolo volontaristico.

I conduttori che hanno partecipato a questo percorso hanno dimostrato apprezzamento per il rinnovato interesse della Regione che in tal modo riconosce e valorizza il loro impegno, e al contempo, hanno partecipato attivamente e assiduamente nel fornire suggerimenti, schede, opuscoli e altri materiali da loro prodotti.

L'indagine storica dei corsi

A seguito del materiale raccolto nel primo semestre 2007, il gruppo di lavoro regionale ha ritenuto necessario effettuare

Conduttori Presenti ai Laboratori	Agenzia di Appartenenza
Baggio Chiara	Az.ULSS 8 Asolo
Bartuccio Olga	Az.ULSS 10 Veneto Orientale
Camilotto Raffaella	Az.ULSS 17 Este Monselice
Cannarsa Francesca	Az.ULSS 7 Pieve di Soligo
Caroti Nicoletta	Az.ULSS 16 Padova
Cavallarin Sabrina	Az.ULSS 14 Chioggia
Cerrato Vanna	Associazione Eurocare Italia
Faccini Giuliana	Az.ULSS 21 Legnago
Favaro Valeria	Az.ULSS 9 Treviso
Giacomello Sergio	Associazione "EFAV"
Garbin Cristian	Az.ULSS 20 Verona
Giunta Maristella	Az.ULSS 8 Asolo
Graziani Federica	LILT Sez. Verona
Grillo Gabriella	Az.ULSS 8 Asolo
Luise Anna	LILT Sez. Venezia
Lusa Cinzia	Az.ULSS 2 Feltre
Mantovani Alessandro	Az.ULSS 19 Adria
Marci Claudia	Az.ULSS 17 Este Monselice
Menarello Rossella	Az.ULSS 18 Rovigo
Minelli Fiorenzo	Az.ULSS 20 Verona
Morellato Ada	Az.ULSS 9 Treviso
Moro Elisabetta	Az.ULSS 13 Mirano
Paolin Clorinda	Az.ULSS 7 Pieve di Soligo
Parise Giuseppe	Az.ULSS 4 Alto Vicentino
Prandini Cristian	Az.ULSS 16 Padova
Rizzo Maresa	Az.ULSS 3 Bassano
Sambugaro Luca	Az.ULSS 5 Ovest Vicentino
Squasi Valeriano	Az.ULSS 3 Bassano
Stimolo Clementina	Az.ULSS 17 Este Monselice
Storti Enzo	Az.ULSS 5 Ovest Vicentino
Tono Alice	Az.ULSS 14 Chioggia
Tunno Rosalba	Az.ULSS 6 Vicenza
Turco Luigi	Az.ULSS 2 Feltre
Valente Giuseppina	Az.ULSS 10 Veneto Orientale

Aziende Ulss	Numero di Corsi Organizzati	Numero di Partecipanti
1	16	818
2	12	377
3	19	552
4	25	1448
5	24	689
6	25	1045
7	22	651
8	34	1169
9	28	515
10	19	335
12	13	307
13	25	483
14	23	407
15	26	1188
16	26	546
17	15	370
18	22	407
19	14	339
20	38	798
21	16	664
22	4	114
Az. Osp Verona	13	145
Totale	459	13.367

quantificare l'entità e l'importanza di questa attività che negli anni hanno coinvolto 13.367 fumatori in 459 corsi.

E' stata valutata l'efficacia dei corsi, conteggiando il numero di persone astinenti alla fine della fase intensiva, dopo la fase di sostegno e dopo alcuni mesi (6, 12 e 24 mesi) dal termine della fase di sostegno. Le Aziende Ulss hanno valutato l'astinenza a intervalli non sempre coincidenti: solo poche hanno eseguito il follow up nei 5 momenti temporali previsti, molte solo al termine del corso ed entro 1 anno. Soltanto 6 Aziende Ulss hanno valutato l'astinenza a 2 anni dal termine del corso.

Nella tabella sottostante sono riportati i principali indicatori calcolati sul totale dei corsi organizzati: la percentuale media di astinenti alla fine del corso è del 74%, valore che oscilla tra un minimo di 60% ad un massimo del 93%; alla fine della fase di sostegno è del 59%. Il numero di astinenti si riduce con il tempo e a distanza di 1 anno l'efficacia si attesta attorno al 36%.

Valutazione di efficacia: principali indicatori					
Indicatore	Efficacia fase intensiva	Efficacia Sostegno	Efficacia a 6 Mesi	Efficacia a 12 Mesi	Efficacia a 24 Mesi
Numero di Az. Ulss in cui è stata misurata per almeno un corso	21	18	20	19	7
Media	74%	59%	44%	36%	33%
Ds	9%	10%	10%	7%	5%
Range	60% - 93%	46%-75%	27%-68%	25%-49%	27%-41%
Mediana	72%	56%	40%	36%	31%

I corsi sono stati aggregati per numero di partecipanti, costituendo 3 classi di ampiezza: 0-15 piccoli gruppi, 16-30

gruppi medi e 31 e più gruppi numerosi: l'efficacia rilevata non varia in relazione all'ampiezza del gruppo.

Numero Partecipanti	Efficacia Fase Intensiva	Efficacia Sostegno	Efficacia a 6 Mesi	Efficacia a 12 Mesi	Efficacia a 24 Mesi
	Media	Media	Media	Media	Media
0-15	76,5%	62,2%	43,7%	37,2%	37,7%
16-30	73,1%	55,4%	39,7%	34,1%	31,4%
31 +	73,6%	57,3%	43,5%	35,9%	32,3%

È stato riscontrato che il numero di partecipanti ai corsi si è modificato nel tempo: nei primi anni '90 erano ancora poche le Ulss che organizzavano corsi e la frequenza media era di circa 50 persone. Successivamente è aumentata l'offerta di corsi e parallelamente di altre opportunità di disassuefazione. Negli ultimi anni il numero medio dei iscritti oscilla attorno a 20 a testimonianza dell'importanza di un lavoro di gruppo più mirato e partecipato.

Il lavoro del gruppo regionale

Tutto quanto sopradescritto è stato oggetto di elaborazione, studio ed approfondimento da parte del gruppo regionale, che ha proceduto, cercando di recuperare il vecchio modello, a dar vita ad un più attuale e attuabile modello di intervento di gruppo per aiutare i fumatori a smettere di fumare.

Il lavoro del gruppo regionale si è sviluppato parallelamente su due livelli:

- Uno relativo alla revisione del modello utilizzando uno schema logico che ancora gli obiettivi specifici di ciascun incontro del trattamento di gruppo a azioni, tecniche e strumenti ad hoc selezionati in base alle reali necessità del fumatore (vedi Seconda Parte).
- Uno relativo all'approfondimento scientifico a sostegno della prassi, che viene sintetizzato nei successivi capitoli 4, 5 e 6.

Anno	Numero di Corsi per Anno	Numero Medio di Persone per Corso	DS
1987-89	1	74,0	
1991	4	43,0	12,7
1992	6	56,5	30,2
1993	7	58,6	33,0
1994	9	52,4	18,9
1995	14	38,5	13,5
1996	13	38,5	17,3
1997	22	34,2	17,4
1998	29	35,8	16,2
1999	35	30,5	15,8
2000	46	25,0	13,2
2001	54	25,7	15,5
2002	45	26,8	14,5
2003	33	32,4	17,2
2004	39	29,3	15,4
2005	42	22,1	11,7
2006	31	21,4	11,3
2007	28	17,9	10,7

¹ L'associazione opera in stretta collaborazione con il Reparto di Cardiologia dell'Ospedale "SS. Giovanni e Paolo" di Venezia

² Sono stati consultati:

- Piano per la prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo in Alto Adige. Principi, obiettivi, provvedimenti 2005, Provincia Autonoma di Bolzano, Ripartizione Sanità, Ufficio Igiene e Sanità Pubblica www.forum-p-it;
- Linea di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco. Regione Toscana, DGR. n. 338/2005 e Livello di assistenza della specialistica ambulatoriale. Regione Toscana, DGR. n. 655/2005

³ Si ringrazia per la collaborazione e l'elaborazione dei dati Federica Michieletto del Servizio Sanità Pubblica e Screening, Direzione Prevenzione, Regione del Veneto.

4

STRATEGIE DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE: EVIDENZE DI EFFICACIA

Flora Sartorato e Daniela Orlandini

Esistono diverse modalità di intervento a supporto di coloro che decidono di smettere di fumare. Le principali categorie di terapie per la disassuefazione e/o per la dipendenza dal tabacco spaziano dal counselling alla farmacoterapia nelle loro varie forme, dalle terapie di gruppo alle tecniche di condizionamento, al self-care, al self-help, all'agopuntura, all'ipnosi fino a programmi residenziali in cliniche private. Tutte queste tecniche sono state studiate attraverso la ricerca ed hanno prodotto risultati differenti (Cormons, 2001); a tale proposito si consiglia di consultare la Cochrane Library alla voce Tobacco Addiction (<http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/94.html>) dove si trovano 47 rassegne inerenti il trattamento.

Tobacco Addiction Group

Pharmacological agents:

- Nicotine replacement therapy for smoking cessation
- Clonidine for smoking cessation
- Antidepressants for smoking cessation
- Anxiolytics for smoking cessation
- Silver acetate for smoking cessation
- Lobeline for smoking cessation
- Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation
- Opioid antagonists for smoking cessation
- Cannabinoid type 1 receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation
- Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation
- Nicobrevin for smoking cessation

Complementary therapies:

- Acupuncture and related interventions for smoking cessation
- Hypnotherapy for smoking cessation

Psychological support for behaviour change:

- Self-help interventions for smoking cessation
- Internet-based interventions for smoking cessation (protocol stage)
- Physician advice for smoking cessation
- Individual behavioural counselling for smoking cessation

- Group behaviour therapy programmes for smoking cessation
- Mobile phone-based interventions for smoking cessation (protocol stage)
- Telephone counselling for smoking cessation
- Motivational interviewing for smoking cessation (protocol stage)
- Stage-based interventions for smoking cessation (protocol stage)

Aversive therapy:

- Aversive smoking for smoking cessation

Training health professionals to deliver interventions:

- Training health professionals in smoking cessation

Interventions in specific groups:

- Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression (protocol stage)
- Interventions for smoking cessation in hospitalised patients
- Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia (protocol stage)
- Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke
- Tobacco cessation interventions for young people
- Interventions for preoperative smoking cessation
- Interventions for waterpipe smoking cessation

Interventions in specific settings:

- Workplace interventions for smoking cessation
- Community interventions for reducing smoking among adults

Interventions by specific providers:

- Physician advice for smoking cessation
- Nursing interventions for smoking cessation
- Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation
- Interventions for tobacco cessation in the dental setting

Other interventions to assist cessation:

- Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation
- Competitions and incentives for smoking cessation
- Enhancing partner support to improve smoking cessation
- Exercise interventions for smoking cessation
- Interventions for preventing weight gain after smoking cessation
- Mobile phone-based interventions for smoking cessation (protocol stage)
- Quit and Win contests for smoking cessation

Relapse prevention:

- Relapse prevention interventions for smoking cessation

Smokeless tobacco:

- Interventions for smokeless tobacco use cessation

Mass Media programmes:

- Mass media interventions for smoking cessation in adults

Recenti revisioni sistematiche hanno portato ad aumentare il livello di evidenza su cui si basano alcune raccomandazioni e di conseguenza ad aumentarne la forza; in particolare si conferma l'efficacia del consiglio del medico e dell'infermiere, del counselling individuale e della terapia di gruppo (Davoli, 2005).

In questa sede tratteremo le evidenze scientifiche degli interventi di gruppo.

La conduzione della ricerca bibliografica ha messo in evidenza alcune problematiche. La prima fra tutte riguarda l'esiguità degli studi. Sebbene i programmi di gruppo siano stati largamente offerti per smettere di fumare, pochi studi sono stati condotti, o comunque non sono adeguatamente descritti, al fine di soddisfare i criteri di ricerca evidence based.

Secondariamente si è osservato che è risultato difficile identificare il preciso elemento terapeutico che porta al successo, date le caratteristiche degli studi. Molti lavori infatti prendono in considerazione trattamenti multipli, il più frequentemente combinazioni di interventi comportamentali e farmacologici. Le possibilità di successo dei partecipanti sono pertanto quasi certamente non completamente indipendenti. Sempre con riferimento al positivo esito del trattamento, ci potrebbero anche essere delle variazioni dovute ai diversi elementi del processo di gruppo; questo aspetto è generalmente ignorato nei trial.

Terzo, gli studi inclusi nelle revisioni evidence based considerano l'efficacia dell'intervento per un periodo massimo di 6 mesi. Tale periodo è sicuramente importante sia per il raggiungimento dell'astensione che per il suo mantenimento, ma non soddisfa la necessità di conoscere l'esito del trattamento a medio-lungo termine e l'entità delle ricadute.

Infine, e non è un aspetto da ignorare, si è osservato che risulta poco chiara la definizione della metodologia di conduzione del gruppo. Si descrive il trattamento grupपालe genericamente come counselling (practical counselling, terapia comportamentale, terapia cognitivo-comportamentale) come ad indicare l'equivalenza delle diverse tecniche.

In questo capitolo per "programmi di gruppo per smettere di fumare" si intendono quelli in cui i fumatori si incontrano in gruppo, in modo e con cadenza strutturata, con o senza un facilitatore o conduttore professionista, per condividere gli stessi problemi e le stesse esperienze con altri fumatori e per apprendere nuove abilità (AA. VV. 2007).

Dato che le componenti essenziali che caratterizzano lo sviluppo degli incontri di gruppo sono il counselling, la terapia comportamentale e la terapia cognitivo-comportamentale, cerchiamo di seguito di darne una breve definizione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il **counselling** è un processo di dialogo e di interazione attraverso il quale il consulente aiuta il cliente a prendere delle decisioni e ad agire di conseguenza, oltre a fornire un'accurata ed attenta informazione ed un sostegno psicologico. Il counselling è diretto ad aiutare il cliente in un momento di crisi, ad incoraggiare cambiamenti nel suo stile di vita, se necessario proponendo azioni e comportamenti realistici, ed è volto a metterlo in grado di accettare informazioni ansiogene favorendo l'adattamento (OMS, 1999). Il counselling è dunque un intervento professionale basato su abilità di comunicazione e di relazione che parte da una richiesta, espressa da una singola persona o da più persone, di:

- Ricevere informazioni attendibili e comprensibili su un argomento per loro importante in quel momento (counselling informativo o di riorganizzazione delle informazioni)
- Individuare le risorse interne ed esterne su cui possono contare per affrontare un evento o una situazione nuova o difficile (counselling di ricognizione e di rientamento, counselling di fronteggiamento)

- Valutare in modo più completo soluzioni, ipotesi, progetti in vista di una decisione (counselling di facilitazione delle decisioni).

L'intervento di counselling si basa sul presupposto che il cliente disponga di capacità e competenze che gli permettono di individuare le modalità più adeguate per fronteggiare la situazione o la fase di vita che sta attraversando. Il counselling è un intervento breve, al termine del quale il cliente non avrà cambiato il suo modo di essere, ma il suo modo di fronteggiare il problema per il quale ha chiesto l'intervento.

È utile chiarire le differenze tra counselling, consiglio e psicoterapia. Uno degli elementi distintivi del counselling rispetto al consiglio è che la relazione si svolge con un professionista ed è finalizzata, come già detto, alla ricerca di strategie per rendere possibili scelte o cambiamenti; nel caso del consiglio, invece, la relazione consiste nel suggerire scelte o cambiamenti.

Il counselling si differenzia dalla psicoterapia principalmente per la definizione dell'obiettivo concreto della relazione *counselor-cliente*, per l'esclusione di disordini psichiatrici e psicopatologici come settore di intervento, per tempi brevi finalizzati allo sviluppo delle capacità che il cliente già possiede in modo da conseguire gli obiettivi che desidera nei modi e nei tempi che gli sono più consoni.

Il counselling per la cessazione del fumo è ampiamente utilizzato nelle sue diverse forme, è effettuato da uno specialista del tabagismo (medico, psicologo, infermiere, ostetrica, ecc.) ed è stato oggetto di studi evidence based. Nella categoria counselling viene spesso compreso anche il cosiddetto consiglio breve dell'operatore sanitario, anche se non sempre presenta le caratteristiche di un vero e proprio counselling.

La **terapia comportamentale** si occupa esclusivamente del comportamento che, secondo questo approccio teorico, è stato appreso all'interno del proprio ambiente o nel corso di particolari esperienze di vita. Piuttosto che analizzare le cause inconscie che motivano il comportamento dell'individuo, il terapeuta aiuta il paziente a modificare i comportamenti o i sintomi problematici attraverso tecniche di modificazione del comportamento come la desensibilizzazione sistematica, la tecnica di avversione e il biofeedback.

Nel trattamento del tabagismo un esempio applicativo dell'approccio comportamentale è rappresentato dal programma "Five-Day Plan" nella sua forma originaria (Frikarta et al., 2003) (vedi anche cap.5).

La **terapia cognitivo-comportamentale (TCC)** o Cognitive Behaviour Therapy (CBT) è una forma di psicoterapia sviluppatasi negli anni '60 che ha le caratteristiche di essere strutturata (si articola secondo una struttura ben definita, benché non in maniera rigida), direttiva (il terapeuta istruisce il cliente ed assume attivamente il ruolo di "consigliere esperto"), di breve durata (cambiamenti significativi sono attesi entro i primi sei mesi), orientata al presente (è volta a risolvere i problemi attuali), concreta (lo scopo della terapia si basa sulla risoluzione dei problemi psicologici concreti), scientificamente fondata (è stato dimostrato attraverso studi controllati che i metodi cognitivo-comportamentali costituiscono una terapia efficace per numerosi problemi di tipo clinico). La TCC in sintesi si focalizza sul presente (qui ed ora), è breve ed orientata alla soluzione dei problemi attuali attraverso l'apprendimento di alcune specifiche abilità. Essa viene largamente utilizzata nel trattamento delle Dipendenze da Sostanze Psicoattive (Kadden, 2002) in quanto è stato dimostrato che "permette la modifica dei comportamenti che inducono la dipendenza facilitando il controllo dei processi psicologici connessi con l'acquisizione e il mantenimento dell'abitudine" (Sykes, Marks 1993). L'approccio cognitivo-comportamentale alle Dipendenze riconosce il comportamento di abuso come un comportamento complesso appreso e mantenuto tramite i principi dell'apprendimento classico, il condizionamento operante, l'apprendimento sociale, che sono i pilastri teorici su cui si basa tale approccio.

Un presupposto fondamentale della TCC è che i comportamenti disfunzionali sono in buona parte frutto di errati o mancati apprendimenti e quindi possono essere corretti con tecniche specifiche e riacquisiti in modo che essi siano funzionali alla vita della persona. Tale terapia, inoltre, aiuta il paziente a capire quali sono le variabili che innescano, facilitano e soprattutto mantengono il proprio comportamento da modificare: attraverso la tecnica dell'analisi funzionale si impara a riconoscere quali sono ad esempio i fattori di rischio legati all'uso di sostanze, a fronteggiarli, a lavorare sulle conseguenze del comportamento che spesso sono rinforzanti e quindi forti fattori di mantenimento e ostacolo al raggiungimento dell'astensione. Attraverso l'utilizzo di tecniche quali il problem solving, le abilità di coping, il rilassamento, il paziente è in grado di aumentare le proprie abilità cognitive e comportamentali aumentando il livello di autostima e autoefficacia, di incrementare le proprie motivazioni al cambiamento rispetto ai comportamenti associati all'uso di sostanze, di avere a disposizione delle strategie efficaci per raggiungere e mantenere l'astensione dalla sostanza stessa.

Queste tipologie di terapia possono essere applicate anche a contesti gruppalari. Gli approcci di gruppo presentano alcuni vantaggi rispetto a quelli classici "duali" in quanto permettono di trattare più persone, sono più economici per i pazienti e per il sistema sanitario, e soprattutto permettono di sfruttare gli specifici processi psicologici di gruppo all'interno della relazione terapeutica per migliorare l'efficacia di alcuni tipi di intervento (vedi cap.6).

Le prove di efficacia della terapia di gruppo per smettere di fumare

La nostra ricerca bibliografica sulle evidenze di efficacia degli interventi di gruppo per smettere di fumare si è basata sulla consultazione di riviste biomediche, di pubblicazioni secondarie, di banche dati generali e specialistiche, di revisioni sistematiche e di linee guida con la successiva selezione di documenti di rilevanza e pertinenti al tema di interesse.

Nella bibliografia consultata l'intervento di gruppo viene indicato come counselling di gruppo, terapia di gruppo, terapia comportamentale di gruppo, terapia cognitivo-comportamentale di gruppo. Con il termine "terapia di gruppo" troviamo però oltre 100 forme diverse descritte in letteratura. Le funzioni che le accomunano sono: analizzare le motivazioni dei componenti del gruppo, offrire un'opportunità per un apprendimento sociale, generare una esperienza emotiva, fornire informazioni e insegnare nuove abilità (Stead and Lancaster, 2005).

Sono descritti come particolarmente efficaci e fondanti il trattamento alcuni elementi quali (Fiore et al, 2000 e 2008; Ranney et al 2006):

1. Offerta di consigli pratici: problem solving/skills training [104 studi, OR 16.2 (14.0-18.5) CI 95%], che hanno come componenti principali:

- riconoscere le situazioni di pericolo, identificare gli eventi, gli stati emozionali interni o le attività che aumentano il rischio di riprendere a fumare;
- identificare e sviluppare le abilità di fronteggiamento (affrontare adeguatamente le situazioni, i problemi e gestire le emozioni) e mettere in pratica il coping o le abilità di problem solving per affrontare le situazioni di rischio;
- offrire informazioni di base relative al fumo e ai benefici dello smettere.

2. Offerta di supporto sociale come parte integrante dell'intervento: sostegno sociale intra-trattamento [50 studi OR 14.4 (12.3-16.5) CI 95%] che ha come componenti principali:

- incoraggiare i pazienti a smettere;
- aiutare e sostenere i pazienti nel percorso di disassuefazione (con riferimento a paure, preoccupazioni e ambivalenze);
- incoraggiare il paziente a parlare del processo di disassuefazione.

I programmi comportamentali di gruppo hanno dimostrato una efficacia diversa a seconda della combinazione o meno con altri elementi (tab.1).

Spesso questo tipo di intervento è combinato positivamente con la farmacoterapia (Stead and Lancaster, 2005; AA.VV., 2008).

Gli elementi che caratterizzano e rendono uniformi le diverse

Tab. 1 - Tipo di Intervento	Confronto	95% CI
Programma comportamentale di gruppo (Cochrane 2005)	nessun intervento	OR=2.17 1.37 - 3.45
Programma comportamentale di gruppo+ problem solving, gestione stress, prevenzione ricadute (AHRQ 2000 - Cochrane 2005)	gruppo di controllo	OR=1.5 1.3 - 1.8
Programma comportamentale di gruppo + supporto sociale durante il trattamento (AHRQ 2000-Cochrane 2005)	gruppo di controllo	OR=1.3 1.1 - 1.6

modalità di definizione dell'attività di gruppo come strategia di intervento per il tabagismo sono sostanzialmente quattro, e precisamente (Fiore et al, 2000 e 2008; Stead and Lancaster, 2005):

a. l'approccio terapeutico di counselling mediante l'utilizzo o meno di tecniche cognitivo-comportamentali:

- group counselling OR 1.3 (1.1-1.6, CI 95%)
- practical counselling: general problem solving/skills training OR 1.5 (1.3-1.8, CI 95%)

b. il professionista sanitario che conduce il gruppo:

- non medico OR 1.7 (1.3 - 2.1) CI 95%
- medico OR 2.2 (1.5 - 3.2) CI 95%

c. il numero di componenti del gruppo di almeno 4-15 fumatori

d. il numero di incontri, la loro durata di almeno 20 minuti, e il periodo di trattamento di almeno 4 settimane:

- tra 4-8 sessioni OR 1.9 (1.6 - 2.2) CI 95%
- >8 incontri OR 2.3 (2.1 - 3.0) CI 95%

Gli interventi di gruppo, spesso di orientamento cognitivo-comportamentale, possono incrementare i tassi di cessazione come affermato nella revisione Cochrane del 2005. Infatti in essa si conclude che la terapia di gruppo, rispetto ad un gruppo di controllo senza alcun intervento, aiuta a smettere di fumare [OR=2.17 (CI) 95% 1.37-3.45], così come l'auto-aiuto [OR 2.04; IC 95% 1,60-2,60].

La revisione però mette in evidenza che i gruppi terapeutici sono più efficaci dell'auto-aiuto e di altri interventi poco intensivi, sebbene potrebbero non essere più efficaci del counselling individuale di un operatore sanitario.

Le linee guida statunitensi⁴ che orientano gli operatori sanitari negli interventi di cessazione dal fumo di tabacco evidenziano che quelli intensivi (individuali, di gruppo, counselling telefonico), e che offrono supporto sociale e problem solving, come sopra citato, sono più efficaci del consiglio breve.

Inoltre, la combinazione di terapia farmacologia di I° scelta (sostitutivi della nicotina - NRT, bupropione, vareniclina) e counselling ne potenzia l'efficacia (Pechacek et al., 2007). Va segnalato che due studi non hanno evidenziato che la terapia di gruppo con NRT aumentasse significativamente i tassi di dismissione del fumo

rispetto alla sola terapia con sostitutivi. In entrambi gli studi però il gruppo di controllo beneficiava di un supporto: due incontri e materiali di auto-aiuto nel caso di Ginsberg (1992) e otto sessioni di verifica settimanale nel caso di Jorenby (1995) (citati in Stead and Lancaster, 2005).

In assenza di chiare prove del contrario, si può pensare che gli interventi comportamentali e le terapie farmacologiche contribuiscono indipendentemente al successo per smettere di fumare. La terapia di gruppo viene comunque indicata come parte di un intervento completo al tabagismo accanto alla terapia di sostituzione della nicotina (NRT) (Lancaster and Stead, 2005; Belleudi et al, 2007).

Anche uno studio sulla salute del polmone (Kanner, 1996), escluso dalla meta-analisi Cochrane, ha messo in luce l'importanza del gruppo. Il programma consisteva in 12 settimane di terapia di gruppo con approccio cognitivo-comportamentale e gomme alla nicotina disponibili per tutti i partecipanti. Iniziava con un consiglio medico di smettere seguito da un incontro con uno specialista e si concludeva con un programma di mantenimento. Il tasso di successo ottenuto è risultato maggiore di quanto ci si aspettasse dal solo uso di NRT e per questo è ragionevole pensare che il gruppo abbia contribuito all'effetto: il 22% dei partecipanti ha smesso di fumare per 5 anni rispetto al 5% del gruppo di controllo.

Altri aspetti interessanti emergono dalla letteratura in relazione alla terapia di gruppo:

- In un'ottica di sanità pubblica, va considerato l'impatto dei gruppi rispetto alla numerosità dei fumatori nella popolazione generale. Lo svantaggio dei programmi di gruppo potrebbe essere, quindi, la loro limitata capacità di raggiungere comunque un'ampia percentuale di fumatori.
- Dal punto di vista dell'utente, va considerato che 1 fumatore su 20, che non avrebbe smesso di fumare da solo, lo farà dopo aver ricevuto un intervento individuale o in gruppo (McRobbie et al, 2008). Ricordiamo che i fumatori che partecipano ad un gruppo devono essere sufficientemente motivati non solo a tentare di smettere, ma anche ad impegnarsi per il tempo e lo sforzo necessari a frequentare gli incontri. Quando un gruppo è prontamente disponibile vale la pena di proporlo come trattamento efficace del tabagismo.
- Dal punto di vista della strategia del trattamento va sottolineata l'importanza del raggiungimento dell'astensione completa dal tabacco e della proposta di un programma composto da più incontri (Fiore et al., 2000; McEwen, West, McRobbie, 2006). Viceversa è risultato poco evidente quanto incida la frequenza e la durata degli incontri rispetto alle percentuali di abbandono del fumo (Hall et al., 2004; Rice and Stead, 2006).

Nella tab. 2 sono sintetizzati i risultati emersi dalla meta-analisi di 55 RCTs, della Cochrane (Stead and Lancaster, 2005). È evidente che con le terapie di gruppo aumentano i tassi di abbandono del fumo a sei mesi, mentre non vi è alcuna evidenza che il counselling

Tab. 2 - Terapia di Gruppo	Confronto	
Terapia di gruppo di almeno 2 incontri	vs nessun intervento (7 trials)	OR=2.17 (CI) 95% 1.37-3.45
	vs programma di auto aiuto (16 RCT)	OR=2.04 (CI) 95% 1.60-2.60
	vs counselling individuale (5 RCT)	OR=0.86 (CI) 95% 0.66-1.12
	vs programmi di self help con analoghe informazioni (8 studi)	OR=2.64 (CI) 95% 1.89 - 3.69
	vs materiali di self help (13 studi)	OR=2.00 (CI) 95% 1.57 - 2.48
	(non in luogo di lavoro) vs materiali di self help (10 studi)	OR=1.68 (CI) 95% 1.26 - 2.25

individuale (5 studi) sia più efficace, indipendentemente dal numero di sessioni previste. Nella tab. 3 è invece riportata la valutazione degli interventi utilizzata per la stesura delle linee guida italiane⁵

Tab. 3 – Tipo di Intervento	Confronto	
Consiglio del medico	vs nessun intervento (17 RCT)	OR=1.74 (CI) 95% 1.48-2.05
Intervento strutturato degli infermieri	vs nessun intervento (17 RCT)	OR=1.47 (CI) 95% 1.29-1.68
Counselling individuale (> 10 minuti)	vs interventi minimi (18 RCT) Più intenso vs meno intenso (4 RCT)	OR=1.56 (CI) 95% 1.32-1.84 OR=0.98 (CI) 95% 0.58-1.66
Terapia di gruppo (almeno 2 incontri)	vs auto aiuto (16 RCT) vs counselling individuale (5 RCT)	OR=2.04 (CI) 95% 1.60-2.60 OR=0.86 (CI) 95% 0.66-1.12
<i>(tratto da: "Interventi di cessazione del tabagismo: efficacia e linee guida", M. Davoli Dipartimento Epidemiologia ASL RM E, Ministero della Salute, CCM)</i>		

I fattori che possono influenzare l'efficacia

Il National Health Service inglese (AA.VV., 2008) ha descritto una varietà di fattori interni ed esterni che possono influenzare l'efficacia di interventi intensivi per smettere di fumare.

I **fattori interni**, cioè relativi all'intervento stesso, che hanno un'elevata potenzialità di impattare l'efficacia sono cinque: il contenuto, la modalità, il conduttore, il setting e l'intensità (Bell et al., 2006).

Contenuto: la revisione Cochrane, come abbiamo già visto, ha condotto uno studio ampio sui programmi di gruppo, senza però distinguerli sufficientemente in base al loro approccio teorico, terapeutico o all'intensità. Nella analisi, ci sono pochi studi idonei ad un confronto secondo il contenuto, l'erogatore della prestazione e la durata. Altri lavori hanno preso in considerazione le sessioni aggiuntive per prevenire le ricadute o hanno confrontato programmi che hanno approcci teorici differenti. Alcuni di essi distinguono tra approcci che mirano all'acquisizione di capacità specifiche e quelli che puntano a incrementare la motivazione (Brown et al., 2001).

Rispetto al fumatore non intenzionato a smettere, è pratica condivisa quella di promuovere la motivazione facendo riferimento al modello delle 5 R (rilevanza, rischi, ricompense, resistenze, ripetizione) (Colby 1998, Miller 1991, Prochaska 1991 citati in Fiore et al., 2000).

Ricordiamo che dalla meta-analisi delle Linee Guida statunitensi, già citata, il problem solving e il supporto sociale sono gli elementi fondamentali dimostrati efficaci nei programmi di gruppo.

Modalità: due studi indicano che il trattamento gruppetto può essere più efficace del trattamento individuale (Judge et al., 2005; McEwan et al., 2006). Va tenuto presente però che molti utenti esprimono una chiara preferenza per il trattamento individuale (Bauld. et al., 2005) in quanto lo trovano più flessibile nei tempi ed orari e sono riluttanti a discutere in un setting di gruppo.

Conduttore: la qualifica professionale o la posizione del conduttore come rilevato dalla ricerca in letteratura non influiscono particolarmente sull'efficacia degli interventi. Ciò che fa la differenza sono le abilità interpersonali e il livello di addestramento. C'è una buona evidenza sull'efficacia degli infermieri nel condurre interventi per smettere di fumare (Rice and Stead, 2006; Aveyard and West, 2007).

Sembra che l'intervento sia migliore se condotto in un tempo e uno spazio specificatamente dedicato a questo

scopo, piuttosto che come parte dei doveri generali degli operatori sanitari. Inoltre gli interventi attuati da operatori delle cure primarie con addestramento limitato e contemporaneamente impegnati in altre prestazioni, non hanno mostrato evidenza di efficacia se non nel consiglio breve (Aveyard and West, 2007).

Setting: in Inghilterra vengono utilizzati un'ampia serie di setting a livello territoriale (biblioteche, sale di bingo, parrocchie, ecc) per rendere i gruppi più accessibili al pubblico (Bauld et al., 2005). Non è però stato studiato se setting diversi possono influenzare l'efficacia dell'intervento. I risultati di Bauld sulla valutazione della cessazione dal fumo in Glasgow indicano che è probabile che il setting influenzi indirettamente (ubicazione del trattamento, maniera nella quale sono organizzati i gruppi locali, qualità delle facilitazioni) l'efficacia degli interventi.

Intensità: gli incontri di gruppo, che tendono ad avere una durata più lunga di quelli individuali, sembrano avere una percentuale di successo più alta. Questi interventi offrono l'evidenza indicativa che l'intensità è correlata positivamente con l'efficacia (Fiore et al., 2000 e 2008). Il successo di un programma dunque si ha quando vi sono le seguenti caratteristiche (AA.VV., last revised 2008):

- Sessioni di almeno 20-30 minuti ciascuna
- Numero di sessioni: da 4 a 7
- Numero di settimane: almeno 2

I servizi inglesi (Department of Health in United Kingdom) nonostante abbiano standardizzato un modello di trattamento evidence based articolato in tre differenti livelli (intervento breve, intervento intensivo individuale ed interventi di gruppo) (Bennet et al, 2003), non hanno condotto specifici studi per definire quali **fattori esterni** (come età, sesso, grado di dipendenza) possono influenzare i tentativi di smettere di fumare e come essi si correlano con i tre diversi livelli terapeutici.

Altri elementi vanno presi in considerazione rispetto all'efficacia.

Una revisione recente (Brunnhuber et al., 2007) ha sottolineato una limitata evidenza per gli strumenti utilizzati (questionari, adesivi, tabelle di flusso, lettere di promemoria, ecc.) e il lavoro in team; un altro studio ha dimostrato che questi elementi aumentano l'efficacia del counselling e le percentuali di dismissione dal fumo (Bennett et al., 2003).

Alcuni studiosi del Dipartimento di Psicologia dell'Università del Minnesota (Baldwin et al., 2006) hanno ipotizzato che l'autoefficacia sostiene la decisione di smettere di fumare più della soddisfazione rispetto al risultato ottenuto (astensione dal fumo). A tal fine sono state misurate l'autoefficacia e la soddisfazione al 2° e 9° mese allo scopo di predire lo status del fumatore a 2, 9 e 15 mesi sulla base del modello comportamentale. È risultato che l'autoefficacia è in grado di prevedere il futuro status per coloro che avevano deciso di smettere di fumare.

Note conclusive

Fare smettere di fumare il maggior numero possibile di persone è un importante obiettivo di salute e per questo si auspica che la ricerca sui metodi di trattamento e della loro efficacia continui.

In particolare per quanto riguarda le terapie di gruppo andrebbero approfonditi, in particolare rispetto a specifici sottogruppi di popolazione, i seguenti elementi del programma: impatto relativo ai vari tipi di interventi, costi-efficacia, componenti ottimali, misure standardizzate per definire lo status del fumatore, controllo delle variabili potenzialmente confusive presenti negli interventi, dose efficace (frequenza, intensità, durata).

Si auspica altresì che gli studi possano procedere tenendo conto che la dimostrazione di efficacia di specifiche

componenti o procedure richiede ampi campioni, che è molto importante attuare una valutazione anche nel lungo termine (e non solo a 6 o 12 mesi come la maggior parte degli studi), che va approfondito anche in maniera comparata il problema dei costi dei trattamenti.

Dal punto di vista costo-beneficio la terapia di gruppo appare molto interessante per un programma di sanità che voglia attrarre il maggior numero di fumatori ed in particolare per i possibili effetti a livello di comunità determinati dal passa parola che andrebbero studiati ed utilizzati in maniera sistematica.

Bibliografia

- AA.VV., 2008, Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10 - NHS. february
- AA.VV., 2008, Guide to quitting smoking. American Cancer society – last revised 2008 -<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/smokingcessation.html>
- Aveyard P., West R., 2007, Managing smoking cessation Clinical Review, BMJ; 335:37-41 [7 July], doi:10.1136/bmj.39252.591806.47
- Baldwin AS, Rothman AJ, Hertel AW, Linde JA, Jeffreery RW, Finch EA, Lando HA, 2006, Specifying the determinants of the initiation and maintenance of behavior change an examination of self-efficacy, satisfaction, and smoking cessation. Department Psychology, University of Minnesota, Twin Cities Campus, Minneapolis. Health Psychology. Sep;25(5):626-34
- Bauld, L., Coleman, T., Adams, C., Ferguson, J., Pound, E., 2005. Delivering the English smoking treatment services *Addiction*, 100 (Supplement 2), pp. 19-27.
- Bell K., McCullough L., Greaves L., Mulryne R., Jategaonkar N., DeVries K., Bauld L., 2006, Smoking Cessation Programme. The Effectiveness of National Health Service Intensive Treatments for Smoking Cessation in England, NICE RAPID REVIEW, june, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/SmokingCessationNHSTreatmentFullReview.pdf>
- Belleudi V, Bargagli AM, Davoli M, Di Pucchio A, Pacifici R, Pizzi E, Zuccaro P, Perucci CA; 2007, Gruppo di Studio dei Servizi Territoriali per la Cessazione dal Fumo. Characteristics and effectiveness of smoking cessation programs in Italy. Results of a multicentric longitudinal study. *Epidemiol Prev.* 2007 Mar-Jun;31(2-3):148-57.
- Bennett S, et al., 2003, Standard for training in smoking cessation treatments, http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/smoking_cessation_treatments.pdf

- Brown RA, Kahler CW, Niaura R, Abrams DB, Sales SD, Ramsey SE, et al., 2001, Cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;69:471– 80.
- Brunnhuber K, Cummings KM, Feit S, Sherman S, Woodcock J. , 2007, Putting evidence into practice: smoking cessation. BMJ Group, <http://clinicalevidence.bmj.com/downloads/smoking-cessation.pdf>
- Cormons Viviana, 2001, trad. Cessazione dal fumo interventi e strategie. Centri Studi EBN. Best practice vol. 5, Issue3, ISSN 1329-1874
- Davoli M., 2005, Interventi di cessazione del tabagismo: efficacia e linee guida. Dipartimento Epidemiologia ASL RM E, Ministero della Salute,
- Davoli M., Minozzi S., 2008, Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco 2001. Aggiornamento al 2006: cosa è cambiato nelle conoscenze disponibili, <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/DAVOLI.1153394871.pdf>
- Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J., Dorfman S.F., Goldstein M.G., Gritz E.R., et al. 2000. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>
- Fiore M.C., Jaén C.R., Baker T.B., et al, 2008, Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. May, <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>
- Frikarta M., Etienneb S., Cornuzb J., Zellwegerc JP, 2003, Five-day plan for smoking cessation using group behaviour therapy, *SWISS MED WKLY*,133:39–43, www.smw.ch
- Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, Munoz RF, Cullen J., 2004, Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. *American Journal of Psychiatry*. 161(11):2100–7.
- Judge, K., Bauld, L., Chesterman, J., Ferguson, J., 2005. The English smoking treatment services: short-term outcomes *Addiction*, 100, pp. 46–58.
- Lancaster T, Stead L.F., 2005, Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2): CD001292.
- McEwen A, West R, McRobbie H., 2006, Effectiveness of specialist group treatment for smoking cessation vs. one-to-one treatment in primary care. *Addict Behav* 2006;31:1650-60.
- McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T; New Zealand Guidelines Group. 2008, New Zealand smoking cessation guidelines. *N Z Med J*. 2008 Jun 20;121(1276):57-70. PMID: 18574510
- Organizzazione Mondiale della Sanità, 1999, Glossario della prevenzione della salute, www.who.dk.
- Pechacek TF., Blair NA., Husten CG, Mariolis P., Starr GB., 2007, Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Program. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centre for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. October 2007, www.cdc.gov/tobacco
- Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Morgan L, Lohr K. ,2006, Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control. Evidence Report/Technology Assessment No. 140. AHRQ Publication No. 06-E015, June
- Stead L.F., Lancaster T., 2005, Group behaviour therapy programmes for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD001007.pub2. DOI: 10.1002/14651858. CD001007. pub2 Public Health Service.
- Sykes C.M., Marks D.F., 2001, Effectiveness of a cognitive behavior therapy self-help programme for smokers in London, UK. *Health Promotion International*, Vol. 16 N. 3, Oxford University.
- Kadden RM, 2002, Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training, www.bhrm.org/guidelines/CBT-Kadden.pdf
- Kanner RE. 1996, Early intervention in chronic obstructive pulmonary disease. A review of the Lung Health Study results. *Medical Clinics of North America*; 80(3):523–47.
- Rice VH, Stead L.F., 2006, Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).

⁴ Tobacco Use and Dependence è una guida clinica pratica prodotta da un panel di 30 esperti incaricati di identificare trattamenti efficaci per la dipendenza da tabacco convalidati sperimentalmente. Queste linee guida contengono le strategie e le raccomandazioni per i clinici; per gli specialisti; per gli amministratori della sanità al fine di sostenere trattamenti efficaci del tabagismo e sono state formulate a seguito di una revisione sistematica e della letteratura scientifica, utilizzando la metanalisi come la tecnica analitica principale. <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>

⁵ Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo aggiornamento 2008, <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/linee%20guida%20breve%202008%20per%20web.1211805168.pdf>

Confronto tra programmi di gruppo per smettere di fumare

(traduzione da Revisione Cochrane 2005, non corretta dagli autori)

Studio	Programma	Durata	Periodo Totale	Obiettivo Principale	Caratteristiche Speciali
Cottraux 1983	Programma non nominato, 15 persone per gruppo con 2 terapisti	3 sessioni di 3 ore ciascuna, 9 ore in totale	2 settimane	Terapia comportamentale	Audiocassetta di rilassamento e training contro lo stress per uso quotidiano
Curry (AA) 1988	Programma tradizionale che enfatizza l'astinenza assoluta (AA)	8 sessioni di 2 ore l'una, 16 ore in totale	8 settimane	Natura del fumo che dà assuefazione e necessità di completa astinenza. Inclusa educazione sanitaria centrata sul fumo e discussione di situazioni impreviste	
Curry (RP) 1988	Programma sperimentale di prevenzione delle ricadute, 12 persone per gruppo con 2 terapisti	8 sessioni di 2 ore l'una, 16 ore in totale	8 settimane	Fumo come comportamento di disadattamento. Focus sull'acquisizione di capacità	
DePaul 1987	American lung association "Liberi dal fumo in 20 giorni" 5/6 persone per gruppo, condotti da un operatore addestrato per 3 ore nella conduzione di gruppi	6 sessioni per 45 minuti due volte a settimana	3 settimane	Ambiente di supporto per fumatori che usano manuali di autoaiuto per condividere le esperienze, ottenere consigli da altri fumatori e porre domande	Programmi di gruppo e 20 programmi televisivi quotidiani che seguono lo stesso approccio
DePaul 1989	American Lung Association "Liberi dal fumo in 20 giorni"	6 sessioni per 45 minuti due volte a settimana, poi un'ora al mese per i 12 mesi seguenti	12 mesi	Incontri iniziali centrati sulla revisione delle tecniche presentate nei programmi televisivi e nei manuali di autoaiuto. Gli incontri successivi approfondiscono come i partecipanti potrebbero trarre supporto dalle risorse presenti nel loro ambiente sociale per aiutarsi a smettere o restare astinenti	I partecipanti hanno usato il manuale ALA e guardato programmi televisivi. Usati anche incentivi sotto forma di lotterie mensili dalla fine dell'intervento per 12 mesi
De Paul 1994	American lung Association "Liberi dal fumo in 20 giorni" i leader dei gruppi vengono dalla facoltà di psicologia o hanno già condotto gruppi dell' American Lung Association di Chicago	6 sessioni nelle prime 3 settimane seguite da 14 incontri di sostegno nei 6 mesi successivi a frequenza gradualmente minore	6 mesi	Orientamento cognitivo-comportamentale. Ai partecipanti venivano date dispense basate sui manuali ALA ed erano istruiti nell'automonitoraggio, nel rilassamento, nella ricerca di una rete di amicizie, nella creazione di strategie di supporto. Le sessioni di sostegno includevano il consolidamento degli obiettivi, il role-playing e il problem solving	Serie televisive "Liberi dal fumo negli anni 90" e un giornale di supplemento. Coloro che smettevano di fumare potevano guadagnare 1 dollaro al giorno per ogni giorno di astinenza tra le 14 sessioni di supporto, fino a 175 dollari in 6 mesi

Di Giusto 1995	2 programmi costruiti per essere efficaci e appropriati per le previsioni in corso	Supporto sociale: 5 incontri e 3 lettere successive. Autocontrollo 4 incontri	Non chiaro. Incontro finale 1 settimana dopo il periodo di abbandono	Enfasi sugli elementi di supporto sociale del gruppo, con presentazione didattica e limitata interazione	Il focus dello studio era sull'efficacia tra i sottogruppi di fumatori. Non sono state fatte previsioni sull'efficacia relativa del programma
Etringer 1984	Sospensione dell'uso di tabacco e riduzione della nicotina o procedure di saziamento più mantenimento +/- e procedure per arricchire la coesione del gruppo	9 per 45-60 minuti	9 settimane, ma programmi diversi a seconda delle procedure di sospensione	Contratti di autoricompenza e punizione, problem solving	Teso a manipolare il processo di interazione del gruppo (Vedi anche Lando 1991)
Garcia 2000	Basato sul manuale "Programma per smettere di fumare", Becona	5 o 10 sessioni di 1 ora	5 settimane	Programma con più componenti, inclusa la riduzione dell'assunzione di nicotina	Quantità manipolata di contatto terapeutico e benefici aggiuntivi da un manuale di autoaiuto
Glasgow 1981 D+L	Programma Danaher & Lichtenstein per 4/6 persone per gruppo. Terapisti: uno psicologo clinico o studenti di terapia comportamentale	8 sessioni, durata non specificata	Circa 8 settimane	Rilassamento progressivo. Strategie alternative per smettere inclusa l'opzione aversiva al fumo, gestione dei pensieri	Un manuale pubblicato adatto per l'autoaiuto. Nel gruppo i terapisti provvedevano al materiale per l'incontro successivo e conducevano i soggetti in dimostrazioni o procedure di trattamento
Glasgow 1981 P+P	Pormelau & Pormelau 4/6 per gruppo	8 sessioni, durata non specificata	Circa 8 settimane	Riduzione graduale eliminando il fumo in situazioni sempre più difficili. Tecniche di controllo dello stimolo e modificazione della percezione	Un manuale pubblicato adatto per l'autoaiuto. Nel gruppo i terapisti rivedevano e ripetevano i contenuti
Gruder 1993	American Lung Association "Liberi dal fumo in 20 giorni" 2 gruppi differenti - discussione e i leader di supporto sociale erano soprattutto infermiere e educatori alla salute	3 sessioni per 90 minuti	3 settimane	Discussione - revisione del manuale di autoaiuto. Supporto sociale - istruzioni su come avere aiuto da amici e altre persone, discussione di scenari specifici	Simultaneo a un programma televisivo per smettere. I partecipanti ricevono telefonate dopo 1 mese e 2 mesi dalla fine del programma. I partecipanti con supporto sociale ricevono anche una "Guida per smettere" mentre gli amici ricevono una "Guida per amici"

Hall 2002	Intervento psicologico	5 sessioni per 90 minuti	11 settimane (giorno per smettere entro 5 settimane)	Discussione, autocontrollo del fumo e degli stati affettivi, motivazione	Focus sulla gestione delle emozioni. Progettazione con terapia con bupropione/ nortriptilina/ placebo
Hill 1993	Adattato dal programma usato dallo studio sulla salute del polmone che confronta i programmi di esercizio supplementari	12 sessioni di 90 minuti 18 ore in totale	3 mesi	Informazioni sulla salute personalizzate, stabilire una data per smettere, addestramento R.P. incluso l'identificazione e il role-playing in situazioni di alto rischio	Rivolto a vecchi fumatori
Hilleman 1993	Addestramento per modificare il comportamento	12 sessioni di 1 ora 12 ore in totale	12 settimane	Descritto solo come un addestramento standardizzato per modificare il comportamento. I partecipanti devono frequentare almeno due lezioni prima di tentare di smettere	Terapia con clonidine/ placebo
Hollis 1993	Libertà dalle sigarette (Kaiser Permanente HOM)	9 incontri di durata non specificata	8 settimane	Programma con più componenti	Partecipanti selezionati a caso per questo programma, contatto con counselor e visione di un video
Jorenby 1995	Programma non specificato consulenti formati per far smettere di fumare	8 sessioni di 1 ora 8 ore in totale		Identificazione di situazione di alto rischio, addestramento a capacità di fronteggiamento, supporto emotivo	Hanno ricevuto anche gomme alla nicotina
Lando 1991	Lo stesso programma di laboratorio di Lando 1990	16 sessioni di 45-60 minuti, circa 14 ore in totale	9 settimane	Autocontrollo e sviluppo di strategie attive, riduzione progressiva della nicotina. Discussione di gruppo non strutturata con enfasi sul problem solving	Prova della coesione del gruppo attraverso l'aggiunta di esercizi scritti per facilitare l'interazione positiva del gruppo, uso di un video con un modello positivo
Leung 1991	Terapia comportamentale	10 sessioni di 90 minuti 15 ore in totale	2 settimane	Autocontrollo, controllo dello stimolo, addestramento a strategie di fronteggiamento e rilassamento	
McDowell 1985	Modificazione del comportamento cognitivo (CBM) o OKI (Associazione British Columbia Lung)	CBM: 9 sessioni per 90 minuti OKI: 9 sessioni per 90 minuti	CBM: 10 settimane OKI: 8 settimane	CBM: richiamo comportamentale, ristrutturazione cognitiva, procedure di rilassamento OKI: mutuo supporto, discussione delle informazioni e revisione dei problemi	CBM era condotto da psicologi M.Ed, mentre OKI era condotto da un'infermiera pubblica o da uno speciale educatore alla salute

Omenn 1998	2 differenti programmi: Multiple Component (MCP) o Relapse Prevention (RPP)	MPC 3 sessioni di 2 ore RPP 8 sessioni di 2 ore	MPC 3 settimane RPP 8 settimane	MPC – ha combinato addestramento a capacità comportamentali, stimoli aversivi, gestione dello stress. Programma fortemente strutturato didatticamente. Focus sullo smettere in fase iniziale. RPP – ha enfatizzato la prevenzione di ricadute con efficaci capacità. Scelta di smettere immediatamente o per fasi. Formato interattivo	
Rabkin 1984	Modificazione comportamentale	5 per 45-90 minuti	3 settimane	Autocontrollo, controllo degli stimoli e strategie del cambiamento	
Rice 1994	“Senza fumo” (Istituto americano per la medicina preventiva) 5-7 per gruppo	5 sessioni di 1 ora l'una 5 ore in total, 4 nella prima settimana	2 settimane	Offre una varietà di capacità che gli individui possono scegliere di sviluppare incluso il fumo aversivo, controllo degli stimoli, addestramento a rilassarsi, discussione di casi imprevisti, arresto del pensiero, gestione della fame e dello stress, esercizio e ripetizione comportamentale	
Sawicki 1993	Terapia comportamentale strutturata estensiva	10 sessioni di 90 minuti	10 settimane	Diminuzione graduale del fumo e definitivo abbandono dopo 5 sessioni	

I gruppi per smettere di fumare sono stati introdotti in Italia dal volontariato e solo in seguito sono diventati oggetto di interesse dei servizi pubblici, in particolare, dei Servizi per le Dipendenze.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 è stato il primo segno tangibile dell'interesse della sanità italiana ai problemi fumo-correlati, in seguito al quale si sono attivate nuove risorse istituzionali e nuove normative in materia.

Attualmente in Italia esistono vari tipi di trattamento di gruppo promossi e condotti oltre che dalle istituzioni sanitarie e dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), anche da altre Associazioni di volontariato, come ad es. la Lega Vita e Salute, l'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT) e Associazioni di ex-fumatori.

Negli ambulatori o Centri Antifumo i gruppi rappresentano l'approccio favorito e maggiormente vantaggioso in termini di costo/beneficio. Dalla rilevazione del 2007 dell'Istituto Superiore di Sanità a cura dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga in Italia sono stati censiti 362 centri antifumo/ambulatori di cui 267 del Sistema Sanitario Nazionale e 95 afferenti alla LILT; più della metà di essi è situata nel nord Italia (55,7%). Il 47,2% (171) del totale dichiarano di svolgere terapie di gruppo (OssFAD, 2008).

I percorsi di gruppo si differenziano in parte per il tipo di approccio o per il numero di partecipanti o per la durata complessiva, ma tutti sembrano sviluppare progressivamente una componente assimilabile all'auto-aiuto, al sostegno reciproco tra i partecipanti, che segue alle fasi iniziali maggiormente improntate alla componente pragmatica cognitivo-comportamentale.

Gli aspetti fondamentali che li accomunano sono la creazione di un'atmosfera emotiva propria della relazione di aiuto, capace di facilitare il cambiamento, caratterizzata da empatia, accoglienza, attenzione e fiducia. Il gruppo fornisce quello che viene chiamato il *supporto intra-trattamentale* che consiste nel comunicare sostegno, accudimento, coinvolgimento, incoraggiamento a condividere il percorso di cessazione e le relative motivazioni, preoccupazioni e cambiamenti. È altresì ritenuto importante il coinvolgimento dell'ambiente attraverso l'attivazione delle risorse relazionali che possono sostenere il fumatore nella sua scelta di diventare libero dal fumo, e questo viene denominato *supporto extra-trattamento*. Oltre alle informazioni sulla dipendenza da tabacco e al supporto motivazionale, vengono impiegate solitamente tecniche di matrice cognitivo-comportamentale, tese alla presa in carico della persona, alla gestione ed al controllo dello stimolo a fumare e delle situazioni a rischio di ricaduta; l'obiettivo è imparare a ristrutturare l'ambiente per limitare, evitare e/o fronteggiare tali situazioni individuando comportamenti e pensieri alternativi (Laezza e Bosi, 2001).

Le terapie di gruppo, validate da solide evidenze di efficacia (vedi cap. 4), vengono utilizzate in molte realtà

italiane per il trattamento delle dipendenze compreso il tabagismo, tanto che non solo sopravvivono nel tempo, ma si sono andate consolidando.

Le esperienze italiane sono riconducibili storicamente a tre modelli principali:

- il Piano dei 5 giorni (P5G);
- il Gruppo di Fumatori in Trattamento (GFT);
- "Stop al fumo" della LILT.

Di seguito vengono descritti questi tre modelli di base e segue poi una rassegna di alcune esperienze sviluppatasi in Italia. Anche la Regione del Veneto alla fine degli anni '80 ha iniziato ad interessarsi alla tematica e successivamente a definire un modello regionale di intervento per smettere di fumare (vedi cap. 1 e 2).

Si sottolinea che non esiste in assoluto un modello migliore di un altro tanto che laddove si sono effettuate delle verifiche del raggiungimento dell'astensione dal fumo spesso i risultati sono sovrapponibili.

I tre modelli base

Il Piano dei 5 Giorni (P5G)

Con motivazioni principalmente di carattere etico-religioso, i pastori McFarland e Folkenberg condussero la prima Terapia di Gruppo per Smettere di Fumare, denominata il *Five-Day Stop Smoking Plan*, dal 12 al 16 giugno 1960 nel Massachusetts, destinata a divenire la più diffusa modalità di intervento sul tabagismo al mondo (McFarland e Folkenberg, 1970). In Italia il *Piano dei 5 Giorni* - P5G approda nel 1973 ad opera dell'Associazione di volontariato Onlus Lega Vita e Salute nell'ambito della Chiesa Cristiana Avventista del 7° Giorno.

Si tratta di gruppi effettuati in genere senza alcuna selezione dei partecipanti che possono essere anche centinaia. Il Piano prevede appunto cinque sedute serali consecutive di un'ora e mezza ciascuna con lezioni, dimostrazioni pratiche, proiezione di filmati ad effetto "terroristico", al fine di provocare una forte sollecitazione emozionale, e buffet conclusivo con frutta, acqua e tartine vegetariane. La consegna di interrompere l'uso di sigarette viene data in una unica soluzione, senza riduzioni graduali.

Il modello originale prevede uno stile di conduzione direttivo, non centrato sul dialogo con e tra i partecipanti, con scarso spazio, quindi, per un lavoro psicologico, e non prevede l'utilizzo di terapie farmacologiche concomitanti.

Il P5G è stato modificato da parte degli stessi ideatori. Tra le modifiche apportate anche l'aggiunta di riunioni settimanali, successive ai cinque incontri, per due mesi.

L'efficacia del Piano dei 5 giorni è stata testata in numerosi studi di molti anni fa ed ormai datati (Schwartz, 1987) con percentuali di astensione dal 15 al 30% ad un anno. Va notato che le presenze ai gruppi di sostegno sono circa del 25% rispetto al numero di coloro che frequentano il corso (Mangiaracina, 2006; Laezza e Bosi, 2001).

Il P5G viene ancora proposto in Italia, con alcune varianti, dalla Lega Vita e Salute.

Gruppo di Fumatori in Trattamento (GFT)

Il programma GFT deriva da sostanziali cambiamenti del P5G sotto il profilo metodologico, apportati fin dal 1985 ad opera di Mangiaracina al fine di adattare il metodo anche a gruppi di media grandezza (15-25 persone) e renderlo maggiormente flessibile. Si tratta di un approccio multimodale integrato che prevede la presenza di un conduttore esperto, l'utilizzo di farmaci (NRT o bupropione), sostegno individuale, incontri preliminari e gruppi aperti oltre che essere un programma "allargato" al contesto familiare, sociale e lavorativo. Il GFT è composto da un insieme

di persone eterogenee tra loro, ma accomunate dalla dipendenza da tabacco e dal desiderio di vincerla.

Il programma GFT è articolato in cinque fasi nell'arco di circa due mesi e si basa su tecniche cognitivo-comportamentali:

1. Preparazione

- Colloquio clinico, valutazione e definizione del programma terapeutico
- Seduta collettiva preliminare

2. Full immersion (5 sedute tematiche consecutive)

• Definizione del problema, volontà, scelta, decisione, azione. I partecipanti sono invitati fin dalla prima sera ad astenersi completamente dal fumo per 24 ore e l'impegno viene rinnovato ad ogni seduta

- Riconoscere la dipendenza
- Costruire uno stile
- Perdite e guadagni
- Costatazione del cambiamento

3. Mantenimento

- Una serata settimanale per quattro settimane

4. Coinvolgimento

- Distribuzione cariche e compiti
- Interventi su medici di medicina generale, insegnanti, familiari, ambienti di lavoro

5. Supporti ulteriori

- Sostegno individuale
- Controlli clinici
- Programmi di prevenzione
- Collaborazione ad iniziative

Studi relativi all'efficacia del GFT danno ad un anno oltre il 50% di astinenti verificati con la prova del CO (Mangiaracina, 2002 e 2006; Bosi e Laezza, 2006).

Stop al fumo o GDF-Gruppi di Disassuefazione dal Fumo (LILT)

Parallelamente ai GFT nascono i corsi per smettere di fumare della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori-LILT. Fin dal 1986 la LILT, d'intesa con il Ministero della Sanità e con l'Istituto Superiore di Sanità, organizza i corsi denominati *Stop al fumo*, più recentemente chiamati *Gruppi di Disassuefazione dal Fumo-GDF* in molte sedi provinciali utilizzando un approccio di tipo cognitivo-comportamentale.

Questa metodologia prevede un colloquio iniziale di valutazione, condotto da uno psicologo. Nel caso in cui non vengano riscontrate controindicazioni, come ad esempio una scarsa motivazione, il fumatore è iscritto al gruppo. La durata del corso è di 8-10 incontri, articolati in 4-6 settimane e l'obiettivo è quello di ridurre progressivamente, fino alla completa cessazione, il numero di sigarette fumate. La conduzione è affidata a uno psicologo e il numero di partecipanti previsto è di 10-15 al massimo. Il modo di porsi del conduttore è caratterizzato da semplicità espositiva e capacità di ascoltare le domande e le esperienze di ogni fumatore nel proprio quotidiano tentativo di disassuefazione. Questo approccio sottolinea l'importanza ed il significato della comprensione dei propri comportamenti da parte della singola persona, rendendola più coinvolta e responsabilizzata nel processo di disassuefazione, sostenendola nel promuovere il cambiamento attraverso l'elaborazione personale. In gruppo

vengono dati rinforzi positivi: approvazione, sostegno, incoraggiamento, ecc.. Le informazioni che vengono date sulla salute non riguardano tanto i pericoli del fumo quanto sono finalizzate ad incoraggiare gli sforzi necessari per abbandonarlo ed a prendersi cura di se stessi assumendo comportamenti preventivi finalizzati al benessere e al piacere. Salvo situazioni locali, generalmente non è previsto l'uso di farmaci (AAVV, 2003).

Nella prima parte del corso (3-5 incontri) il fumatore impara a rendersi consapevole dell'atto di fumare, ed è invitato a diminuire progressivamente il numero di sigarette fumate. In questa fase il fumatore è libero di fumare, ma attraverso il diario comportamentale o foglio di registrazione o calendarietto rompe la serie di comportamenti automatici legati al fumo. Entra così nella sfera di consapevolezza attraverso un processo di focalizzazione che gli permette poi, con il supporto del conduttore, di evidenziare le situazioni che lo mettono a rischio di fumare, le sigarette rituali, le motivazioni per smettere o non smettere di fumare, le sensazioni di non riuscire a "funzionare" senza la sigaretta.

Nella seconda parte è prevista la sospensione programmata dal fumo con tecnica contrattuale che prevede una data-limite, individuata nelle 48 ore precedenti la quinta seduta. L'obiettivo è ottenere l'astensione totale dalle sigarette. Chi non accetta di firmare in questo momento il contratto va comunque rassicurato; gli viene dato il permesso, quindi, di seguire i propri tempi, pur ribadendo la richiesta di tentare di smettere, analizzando le motivazioni delle resistenze.

Infine, negli ultimi 3-5 incontri si attua il mantenimento e il consolidamento dell'astensione. L'obiettivo è stabilizzare lo stato di non fumatore e prevenire la ricaduta: questo è il tema centrale degli ultimi incontri. Vengono individuate e messe in atto strategie tese alla ridefinizione degli stimoli ambientali che innescano il comportamento-fumo. Fanno parte di questa fase le reazioni emotive legate alla separazione dalla sigaretta, la sostituzione di abitudini negative con altre di positive, le auto ricompense, la gestione delle ricadute, l'inizio di un lento cammino verso una nuova visione di sé e della propria salute, una maggiore cura personale, un cambiamento del proprio stile di vita in generale.

Al termine del percorso si descrive una opportunità messa a disposizione dei partecipanti: il gruppo di sostegno che si svolge con cadenza mensile, con orario e giornata fissi, nell'arco dell'intero anno. Il gruppo di sostegno è aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai gruppi di disassuefazione dal fumo e sono sempre presenti uno o più psicologi conduttori del gruppo (Terrone, 2002).

Ad un anno dalla conclusione del corso è prevista una intervista telefonica al fine di conoscere l'abitudine al fumo dei partecipanti.

Dall'analisi di alcuni studi effettuati dalla LILT sui risultati dei corsi per smettere di fumare organizzati in tre città italiane le percentuali di non fumatori a fine corso vanno dal 66% al 76% mentre ad un anno sono dal 33% al 54%, risultando predittive della cessazione alla fine del programma la frequenza (almeno 6-7 incontri su 8-10) e il fumare, prima del corso, meno di 30 sigarette al giorno (Sorio e Antolini, 2006).

Le tre esperienze storiche sopradescritte hanno fornito una base importante per lo sviluppo successivo di corsi o gruppi per il trattamento dei fumatori, sviluppo che si è avvalso anche delle esperienze significative dell'auto-aiuto nel campo delle dipendenze.

Segue una breve illustrazione del contributo dei gruppi italiani di auto-aiuto nell'ambito del tabagismo.

I gruppi AMA per la disassuefazione dal fumo

L'esperienza di gruppo di auto - mutuo aiuto (AMA) nel campo delle dipendenze è ormai consolidata e competente.

I gruppi AMA si formano per dare reciproca assistenza tra persone che hanno un problema in comune. L'idea AMA è nata con gli Alcolisti Anonimi, ma l'utilizzo di tale modello è funzionale con persone aventi a che fare anche con altre problematiche. Lo scopo quindi essenziale del gruppo AMA è di dare, a persone che vivono in situazioni simili, l'opportunità di condividere le loro esperienze e di aiutarsi a mostrare l'uno all'altro come affrontare i problemi comuni. L'auto - aiuto è quindi un mezzo valido per assicurare ai partecipanti sostegno emotivo (Cecchi, 1993).

Un esempio di impegno in tale ambito sono i corsi per smettere di fumare gestiti direttamente dalla Associazione AMA e dalle Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT).

"Insieme per non fumare" dell'Associazione AMA

L'iniziativa nasce all'interno dell'Associazione AMA senza scopo di lucro, nata a Trento nel 1995.

"Insieme per non fumare" prevede il reclutamento dei fumatori tramite inserzioni su giornali locali, volantini, dépliant e locandine oppure tramite invio diretto dei medici di famiglia. Non viene condotto nessun accertamento della motivazione a smettere come pure nessun intervento preliminare per incrementare tale motivazione.

L'intervento viene condotto in un setting di gruppo, con un numero di 15-20 partecipanti. La componente più originale del trattamento è costituita dal fatto che i soggetti vengono incoraggiati a venire agli incontri accompagnati da un familiare o da un amico stretto, allo scopo di incrementare il livello di supporto sociale.

Il trattamento ha la durata di 5 settimane, ed è condotto da un singolo professionista, opportunamente formato. Prevede un totale di 9 incontri, ognuno della durata di circa 90 minuti; i primi cinque hanno luogo nel corso della prima settimana, dal lunedì al venerdì, gli altri quattro hanno cadenza settimanale, durante le quattro settimane successive. Vengono utilizzate varie tecniche, quali controllo dello stimolo, rilassamento, addestramento alla gestione dello stress e promozione del supporto sociale. Vengono fornite prescrizioni dietetiche.

Nel corso della seconda seduta, allo scopo di incrementare la coesione del gruppo e il livello di supporto reciproco, vengono costituiti dei piccoli gruppi di tre persone, denominati "triadi" per condividere le motivazioni, le paure e le speranze relative allo smettere di fumare, come una sorta di mini-gruppo di auto aiuto ed in modo di aumentare il livello di supporto sociale. All'aumentare della coesione del gruppo, il ruolo del conduttore diventa meno attivo intervenendo soltanto in alcune situazioni, per facilitare l'auto-aiuto.

Durante gli incontri a cadenza settimanale il lavoro si concentra sulla condivisione delle esperienze: ogni partecipante viene invitato a parlare liberamente delle difficoltà incontrate, delle sensazioni ed emozioni provate e delle strategie adottate per gestire tali difficoltà. Il conduttore ha il ruolo di facilitatore rispetto all'individuazione delle situazioni stressanti e dello stile di gestione delle stesse e nello sviluppare nuove abilità di gestione e soluzione dei problemi.

Successivamente, a distanza rispettivamente di 6, 12 e 24 mesi dal primo incontro vengono effettuate tre interviste telefoniche di follow-up per valutare l'astensione a lungo termine.

Da uno studio svolto da gennaio 1993 a giugno 1997 su 1.060 soggetti arruolati in questi programmi di cessazione dal fumo, i risultati emersi, considerando che sono stati inclusi tutti i soggetti partecipanti al primo incontro, indipendentemente dal fatto che avessero o meno completato il programma di trattamento e considerati come fumatori tutti i soggetti che non si è riusciti a contattare al follow-up, avevano smesso di fumare il 39,7% a 6 mesi, il 32,1% a 1 anno e il 28,6% a 2 anni (Picardi, Bertoldi e Morosini, 2000).

Corsi per smettere di fumare dell'ACAT

Una variante nota ispirata all'esperienza dell'Associazione AMA sono i corsi per la disassuefazione dal fumo organizzati anche da alcune ACAT. Un esempio di questo è l'esperienza dell'ACAT Verona che organizza da anni

corsi intensivi di disassuefazione. I corsi sono rivolti a tutta la popolazione anche se una parte dei posti è riservata ai soci ACAT.

Il programma del corso si articola in due fasi:

- La prima fase intensiva si svolge in 5 serate consecutive (dal lunedì al venerdì)
- Nella seconda fase il gruppo si ritrova per 4-5 incontri una volta alla settimana con un operatore; lo stile è quello del gruppo di auto aiuto e ci si ritrova per consolidare l'astinenza, dare e trovare solidarietà in caso di difficoltà, condividere successi e insuccessi, scoprire e attivare le proprie risorse per modificare lo stile di vita attraverso il confronto con le esperienze degli altri.

Il gruppo è a numero chiuso, non deve essere troppo numeroso (20-25 fumatori). Il corsista partecipa con un familiare che ha il compito di condividere questa importante esperienza e di sostenerlo e incoraggiarlo a seguire le indicazioni fornite durante il corso. I conduttori, almeno due, hanno il compito di favorire un clima empatico e di solidarietà fra i partecipanti; è il gruppo lo strumento più efficace per raggiungere l'obiettivo del cambiamento e lo sforzo maggiore dovrà essere orientato a far sì che ogni corsista impari ad utilizzare al meglio le risorse del gruppo. A distanza di 6 mesi e 1 anno, i partecipanti vengono contattati telefonicamente per verificare l'andamento dell'astensione. Da uno studio preliminare relativo ai primi tre corsi realizzati, viene riportata una percentuale di successo pari a più del 35% (Minelli, 1996).

Le esperienze di alcune regioni italiane

Passiamo ora in rassegna la declinazione degli interventi di gruppo in esperienze diverse di Centri o Ambulatori Antifumo. Una doverosa nota riguarda il fatto che pur essendo una panoramica probabilmente incompleta, abbiamo cercato di fare una fotografia delle tante e ricche esperienze italiane esistenti per permettere anche di evidenziare basi comuni e diversità tra i diversi corsi/gruppi attuati per aiutare i fumatori a smettere di fumare. Vogliamo qui ringraziare i tanti colleghi italiani che ci hanno fornito loro pubblicazioni, materiale inedito ed illustrato il proprio lavoro in questo ambito.

Piemonte

La Regione Piemonte ha approvato con DGR n. 47-13556 del 4.10.2004 il Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT). Nell'ambito di tale Piano sono nate nel 2007 le *Linee Guida clinico-organizzative sulla cessazione del fumo di tabacco* dove vengono date una serie di raccomandazioni per l'organizzazione e la gestione di tutte le tappe del trattamento del tabagismo, dalla promozione della motivazione a smettere attraverso interventi di comunità alla presa in carico, al trattamento clinico, al follow up successivo alla cessazione. Tra le attività di disassuefazione i corsi per smettere di fumare sono interventi che le ASL propongono intendendo quelli in cui i fumatori si incontrano in gruppo, in modo e con cadenza strutturata, con o senza un facilitatore per condividere gli stessi problemi e le stesse esperienze con altri fumatori e per apprendere nuove abilità al fine di sostenerli nella loro decisione di abbandonare il fumo.

Da un monitoraggio dei corsi svolti nel biennio 2002-2003 dalle ASL piemontesi (84 corsi, svolti in 11 ASL su 22, per un totale di 1105 pazienti trattati) emerge che la metodologia utilizzata varia dal metodo standardizzato della LILT ad altri tipi di corsi disomogenei per il numero di incontri, da un minimo di 5 ad un massimo di 10, con cadenza variabile ed un incontro di rinforzo, da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 2 anni dalla fine del corso. I corsi

sono promossi principalmente dai Centri Antifumo, dai Dipartimenti Dipendenze e dalle Unità di Educazione e Promozione della Salute. La maggior parte delle ASL che hanno offerto la terapia di gruppo ha organizzato corsi che prevedono più di 8 incontri. In tutti i corsi è presente la figura professionale del medico e/o dello psicologo. La percentuale media di successi nel biennio considerato a fine corso è del 60% (range: 25%-80%). Le visite di rinforzo per verificare l'astinenza sono sempre offerte alla fine del corso, nella maggior parte dei casi a sei mesi di distanza dal termine dell'intervento (AA.VV., 2007).

Lombardia

La Regione Lombardia con DGR n. 6/48472 del 24 febbraio 2000 ha prodotto le *Linee guida per la prevenzione del tabagismo* all'interno delle quali, nella sezione dedicata alle metodologie per la disassuefazione dal fumo, tra le metodiche integrabili valide viene citato "il gruppo come spazio per il tentativo di disassuefazione, con un taglio più motivazionale, sostenuto emotivamente dall'impegno di varie persone, con una conduzione formalmente qualificata in ambito psicologico".

I Centri Antifumo della Regione Lombardia hanno adottato il modello dei *Gruppi integrati*, quale modello di sintesi di varie esperienze operato nel Centro Antifumo ASL di Monza. La peculiarità è costituita dall'integrazione dell'intervento sanitario con quello psicologico, che si evidenzia sin dal colloquio di valutazione iniziale (effettuato dal medico e dallo psicologo) e dalla presenza di una équipe di trattamento. Il colloquio prevede la valutazione sia di aspetti prettamente sanitari (anamnesi, visita medica, misurazione del CO espirato, somministrazione del Test di Fagerström) sia di aspetti psicologici (analisi della motivazione, del livello/capacità di elaborazione, della self-efficacy, ecc.). Sono previsti in totale 10 incontri con un massimo di 12-14 pazienti.

Il primo incontro è dedicato alla conoscenza reciproca, al contratto terapeutico e alla presentazione del corso. Seguono 5 incontri consecutivi e successivamente nell'arco di tre settimane vengono distribuiti altri 4 incontri, mentre è in fase di studio la possibilità di alcuni incontri di sostegno, distribuiti nell'arco di 4-6 mesi. Oltre alla NRT, proposta a partire dalla terza serata, viene abitualmente utilizzata, durante i primi 5 incontri, l'agopuntura auricolare (metodica Acudetox) ed in seguito consigliati trattamenti complementari per l'astinenza come la fitoterapia, training, attività sportiva. L'approccio è fondamentalmente psicologico (elaborazione dei significati della sigaretta, connessione tra fumo e stato emotivo, supporto all'autostima). Importante il counselling medico per quel che riguarda lo stile di vita, il sostegno durante l'astinenza, la misurazione del CO e l'interpretazione degli eventi fisiopatologici che emergono durante la disassuefazione (AA.VV., 2003).

Friuli Venezia Giulia

Recentemente la Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato il documento *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione del tabagismo 2009-2011* allegato alla DGR. 2920/2008. In tali Linee guida la Regione FVG pone quali obiettivi: diminuire il numero di persone che iniziano a fumare (prevenzione), diminuire il numero dei fumatori attuali (cura) e diminuire il numero delle persone esposte al fumo passivo (controllo). Nell'ambito della cura la Regione garantisce, attraverso le Aziende per i Servizi Sanitari (ASS), la presa in carico della persona con problemi di dipendenza da tabacco e l'offerta di cura di comprovata efficacia. A tal fine ogni ASS offre cure, individuali e di gruppo, da parte di una équipe multidisciplinare, formata da almeno un medico, uno psicologo-psicoterapeuta, un infermiere/assistente sanitario (ambulatorio di II° livello).

Un esempio di esperienza consolidata è quella del Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del

Tabagismo (CIPCT) dell'ASS n. 1 Triestina, interessante quale risultato della collaborazione del Dipartimento delle Dipendenze e dal Dipartimento di Prevenzione. A quest'ultimo è affidata la parte epidemiologica e di prevenzione nel territorio, mentre al Dipartimento delle Dipendenze è affidata la conduzione dell'ambulatorio per il tabagismo oltre che la gestione della rete territoriale che si occupa di problemi fumo correlati. L'ambulatorio è gestito da un medico-psicoterapeuta, da uno psicologo-psicoterapeuta ed una segreteria. L'iter diagnostico-terapeutico svolto nell'ambulatorio prevede una prima accoglienza, un colloquio clinico-psicologico atto alla valutazione della motivazione allo smettere di fumare, la dipendenza oltre che delle eventuali psicopatologie e dell'idoneità o meno del paziente alla partecipazione ai gruppi terapeutici di supporto. Il percorso di valutazione iniziale si conclude con la visita medica. Dopo questa prima fase si procede con visite di verifica (da parte del medico) e di eventuali colloqui di sostegno individuali con lo psicologo.

Il trattamento prosegue con il gruppo "aperto", frequentato dai pazienti durante i primi due-tre mesi di astensione e condotto da uno psicologo. Si tratta di una terapia di gruppo di tipo breve con l'obiettivo di sostenere il fumatore nello sviluppo di abilità di coping, di fornire indicazioni atte all'empowerment del paziente e al cambiamento di alcuni aspetti del suo stile di vita, di sostenerlo quindi nella sua scelta attraverso strumenti supportivi quali la conferma e l'incoraggiamento. Si possono individuare tre fasi nel processo di sviluppo di tali gruppi, secondo lo schema teorico kleiniano di riferimento: la prima fase include il distacco dal fumo e la possibile reazione astinenziale, la seconda fase della rinuncia al fumo nel corso della quale il paziente, riorientato e svezzato fisicamente, inizia ad elaborare pienamente la mancanza del piacere dato dalla sigaretta e la sottrazione affettiva che ne deriva, quindi, esprime sentimenti quali rabbia, angoscia e ambivalenza, ed infine una terza fase di emancipazione dal fumo in cui si inizia una crescita interiore delle parti dipendenti del paziente (Vegliach e Poropat, 2007; Vegliach e Poropat, 2008).

Risulta di interesse regionale anche l'esperienza dell'Associazione Hyperion che attua corsi per smettere di fumare per gruppi medi di 20 fumatori condotti da psicoterapeuti. Questa tipologia di corso è strutturata in due moduli. Un primo modulo intensivo articolato in quattro serate consecutive, che alterna didattica e terapia psicologica *in e di* gruppo, seguito da un secondo modulo di 10 incontri con cadenza settimanale, con caratteristiche di auto-aiuto che prevede un supporto medico-farmacologico per i tabagisti in difficoltà nel mantenere l'astinenza o che sviluppano problemi correlati, ad esempio, tipo di fame compulsiva (Montina et al., 2003). I gruppi A.M.A. "Insieme ... per non fumare" sono presenti anche a Trieste.

Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato dal 1999 un programma di azioni per il contrasto del fumo di tabacco. Attualmente la materia è regolata dalla Legge regionale del 27 luglio 2007, n. 17 *Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo*, mentre la DGR. N. 844 del 2008 definisce il *Piano Regionale di intervento per la lotta al tabagismo* che comprende nelle tre aree progettuali anche l'area *Assistenza e cura del tabagismo*.

All'interno dei programmi terapeutici disponibili si trovano i corsi per smettere di fumare ad approccio cognitivo-comportamentale con struttura di gruppo "aperto" e terapia sostitutiva nicotinic.

La metodologia di base discende direttamente dal corso per smettere di fumare della LILT, dalle esperienze formulate dal Centro Antifumo del Ser.T. di Ferrara (Laezza e Bosi, 2001; Laezza, 2002) e dalle indicazioni delle Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dall'abitudine al fumo dell'Istituto Superiore di Sanità

(www.ossfad.iss.it). Il modello di seguito brevemente illustrato è attualmente adottato in Emilia-Romagna nel programma regionale di formazione degli operatori dei Centri Antifumo aziendali.

Il programma terapeutico si basa sull'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali, tese all'auto-osservazione e addestramento, e sull'appoggio solidale e reciproco fornito dal gruppo dei partecipanti. Durante i corsi vengono stimolati atteggiamenti favorevoli per vincere la dipendenza dal fumo e vengono apprese alcune abilità pratiche relative alle azioni sostitutive, alle tecniche respiratorie e di rilassamento e alle abitudini alimentari da mettere in atto per favorire la disassuefazione e prevenire l'aumento ponderale.

La struttura del gruppo è "aperta" al fine di valorizzare l'esperienza dei più anziani a beneficio dei neo-iscritti ("tutoraggio"), di offrire continuità di reclutamento e di sostegno nel tempo. Tale struttura prevede l'inserimento dei nuovi partecipanti, al massimo 8 nuovi ingressi ogni 4 settimane previo colloquio individuale col conduttore (i pazienti con problematiche complesse di diagnosi psichiatrica e/o poli-tossicodipendenza vengono inseriti in una percentuale non superiore al 20% del totale dei partecipanti). Si formano così nuovi gruppi che si sovrappongono parzialmente a quelli precedenti. Il corso è diretto a 18-24 partecipanti coordinati da un conduttore con esperienza nei gruppi di lavoro. Sono di competenza medica la prescrizione e il monitoraggio della terapia sostitutiva con nicotina. Altre figure professionali possono partecipare alla conduzione su aspetti specifici come la dieta, la rieducazione respiratoria e le tecniche di rilassamento.

La durata complessiva del corso intensivo è di 8 settimane: 2 volte la settimana (es. lunedì e giovedì) per le prime 4 settimane - dal 1° all'8° incontro; 1 volta la settimana (metà gruppo al lunedì e metà al giovedì) per le seconde 4 settimane, per complessivi 12 incontri, più 4 incontri di verifica nel primo anno per complessivi 16 incontri di gruppo di circa due ore ciascuno.

Nella prima parte del corso (preparazione), dal primo al quarto incontro, oltre al monitoraggio quotidiano delle sigarette (calendarietto), viene utilizzata una tecnica supplementare di auto-osservazione su ciascuna sigaretta fumata e l'obiettivo è ottenere la crescita della motivazione, la consapevolezza circa la modalità di fumare, la diminuzione progressiva della dipendenza fisica da nicotina attraverso lo scalaggio graduale del numero delle sigarette. Questa fase quindi è un momento fondamentale del programma dove il fumatore viene messo nella condizione di affrontare il proprio problema su un piano di rapporto tra pari con i propri compagni di viaggio e con gli operatori.

La seconda parte del corso prevede la sospensione del fumo di 24 ore (quinto incontro). In coincidenza con questo incontro viene prescritta e monitorata dal medico la terapia sostitutiva nicotinic ai pazienti con dipendenza medio-alta corrispondente ad un punteggio ≥ 5 del questionario di Fagerström. La terapia viene protratta per 2 mesi.

Dal sesto al dodicesimo appuntamento (mantenimento) vengono dedicati alcuni incontri all'individuazione dei cosiddetti "alibi" per ricominciare a fumare. Alla fine del percorso viene anche promosso il volontariato fra ex-fumatori. Dopo due settimane dalla fine del corso inizia la fase di verifica finalizzata alla prevenzione delle ricadute che si articola in 4 verifiche (2°-5°-8° mese e a 1 anno) (Laezza, 2006).

Dalla valutazione dell'attività del Centro Antifumo dell'Azienda Usl di Ferrara i risultati dei corsi per smettere di fumare secondo la metodologia sopra descritta svolti nel periodo 1999-2004 sembra dimostrare che il 77,9% dei partecipanti effettivi ha smesso di fumare alla fine della fase intensiva del corso e il 46,2% ha dichiarato di continuare a non fumare ad un anno. Sono stati inclusi nell'indagine i soggetti che si sono iscritti al corso e che hanno frequentato almeno tre incontri, cut-off definito dai conduttori per essere considerati partecipanti (Sorìo e Antolini, 2006).

Umbria

La Regione dell'Umbria con DGR. 1973 del 15/12/2004 ha adottato le *Linee di indirizzo Aziende Sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2004. Dipendenze* che prevedono l'attivazione in ogni ASL di una Unità Antifumo, quale Unità operativa afferente al Dipartimento per le Dipendenze, che opera in collaborazione con MMG, le Unità Territoriali, i servizi territoriali e i reparti ospedalieri interessati al problema.

Le Unità Antifumo promuovono approcci complessivi, preventivi e terapeutici, di tipo integrato e multidisciplinare. Inoltre, promuovono l'accesso a percorsi di aiuto per motivare e sostenere i fumatori che desiderano smettere di fumare.

Di seguito citiamo alcune esperienze umbre di corsi per smettere di fumare.

L'Unità Antifumo dell'Azienda USL 2 organizza i *Corsi stop al fumo* che prevedono 10 incontri di gruppo (i primi 6 con cadenza bisettimanale e gli ultimi 4 settimanali) condotti da un operatore specificamente formato e utilizza il metodo della riduzione graduale. Il corso si articola in 3 fasi:

- La prima fase consente la preparazione necessaria ad affrontare il momento dell'abbandono dell'abitudine al fumo, rafforzando le motivazioni che aiutano a vincere la dipendenza
- La seconda fase è finalizzata alla sospensione completa del fumo, adottando un metodo di riduzione graduale delle sigarette
- La terza fase sostiene il mantenimento della scelta di non fumare anche con l'aiuto di vecchi partecipanti al corso che si scambiano esperienze e si aiutano reciprocamente.

Viene inoltre fornita, ove necessario, consulenza specialistica e supporto per i principali problemi correlati alla dismissione dell'abitudine al fumo per i sintomi di astinenza da nicotina (www.ausl12.umbria.it).

L'Azienda USL 4 organizza corsi per smettere di fumare articolati in sette incontri di gruppo bisettimanali di un'ora e mezza ciascuno, più due sedute di follow up. Il gruppo, formato da 10/15 persone, si basa sul reciproco sostegno tra i partecipanti accomunati da uno stesso problema. Durante gli incontri i partecipanti hanno la possibilità di raccontare sé stessi, il proprio rapporto con le sigarette, i propri stati d'animo e di ascoltare gli altri in un clima di scambio e confronto reciproco. Inoltre, acquisiscono strumenti e strategie per saper affrontare i momenti difficili a rischio di ricaduta (www.sedes.it/Salute/Fumo/Centri.htm).

Toscana

Dal 2001 con DGR n. 937 del 06.08.2001 la Regione Toscana ha individuato tra le aree privilegiate di intervento in materia di tabagismo anche i Centri Antifumo territoriali ed ospedalieri. Da allora i Centri sono stati sviluppati e potenziati e nel 2005 la Regione ha espresso delle *Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco* (DGR n. 338 del 28.02.2005).

In tali linee preliminare alla definizione del programma personalizzato per la disassuefazione è la valutazione iniziale che ha una durata che va dai 60 ai 90 minuti ed è costituita da una visita medica, un'anamnesi tabaccologica, la misurazione del CO espirato, un'eventuale somministrazione di questionari standardizzati sull'abitudine al fumo, la dipendenza da nicotina (Test di Fagerström), le motivazioni a smettere di fumare, l'autostima, lo stato di stress ed altri aspetti psico-comportamentali.

Conclusa la fase di valutazione viene concordato con l'utente l'inizio di un programma di disassuefazione che può essere di gruppo o individuale, in base alla tipologia della richiesta e delle modalità organizzative del Centro, con eventuale prescrizione farmacologica da parte del medico. Entrambi i programmi si sviluppano

nell'arco dei 3 mesi.

Per il *Programma di Gruppo* vengono svolti dai 7 ai 12 incontri della durata di 1.30/2 ore l'uno, in gruppi che hanno un numero massimo di 20 partecipanti. L'approccio prevalentemente utilizzato è di tipo cognitivo-comportamentale nel quale la comunicazione interpersonale ha le caratteristiche sia della relazione d'aiuto, condivisione degli sforzi, appoggio solidale e reciproco dei membri, condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori, la presenza di ex-fumatori come rinforzo positivo, che quella di un intervento pragmatico sul processo decisionale e di problem solving teso ad aiutare le persone a utilizzare le proprie risorse di coping ed a favorire la cessazione del fumo.

Qualora se ne ravvisasse l'opportunità il programma può essere integrato da interventi aggiuntivi, sia individuali che di gruppo, in numero e durata variabile. Segue un follow up attivo degli utenti, che prevede un richiamo telefonico a 6, 12, 24 e 36 mesi dalla data stabilita per la cessazione con invito a presentarsi al Centro per la misurazione del CO espirato.

Si presentano in breve delle esperienze di trattamenti di gruppo promossi da alcuni Centri Antifumo toscani.

Dal 1998 il Centro Antifumo di Careggi, in collaborazione con il Centro Alcologico dell'ASL 10 di Firenze, mutuando dall'esperienza pluriennale maturata in campo alcologico, organizza "Incontri motivazionali di gruppo" per il trattamento dei problemi fumo correlati e per la disassuefazione da tabacco. Si tratta di 8 incontri, della durata di circa 2 ore, a cadenza settimanale nei quali il fumatore, che può essere accompagnato dai familiari, si può inserire in qualsiasi momento nel ciclo degli incontri (gruppo aperto) e ove può trovare anche partecipanti di vecchia data che tornano saltuariamente per incoraggiare gli altri e allo stesso tempo per rafforzare la propria astensione dal fumo (Ameglio, 2006). Il reclutamento avviene attraverso il Centro Antifumo e, nella maggior parte dei casi, i partecipanti assumono terapia farmacologica. Il gruppo è condotto da un educatore professionale ma è prevista la presenza della dietista e del medico pneumologo.

Le modalità più significative della conduzione del gruppo sono:

- utilizzo il più possibile delle esperienze positive dei partecipanti cosicché ognuno senta di poter dare un proprio contributo e aumenti l'autoefficacia rispetto al problema
- assenza di prescrizioni o suggerimenti, ma invito e incoraggiamento ad ogni singolo affinché trovi proprie motivazioni e strategie per raggiungere l'obiettivo.

I contenuti trasmessi riguardano in particolare i vantaggi dello smettere di fumare sia perché rispetto ai danni fumo-correlati ormai le persone sono sufficientemente informate sia per scelta metodologica avendo come obiettivo quello che le persone possano tutelare la propria salute attraverso comportamenti responsabili svincolati dall'uso di tabacco e, quindi, promuovere stili di vita sani.

Il Centro Clinico Tabagismo del Ser.T. Zona Aretina Asl 8 organizza corsi intensivi di gruppo (max 15-18 persone) per smettere di fumare basati su un approccio che integra gli aspetti psicologici e quelli medico-farmacologici. Il corso dura 7 settimane per un totale di 12 incontri ai quali si aggiungono 4 incontri di verifica di gruppo nel corso dell'anno. La frequenza degli incontri è bisettimanale e ogni incontro dura un'ora e mezza. Il corso è condotto da uno psicologo. La metodologia di base discende dal modello proposto dal Centro Antifumo di Ferrara anche se da esso si differenzia per alcuni aspetti importanti: gruppo chiuso, possibilità di partecipare con le famiglie, integrazione del metodo prescrittivo con metodiche più esperienziali e interpretative, attenzione alle dinamiche gruppali in una concezione operativa di gruppo.

Le fasi del programma di disassuefazione sono quattro:

- *preparazione*: 1°- 4° incontro (scalaggio delle sigarette)

- *sospensione*: le 24 ore precedenti il 5° incontro
- *mantenimento*: 5°-12° incontro
- *verifiche*: il follow up viene effettuato al 3°, 6°, 8° mese, ad un anno, a 2 e 3 anni dall'inizio del corso.

Il medico presente al 5° incontro di gruppo valuta per ciascun corsista l'utilità della terapia farmacologica in una visita individuale precedente la sospensione della sigaretta e ne segue il monitoraggio. È possibile, inoltre, una consulenza dietologica di gruppo o individuale del Servizio Dietologico dell'Azienda, previo pagamento ticket specifico.

L'efficacia riscontrata nei corsi svolti in tre anni (2001-2004) va dal 55% di soggetti non fumatori dopo 3 mesi, al 57% dopo 6 mesi per arrivare al 41% di non fumatori ad un anno (http://www.cedostar.it/corso_gruppi.htm) (Cocci e Dimauro, 2004).

Marche

La Regione Marche delinea i Centri Antifumo con atto deliberativo DGR. 747 del 29 giugno 2004 all'interno dell'*Atto di riordino dei servizi per le dipendenze patologiche*. Tra le attività dei Centri vi è la realizzazione di programmi integrati di disassuefazione individuale e di gruppo nell'ottica dell'approccio multidisciplinare e dell'offerta diversificata di servizi.

Tra le esperienze marchigiane citiamo i corsi *Smoke-free* realizzati dall'Ufficio Promozione della Salute del Dipartimento di Prevenzione della Zona Territoriale 7 di Ancona in collaborazione con i Centri Antifumo dei Distretti Sud, Centro e Nord e con il Servizio di Dietologia. L'approccio metodologico sottolinea l'importanza dell'utilizzo integrato di terapie farmacologiche e psicologiche. Gli incontri di gruppo sono preceduti da un colloquio per la valutazione della motivazione al cambiamento e da una visita pneumologica con prova della funzionalità del respiro. I corsi si articolano in un incontro informativo, 8 sedute di gruppo della durata di 1 ora e 30 minuti per 15-20 partecipanti con cadenza settimanale; seguono 3 incontri di gruppo (follow up) a 3, 6 e 12 mesi ed una verifica telefonica a 24 mesi. In integrazione al trattamento di gruppo si offre ai partecipanti (max 15-20 persone) l'opportunità di utilizzare più strumenti terapeutici: l'agopuntura nella forma dell'auricoloterapia, i sostituti nicotinici nelle varie formulazioni e, solo per chi ha interrotto il consumo di tabacco, il bupropione. Gli incontri comprendono anche due incontri di 1 ora ciascuno con un dietologo.

Per il mantenimento della condizione di astinenza dal fumo si promuove l'adozione di cambiamenti nello stile di vita come la pratica di attività motorie e l'acquisizione di abitudini diverse da quelle associate al fumo.

Il programma si avvale di un sistema di indicatori per la valutazione di processo/esito e della misurazione del CO espirato. In uno studio relativo a 10 corsi *Smoke-free* al termine dei corsi risulta astinente il 74,6% dei partecipanti, a 3 mesi il 58,9%, a 6 mesi il 43,1% e ad 1 anno il 37% dei partecipanti (Berti et al., 2005).

Campania

La Regione Campania con DGR. 1019 del 13 giugno 2008 ha delineato le caratteristiche essenziali di un Centro Antifumo. Il Centro Antifumo è una struttura di prevenzione e cura del tabagismo ed è un'articolazione funzionale che opera secondo un modello di lavoro integrato tra i Servizi specialistici competenti per il tabagismo presenti sul territorio (es. SERT, Pneumologia, Cardiologia, Dipartimento di Prevenzione, ecc) al fine di garantire un approccio multidisciplinare al paziente fumatore. Si colloca nell'ambito di una struttura sanitaria accreditata con identificazione di uno specifico locale dedicato. Per ogni paziente trattato all'interno di un Centro si effettua una visita specialistica tabaccologica in cui si effettuano:

- anamnesi ed esame clinico del paziente
- un test di dipendenza (preferibilmente Test di Fagerström)
- un test di motivazione al cambiamento
- la misurazione del CO espirato.

A conclusione della valutazione si identifica un percorso di trattamento individuale o di gruppo che prevede almeno 4 incontri intensivi e 4 incontri di mantenimento nei primi tre mesi di trattamento. Gli incontri devono avere una durata di almeno 90 minuti, se incontro intensivo di gruppo, e di almeno 20 per ciascun incontro intensivo individuale. Gli incontri di mantenimento devono avere una durata di almeno 60 minuti se di gruppo e di almeno 10 minuti se incontro di mantenimento individuale.

Puglia

Il Servizio di Psicologia, Unità di Coordinamento Centro Antifumo Azienda Ospedaliera Di Venere – Giovanni XXIII – Bari organizza un programma strutturato di disassuefazione dal fumo di impostazione cognitivo-comportamentale che prevede l'accesso attraverso un colloquio motivazionale di selezione finalizzato all'analisi del comportamento e dell'abitudine al fumo, della dipendenza, dell'equilibrio psico-emozionale e dello stadio motivazionale.

Il percorso terapeutico utilizza la formazione in piccoli gruppi (8-15 persone), organizzati sulla struttura dei T-group (gruppi di formazione), condotti da uno psicologo. Sono impiegate tecniche psicologiche (stress management, ristrutturazione cognitiva, immaginazione guidata) e di animazione di gruppo finalizzate alla promozione di uno stile di vita salutare.

Il programma multicomponente prevede 3 fasi (preparazione, sospensione e mantenimento) articolate in 9 incontri, dilazionati nell'arco di circa due mesi (i primi 6 a cadenza bisettimanale, il 7 a cadenza settimanale, l'8 e il 9 a cadenza quindicinale).

I dati raccolti indicano che il 60% dei fumatori che hanno frequentato smettono di fumare nel corso del programma e il 31% è ancora libero dal fumo a distanza di un anno. Sulla base dell'esperienza raccolta è stato riorganizzato il percorso terapeutico che prevede attualmente 12 incontri di gruppo ed uno specifico piano di controllo delle ricadute realizzato in 4 sedute di gruppo distribuite nell'arco di un anno (Foschino-Barbaro e Meneghello, 1999).

Sardegna

Con la DGR. n. 12/3 del 27.03.2007 la Regione Autonoma della Sardegna ha definito il *Programma regionale di interventi nel settore delle dipendenze*, tra cui vengono elencate le linee di azione nel campo del tabagismo. Tali linee riportano al primo posto l'indicazione che ogni ASL si doti di uno o più Centri antifumo attraverso il coinvolgimento dei SerD, delle pneumologie e delle altre strutture e realtà operative nel campo del contrasto al tabagismo.

A titolo di esempio del lavoro che si sta sviluppando in Sardegna, segnaliamo il Centro Clinico per la Terapia della Dipendenza da Nicotina dell'ASL 7 – Carbonia che offre supporto attraverso un programma personalizzato, variabile in funzione dei bisogni e dei problemi portati dal singolo fumatore. Il modello di intervento proposto è quello motivazionale attraverso il counselling individuale, associato alla partecipazione a gruppi educativi e di sostegno ed a trattamenti medici, psichiatrici e psicoterapeutici. I trattamenti di gruppo sono orientati a favorire la coesione tra i membri del gruppo, il sostegno ed il confronto reciproco. In questo Centro, inoltre, viene proposto anche il Training Autogeno di Base attuato in contesto grupppale (Diana, 2006).

- AAVV, 2003, Il trattamento del tabagismo Liberi dal fumo, Direzione Generale Sanità, Unità Organizzativa Prevenzione, Regione Lombardia, www.sanita.regione.lombardia.it
- AAVV, 2007, Cessazione del fumo di tabacco, Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte., Commissione Regionale Anti-Tabacco, Regione Piemonte, Quaderno n. 3, maggio 2007 Siti www.oed.piemonte.it e www.cpo.it.
- Ameglio M., 2002, Dipendenza da nicotina: i Ser.T. nei percorsi operativi territoriali, in Alfano A., Ameglio M., Prodi Rossi p., (a cura di) tabagismo: clinica e prevenzione esperienze pratiche, Regione Toscana, Ti Con Erre Sicurezza sociale. Nuova serie 8; pag. 138-150.
- Ameglio M, Da Bacco a tabacco: l'altro versante delle dipendenze legali. A.A. 2005/2006 Sito www.med.unifi.it/segreteria/didattica/perfezionamento
- Berti S., Pizzichini A., Pierucci P., Bernacchia E., 2005, Smoke.free: i corsi per smettere di fumare. Progetto Uomo Settimanale on line per educatori ed operatori nel sociale, <http://www.progettouomo.net/content.asp?contentid=732>
- Bosi S., Laezza M. (a cura di), 2006, Strumenti teorici, metodologici e operativi per Pianificatori Regionali. Ministero della Salute-CCM, Regione Emilia-Romagna.
- Cecchi M., 1993, Gruppi di auto mutuo aiuto: caratteristiche, funzioni, obiettivi, "Il seme e l'albero", 1.
- Cocci V., Dimauro P.E., 2004, Tabagismo: per un incontro fortunato tra fumatore e scelta terapeutica. Rivista Cesalpino, Anno 3, n° 8, agosto 2004, pp 17-21.
- Diana E. M. (a cura di), 2006, Il trattamento del tabagismo. Linee guida per il medico di famiglia, Regione Autonoma della Sardegna e ASL 7 Carbonia, CTE Iglesias.
- Foschino-Barbaro, Meneghello, 1999, www.sipsot.it/html/ricercafolder/ric_settoriparticolari/documenti/psicologiasalute/disassuefazione.html
- Laezza M., Bosi S., 2001, Principi e modelli di terapia di gruppo. Ital Heart J; 2, Suppl 1, pag. 81-84.
- Laezza M. (a cura di), 2006, Guida per conduttori di corsi intensivi per smettere di fumare, Progetto Regionale Tabagismo - Programma formativo sperimentale, Regione Emilia-Romagna, Centro Antifumo - Ser.T. Azienda USL di Ferrara.
- Mangiaracina G., 2002, La terapia del tabagismo: la storia e i metodi, in Alfano A., Ameglio M., Prodi Rossi p., (a cura di) tabagismo: clinica e prevenzione esperienze pratiche, Regione Toscana, Ti Con Erre Sicurezza sociale. Nuova serie 8;
- Mangiaracina G., 2006, Evoluzione degli interventi sul Tabagismo in Italia: i Gruppi di Fumatori in Trattamento (GFT). www.med.unifi.it/segreteria/didattica/perfezionamento/2005-2006/PPTC/matdid/evoluzione_intero_tabagismo.pdf
- McFarland J. W., Folkenberg E. J., 1970, Come smettere di fumare in cinque giorni, Edizioni Minerva, Milano.
- Minelli F., 1996, Programmi di disassuefazione al fumo nell'Acat di Verona. Tratto da Atti 5° Congresso Nazionale dei Club degli alcolisti in Trattamento Grado, 27-29 settembre 1996.
- Montina G.L., Onor M.L., Poropat C., Carretto E., Todaro P., Pivotti F., Aguglia E., 2003, Efficacia dei corsi per smettere di fumare a Trieste. Verifica a 2 anni, Tabaccologia, 2, pp.21-25.
- OssFAD (a cura di), 2008, Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento 2007), Istituto Superiore di Sanità, vii, p.136, Strumenti di riferimento 08/S1. www.iss.it/ofad
- Picardi A., Bertoldi S., Morosini P., 2000, Trattamento comportamentale di gruppo per la disassuefazione da nicotina: uno studio di follow up a 6, 12 e 24 mesi su un campione di 1.060 soggetti. Giornale Italiano di Psicopatologia. Vol. 6. Dicembre 2000, n. 4. www.sopsi.it
- Regione Toscana, 2003, Tabagismo: Clinica e Prevenzione esperienze pratiche. Atti Convegno Regionale "Tabagismo. Strategie integrate d'intervento. TiConErre.
- Schwartz J.L., 1987, Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985., US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health, National Cancer Institute. NIH Publication n. 87-2940.
- Sorio C., Antolini G., 2006, Valutazione dei programmi di terapia del tabagismo dei Centri Antifumo dell'AUSL di Ferrara (1999-2004), Tabaccologia; n° 3; pag. 16-21.
- Terrone R., 2002, Aspetti psicologici dell'abitudine al fumo di tabacco a "gruppi per la disassuefazione dal fumo" in Alfano A., Ameglio M., Prodi Rossi p., (a cura di) tabagismo: clinica e prevenzione esperienze pratiche, Regione Toscana, Ti Con Erre Sicurezza sociale. Nuova serie 8; pag. 93-103.
- Vegliach A., Poropat C., 2007, Psicodinamiche dei gruppi nel trattamento del tabagismo, Tabaccologia, 4, pp.34-38.
- Vegliach A., Poropat C., 2008, Insieme ... per non fumare più. Gruppi per smettere di fumare e processo di crescita individuale, Convegno CCM "Verso una società libera dal fumo", Roma 24 gennaio 2008, www.ccm-network.it

Giampiero Ricci

Da molti anni gli studiosi si interessano dei diversi modi in cui gli individui si comportano singolarmente o nei gruppi. È importante esaminare l'interesse storico dell'effetto dei gruppi sugli individui se vogliamo capire più profondamente le vie possibili attraverso cui oggi i gruppi vengono considerati terapeutici.

Noi tutti viviamo e lavoriamo nel contesto di gruppi. La psicoterapia di gruppo offre ai pazienti l'opportunità di scoprire come funzionano nelle situazioni di gruppo i ruoli che giocano, le aspettative e le fantasie inconscie che hanno riguardo ai gruppi, e gli ostacoli che incontrano nel rapportarsi con gli altri. In gruppo si crea un'area intermedia dove c'è lo spazio potenziale per l'apprendimento tra l'interno e l'esterno. In gruppo si impara, anche, il piacere e l'utilità di avere un nutrito repertorio interno diversificato, si impara a non fare della mente un monolite, ma a muoverla, grazie alla mediazione e identificazione con altri esseri umani affettivamente significativi. Lo strumento clinico del gruppo, è dunque, clinicamente importante anche perché offre, per esempio, la possibilità di sviluppare e consolidare identificazioni più sane e mature all'interno di uno stimolante scambio fra partecipanti. Mentre gli studiosi teorizzavano su come i gruppi coinvolgessero gli individui, i professionisti stavano già sperimentando l'uso di piccoli gruppi come agenti terapeutici. Joseph Pratt, un internista di medicina generale al Massachusetts General Hospital di Boston è ampiamente accreditato come fondatore della psicoterapia di gruppo. Nel giugno del 1905 costituì un gruppo di quindici pazienti tubercolotici. I suoi gruppi non erano la terapia di gruppo come la conosciamo oggi; il formato degli incontri consisteva principalmente in una presentazione di letture. I gruppi di Pratt sono citati come un punto di inizio della terapia di gruppo per due motivi: innanzitutto, rappresentavano il primo tentativo noto di pazienti che discutevano e imparavano dai loro problemi comuni in un setting di piccolo gruppo, e, poi, prevedevano un contratto stipulato da ogni membro prima di poter incontrare il gruppo. Ciascun partecipante concordava, come parte del trattamento, di rinunciare al lavoro e di vivere praticamente all'aria aperta. Pratt riportò risultati molto positivi attraverso l'uso di questo tipo di terapia.

Altri primi pionieri che sperimentarono efficacemente i piccoli gruppi a scopo terapeutico comprendono Edward Lazell, il primo a vedere pazienti psichiatrici (soprattutto schizofrenici) in gruppo (nell'ospedale di St. Elisabeths di Wahington, 1919); Trigant Burrow che nel 1920 seguì un gruppo di pazienti nevrotici; Alfred Adler, le cui teorie dell'uomo come creatura completamente sociale lo condussero fin dal 1921 a utilizzare i gruppi con pazienti; Julius Metzler, un pioniere di tecniche di gruppo per alcolisti che cominciò a usare i gruppi nel 1927; Cody Palude nel 1930 presiedette i gruppi nella città di New York; Rudolf Dreikurs sempre nel 1930 condusse i primi gruppi terapeutici privati; J. L. Moreno negli anni 30 utilizzò i gruppi nello psicodramma. È evidente che la psicologia del piccolo gruppo nasce con forte sapore americano. Non solo l'America era recettiva all'uso di

gruppi, ma a quel tempo l'ascesa del nazismo in Europa significò l'emigrazione in America di molti eminenti psicologi viennesi, come Julius Metzler e Rudolf Dreikurs, che portarono con sé il loro interesse per i piccoli gruppi.

Agli inizi la terapia di gruppo è stata condotta per prove ed errori con professionisti che cercavano di fondere le teorie individuali della psicoterapia, soprattutto di Freud, con le osservazioni di McDougall, Lewin e altri sul funzionamento dei gruppi. Tuttavia non era ancora pronta un'integrazione soddisfacente e i teorici si differenziavano nei loro accenti; qualcuno si era focalizzato sull'individuo mentre altri avevano esaminato il fenomeno dei grandi gruppi. Benché non si sia raggiunta ancora una teoria unitaria, i terapeuti sono giunti a utilizzare una combinazione di gruppi dinamici, interpersonali e teorie psicodinamiche intrapsichiche come base per la pratica della psicoterapia di gruppo.

Gli aspetti particolari dell'esperienza di gruppo

I contributi di Wilfred Bion, il cui nome è diventato quasi sinonimo di un pensiero teorico sui gruppi si basa sul lavoro effettuato negli anni '40 in un periodo compreso tra la seconda guerra mondiale e un periodo di ampia attenzione ai piccoli gruppi da parte di molti pensatori. Egli ha teorizzato che ogni gruppo avesse due livelli. A livello manifesto i gruppi hanno un compito e uno scopo e lavorano per una conclusione. Il conduttore non è solo dotato di capacità; conduce solamente tanto quanto può servire per lo scopo del gruppo. I membri sono individui separati che contribuiscono al compito e operano a livello di processo secondario. Bion si è riferito a questo come al gruppo di lavoro. Secondo Bion il gruppo di lavoro è disturbato continuamente da influenze che provengono da altri fenomeni psichici. Questi fenomeni sono gli assunti di base, che rappresentano un secondo livello di funzionamento del gruppo. Tuttavia, il gruppo di lavoro è molto potente ed è notevole che sopravviva con una vitalità da far pensare che le paure che il gruppo possa essere distrutto dagli stati emotivi propri degli assunti di base siano del tutto sproporzionate. Mentre il livello operativo manifesto del gruppo è sempre presente, la teoria di Bion ha soprattutto a che fare con l'altro livello di funzionamento, gli assunti di base del gruppo. Bion affermò che, oltre all'attenzione ai compiti prestabiliti, i gruppi operavano sulla base di fondamentali assunti inconsci, come se i membri si incontrassero per soddisfare i bisogni emotivi e/o per evitare relazioni spaventose. Egli ha ipotizzato tre gruppi per gli assunti di base:

1. Gruppo dipendenza, il comportamento è come se i membri potessero raggiungere sicurezza e protezione attraverso il conduttore, che è onnipotente e onnisciente.
2. Gruppo attacco – fuga, il comportamento è come se i membri potessero ottenere sicurezza e preservare il gruppo attraverso l'attacco e la fuga.
3. Gruppo accoppiamento, opera come se stesse per produrre un messia. La speranza è che ciò che viene prodotto salverà il gruppo da sentimenti intensi attuali.

Il lavoro di Bion quindi mette in evidenza i processi gruppali attivi in ogni gruppo. Molti terapeuti di gruppo sceglieranno di non focalizzarsi su questi processi, riconoscendo peraltro che esistono e che sono attivi.

Henry Ezriel cominciò a interessarsi di gruppi collaborando con Bion. Ben presto, tuttavia, trovò che le teorie di questo Autore, lo interessavano meno e si focalizzò sull'ipotesi, trattata dalla teoria delle relazioni oggettuali, che gli individui cerchino di rinforzare la rimozione ed evitare il contatto con spaventose fantasie inconscie. Il rinforzo si realizza attraverso lo sviluppo di relazioni d'oggetto che aiutano a negare le fantasie

inconscie; tali relazioni sono definite "la relazione necessaria". Secondo tale punto di vista queste relazioni si verificano in molte situazioni e non fanno parte di un processo evolutivo. La relazione necessaria è proprio questa; si verifica per aggirare la relazione evitata, entrando nella quale si risolverebbe in una calamità ("la relazione calamitosa"). Queste tre relazioni oggettuali costituiscono il modello tripartito del lavoro di Ezriel. Mentre Ezriel ha molti meno seguaci di Bion nella psicoterapia contemporanea, rimane importante quanto il primo nella tradizione di gruppo come insieme per aver prestato attenzione sia ai singoli membri che al gruppo stesso.

Gruppoanalisi è il nome dato all'approccio terapeutico di S.H. Foulkes 1948, un analista inglese che completò il suo training a Vienna nel 1920. Quest'ultimo è stato molto influenzato dalla psicologia classica della Gestalt, sostenendo che il gruppo è più della somma delle sue parti e che nessun individuo può essere studiato con successo isolandolo, poiché esiste solo in reti che costituiscono il suo gruppo sociale. La struttura sociale originaria è la famiglia, attraverso cui l'individuo sviluppa la sua personalità e identità.

Per ogni gruppo-analista è centrale la nozione di *matrice*. Questa si riferisce alla consapevolezza del luogo dove si verificano le comunicazioni e le relazioni, "uno sfondo comune condiviso che alla fine determina il significato e l'espressione di tutti gli eventi e su cui poggia ogni comunicazione e interpretazione, verbale e non verbale". Foulkes afferma che la gruppoanalisi è una "psicoterapia attraverso il gruppo, il gruppo compreso il conduttore". Il gruppo fornisce la possibilità di scoprire somiglianze e differenze tra i membri attraverso un confronto fra se stessi e gli altri (lo specchio). A volte il singolo sta parlando per il gruppo e altre volte i bisogni del singolo sono rappresentati dal gruppo.

Gli insegnamenti gruppoanalitici hanno avuto un maggiore rilievo proprio in Europa. L'Istituto di Gruppoanalisi, fondato a Londra ha sviluppato una rete di centri di addestramento in numerose città europee.

L'approccio del conflitto focale di gruppo è un'integrazione del lavoro di Thomas French (1952) e della teoria dinamica di gruppo. Lieberman (1964) sostiene il concetto fondamentale che tutte o quasi tutte le verbalizzazioni e i comportamenti dei pazienti in seduta possono essere compresi come sforzi per risolvere un conflitto intra – gruppo. Per definizione, il conflitto focale è più vicino alla superficie (vale a dire preconscious) e spiegherà i dati osservabili. La teoria inoltre enuncia che, quando i conflitti sono integrati, il materiale più profondo viene smascherato attraverso l'interpretazione, mettendo in grado i pazienti di apprendere su se stessi. In questo approccio viene ipotizzato che nel gruppo si produca un desiderio (il motivo disturbante), che non può però manifestarsi direttamente per paura di qualche conseguenza negativa (il motivo reattivo) e viene espresso perciò in una modalità compromessa (la soluzione). Dopo che i conflitti sono attivamente chiarificati ed elaborati, il gruppo può entrare in un periodo libero da conflitti durante il quale può essere esaminato, chiarito, ed elaborato materiale più personale senza stimolare una resistenza o un'ansia incontrollabile.

Un altro approccio interessante appartiene alle teorie interpersonali di Irvin Yalom (1935). Egli ritiene che la maggior spinta terapeutica al cambiamento si verifichi nell'interazione di gruppo quando accada nel qui e ora. Non preclude la discussione di idee o eventi esterni, ma la base principale per l'apprendimento è la terapia di gruppo. Questo evolve con propria strutturazione in un microcosmo sociale, una miniaturizzata rappresentazione dell'universo sociale di ciascun paziente. Attraverso ripetute esperienze nel setting di gruppo, i pazienti imparano sulle loro disadattive interazioni interpersonali e sulle loro distorsioni percettive che suscitano risposte negative o indesiderabili degli altri. Quindi i meccanismi impliciti per aiutare i pazienti ad apprendere sono il feedback degli altri e l'autosservazione. Durante questo processo i pazienti imparano che le loro paure

possono non basarsi sul presente e che le loro ansie emergono da distorsioni percettive. Apprendendo dai loro modelli comportamentali in gruppo, diventano capaci di osservare analoghi comportamenti all'interno e all'esterno di esso, aumentando così la propria capacità di gestirli autonomamente con successo.

Negli ultimi anni '70 sono stati effettuati sforzi integrativi anche dalla prospettiva di gruppo come insieme. Kernberg particolarmente influenzato dai concetti di Bion sulle relazioni oggettuali, postulò che gli interventi sul gruppo come insieme affrontassero un livello evolutivo di psicoterapia, quello dello sviluppo pre - edipico. Al contrario, molti transfert individuali (e resistenze) sono a un livello più avanzato di sviluppo delle relazioni d'oggetto, rappresentando conflitti duali (invidia) e triangolati (edipici). Così Kernberg affermò che il terapeuta di gruppo può scegliere l'intervento più adatto al gruppo rispetto ai livelli individuali di funzionamento.

Per concludere, Roy K. MacKenzie (1997) propone un interessante modello integrato di psicoterapia di gruppo, il quale si basa su caratteristiche universali e fattori significativi che si trovano in ogni psicoterapia, indipendentemente dall'orientamento teorico di riferimento. Le caratteristiche generali di questo modello sono correlate con l'esito delle terapie comportamentali, cognitive, interpersonali, psicodinamiche e psicoanalitiche. Tale modello parte dal presupposto che ci sono più di 200 tipi diversi di psicoterapia che utilizzano tecniche cliniche specifiche ed efficaci sulla base della loro posizione teorica.

La terapia di gruppo come intervento elettivo nella dipendenza da sostanze

Mano a mano che è aumentato l'interesse terapeutico alla dipendenza da sostanze si è fatta strada sempre più nei clinici del settore l'importanza dell'utilizzo della terapia di gruppo quale trattamento elettivo di questo tipo di patologia. Le esperienze di Borriello (1979), Brown (1985), Cooper (1987), Vannicelli (1988), Matano e Yalom (1991), Klein et al. (1991) e Flores (1996) sono solo alcuni dei molti esempi americani di applicazione del formato gruppale con i dipendenti da sostanze.

I motivi di tale elezione terapeutica sono molteplici, legati in parte al costo-beneficio della terapia di gruppo e all'influenza della popolarità del formato supportivo gruppale degli Alcolisti Anonimi, ma anche alla riconosciuta importanza clinica che sta assumendo nella realtà americana lo strumento del gruppo per produrre significativi cambiamenti di carattere, consentendo ai pazienti - come dice Alonso (1989) - di muoversi dall'autoassorbimento narcisistico alle relazioni oggettuali.

Cooper (1987), ad esempio, spiega tale elezione terapeutica con il fatto che i dipendenti da sostanze hanno "difficoltà a sviluppare in psicoterapia individuale una nevrosi di transfert analizzabile a causa di tendenze impulsive e all'acting out che minacciano di infrangere e di distruggere il trattamento individuale, e per l'opportunità che i gruppi offrono di usare la pressione dei pari per incoraggiare i cambiamenti indesiderati".

Flores e Mahon (1993) riportano i seguenti vantaggi di trattare in gruppo il dipendente da sostanze:

- sostegno e pressione dei pari all'astensione dall'uso di sostanze;
- comprensione che non si è soli o unici quando ci si dibatte con la dipendenza;
- migliore comprensione dei propri atteggiamenti e del proprio diniego dell'abuso di sostanze attraverso il rispecchiamento e il confronto gruppale;
- maggiore consapevolezza dei tipici stili patologici di carattere che impediscono un sano scambio relazionale.

Anche in Italia l'utilizzo della terapia di gruppo nel campo delle dipendenze da sostanze si sta allargando sempre di più. L'esame della principale letteratura italiana sull'argomento (Zardi et al., 1986; Clerici e Carta,

1988; Lombardo, 1988; Fasolo, 1989; Bonfà, 1990; Ricci et al., 1992; Mammana et al., 1992; AA.VV., 1994; AA.VV., 1996; Carraro et al. 1997; Ricci et al., 1999; Carraro e Ricci, 2001), il Convegno Nazionale di Mira (Ve) sui "Gruppi Terapeutici nei Disturbi da uso di sostanze" (Ricci, Cibin, Tonellato, 1999) e il Convegno Internazionale di Dolo (Ve) su "Narcisismo, Dipendenza e Gruppo" (2002), se da una parte evidenziano le numerose esperienze italiane di terapia di gruppo nel campo delle dipendenze da sostanze, dall'altra fanno emergere la nascita di una sempre più solida e strutturata teorizzazione sull'uso specifico del gruppo terapeutico nelle dipendenze patologiche.

A tal riguardo, stanno assumendo un particolare interesse le elaborazioni teoriche e operative proposte da Carlo Zucca Alessandrelli, un noto psicoanalista SPI che da tempo si occupa della dipendenza patologica e dirige il Centro Assistenza e Ricerche per le Tossicodipendenze (C.A.R.T.) di Milano.

Il punto di vista di Carlo Zucca Alessandrelli e del Centro Studi del C.A.R.T. di Milano

Questo Autore, assieme agli altri membri del "Gruppo di ricerca sul gruppo breve"⁶ del Centro Studi del C.A.R.T. di Milano, sostiene che, a causa di un fragile assetto narcisistico di base, il dipendente può non riuscire a tollerare, durante un trattamento analitico individuale, l'eccitamento relazionale mobilitato da movimenti transferali generazionali, troppo stimolanti e non "digeribili" dal suo debole apparato psichico (Zucca Alessandrelli e Giannelli, 2000). La scelta, quindi, dello strumento clinico del "gruppo" è da ritenersi terapeuticamente efficace essendo rispettosa dei bisogni di distanziamento oggettuali di un soggetto che, da una parte ha una vorace "fame d'oggetto" (Kestemberg e Kestemberg, 1972) volta a coprire un'angosciante senso di non continuità e di svuotamento narcisistico interno, e dall'altra ha un'intensa paura di relazionarsi con l'oggetto da cui teme di dipendere, essere invaso, "con-fondersi" (fondersi con) e, quindi, "dis-perdersi" in termini di identità.

La relazione analitica individuale può diventare infatti, in certi casi, difficile e insostenibile per il dipendente a causa dei vissuti fantasmatici persecutivi di controllo e di intrappolamento con-fusivo che può sollecitare nel suo debole apparato psichico.

Il "gruppo dei pari" costituisce, invece, uno spazio terapeutico di mediazione dove il dipendente può modulare l'intensità e la distanza emotiva dall'oggetto a seconda dei propri equilibri narcisistici interni. Uno spazio relazionale costituito da più persone e, quindi, da più possibilità di rispecchiamento o distanziamento, uno spazio che diminuisce i rischi di entrare in movimenti transferali conflittuali con il conduttore, troppo eccitanti per il suo fragile schermo protettivo. In gruppo, il transfert generazionale può venire più diluito rispetto alla relazione duale poiché avviene alla presenza degli altri membri e viene con loro condiviso (Zucca Alessandrelli, 1998).

Naturalmente, questo dipende dal tipo di gruppo che proponiamo. Infatti, in un tradizionale gruppo analitico di tipo "espressivo" la tensione relazionale potrebbe essere vissuta dal dipendente come molto elevata, soprattutto se il conduttore utilizza delle interpretazioni che scoprono particolari movimenti transferali generazionali o dolorosi affetti inconsci rimasti latenti, generando un cortocircuito emotivo difficilmente tollerabile dal suo fragile filtro protettivo e di mediazione interno. È da preferire, quindi, una tecnica gruppale di tipo "supportivo-espressivo" (Khantzian, Halliday, McAuliffe, 1990), volta alla creazione di un clima coeso di benessere, sicurezza e continuità, dove il conduttore fungerà da garante della struttura del gruppo, e i membri interagiranno fra di loro nel lavoro gruppale attorno alle tematiche della loro fragilità interna e alle difficoltà a

riconoscere e accettare le "differenze" (Zucca Alessandrelli, 1982).

In questo modo è il gruppo stesso che, valorizzando il lavoro dei pari fra di loro, propone il senso di solidarietà nell'attività comune di cui si fa parte e che ciascuno contribuisce a mantenere. Sentire il gruppo come un riferimento su cui si può far conto, poter contare sulla sua continuità e stabilità, sentirsi accolti e ascoltati nelle proprie vulnerabilità, sono tutte modalità di funzionamento del gruppo come "schermo protettivo", un funzionamento che il dipendente introietterà e assimilerà rinforzando e sviluppando così il suo fragile Sé. In questo senso possiamo definire il gruppo dei pari un "oggetto transizionale trasformativo" capace di sostenere, supportare e mostrare ai vari membri una modalità di funzionamento che verrà introiettata e assimilata diventando la base per le future nuove identificazioni dei vari membri (Zucca Alessandrelli, 1999).

Il lavoro del gruppo terapeutico dei pari andrà infatti a ricostituire un'area "preoggettuale" (Kumin, 1996) di sviluppo decisiva per la ristrutturazione e la possibilità trasformativa del Sé fragile e carente del dipendente. Un'area "transizionale" (Winnicott, 1971) trasformativa che, grazie al lavoro fra pari, diluirà gli eccitamenti idealizzanti legati alla "fame d'oggetto" e consentirà una possibilità di permanenza e di scambio reciproco fra il mondo interno e quello esterno con la possibilità di prenderne coscienza. Questo lavoro terapeutico volto soprattutto alla ripresa, rinforzo e sviluppo del Sé è stato chiamato da Carlo Zucca Alessandrelli "latenza terapeutica", un lavoro clinico la cui durata sarà più o meno breve a seconda del grado di fragilità del Sé e del fatto che il dipendente si trovi in condizione di "patologia già strutturata" o di "patogenia", e cioè di malessere psicologico ancora fluido, in movimento e non ancora patologicamente strutturato in modo sistematico.

Solo quando avremo rinforzato sufficientemente l'organizzazione narcisistica di base potremo proporre al dipendente degli "interventi psicoterapeutici in senso stretto" in cui andremo a produrre delle "modificazioni strutturali" (Freud, 1933) e, cioè, a creare nuove e più sane identificazioni attraverso la presentazione di modelli e ideali, e attraverso la consapevolezza e l'elaborazione dei conflitti. Nella fase di latenza terapeutica il fragile schermo protettivo del dipendente non riuscirebbe a sostenere l'interpretazione, l'insight e un transfert conflittuale generazionale: "per potere reggere l'elaborazione dei conflitti, infatti, occorre che ci sia un apparato per pensare le emozioni" (Zucca Alessandrelli, 1999).

Il gruppo a termine nella dipendenza

Molti autori americani sottolineano l'importanza e l'efficacia della psicoterapia di gruppo a tempo determinato con i dipendenti da sostanze. Edward J. Khantzian et al. (1990) propongono un intervento grupppale psicodinamico "modificato" (M.D.G.T.) a cadenza bisettimanale della durata di 6 mesi, mentre Roy K. Mackenzie (1997) utilizza un modello di psicoterapia "integrata" di gruppo, a cadenza settimanale, della durata di 9 mesi che, per rendere molto efficace l'intervento, condensa alcuni importanti aspetti delle tecniche psicoterapeutiche di tipo psicodinamico, interpersonale e cognitivo-comportamentale.

Nei gruppi a lungo termine i numerosi abbandoni sono causati dalla loro indeterminatezza temporale, che sembra sollecitare una dispersione e una diffusione di limiti spaventando i soggetti che hanno un Sé fragile. Questi, vivendo un senso di non continuità interna, non riescono a prospettarsi e progettarsi in un tempo indefinito dato che rimanda loro fantasmi di inglobamento in un'esperienza totalizzante e spersonalizzante.

Il formato breve e a termine invece, grazie ai tempi, focus e scopi più delimitati e chiari, offre la possibilità e la speranza in un cambiamento anche se limitato. È questo è importante per chi pensa che non sia possibile

un cambiamento.

I motivi clinici per cui si opta per un gruppo a tempo limitato durante la latenza terapeutica, sono pertanto i seguenti:

- rassicura il dipendente a intraprendere un'esperienza terapeutica che lo può coinvolgere molto;
- il gruppo, attraverso i pari, consente una mediazione e, quindi, una diluizione e contenimento del transfert conflittuale generazionale;
- l'omogeneità dei membri di un gruppo a termine è rassicurante rispetto al senso di inferiorità e scarsa autostima di cui soffrono i dipendenti;
- l'universalità delle problematiche emergenti in un gruppo a termine le rende meno difficili da affrontare in quanto viene mitigato il senso di colpa e di inadeguatezza.

Le esperienze cliniche con gruppi brevi o a termine che sono state raggiunte da alcuni anni hanno confermato, non solo una buona compliance all'esperienza da parte dei pazienti, ma anche la loro efficacia nei termini di una buona ritenzione in trattamento e di raggiungimento di obiettivi realistici e verificabili nei termini di sviluppo sul piano narcisistico e relazionale. Il fatto di vedere una fine, seppur parziale e per fasi, del proprio trattamento e di verificarne l'efficacia e i risultati, ha sortito infatti un effetto rinforzante nei confronti della motivazione al trattamento, e di rassicurazione rispetto alle angosce di intrappolamento e di dipendenza dall'oggetto.

Se da una parte queste motivazioni hanno confermato l'utilità clinica del "limite temporale", dall'altra si segnalano i rischi di frammentazione e dispersione degli interventi terapeutici impliciti in un modello "a termine" tout court, che potrebbe riprodurre in modo isomorfo il malfunzionamento psichico e relazionale del dipendente e la fantasia onnipotente di risolvere magicamente e rapidamente gravi difficoltà evolutive.

Quello che è importante, dunque, è che tali esperienze di gruppo breve o a termine non vengano proposte come interventi terapeutici isolati, ma rientrino in una "catena di interventi terapeutici" capace di accogliere le differenze di sviluppo maturativo dei pazienti, proponendo loro spazi mentali e relazionali differenziati, ma integrati e in sequenza processuale a seconda del livello di crescita dei singoli pazienti.

I corsi per smettere di fumare

Il fumo di tabacco rappresenta in tutti i Paesi, compresi quelli a maggiore maturità sanitaria, una "minidroga" socialmente tollerata e, a differenza di quanto è avvenuto per altre forme di dipendenza, non sempre è riconosciuto che esso induca dipendenza, craving, difficoltà a smettere, disturbi psicologici significativi.

Per smettere di fumare il supporto grupppale è ampiamente utilizzato in tutto il mondo in quanto la condivisione e l'auto-aiuto sortiscono sempre dei buoni risultati.

Un programma per smettere di fumare che utilizza l'intervento di gruppo deve essere centrato sulle principali tematiche legate a questo tipo di dipendenza con l'obiettivo, che è uno solo e deve essere condiviso dai partecipanti, di smettere di fumare. Ogni altro obiettivo deve essere bloccato o direzionato all'esterno. Il mettere in comune differenti stili di vita può aiutare, attraverso le esperienze degli altri, a modificare le opinioni e gli atteggiamenti propri, può aiutare a prendere decisioni importanti come smettere di fumare e può aiutare a favorire il mantenimento delle decisioni prese. È importante che ogni membro capisca che il beneficio che trarrà è strettamente legato al suo grado di partecipazione alle attività del gruppo. È necessario il rispetto per le

opinioni, le sensazioni e gli atteggiamenti dei compagni, come pure il desiderio di dare il proprio contributo. Nel gruppo è possibile la proiezione di aspetti di sé non conosciuti e la possibilità di riconoscerli e di riappropriarsene come, per esempio, gli alibi degli altri.

Questa tipologia di setting permette al conduttore, attraverso determinati interventi, di andare a rinforzare il Sé e conseguentemente anche la motivazione dando uno specifico contributo all'astensione dal fumo e nel contempo al rafforzamento dell'autostima durante il periodo libero dal fumo. È importante, inoltre, come dice Zucca Alessandrelli, riferendosi alla problematica della dipendenza in generale, che il gruppo possa essere breve e intensivo poiché questo permette la focalizzazione esclusiva sull'obiettivo in questo caso di poter vivere senza fumo. A questo proposito l'Autore sostiene che la brevità possa favorire un clima di gruppo al cui interno possa risultare indispensabile la *temporalità*. Infatti, è proprio grazie alla consapevolezza del termine del gruppo e della sua relativa brevità che i partecipanti possono mobilitare delle risorse che non sarebbero altrimenti messe in campo se esercitate all'interno di un setting illimitato. Questo perché attraverso una ferma focalizzazione da parte del conduttore, vi è, all'interno dello stesso clima di gruppo, la tensione all'ottimizzare il più possibile la ricchezza e la complessità delle dinamiche e delle risorse che possono essere messe in campo all'interno di tale contesto. La *temporalità*, inoltre, favorisce anche di rendere i singoli partecipanti consapevoli della fine del gruppo. Questo atteggiamento mentale permette al singolo, da una parte di trarre maggiori benefici e forza derivanti dalla coesione attorno ad un problema condiviso e dall'altra di interiorizzare un rafforzamento della propria motivazione nell'utilizzare quanto ricevuto in ambito individuale.

Molti autori americani e lo stesso Carlo Zucca Alessandrelli sottolineano l'importanza e l'efficacia della psicoterapia di gruppo a tempo determinato con i dipendenti da sostanze psicoattive. Sulla base della mia esperienza di decennale conduzione di gruppi per fumatori, pur considerando la dipendenza da tabacco con peculiarità e gravità diverse da altri tipi di dipendenze, e altresì utilizzando interventi di tipo cognitivo-comportamentale, ritengo che i contributi teorici citati rappresentano un'importante riferimento anche per il trattamento del tabagismo.

Bibliografia

- Alonso A., 1989, Character change in group therapy, Grand Rounds presentato al Cambridge Hospital. Citato in Khantzian et al. (1990).
- AA.VV., 1994, Il lavoro di gruppo con tossicodipendenti. Esperienze a confronto nel veronese, Il Moschino. VII, 5, I-LXIV.
- AA.VV., 1996, Dipendenze: i confini e l'orizzonte, Volume degli Abstracts del 2° Congresso Nazionale della Società Italiana Tossicodipendenze, svoltosi a Padova il 26-28 settembre 1996.
- Bonfà F., 1990, Un'esperienza di psicoterapia di gruppo con ex tossicodipendenti sieropositivi all'HIV, Riv. Sperim. Freniatr. CXIV, 1-13.
- Borriello J.F., 1979, Group Psychotherapy with Acting-Out Patients: Specific Problems and Technique, American Journal of Psychotherapy. XXXIII, 4, 521-530.
- Carraro I., Trinciarelli G., Ronchini F., Lotti V., Nardi P.G., 1997, L'accoglienza "integrata" di gruppo come spazio di "contenimento" mentale nel trattamento delle tossicodipendenze, in: I. Carraro, V. Lotti (a cura di), I gruppi terapeutici nei disturbi da sostanze. Piccin, Padova, 22-33.
- Carraro I. e Ricci G.P. (a cura di), 2001, Percorsi di Gruppo nella Cura delle Dipendenze da Sostanze. Tip. Canova, Dolo (Ve).
- Clerici M., Carta I., 1988, Modelli di trattamento gruppale per eroinodipendenti e comunità terapeutica, Riv. Sperim. Freniatr. CXII, 2, 316-337.
- Cooper D., 1987, The Role of Group Psychotherapy in the Treatment of Substance Abusers, Amer. Journal of Psychother., XLI, 1, 55-67.
- Fasolo F., 1989, La psicoterapia di gruppo nelle tossicomanie, Psych. Gen. e dell'Età Evol. 27, 3, 569-586.
- Flores P.J., 1996, Group Psychotherapy with Addicted Populations. 2ª ed., Haworth Press, New York.
- Flores P.J., Mahon L., 1993, The Treatment of Addiction in Group Psychotherapy, Intern. Journ. of Group Psychother. 43, 2, 143-156.
- Freud S., 1933, Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni), in: Opere. Boringhieri, Torino, 1989, 11.
- Kestemberg E., Kestemberg I., 1972, trad.it. 1974, La fame e il corpo. Astrolabio, Roma.
- Khantzian E.J., Halliday K.S., McAuliffe W.E., 1990, trad. it., La Dipendenza e il Sé Vulnerabile. La Terapia Dinamica di Gruppo Modificata per Dipendenti da Sostanze. Piccin, Padova, 1997.
- Klein R.H., Orleans J.F., Soule C.R., 1991, The axis II group: treating severely characterologically disturbed patients, Intern. Journal Group Psychother. 41, 97-115.
- Kumin I., 1996, trad.it., 1999, Relazionalità Pre-Oggettuale. Borla, Roma.
- Lombardo A., 1988, Resoconto personale di un'esperienza di gruppo per tossicodipendenti, Prospettive Psicoanal. nel Lavoro Istituz. 6, 1, 11-18
- Mackenzie R.K., 1997, trad.it., 2002, Psicoterapia di Gruppo a Tempo Limitato. Applicazioni cliniche pratiche. Ed. Erickson, Trento.
- Mammana G., Ferrone C.M., Valvano L., Ferrulli E., 1992, I gruppi nella strategia del servizio. Il significato dei gruppi di accoglienza e dei gruppi di terapia. Salute e Prevenzione. II, 5, 15-19.
- Matano R.A., Yalom I.D., 1991, Approaches to chemical dependency: chemical dependency and interactive group therapy – a synthesis. Intern. Journal Group Psychother. 41, 269-293.
- Ricci G., Cibir M., Ditadi A., Gozzetti G., 1992, Disturbi narcisistici in pazienti con uso di oppioidi: un'esperienza terapeutica di gruppo. Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva. 30, 507-516.
- Ricci G., Brambilla C., Barillaro A., Segantin C., Tavella G., Cibir M., 1999, Un'esperienza di psicoterapia di gruppo con pazienti in metadone. Gli Argonauti. 82, 269-278.
- Ricci G., Cibir M., Tonellato G. (a cura di), 1999, I gruppi terapeutici nei disturbi da uso di sostanze. La Garangola, Padova.
- Vannicelli M., 1988, Group Therapy aftercare for alcoholic patients. Intern. Journal Group Psychother, 38, 3, 337-353.
- Winnicott D.W., 1971, trad.it., 1974, Gioco e Realtà. Armando, Roma.
- Zardi L. et al., 1986, Psicoterapia di gruppo per genitori di tossicodipendenti: un'esperienza di intervento multifamiliare. Riv. Sperim. Freniatr. CX, 6, 1116-1134.
- Zucca Alessandrelli C., 1982, La malattia della differenza: l'indifferenza. Gli Argonauti. 12, 5-21.
- Zucca Alessandrelli C., 1983, Relazione analitica e tossicodipendenti: la modulazione del setting. Gli Argonauti. 18, 183-199.
- Zucca Alessandrelli C., 1998, Come per magia. La ripresa delle funzioni. Gli Argonauti. 79, 265-280.
- Zucca Alessandrelli C., 1999, La dipendenza e il gruppo. In Ricci G., Cibir M., Tonellato G., I gruppi Terapeutici nei Disturbi da Uso di Sostanze. Tip. La Garangola, Padova, 9-12.
- Zucca Alessandrelli C., Giannelli A., 2000, Nuove vie delle psicoterapie di gruppo. Psichiatria Oggi. 1, 43-45.

⁶ A questo gruppo di studio partecipano Giampietro Ricci, Irmo Carraro, Andrea Giannelli e Carlo Zucca Alessandrelli

SECONDA PARTE

Indicazioni operative per la realizzazione del
trattamento di gruppo per smettere di fumare TGFUMO

Daniela Orlandini e Annarosa Pettenò

*Una sigaretta è il prototipo perfetto di un perfetto piacere.
E' squisita e lascia insoddisfatti. Che cosa si può volere di più?*

Oscar Wilde

Il modello di Trattamento di Gruppo per fumatori denominato **TGFUMO** che andiamo a presentare è frutto del lavoro di elaborazione di quanto illustrato nella prima parte della presente pubblicazione e si basa su alcuni principi condivisi dagli autori che qui brevemente accenniamo.

Innanzitutto gli elementi che ci hanno guidato nella stesura del modello **TGFUMO** fanno riferimento ai principi di base delle Dipendenze Patologiche. La manifestazione essenziale della Dipendenza da Sostanze è rappresentata da un gruppo di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici indice che il soggetto continua a far uso della sostanza nonostante la presenza di problemi significativi ad esso correlati. L'individuo non riesce a evitarne l'uso pur conoscendone razionalmente le conseguenze ed anche se desidera interromperlo.

Per buona parte del 20esimo secolo, fumare era considerata una abitudine sociale oltre che una scelta personale e, solo da pochi decenni, è stato riconosciuto il ruolo fondamentale della nicotina nel sostenere la dipendenza (Martin J Jarvis, 2004). La nicotina infatti fa parte del lungo elenco delle sostanze psicoattive in grado di generare dipendenza sia fisica che psichica (APA, 1994).

Ricordiamo che tutte le forme di dipendenza patologica hanno in comune :

- *L'astinenza*: comparsa di una specifica sintomatologia alla sospensione od alla brusca riduzione della sostanza.
- La *tolleranza*: l'effetto diminuisce con l'uso continuativo ovvero necessità di dosi più elevate per raggiungere l'effetto desiderato.
- La *perdita* di controllo: il soggetto non riesce a controllare l'uso della sostanza.
- La *presenza* di danni psichici, fisici e/o sociali.

I meccanismi comuni nelle *Addiction* sono l'incapacità di astenersi dal comportamento d'uso, il craving, la paura della sofferenza psichica in caso di sospensione repentina, il profondo sentimento di perdita di libertà (vedi cap.10 "La Dipendenza da Tabacco"). Tutto ciò è ben presente all'operatore che si occupa di fumatori e di come, invece, comunemente venga sottovalutato il forte legame esistente tra fumatore e sigaretta.

Altri elementi comuni alle dipendenze riguardano il contatto con la sostanza e l'instaurarsi del comportamento d'uso/abuso in genere in età adolescenziale, la precocità dell'inizio quale indicazione della futura gravità, il periodo a volte anche molto lungo prima di giungere alle cure. Si tratta inoltre, come venne definito dall'OMS, di un disturbo cronico e recidivante. La ricaduta, infatti, fa parte della storia naturale anche del fumatore ed è una evenienza frequente durante e dopo il trattamento (vedi cap.12).

Un aspetto molto importante per il trattamento di tutte le forme di dipendenza è la motivazione al cambiamento e al relativo stadio in cui il soggetto si trova al momento della consultazione. Lo studio di questi aspetti, iniziato

proprio con i fumatori, ha avuto ed ha tuttora una grande valenza nell'operatività (vedi cap.9).

Un altro elemento di base riguarda la possibilità di attivare con il nostro intervento di gruppo un processo attraverso il quale l'individuo acquista maggiore controllo sulle decisioni e le azioni che incidono sulla propria salute, utilizzando quindi concretamente il concetto di "empowerment", introdotto da Rappaport nel 1977, definito appunto come l'acquisizione di potere, ovvero l'incremento delle capacità delle persone a controllare attivamente la propria vita (Zani e Palmonari, 1996). È in questa ottica che si collocano gli stili di vita per la salute e la qualità della vita. Ricordiamo che gli stili di vita individuali, caratterizzati da modelli di comportamento identificabili, possono avere profonde ripercussioni sia sulla salute di una persona che su quella degli altri e della comunità. Gli stili di vita sono la somma dei comportamenti benefici per la salute e di quelli a rischio. I comportamenti a rischio generalmente vengono appunto definiti "rischiosi" in base a dati di carattere epidemiologico o sociale. Riuscire a modificare il comportamento a rischio è uno dei principali obiettivi che si prefigge l'educazione alla salute, favorendo al contempo quelle attività intraprese da un individuo allo scopo di promuovere, tutelare o preservare appunto la propria salute (comportamento benefico per la salute) (CIPES, 2002).

La qualità della vita invece, secondo l'OMS, è il modo in cui gli individui percepiscono la loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori nei quali essi vivono e in relazione con i loro obiettivi, le loro aspettative, norme e preoccupazioni. Si tratta di un concetto ampio, che include in modo complesso la salute fisica di una persona, il suo stato psicologico, il suo grado di indipendenza, le sue relazioni sociali, le convinzioni personali e la sua relazione con gli elementi importanti dell'ambiente circostante.

L'obiettivo di migliorare la qualità di vita accanto a quello di prevenire problemi di salute evitabili, ha assunto un'importanza particolare nell'area della promozione della salute e per questo l'OMS ha definito sei grandi aree⁷ che descrivono gli aspetti essenziali della qualità di vita in una prospettiva transculturale (OMS, 1999).

Il gruppo di lavoro, come illustrato nella Prima Parte, ha definito il modello **TGFUMO** attraverso un processo, cioè una serie di atti necessari per ottenere un prodotto, facendo riferimento ad una elaborazione costruita secondo un quadro logico⁸.

Abbiamo cercato di costruire un modello in base al livello gerarchico che partendo dall'obiettivo generale⁹ ordina per ogni incontro di gruppo obiettivi specifici, azioni, strumenti e tecniche al fine di fornire una guida ai conduttori per l'attuazione del **TGFUMO**. Basandosi su questa logica, il modello è dotato anche di una base per la complessiva attività di monitoraggio e valutazione delle azioni proposte.

Tutto ciò non per mero esercizio accademico, ma per dotare i conduttori di uno schema comune di riferimento riproducibile, con coerenza interna ed esterna¹⁰, rispondente ai bisogni degli utenti, adeguato alle esigenze attuali di contenere i costi salvaguardando i benefici.

Siamo quindi partiti, come già detto, dalla raccolta delle esperienze esistenti per giungere a razionalizzare in termini di costi/benefici secondo un modello coerente di intervento. Le tecniche di gruppo in questo senso sembrano offrire in tempi di "managed care" oculato una risposta non superficiale e non antieconomica, rispettosa della complessità del problema ed in grado di fornire risposte concrete (Brunori,1999).

Ricordiamo come il gruppo rappresenta un potenziale positivo la cui azione moltiplicatrice facilita e accelera i processi di cambiamento fornendo contemporaneamente un forte supporto tra i partecipanti.

Infine, il modello **TGFUMO** è stato elaborato pensando anche alla possibilità di inserire a discrezione del conduttore delle varianti dettate dalla propria esperienza professionale ad integrazione delle azioni, tecniche e strumenti di base predisposti.

Questa pubblicazione, inoltre, rappresenta uno sforzo per avere un testo guida atto alla formazione di nuovi conduttori al fine di ampliare l'offerta ai cittadini che intendono smettere di fumare.

Il prosieguo del programma della Regione del Veneto prevede l'aggiornamento dei conduttori già attivi e la formazione di nuovi proprio per implementare il modello **TGFUMO** in maniera uniforme nel territorio veneto.

Bibliografia

- APA-American Psychiatric Association,1994, Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders – DSM IV, Washington D.C., American Psychiatric Press
- Bezzi Claudio, 2007, Glossario della ricerca valutativa, www.valutazione.it
- Brunori Luisa, 1999, L'economicità del gruppo in tempi di managed care. Tra analisi interminabile e psicofarmaci, Intervista di Anna Grazia, Bologna 15 -17 ottobre 1999, <http://www.pol-it.org/ital/brunori.htm#farmaci>
- CIPES, 2002, Glossario della Promozione della Salute. www.cipespiemonte.it
- Martin J Jarvis, 2004, ABC of smoking cessation. Why people smoke, BMJ, Vol 328, 31 gennaio, www.epicentro.iss.it
- OMS, 1999, Glossario della promozione della salute, www.who.dk
- Zani B., Palmonari A., 1996, Manuale di Psicologia di Comunità, Il Mulino, Bologna.

⁷ L'OMS ha identificato sei ambiti atti a descrivere, in modo interculturale, gli aspetti fondamentali della qualità di vita: un ambito fisico (ad es. l'energia, la fatica), un ambito psicologico (ad es. i sentimenti positivi), il livello di indipendenza (ad es. la mobilità), i rapporti sociali (ad es. un concreto appoggio sociale), l'ambiente (ad es. l'accessibilità dell'assistenza sanitaria), le credenze personali e la spiritualità (ad es. lo scopo nella vita). Gli ambiti riguardanti la salute e la qualità di vita sono complementari e sovrapponibili.

⁸ Per quadro logico si intende uno schema riepilogativo dei tratti principali di un progetto o programma, utilizzato per strutturare ed esporre gli elementi essenziali del pianificatore e dell'esecutore in forma standardizzata e trasparente, mostrando opzioni, variabili ed elementi critici; opportunamente utilizzato può essere uno strumento di valutazione in quanto comprende la descrizione degli obiettivi generali e specifici, gli indicatori degli obiettivi e le procedure operative degli stessi, le ipotesi di variabili positive e negative (Bezzi, 2007).

⁹ Per obiettivo si intende lo scopo e i fini desiderati per cui viene realizzato un programma; il termine è comunque piuttosto generico, ed è opportuno connotarlo per distinguere vari tipi di obiettivi: obiettivo generale (nel nostro caso l'obiettivo generale è la cessazione dell'uso del tabacco) e obiettivo specifico o operativo (nel nostro modello ogni incontro di articola in più obiettivi specifici che indicano con chiarezza i cambiamenti o i risultati attesi).

¹⁰ Per coerenza interna si intende il rapporto fra obiettivi di un programma e sue misure, o più in generale fra obiettivi generali e secondari, mentre per coerenza esterna si ha riferimento alla corrispondenza fra obiettivi di un programma con quelli di altre attività correlate (Bezzi, 2007).

*Chi ben comincia è a metà dell'opera.
Proverbio italiano*

L'esperienza di questi ultimi anni nel Veneto, così come emerso dalle conclusioni dei gruppi di lavoro dei conduttori, ha portato alla rilevazione di una graduale diminuzione della partecipazione a questo tipo di trattamento, dopo una prima fase di forte espansione dei corsi per smettere di fumare (vedi cap. 3). Da un numero di 40/50 corsisti per corso, si è arrivati a gruppi mediamente di 20/30 fumatori, anche se esistono ancora delle eccezioni di realtà venete con gruppi ampi. Una delle motivazioni di tale variazione è che in questi anni non solo la tipologia stessa dei fumatori è cambiata, ma anche l'esclusività di intervento è venuta meno.

Accanto al gruppo intensivo per smettere di fumare che un decennio fa era l'unico e principale sostegno ai fumatori che volevano smettere di fumare, nel tempo sono comparse altre occasioni di aiuto, più o meno efficaci, più o meno costose, che hanno goduto di un grande impiego di pubblicità, avvalendosi anche di spot televisivi: cerotti e gomme da masticare alla nicotina, compresse sublinguali, smoke-center, agopuntura, preparati erboristici, inalatori.

Questo proliferare se da una parte ha contribuito ad aumentare l'attenzione della popolazione sulla necessità di dover smettere di fumare quale comportamento auspicabile e soprattutto possibile, dall'altra ha creato una piacevole occasione di *concorrenza* tra i diversi metodi.

In questo panorama, pur impiegando da sempre i consueti sistemi di pubblicizzazione dei gruppi per smettere di fumare quali locandine, dépliant, mass media locali, ecc. si è comunque registrato questo calo fisiologico della numerosità media dei fumatori partecipanti. È altresì emerso dalle varie esperienze locali che molti sono i fattori che possono influenzare il reclutamento dei fumatori. Oltre alle variabili specifiche legate alle situazioni locali vanno tenuti in considerazione anche i fattori legati alla gravità della dipendenza e alla motivazione personale del fumatore. Tali variabili spesso imprevedibili richiedono una procedura di reclutamento dei partecipanti flessibile ed adattabile alle singole realtà.

Finora molte sono state le strategie, i contenuti ed i canali che gli operatori veneti hanno sperimentato ed utilizzato per promuovere i corsi. Un'esigenza particolarmente sentita da chi opera sul campo è quella di avere una *regia* locale coordinata e strutturata che programmi e organizzi le attività di pubblicizzazione, che sviluppi sinergie e lavori in rete, che economizzi le innumerevoli risorse ed energie necessarie in questa fase preliminare, ma estremamente importante per la buona riuscita dell'iniziativa.

In questo capitolo vengono sintetizzati gli strumenti, i contenuti, le modalità utilizzate ad oggi nell'attività promozionale dei gruppi raccolti dalle esperienze riportate dai conduttori.

Da questo elenco ognuno può ricavare idee, nuove e aggiuntive, rispetto a quanto già sperimentato e realizzato nel proprio territorio, verificandone soprattutto la fattibilità e l'utilità. Un commento comune dei conduttori è stata la consapevolezza che soltanto alcuni degli intermediari o dei canali utilizzati finora sono risultati essere realmente

efficaci nel promuovere un valido reclutamento di fumatori. Se questo è vero, però, lo è altrettanto il fatto che tra le prestazioni sanitarie offerte al cittadino quella dei gruppi per smettere di fumare è tra le più giovani e tra le meno conosciute agli occhi degli opinion leaders, siano essi di derivazione sanitaria che sociale o pubblica.

Pertanto se è vero che coinvolgere un ampio numero di opinion leaders, o quelli ritenuti imprescindibili (per es. i medici di medicina generale), aumenta di poco il reclutamento al trattamento di gruppo, è altrettanto vero che tale informazione costituisce comunque un messaggio rinforzante della necessità di smettere di fumare e della presenza dell'attività volta a favore dei fumatori. Si tratta quindi di un'azione importante di sensibilizzazione dei nodi significativi della rete per la promozione di stili di vita sani, un investimento ed una risorsa per il futuro. In questa ottica quindi nel tempo si è passati da una iniziale pubblicizzazione prettamente in ambiti sanitari ad una diffusione di comunità ovvero nei luoghi significativi di vita quali scuole, luoghi di lavoro, parrocchie, associazioni, luoghi per il tempo libero, ecc.

Da questo punto di vista ogni operatore / coordinatore / organizzatore di un trattamento di gruppo per smettere di fumare è invitato a valutare localmente i costi / benefici e decidere dove estendere questa azione, che in questa ottica va ben oltre la pubblicizzazione per divenire un'azione di marketing sociale.

L'esperienza pregressa ha messo in luce che tutti gli operatori veneti utilizzano le locandine, che quasi sempre vengono realizzate artigianalmente e fotocopiate. Molti impiegano sempre la stessa immagine e/o logo per pubblicizzare l'iniziativa, altri cambiano ogni anno ad esempio utilizzando i disegni prodotti dagli studenti che partecipano a progetti di prevenzione del tabagismo in ambito scolastico. Altri ancora realizzano manifesti *annuali* inserendo il calendario con tutte le date e le sedi di svolgimento dei gruppi relativi all'intero anno.

Nel corso del tempo si sono aggiunti ai tradizionali strumenti e canali, nuove opzioni determinate dall'apertura di siti aziendali o dalla creazione di notiziari diretti alla popolazione generale prodotti dalle Az.ULSS.

La pubblicizzazione avviene in maniera capillare attraverso l'uso di:

- Articoli sui mass media locali: giornali, spot radiofonici e televisivi.
- Utilizzo di mailing list per la comunicazione rivolta ai medici di medicina generale, ai Pediatri di Libera Scelta e medici ospedalieri, attraverso il coinvolgimento del Servizio Convenzioni dell'Azienda ULSS che dispone già di tali canali e strumenti.
- Invio delle locandine ai reparti ospedalieri, ai distretti socio-sanitari, ai poliambulatori, ecc.
- Affissione delle locandine in ambienti sanitari (farmacie, ambulatori, studi dentistici, ecc.) e non solo (supermercati e centri commerciali, palestre, ecc.).
- Invio di locandine alle scuole, alle biblioteche cittadine, ai Comuni, agli uffici anagrafe, ecc.
- Invio di lettere agli ex fumatori.
- Eventuale affissione di striscioni in PVC in percorsi stradali principali cittadini.
- Messaggi sui monitor degli Uffici Informagiovani.
- Coinvolgimento degli URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) e/o dell'Ufficio Stampa presenti in ogni ULSS.
- Newsletter o rivista dell'ULSS.
- Coinvolgimento degli Addetti alla vigilanza per il controllo del fumo nei vari servizi.

Si fa presente che alcuni servizi pubblici gestori dei gruppi coinvolgono e/o collaborano con Associazioni di volontariato di ex fumatori, che danno un prezioso supporto organizzativo e svolgono molte delle attività di pubblicizzazione previste.

Ambito	Target	Strumenti
Ambulatori MMG e Pediatri di Libera Scelta	Assistiti e loro famigliari	Locandine / dépliant Lettera ai propri assistiti fumatori Prescrizione / invio mirato
Ambulatori specialistici di pneumologia e cardiologia	Pazienti e loro famigliari	Locandine / dépliant Prescrizione / invio mirato
Sale d'attesa di centri prelievi ed esami, Centri Unici Prenotazioni, distretti socio-sanitari, consultori pubblici e convenzionati, ospedali ed ambulatori pubblici e convenzionati, studi dentistici, farmacie.	Utenti	Manifesti Locandine / dépliant
Azienda ULSS	Utenti	Sito aziendale Notiziario aziendale URP Numero verde
Scuole di ogni ordine e grado	Genitori Docenti Personale non docente	Locandine / dépliant Lettera ai genitori
Luoghi di lavoro	Lavoratori	Notiziari CRAL o sindacali Incontri con RLS e dirigenza Locandine / dépliant Manifesti Prescrizione / invio da parte del medico competente
Palestre, piscine, gruppi/associazioni sportive	Allenatori Atleti	Locandine / dépliant Siti
Parrocchie	Parrocchiani Gruppi parrocchiali (AC, scout, catechisti, ecc.)	Bollettino parrocchiale / diocesano Sito parrocchiale e diocesano Locandine / dépliant
Mass Media	Popolazione generale	Annunci, articoli, interviste, servizi, inchieste su giornali, radio e tv locali
Comuni: uffici comunali aperti al pubblico, consigli di quartiere, biblioteche, informagiovani, ecc.	Cittadini Dipendenti comunali	Locandine / dépliant URP Incontri informativi e di sensibilizzazione con la popolazione
Associazioni culturali, ricreative, di volontariato, ecc.	Soci e utenti	Locandine / dépliant Incontri informativi e di sensibilizzazione Lettera ai soci Sito associativo Notiziario dell'Associazione

Marketing Sociale

Daniela Orlandini e Annarosa Pettenò

"Il marketing sociale è l'utilizzo dei principi e delle tecniche del marketing per influenzare un gruppo di destinatari ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare in modo volontario un comportamento allo scopo di ottenere un beneficio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso" (Kotler, Roberto, Lee, 2002).

In ambito sanitario i termini marketing e promozione sono spesso utilizzati in modo intercambiabile, anche se in realtà la promozione è solo uno degli elementi della più complessa strategia di marketing.

Quando si intende allestire una efficace azione di promozione per la salute come nel caso un'offerta di terapia di gruppo per smettere di fumare, è utile porsi le seguenti domande:

Qual'è il prodotto? È un servizio, un comportamento, una prestazione o altro che soddisfa un bisogno del consumatore/utente a fronte di un costo (tempo, denaro, fatica, ecc.) che egli deve sostenere per fruirne o aderirvi. *Il TGFUMO è una prestazione che viene offerta ai fumatori per smettere di fumare che implica una spesa economica, la disponibilità a dedicare 18 ore del proprio tempo distribuito in 9 incontri, l'impegno e la fatica di astenersi dal tabacco e di mettersi in gioco in un ambito grupale.*

Chi è il consumatore? Oltre a considerare i criteri basilari della segmentazione del target, è importante conoscere da dove i consumatori acquisiscono abitualmente le informazioni. *Il TGFUMO è stato concepito per i fumatori che si trovano negli stadi motivazionali della contemplazione, della determinazione e dell'azione, che verosimilmente fumano da circa 10 anni e che quindi sono adulti.*

Qual'è l'obiettivo della promozione del prodotto? L'obiettivo è rendere il consumatore consapevole dell'esistenza del prodotto e motivarlo all'acquisto. *Il TGFUMO è un'offerta per smettere di fumare scientificamente attendibile e come tale deve essere presentata agli utenti; inoltre il TGFUMO va presentato come un mezzo per trarre dei benefici per la propria salute.*

Qual'è il contenuto del messaggio? Il messaggio deve basarsi sui tre obiettivi della promozione sopra citati. Inoltre, deve descrivere il prodotto, i vantaggi che offre al consumatore, quanto costa e dove si può reperire.

Quali materiali utilizzare per veicolare il messaggio? Quando si sceglie il tipo di materiale più adatto alla promozione, occorre seguire i seguenti criteri: l'obiettivo della comunicazione, le preferenze dei consumatori, il costo degli strumenti e dei materiali.

Quali strumenti utilizzare? Gli strumenti di promozione più utilizzati sono la pubblicità, il marketing diretto, Internet e il marketing interattivo, le vendite promozionali, la vendita diretta e le relazioni pubbliche. Ognuno di questi può essere utilizzato per incrementare la *vendita* del prodotto, spingere le persone ad utilizzarlo o ad adottare un comportamento, aumentare la consapevolezza ed evidenziarne i benefici. Inoltre, le relazioni pubbliche possono contribuire a creare un'immagine positiva dell'organizzazione e dei suoi prodotti.

Nel caso del TGFUMO si raccomandano in particolare i sempre validi materiali cartacei, in quanto i materiali multimediali richiedono un budget consistente e sono destinati ad un target attrezzato tecnologicamente (ad esempio per consultare un sito o ricevere una e-mail si deve disporre di un pc con collegamento internet). I materiali cartacei vanno studiati graficamente (colori, immagini, bianchi e pieni, ecc.) in maniera tale da attrarre l'attenzione e al contempo veicolare in maniera chiara un messaggio, tra essi citiamo:

- **volantino** da distribuire a mano, da lasciare in luoghi molto frequentati o da inviare per posta ha il pregio di essere economico e raggiungere una larga fetta di popolazione;
- **cartellino** appeso sui mezzi di trasporto pubblici: ha una grande visibilità ma deve fornire solo poche indicazioni come ad esempio a chi o dove richiedere informazioni;
- **locandina** da collocare in locali strategici e visibili, può contenere una breve presentazione del problema/servizio;
- **pieghevole** che permette una presentazione generale, una base minima d'informazioni e una eventuale scheda di iscrizione;
- **folder** (giornalino di 4-8 pagine) è finalizzato a trattare in maniera abbastanza approfondita l'argomento; ha una

grafica più complessa e generalmente è mirato ad un pubblico selezionato;

- **brochure** con un numero superiore di pagine rispetto al precedente, può contenere una presentazione completa diretta a persone interessate all'argomento, in particolare operatori;
- **manifesti**, alta visibilità per la popolazione generale; va presa in considerazione che l'affissione ha dei costi (tassa comunale e spese per affissione).

Va ricordato inoltre che è utile sfruttare il passaggio nelle strutture pubbliche lasciando i materiali ben in vista ad esempio vicino all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, all'ingresso della struttura, nella sala di attesa, nel locale dove si ritirano certificati o esami.

L'attività di promozione può essere sostenuta con incontri di presentazione del servizio o della prestazione; si possono anche organizzare incontri a tema in Centri Culturali, Quartieri, Parrocchie o luoghi significativi per la città, sia rivolti alla cittadinanza che agli "addetti al settore" prevedendo una amplificazione tramite stampa e radio/TV locali.

Ricordiamo che gli interventi che utilizzano i mass media con l'obiettivo di incoraggiare i fumatori a smettere sono stati oggetto di una revisione Cochrane (Bala, Strzeszynski, Cahill, 2008) dalla quale si evince che essi possono produrre dei cambiamenti negli adulti quando rappresentano un elemento di un più complesso programma di comunità di contrasto al tabacco.

Bibliografia

- Kotler P., Roberto N., Lee N., 2002, *Social Marketing – Improving the Quality of Life*, Thousand Oaks California, Sage Publications
- Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD004704. DOI10.1002/14651858.CD004704.pub2, <http://www.tobacco.cochrane.org/en/index.html>
- Per approfondire consultare il sito dell'Associazione di Promozione Sociale "Marketing sociale e comunicazione per la salute" (<http://www.marketingsociale.net/>) e il sito dell'Institut for Social Marketing dell'University of Stirling (<http://www.ism.stir.ac.uk/index.htm>)


 organizzano un nuovo corso
PER SMETTERE DI FUMARE



IO HO SMESSO!
 Il corso prevede due fasi:
 Fase 1: 5 serate consecutive condotte da un medico e da uno psicologo, con l'introduzione da quest'anno di nuove tecniche;
 Fase 2: al termine della prima fase, seguiranno 6 incontri settimanali (facoltativi) di auto-aiuto condotti dallo psicologo.

Il prossimo corso si terrà:
 Dal **21 maggio** al **25 maggio 2007**
 dalle ore 20.00 alle 21.45 a **Castelfranco**
 presso la Sala Riunioni dell'Ospedale
 Il costo complessivo è di 50 euro. Per informazioni ed iscrizioni contattare il Ser.A.T. Servizio di Acologia e Tabagismo al numero **0423.732759**

CORSI PER SMETTERE DI FUMARE
UNA SCELTA LIBERA



REGIONE DEL VENETO
 giunta regionale
 DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE
 UNITAB
 UNITA' TABAGISMO


Smetti di fumare. Comincia a volerti bene.
 è un'idea New Company

Ex fumatore.
Gusto extra forte.

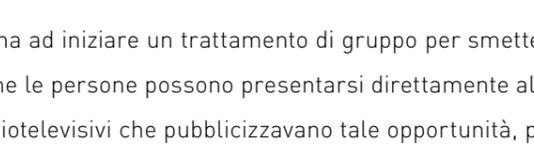


Smettere di fumare: c'è molto più gusto.

A.U.LSS 6 "Vicenza" - Ser.T.
 (Servizio per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo)
 Contrà Mure San Domenico, 4 - Tel. 0444 213111 - 213115
 e-mail: smettodifumare@ulssvicenza.it

Azienda ULSS 19 Vicentina
 Servizio per le Dipendenze
 Unità Operativa di Prevenzione
 alle Dipendenze

Rinuncio al fumo!!
 un corso per smettere di fumare



9

MODALITÀ DI ACCESSO AL TGFUMO

Gianni Zini e Annarosa Pettenò

Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse stesse hanno scoperto piuttosto che da quelle scaturite dalla mente di altri.
 Blaise Pascal.

Motivazioni al trattamento

I motivi che inducono una persona ad iniziare un trattamento di gruppo per smettere di fumare sono molteplici. Nell'esperienza veneta risulta che le persone possono presentarsi direttamente al primo incontro perché hanno letto manifesti o sentito spot radiotelevisivi che pubblicizzavano tale opportunità, perché sono stati indirizzati da un familiare o da altri partecipanti o ex-fumatori, perché inviati dal medico di medicina generale o da un servizio o reparto ospedaliero, recentemente anche dall'ambulatorio di II° livello per il tabagismo.

Diversa sarà quindi la motivazione con la quale si presenterà la persona che spontaneamente si iscrive al **TGFUMO**, da quella di che invece viene "spinta" a parteciparvi. La motivazione non è conseguentemente da intendersi come maggiore o minore: colui che accede su indicazione del medico di fiducia può presentare una motivazione maggiore rispetto a coloro che decidono di propria iniziativa.

La motivazione personale è un elemento chiave rispetto all'esito del trattamento in tutte le dipendenze e quindi anche nel tabagismo. I soggetti con comportamenti di dipendenza da sostanze sembrano in genere poco collaborativi al trattamento; per essi i benefici immediati nell'uso di una sostanza, anche se questa è riconosciuta come dannosa, prevalgono sulla consapevolezza dei rischi. Tali pazienti risultano poco motivati; ad esempio, il fumatore che dichiara di voler smettere, non sempre intende realmente farlo: vorrebbe smettere, ma poi attuarlo sembra più difficile del previsto. In ragione di ciò, sarebbe opportuno in alcuni casi suggerire un colloquio che consenta di focalizzare meglio e valutare a quale stadio motivazionale si trova il fumatore.

Funzioni del colloquio preliminare

Le ragioni per cui si suggerisce un colloquio preliminare al **TGFUMO** riguardano il gruppo, il singolo, il conduttore:

- Nei confronti del **gruppo**, il colloquio svolge uno scopo "protettivo". L'abbandono del programma dei soggetti poco motivati potrebbe, infatti, avere una ricaduta negativa sugli altri partecipanti, creando un clima di sfiducia e una diminuzione dell'autoefficacia percepita.
- Per il **singolo**, invece, il colloquio può rappresentare un momento di riflessione, dove si possono verbalizzare le resistenze e le difficoltà nell'intraprendere un tale percorso. Essendo un momento individuale, e quindi con una valenza emotiva maggiore, può rappresentare una spinta verso il cambiamento.
- Infine, per il **conduttore** può risultare utile conoscere la composizione del gruppo. La presenza di soggetti con

un livello di motivazione differente, permette di fare una previsione sui risultati ed evitare idee irrealistiche circa la buona riuscita del programma.

Il colloquio preliminare permette anche di evidenziare situazioni per le quali è sconsigliabile intraprendere il **TGFUMO**, vale a dire persone che consumano in modo attivo sostanze psicoattive legali e/o illegali, o che siano in fase di dimissione da un trattamento terapeutico riabilitativo per le stesse.

Quando attuare il colloquio preliminare

La possibilità di effettuare un colloquio dipende dal contesto nel quale avviene il contatto con il fumatore. Se ci si trova in un ambulatorio, reparto ospedaliero o servizio territoriale ed è possibile mettere a disposizione un operatore, non vi sono difficoltà. Si tratta in questi casi di un colloquio per valutare se sussistono le indicazioni per frequentare il **TGFUMO**.

Se emerge che la motivazione è scarsa ma la persona intende comunque intraprendere il percorso, ciò depone a favore di un possibile incremento della motivazione. Se invece, la persona non è motivata al **TGFUMO**, è necessario invitare l'interessato ad un percorso individuale dove approfondire gli aspetti motivazionali.

Come condurre il colloquio motivazionale

Per affrontare le situazioni in cui è presente un'insufficiente motivazione al cambiamento possono risultare indicati colloqui con il paziente per meglio focalizzare e sviluppare il livello di motivazione presente. Il cambiamento viene considerato come il mutamento di un equilibrio: la modificazione di un'abitudine matura a partire dal progressivo prevalere di fattori negativi (perdite, costi, pericoli) che, emergendo alla consapevolezza, superano gli effetti positivi (vantaggi, benefici) sui quali l'abitudine stessa si era mantenuta. *Ad esempio: il fumatore a seguito di una "seria" bronchite comprende che i pericoli reali per la salute sono immediati quanto i vantaggi (piacevolezza, relax indotto dal fumo, ecc.).*

Le crescenti contraddizioni derivanti dalla consapevolezza dei fattori negativi possono essere la spinta che impone di assumere una decisione. Questa situazione di tensione può avviare una reale modifica del comportamento problematico, ma può anche sfociare in un rafforzamento delle difese (minimizzazione, razionalizzazione, negazione, modifica della percezione di sé e altro) e quindi in un rafforzamento dell'abitudine che si voleva cambiare. *Ad esempio: il continuo insistere dei familiari nei confronti del fumatore per indurlo a smettere può creare un clima di nervosismo continuo, farlo sentire inadeguato e rafforzare l'abitudine al fumo.*

Secondo la prassi del colloquio motivazionale esistono alcune capacità relazionali dell'operatore che possono facilitare il cambiamento. Sviluppare un'elevata abilità di ascolto riflessivo ed empatico è uno dei prerequisiti fondamentali del colloquio motivazionale. È proprio l'atmosfera di accettazione e di comprensione che facilita il cambiamento, mentre le pressioni esterne a cambiare lo bloccano (Spiller, 2002).

Stadi del cambiamento

Prochaska e Di Clemente (1982) hanno elaborato un modello transteorico secondo il quale il processo di cambiamento dei problemi comportamentali si svolge attraverso un percorso a stadi. Tale modello dimostra che non tutti i pazienti sono egualmente pronti a modificare il loro comportamento in un dato momento.

Il modello degli stadi del cambiamento indica che non vi sono due poli (dipendenza o non dipendenza) senza situazioni intermedie, ma che invece vi è un *processo* di definizione attraverso il quale l'individuo passa nel suo entrare nella dipendenza ed altrettanto accade per uscirne.

I° stadio - Precontemplazione

Il fumatore è solidamente attaccato alla sua abitudine e non intende modificare tale comportamento ad alto rischio nel prossimo futuro, ossia nei sei mesi successivi. Il fumo non costituisce per lui in questo momento un problema o almeno non quanto per le persone che lo circondano; è convinto che gli aspetti piacevoli e positivi superino quelli negativi, o che il comportamento possa essere controllato ("smetto quando voglio"). In tale momento, quindi, non è disposto ad accogliere alcuna sollecitazione a smettere di fumare.

Durante il colloquio: massima attenzione alla relazione, dimostrare rispetto e confermare la libertà di scelta, sollevare dubbi e preoccupazioni rispetto al fumo del cliente, evocare il riconoscimento del problema ed eventuali conseguenze, non scontrarsi con le resistenze, evitare dispute e discussioni.

II° stadio - Contemplazione

Il fumatore è seriamente intenzionato a smettere di fumare, ma nonostante questa intenzione non è pronto ad agire e soppesa i pro e i contro che tale cambiamento comporterebbe; comincia a considerare i problemi attuali e futuri legati al fumo; comincia a rendersi conto che smettere di fumare potrebbe avere effetti positivi. L'incertezza si manifesta con ansia, atteggiamenti conflittuali, sofferenza.

Durante il colloquio: accettare senza riserve l'ambivalenza del paziente e "normalizzarla", esaminare la bilancia decisionale, esplorare i valori personali del cliente in rapporto al fumo, orientare il cambiamento della motivazione da esterna ad interna, sottolineare le aree che presentano le maggiori contraddizioni, valorizzare la libertà di scelta, la responsabilità e l'autoefficacia del cliente, ricercare affermazioni automotivanti, riassumere le affermazioni automotivanti del cliente, esplicitare idee rispetto alla percezione del cliente su ciò che si aspetta dal trattamento e su quanto si percepisce "efficace" rispetto al cambiamento.

III° stadio - Determinazione

Il fumatore acquisisce consapevolezza rispetto all'importanza dello smettere di fumare e si propone di agire entro il mese successivo. Comincia a chiedersi come fare e ad elaborare un piano di azione seguito solitamente da alcuni modesti cambiamenti comportamentali, come una riduzione del numero delle sigarette fumate al giorno. Per raggiungere l'obiettivo è necessario definirlo in modo chiaro, impegnarsi fortemente e ponderare attentamente le strategie possibili da adottare.

Durante il colloquio: rendere chiaro quali sono gli obiettivi e le strategie del cliente per il cambiamento, esaminare le barriere che ostacolano il cambiamento e facilitarne il superamento, aiutare il cliente a ricordare che cosa abbia funzionato in passato per lui o per altri, offrire un menù di opzioni per il cambiamento e/o per il trattamento, offrire un aiuto professionale, negoziare un progetto di cambiamento e/o di trattamento, facilitare concrete ipotesi sul futuro, evocare e sviluppare possibili scelte e strategie, sviluppare un "piano" d'azione, rinforzando la scelta e l'impegno del paziente, aiutare il cliente a procurarsi appoggio da parte dell'ambiente, esplorare le aspettative per il cambiamento, ottenere dal cliente la esplicitazione pubblica del suo proposito.

IV° stadio - Azione

Il fumatore mette in atto il piano di azione programmato. Si tratta di modificare un comportamento acquisito per strutturare un nuovo stile di vita e una nuova immagine di sé. Questo processo richiede un notevole sforzo mentale ed emotivo che rende tale fase estremamente complessa in quanto entrano in gioco molti fattori intrapersonali, interpersonali e ambientali che sono determinanti perché il nuovo comportamento possa consolidarsi nell'arco di 3 - 6 mesi.

Durante il colloquio: sostenere e confermare i successi ottenuti e l'importanza di proseguire, supportare una visione del cambiamento come progresso a piccoli passi, riconoscere le difficoltà del cliente nei primi momenti del cambiamento, analizzare concretamente i cambiamenti e i loro effetti, aiutare il cliente a identificare situazioni ad alto rischio attraverso una analisi funzionale della sua esperienza, sviluppare appropriate strategie per poterle fronteggiare, assistere il cliente nella ricerca di nuovi e diversi rinforzi positivi per il cambiamento, aiutare il cliente nella verifica del sostegno che può trovare in famiglia e nel suo ambiente.

V° stadio - Mantenimento

Inizia una volta che il cambiamento si è consolidato, oltre i sei mesi, e si caratterizza per l'impegno da parte del paziente di mantenere e di integrare completamente e stabilmente questo cambiamento nel proprio stile di vita.

Durante il colloquio: rinforzare i nuovi comportamenti adattivi, aiutare il cliente a identificare fonti alternative di piacere, sostenere i cambiamenti di stile di vita conseguiti, confermare la determinazione e "l'efficacia" del cliente, esplicitare la vulnerabilità in particolari situazioni, aumentare la consapevolezza dei "segnali" di possibili ricadute.

Ricaduta

La ricaduta è un fenomeno "fisiologico" nel ciclo dei disturbi comportamentali e in particolare nel campo delle dipendenze, ovvero quando una persona cerca di modificare un comportamento strutturato e radicato nel tempo. In media i fumatori fanno 3 - 7 tentativi prima di riuscire a smettere definitivamente. Ogni tentativo rappresenta un'esperienza che può aumentare le abilità e le strategie acquisite, ma può anche concorrere all'instaurarsi di un senso di colpa e di sfiducia per aver infranto l'impegno preso con sé stessi e con l'operatore. Quando una persona ritorna a fumare, in realtà torna ad uno stadio precedente, ad esempio in quello di precontemplazione o di contemplazione o di determinazione [si veda cap.12].

Rilevazione dei dati personali

Durante il colloquio preliminare o al primo incontro del **TGFUMO** si debbono rilevare una serie di dati utili per conoscere e monitorare nel tempo l'evoluzione della singola persona e l'andamento generale dei gruppi effettuati da ogni conduttore.

Al fine di favorire la partecipazione del maggior numero possibile di persone è opportuno considerare diverse modalità che siano in grado di coniugare le esigenze di accesso, aggancio e raccolta dati.

Se la persona si presenta direttamente al primo incontro, il conduttore avrà cura di accoglierla, di presentarsi e dedicarle qualche minuto per introdurla al **TGFUMO**. Distribuisce quindi ad ogni partecipante la scheda di rilevazione dei dati e tutti la compilano contemporaneamente all'inizio dell'incontro. Il conduttore può fornire

aiuto nella compilazione in caso di difficoltà. È necessario spiegare ai partecipanti l'importanza della scheda e chiederne l'accurata compilazione.

Se la persona ha effettuato un colloquio preliminare, sarà possibile raccogliere i dati in tale sede a cura del conduttore o del co-conduttore.

Se la persona è inviata dall'ambulatorio tabagismo, è verosimile che i dati siano già stati raccolti dagli operatori dell'ambulatorio e quindi da loro forniti.

La **Scheda raccolta dati del TGFUMO** è frutto di diverse esperienze maturate in quasi un ventennio nella regione Veneto e viene proposta come strumento per consentire il confronto dei dati tra i diversi territori. A tale scheda è possibile abbinare il Test di Fagerström.

Scheda di verifica

Durante il percorso di gruppo, così come a conclusione del **TGFUMO**, il conduttore provvederà a registrare gli astinenti nell'apposita scheda. La stessa scheda potrà essere utilizzata per la verifica a distanza di sei mesi, dodici mesi e possibilmente anche diciotto e ventiquattro. La valutazione dell'astensione dal tabacco si basa sulla dichiarazione del soggetto interessato e può essere effettuata sia individualmente sia in gruppo.

Le persone vengono invitate a mezzo lettera, e-mail o telefono ad un incontro, ad esempio una convocazione di tutti i membri partecipanti allo stesso **TGFUMO**, dato che l'obiettivo, oltre a verificare l'astensione dal fumo, è quello di condividere e confrontarsi sui successi e sui momenti critici incontrati nel corso dei mesi e sulle strategie adottate per affrontarli. Il follow up diventa, quindi, un ulteriore momento di rinforzo positivo, di programmazione strategica e di riaggancio in caso di ricaduta. Qualora le persone non potessero partecipare all'incontro vengono contattate per una verifica telefonica. In entrambi i casi viene compilata dall'operatore la *scheda di verifica*.

Ricordiamo che frequentemente le persone non dichiarano la loro decisione di abbandonare il trattamento, semplicemente smettono di partecipare agli incontri. In tali casi si può telefonare all'interessato, cercare di comprendere le ragioni dell'abbandono e invitarlo ad un colloquio individuale con il conduttore del gruppo. Anche per le persone che manifestano una scarsa motivazione a fine del percorso è indicato un colloquio individuale, così come per quelle a maggior rischio di ricaduta.

Scheda raccolta dati del TGFUMO

Cognome _____ Nome _____
 Età _____ Sesso M F
 Indirizzo _____ CAP _____
 Comune _____ Provincia _____
 Tel. _____ Cell. _____
 Indirizzo e-mail: _____

Stato civile: Celibe/nubile Coniugato Convivente
 Divorziato/separato _____ Vedovo/a _____

Figli: Sì No Quanti? n° _____

Titolo di studio: Licenza elementare Licenza media Istituto prof.
 Maturità Laurea _____

Professione: Dirigente Impiegato Libero prof
 Insegnante Casalinga Commerciante
 Pensionato Operaio Artigiano
 Disoccupato Studente

Altro (specificare) _____

Fuma prevalentemente: sigarette sigari
 pipa

Attualmente quante sigarette fuma al giorno? Meno di 10 Tra 10 e 20
 Tra 20 e 40 Più di 40

A che età ha fumato la prima sigaretta? _____

A che età ha cominciato a fumare regolarmente? _____

Ha già provato a smettere di fumare? Sì No
 Se sì, quante volte? _____

L'ultima volta quanto tempo è durata l'astensione? Anni _____ Mesi _____

Quali metodi ha impiegato? Nessuno NRT
 Altri farmaci (indicarli) _____
 Agopuntura
 Altri metodi (indicarli) _____
 Corsi/Gruppi

Vive con persone che fumano? Sì No

Lavora con persone che fumano? Sì No

In quale modo è venuto a conoscenza del TGFUMO?
 Manifesti, Dépliant Giornale Radio
 Tv Sito Internet
 Personale sanitario MMG Amici/Conoscenti
 Altro (specificare) _____

Qual è il motivo attuale che l'ha portata ad iscriversi al TGFUMO?

(Segnare con una crocetta ciascuna delle voci sottostanti)

	Per Niente 0	Poco 1	Abbastanza 2	Molto 3	Moltissimo 4
Problemi di salute					
Timore per la propria salute					
Pressione di familiari/amici					
Miglioramento estetico					
Motivi sociali					
Costo delle sigarette					
Sollecito del medico curante					
Maternità/paternità					
Esempio per figli, studenti, pazienti					
Altri motivi					

Acconto al trattamento dei miei dati personali in base all'informativa ex art. 13, D.Lgs 30.06.2003 n°196

(Codice in materia di protezione dei dati personali).

Responsabile Trattamento Dati: _____

Data _____ FIRMA _____

Test di FAGERSTRÖM

tratto da <http://www.iss.it/ofad/>

Test Di Fagerström

Domande	Risposte	Punti
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Entro 6-30 minuti	2
	Entro 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?	Si	1
	No	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino	1
	Tutte le altre	0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Si	1
	No	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Si	1
	No	0

Punteggio totale 0-2 = livello di dipendenza **lieve**
 Punteggio totale 3-4 = livello di dipendenza **media**
 Punteggio totale 5-6 = livello di dipendenza **forte**
 Punteggio totale 7-10 = livello di dipendenza **molto forte**

Scheda di verifica del TGFUMO

Ente organizzatore _____		Sede _____		Co-conduttore _____	
Data di inizio _____		Conduttore _____			
Cognome e Nome					
Età					
	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20
	24	18	12	6	9
	Incontro	Incontro	Incontro	Incontro	Incontro
	8	7	6	5	4
	Incontro	Incontro	Incontro	Incontro	Incontro
	3	2	1		
	Incontro	Incontro	Incontro		

Roberto Cavion, Giorgio Cuccia, Denise Da Ros, Pietro Madera, Annarosa Pettenò, Daniela Orlandini, Giampietro Ricci, Flora Sartorato, Gianni Zini.

Una vera educazione non può essere inculcata a forza dal di fuori; essa deve invece aiutare a trarre spontaneamente alla superficie i tesori di saggezza nascosti nel fondo.

Tagore.

Il **TGFUMO** è un percorso di gruppo ideato per aiutare i fumatori a smettere di fumare costituito da un numero base di 9 incontri guidati da un conduttore e da un co-conduttore, opportunamente formati e presenti per l'intero ciclo.

La cadenza degli incontri è di:

- **3 incontri giornalieri** (possibilmente mercoledì – giovedì - venerdì) di due ore ciascuno centrati sui seguenti temi salienti: la *dipendenza* (si affronta a breve termine già nelle prime 24 ore), i sintomi da *astinenza* che si manifestano in genere a partire dal secondo giorno di astensione dal fumo, i *benefici* dello smettere in quanto già presenti a breve termine, i *processi di coesione* del gruppo (fondamentali per attivare il processo terapeutico a più livelli motivazionale, emozionale e cognitivo).
- **5 incontri**, i primi due a cadenza bisettimanale (ad esempio lunedì e giovedì) e gli altri tre a cadenza settimanale (ad esempio lunedì); i temi trattati riguardano la gestione di: *stili e abitudini di vita nuovi, emozioni, prevenzione delle ricadute, tempo libero e nuova immagine corporea di sé*.
- **1 incontro a distanza** di un mese dall'ottavo come verifica e prevenzione delle ricadute.

Il modello **TGFUMO** prevede oltre ai 9 incontri di base, delle verifiche a 6, 12 mesi e si consiglia anche a 18 e 24 mesi dalla conclusione al fine di verificare l'esito del trattamento grupppale (vedi cap.9).

Ricordiamo che il modello proposto è sufficientemente duttile per andare incontro ad esigenze specifiche legate all'organizzazione e alle risorse disponibili nel servizio che organizza il **TGFUMO**. Ad esempio, la fascia oraria di svolgimento degli incontri può variare a seconda delle caratteristiche e delle abitudini di vita del territorio e del target che si vuol raggiungere. Allo stesso modo una dilatazione del numero degli incontri di base, da 9 a 10 o 11, può essere effettuata in base alla valutazione dei conduttori, alle loro abitudini o esperienze pregresse.

Esempio Timing incontri

1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°				
Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Lunedì	Giovedì	Lunedì	Lunedì	Lunedì	1 mese dopo	Verifica 6 mesi	Verifica 12 mesi	Verifica 18 mesi	Verifica 24 mesi

Nel cap.11 vengono illustrati i singoli incontri, sintetizzati poi in tabelle e correlati da strumenti utili suggeriti per la loro realizzazione. Vengono elencate le azioni, gli strumenti e le tecniche ritenute necessarie per raggiungere

Bibliografia

- Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1982, Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change, *Psychotherapy, theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Janis I.L., Mann L., 1977, *Decision Making: a psychological Analysis of conflict, choice and commitment*, New York, T Free Press.
- Miller W., Rollnick S., 1991, *Motivational Interview. Preparing People to Change Addictive Behavior*, The Guilford Press, New York. Trad. italiana, 1994, *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*, Erikson, Trento.
- Spiller V., 2002, *Il colloquio motivazionale breve*, in AA.VV., *Tabagismo: clinica e prevenzione*, TCF Sicurezza sociale, edizioni Regione Toscana, Firenze, pp.84-92.

L'obiettivo di ogni singolo incontro, accanto vengono aggiunte delle opzioni a discrezione del conduttore. Il conduttore in base alle proprie competenze ed esperienze specifiche può arricchire e personalizzare ogni incontro.

La presenza, qualora fosse possibile, di persone che hanno smesso di fumare da tempo e che partecipano al gruppo per portare la propria testimonianza, è importante in ogni momento del trattamento gruppale quale rinforzo positivo.

Il titolo dato ad ogni incontro riflette l'obiettivo generale ed il focus di lavoro; i diversi contenuti indicati sono strettamente interconnessi e sono i punti salienti del percorso verso la libertà dal fumo.

All'inizio di ogni incontro è importante prevedere un momento di apertura come rompighiaccio, ricomposizione del setting e focalizzazione sul tema del giorno. È altrettanto necessario un momento di chiusura con la sintesi e la restituzione di quanto emerso da parte del conduttore e del co-conduttore e la consegna dei compiti per casa.

La conduzione del gruppo

Chi può fare il conduttore?

Non c'è una professione nell'ambito socio-sanitario che possa vantare competenze specifiche, comprese nel normale curriculum di studio, per potersi occupare di disassuefazione dal fumo di tabacco. Psicologi, medici, educatori, infermieri, assistenti sanitari e altre figure dell'ambito socio-sanitario possono svolgere un ruolo importante nel trattamento dei fumatori, purché opportunamente formati.

Chi si occupa di tabagismo dovrebbe avere una formazione specifica in ambito tabaccologico e pensare in modo pluridisciplinare. Deve essere in grado di gestire aspetti comportamentali e psicologici propri di una dipendenza, avere conoscenze in campo neurochimico e farmacologico, saper valutare gli eventi legati alle patologie indotte dal fumo.

Oltre a queste conoscenze comuni ai "tabaccologi", il conduttore di gruppi per smettere di fumare deve saper maneggiare le tecniche di conduzione di gruppo, in modo da non farsi sorprendere da eventuali situazioni "difficili" che potrebbero presentarsi nel corso del trattamento.

La metodologia proposta si basa su un intervento di gruppo centrato su un compito specifico il cui fine è la cessazione dell'uso di tabacco, il superamento dell'astinenza fisica e il consolidamento del primo periodo di astensione. Questo influenza e orienta in maniera precisa il compito del conduttore. Chi ha dimestichezza con i gruppi terapeutici rischia di fare "troppo", mentre chi è abituato a lavorare con il paziente singolo rischia di fare "troppo poco".

Fiducia nel conduttore con "tono leggero"

Fin dal primo momento il conduttore deve guadagnarsi la fiducia del "pubblico". Deve dimostrarsi sicuro e capace di portare la nave in porto. Deve far comprendere ai partecipanti che le difficoltà, che inevitabilmente ci saranno, non lo preoccupano, perché fanno parte del percorso.

Un pizzico di ironia non guasta, ma attenzione a non esagerare: l'obiettivo di smettere di fumare non è facile, è spesso ansiogeno, sdrammatizzare è di aiuto, ma non si devono mai banalizzare o ridicolizzare le difficoltà.

È importante essere cortesi, ma fermi. Le attività proposte sono parte integrante del percorso e non vanno sminuite. Solo se si è convinti dell'importanza di quello che si propone, ciò lo sarà anche per i pazienti, e questo vale in particolar modo per quelle attività (ad esempio stile alimentare o attività motoria) apparentemente poco congruenti con lo smettere di fumare.

Ruoli nel gruppo

In genere già al primo incontro c'è sempre qualcuno che si propone come "contestatore", che mette in discussione le indicazioni del conduttore. Se il conduttore entra in collusione con questa persona e ribatte alle contestazioni, che, è bene ricordarlo, esprimono l'ansia di tutto il gruppo rispetto alla paura di smettere di fumare, il rischio è di vanificare il potenziale terapeutico del gruppo. Gli oppositori vanno valorizzati e i loro argomenti devono essere accolti e metabolizzati. Quando si riesce a fare questo passaggio, essi diventano i nostri migliori alleati e saranno loro stessi a suggerire le risposte alle obiezioni: diventeranno i leader positivi, che saranno al nostro fianco di fronte alle difficoltà espresse dagli altri partecipanti.

Ci sono anche altri ruoli che vengono giocati all'interno del gruppo ed è importante imparare a riconoscerli.

C'è spesso qualcuno che si propone come "aiutante" del conduttore. Se diventa "il primo della classe" si rischia di non poterlo utilizzare come sostegno perché sentito poco vicino ai problemi degli altri (dei discoli?).

Ci sono poi gli "spettatori", che non parlano mai e si limitano ad ascoltare. Questo può accadere per una questione di economia in quanto non tutti possono o riescono ad intervenire, soprattutto in un gruppo di grandi dimensioni. Per queste persone è più evidente la potenzialità del gruppo: si può apprendere ed attuare un cambiamento anche senza esporsi in prima persona. Spesso, raggiunta una certa confidenza, si scopre che anche chi non aveva mai parlato per i primi incontri, ha comunque raggiunto gli stessi risultati dei membri "attivi" del gruppo.

Caratteristiche della conduzione

- **Unitaria.** Il gruppo ha bisogno di un conduttore ben identificato, che lo accompagna durante tutto il percorso per smettere di fumare. Ci possono essere degli esperti che partecipano ad attività su aspetti specifici (per esempio, l'alimentazione, la sindrome da astinenza, le tecniche di rilassamento, ecc.), però la responsabilità della gestione del gruppo rimane unitaria e ben identificabile, in modo che i pazienti sappiano bene a chi portare le proprie difficoltà. Può essere utile avere un aiuto nella gestione delle dinamiche del gruppo, vale a dire un co-conduttore che affianca il conduttore nella gestione di alcune attività concordate preventivamente, purché essi siano sufficientemente affiatati da non "pestarsi i piedi" l'un l'altro. Deve comunque essere sempre chiaro chi è il direttore d'orchestra!
- **Direttiva.** Con direttiva si intende il fatto che è il conduttore a scandire i tempi dell'intervento, introdurre i temi e dirigere il "traffico" delle comunicazioni. È bene prepararsi una scaletta nella quale siano chiaramente indicati i temi da affrontare, con i tempi ben contingentati. Questo aiuta a non lasciarsi prendere la mano da singoli aspetti, magari emotivamente rilevanti. L'abilità del conduttore si esprime nel saper chiudere un tema a tempo debito, per passare ad un altro, senza dare l'impressione che voglia sfuggire un argomento spinoso.
- **Personalizzata.** È importante fin dalle prime battute dare una identità al gruppo. La reciproca conoscenza dei nomi di battesimo è un fattore che facilita il senso di appartenenza al gruppo. Il conduttore è bene suggerisca che ognuno dica sempre prima di parlare il proprio nome. Da parte sua il conduttore deve cercare di memorizzare i nomi e dare la parola chiamando per nome la singola persona; è meglio chiedere più volte il nome di ognuno (fino a che diventa patrimonio comune) piuttosto che rimanere nell'anonimato.

E' importante ricordare che è il gruppo che cura, non il conduttore!

Il conduttore non deve pensare che è merito suo se i pazienti smettono di fumare: è il paziente che utilizza le sue competenze e quelle del gruppo per raggiungere lo scopo. Al conduttore, al co-conduttore e ai collaboratori

esterni competono le risposte sulle tematiche tecnico-scientifiche, ma tutti i dubbi e le ansie relative allo smettere di fumare troveranno soluzione all'interno del gruppo stesso.

Il conduttore deve fornire supporto e sostegno, non risposte preconfezionate. Le proposte del conduttore non sono la soluzione del problema, ma mezzi da utilizzare per trovare in sé la capacità di portare a termine il compito. Frasi come "voi cosa ne dite?", oppure "cosa poteva fare il signor X in questo caso invece di ..." aiutano a far prendere coscienza ai vari membri del gruppo che il vero problema è far emergere la loro competenza, non aspettarsi risposte salvifiche da altri, ma ricercare insieme delle soluzioni. Il conduttore è una guida, non il salvatore!

Altre competenze del conduttore e del co-conduttore

Durante il percorso di gruppo è necessario ricorrere a delle puntualizzazioni per sfatare false credenze o paure motivate da distorte o erranee conoscenze del problema fumo. Introdurre degli elementi cognitivi basati su conoscenze scientifiche può aiutare a fare un esame di realtà e a ridimensionare ansia e preoccupazioni. Per tali motivi chi conduce un gruppo per smettere di fumare deve avere al di là della professione di appartenenza alcune conoscenze di base riguardanti:

- il tabacco e i suoi componenti
- la dipendenza da tabacco
- i danni alla salute
- i riferimenti epidemiologici.

Il tabacco e i suoi componenti

a cura di Denise Da Ros, Unità Tabagismo, Dipartimento Dipendenze, Az.ULSS 16 Padova

Il tabacco, il cui nome scientifico è *Nicotiana tabacum*, è una pianta velenosa originaria dell'America Centro-Meridionale e di alcune isole dell'Oceania. Nel 1492 Cristoforo Colombo, tre giorni dopo la sbarco a San Salvador, fa cenno nel suo diario a delle foglie secche che gli erano state offerte in dono dagli indigeni e che perciò dovevano essere "una cosa molto apprezzata da loro". Successivamente poté vedere che gli indigeni ogni tanto facevano un rotolo con queste foglie, lo accendevano e ne inalavano il fumo. Fra Bartolomeo de Las Casas nel 1527 ha modo di osservare la dipendenza: racconta di aver conosciuto degli Spagnoli che avevano l'abitudine di usare questi rotoli e che, rimproverati per questo, e avvisati che si trattava di un vizio, risposero che non era in loro potere farne a meno. La pianta apparve in Europa nel 1518 e fu chiamata Nicotiana in onore di Jean Nicot, ambasciatore francese in Portogallo, paese dal quale portò le foglie di tabacco in Francia. L'uso del tabacco conobbe fasi alterne e anche periodi di proibizionismo, ma fu solo con l'invenzione della sigaretta, e soprattutto con la sua produzione industriale, che l'uso del tabacco iniziò a diffondersi a livello di massa, dando inizio a quell'epidemia di cui oggi subiamo le conseguenze.

La composizione del fumo di tabacco (Bevilacqua et al., 1990; Conte et al., 2000, Cerrato V. et al., 1996; Bruni e Portatone, 1994) viene influenzata da molti fattori: tipo di tabacco, tipo di coltivazione, fertilizzanti o antiparassitari eventualmente usati, tipo di manifattura, presenza del filtro, lunghezza e spessore delle sigarette, tipo di carta. Il fumo viene infine "personalizzato" dal fumatore in base alla frequenza e profondità delle aspirazioni e alla quantità

di sigarette fumate. Il fumo di pipa e di sigaro ha una composizione analoga al fumo di sigaretta. La minore incidenza di neoplasie delle vie aeree nei consumatori di sigari e pipa si spiega con il fatto che generalmente il fumo viene aspirato in minor misura. Tuttavia questi fumatori presentano una maggiore incidenza di neoplasie del cavo orale e delle vie aeree superiori. Spesso i fumatori si appellano a queste differenze per sostenere che il loro modo di fumare non è particolarmente dannoso ("non aspiro il fumo", "aspiro poco", "uso sigarette sottili", "fumo la pipa", ecc.). È importante perciò sottolineare che questi accorgimenti non modificano in maniera significativa il potenziale danno provocato dal fumo. Secondo la relazione degli US Surgeon General tutte le sigarette sono tossiche: le sigarette con basso contenuto di catrame e nicotina non offrono alcun beneficio per la salute (US Department of Health and Human Services, 2004).

Quando una sigaretta viene fumata si producono due tipi di fumo.

Il primo tipo, *fumo inalato dal fumatore*, deriva dall'estremità della sigaretta che diventa incandescente durante l'aspirazione, percorre la colonna di tabacco, attraversa il cavo orale e penetra nell'apparato respiratorio. Successivamente viene espirato nell'ambiente. Questo fumo costituisce circa il 30% del fumo prodotto dalla sigaretta.

Il secondo tipo, *fumo collaterale*, si forma quando la sigaretta non viene aspirata e brucia senza diventare incandescente e si diffonde direttamente nell'ambiente. Rappresenta circa il 70% del fumo prodotto e presenta una concentrazione di sostanze addirittura maggiore rispetto al fumo inalato dal fumatore.

Il fumo inalato direttamente e il fumo collaterale, diluiti nell'aria ambiente, formano il *fumo ambientale* (*Environmental Tobacco Smoke - ETS*). Questo viene respirato dalle persone vicine al fumatore (*fumo passivo*), nonché nuovamente inalato dal fumatore stesso.

La nozione che il fumo passivo possa essere dannoso è relativamente recente e forse non ancora del tutto acquisita dall'opinione pubblica. Può essere utile perciò, con i fumatori, evidenziare come il fumo passivo costituisca la parte quantitativamente maggiore e qualitativamente più dannosa per la salute propria ed altrui (vedi in questo cap. "I danni alla salute").

Il fumo di tabacco è un *aerosol*, cioè una miscela di sostanze che si trovano in parte allo stato solido, in parte allo stato gassoso. La parte solida, detta fase *particolata o corpuscolata*, è composta di particelle di diametro maggiore di 0,1 μm ; la parte *gassosa*, detta fase gassosa, che è la più consistente, comprende particelle di diametro inferiore a 0,1 μm che riescono a raggiungere le porzioni più periferiche dell'apparato respiratorio.

La combustione ad alta temperatura della sigaretta produce sia una frammentazione molecolare (*pirolisi*) sia la sintesi ex novo di sostanze non presenti nel tabacco (*pirosintesi*). Complessivamente le sostanze finora riconosciute nel fumo di tabacco sono circa 4000 (Mackay e Eriksen, 2002).

Per schematizzare i complessi problemi relativi ai loro effetti sull'organismo e alle numerose patologie che ne derivano, si suddividono queste sostanze in quattro gruppi ai quali si possono ricondurre approssimativamente altrettanti gruppi di patologie:

la **Nicotina**, responsabile della Dipendenza e di effetti sul Sistema Nervoso Centrale e sull'Apparato Cardiovascolare

il **Monossido Di Carbonio**, che riduce l'ossigenazione dei tessuti

le **Sostanze Irritanti**, principali responsabili dei danni all'Apparato Respiratorio

le **Sostanze Cancerogene**, causa dei Tumori

Principali sostanze nella fase particolata del fumo di sigaretta

Sostanze	Attività Biologica	Concentrazione per Sigaretta	
Benzo(a)pirene	IT	8-50 ng	
5-Metilcrisene	IT	0.5-2 ng	
Benzo(j)fluoratene	IT	5-40 ng	
Benzo(a)antracene	IT	5-80 ng	
Dibenz(a,j)acridine	IT	3-10 ng	
Fluoratene	CoC	50-250 ng	
Benzo(g,h,i)perilene	CoC	10-60 ng	
N-Nitrosornicotina	C	100-250 ng	
B-Naftilamina	CV	0-25 ng	
Altre amine aromatiche	CV	?	
Polonio-210	C	0.03-1.3 pCi	
Composti di Nickel	C	10-600 ng	C = Cancerogeni;
Composti di Cadmio	C	9-70 ng	IT = Iniziatori tumorali;
Arsenico	C	1-25 ng	CoC= Cocancerogeni;
Nicotina	T	0.1-20 mg	CV = Cancerogeno per la vescica;
Alcaloidi minori	T	0.01-0.2 mg	T = Tossico;
Fenoli	TC	10-200 ng	TC = Tossico per l'epitelio ciliare
Cresoli	TC	10-150 ng	

Principali sostanze tossiche presenti nella fase gassosa del fumo di sigaretta

Sostanze	Attività Biologica	Concentrazione per Sigaretta	
Dimetilnitrosoamine	C	1-200 ng	C = Cancerogeno;
Etimetilnitrosoamine	C	0.1-10 ng	CoC= Cocancerogeno;
Dietilnitrosoamine	C	0-10 ng	TC = Tossico per l'epitelio ciliare;
Nitrosopirrolidina	C	2-42 ng	T = Tossico;
Idrazina	C	24-43 ng	IT = Iniziatore
Uretano	IT	10-35 ng	
Formaldeide	TC, CoC	20-90 ng	
Acido Cianidrico	TC, T	30-200 ng	
Acroleine	TC	25-140 ng	
Acetaldeide	TC	18-1400 ng	
Ossido di azoto	T	10-600 ng	
Ammoniaca	T	10-150 ng	
Monossido di carbonio	T	2-20 ng	

La Nicotina

La nicotina (nome chimico: 3-[2-(N-metil-pirrolidinil) piridina]), è un alcaloide naturalmente presente nella pianta del tabacco. Si trova in tutte le parti della pianta, ma è particolarmente concentrata nelle foglie, di cui costituisce

circa lo 0,3-5% del peso secco.

La nicotina assunta con le sigarette viene assorbita a livello degli alveoli polmonari, da dove impiega da 7 a 10 secondi per arrivare all'encefalo. Attraverso sigari e pipa la nicotina viene assorbita anche a livello della mucosa della bocca. La concentrazione nel sangue raggiunge il livello massimo in circa mezz'ora. Si accumula prevalentemente a livello cerebrale, epatico, renale e nel tessuto adiposo.

È solubile in acqua, attraversa rapidamente le membrane biologiche, compresa la barriera ematoencefalica, ed è in grado di superare il filtro della placenta, diffondendosi così nel liquido amniotico. Viene metabolizzata estensivamente, principalmente nel fegato, e il principale metabolita è chiamato *cotina*. L'emivita della nicotina è di 2-3 ore, quella della cotina è di 20 ore. L'eliminazione avviene per via renale.

La determinazione della cotina nel sangue o nella saliva viene utilizzata per quantificare l'esposizione al fumo attivo, ma soprattutto a quello passivo (Taylor, 1997).

La nicotina si lega ai *recettori acetilcolinergici nicotinici*, dei quali si conoscono diversi sottotipi. I recettori nicotinici muscolari sono presenti nella placca neuromuscolare, dove la loro stimolazione produce la contrazione del muscolo striato e determina il tono muscolare. I recettori nicotinici neuronali sono ampiamente rappresentati nel Sistema Nervoso Centrale (SNC) in particolare nell'ippocampo, nell'Area Ventrale Tegmentale (VTA), nel Nucleo Accumbens (NAc), nella Substantia Nigra (SA), nel Sistema Nervoso Periferico, nelle ghiandole surrenali. A seconda della sede, del tipo di recettore stimolato e della dose, la nicotina può determinare diverse risposte e la liberazione di diversi neurotrasmettitori: dopamina, catecolamine (adrenalina e noradrenalina), serotonina, glutammato, che a loro volta mediano altri effetti (Lefkowitz, Hoffman, Taylor, 1997; Gamberana, 2002).

Il meccanismo di azione della nicotina è quindi piuttosto complesso, e non ancora del tutto conosciuto nei dettagli. Gli effetti sull'organismo possono essere così schematizzati:

- aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, interferenza nei meccanismi della coagulazione del sangue;
- aumento della soglia di vigilanza e delle reazioni di allarme, della concentrazione, apprendimento e memoria, analgesia, riduzione del senso di fame;
- dipendenza.

L'azione della nicotina produce danni in particolare a carico dell'apparato cardiovascolare e riproduttivo, anche in sinergia con il CO (vedi in questo cap. "I danni alla salute" e "La dipendenza").

Aggiungiamo infine che alcune ricerche suggeriscono che piccole mutazioni genetiche possano influenzare sia il grado di dipendenza dalla nicotina, sia alcune differenze negli effetti soggettivi sperimentati dai fumatori (Batra et al., 2003; Lerman, Patterson, Berrettini, 2005; Hogg, Bertrand, 2004; Tapper et al., 2004).

Il Monossido di Carbonio (CO)

Il monossido di carbonio si forma per combustione incompleta del tabacco (Bevilacqua et al,1990; Conte et al., 2000; Bruni e Portatone, 1994; Mereu, 1998). Attraverso il fumo arriva fino agli alveoli polmonari, da dove passa nel sangue e viene così distribuito in tutti i tessuti dell'organismo. Il CO ha una affinità di legame chimico con l'emoglobina che

è 250 volte superiore a quella dell'Ossigeno (O₂), motivo per cui si lega all'emoglobina, prendendo il posto dell'O₂ e formando la carbossiemoglobina. Si valuta che mediamente la percentuale di carbossiemoglobina nel sangue di un fumatore sia fra il 5 e il 10%. Questo causa una minore ossigenazione di tutti i distretti dell'organismo e di conseguenza ci sarà una minore efficienza nel funzionamento di muscoli, cuore, cervello, fegato, reni, apparato riproduttivo, ecc. La carenza di O₂ partecipa inoltre alla genesi dei processi aterosclerotici e costituisce un fattore peggiorativo delle malattie cardiovascolari su base ischemica e delle malattie respiratorie.

Gli effetti combinati della nicotina e del CO sono responsabili dell'aumentato rischio di malattie cardiache su base ischemica. Una revisione sistematica della letteratura ne ha evidenziato i quattro principali meccanismi (Ludvig, Miner, Eisenberg, 2005):

- induzione di uno stato di ipercoagulabilità (aumento del Fattore VII, tromboxano A₂, fibrinogeno)
- riduzione della disponibilità di ossigeno a causa dell'elevato livello di CO (carbossiemoglobina)
- aumento della vasocostrizione coronarica (aumento del tono adrenergico)
- effetti emodinamici sostenuti dalla nicotina (aumento di pressione e frequenza cardiaca).

La carenza di O₂ è inoltre concausa di patologie della gravidanza nelle donne fumatrici (vedi in questo cap. "I danni alla salute").

La concentrazione ematica del CO (carbossiemoglobina, HbCO) può essere facilmente ricavata attraverso il dosaggio del CO nell'aria espirata (vedi cap.11 "Misurazione del CO espirato").

Le sostanze irritanti

Le sostanze irritanti e tossiche sono presenti per lo più nella fase gassosa del fumo di tabacco (fenoli, cresoli, formaldeide, acroleine, acetaldeide, ossido di azoto, ammoniaca, ecc.). Sono responsabili principalmente di quel complesso di patologie polmonari definite come Broncopneumopatie Cronico-Ostruttive (BPCO) e che comprendono *asma bronchiale*, *bronchite cronica*, *enfisema polmonare* (Bevilacqua et al, 1990; Conte et al., 2000; Bruni e Portatone, 1994).

Le sostanze irritanti agiscono attraverso un'alterazione dei sistemi di difesa delle vie respiratorie. Se si chiede a un fumatore qual è il suo disturbo più frequente, ci sono molte probabilità che descriva una tosse che si manifesta al mattino appena sveglia e che rapidamente si riduce fino a scomparire durante la giornata. È la cosiddetta "tosse del mattino" del fumatore che ha una funzione di difesa dell'apparato respiratorio. Le vie aeree superiori, fino ai segmenti più piccoli dei bronchi, sono rivestite da *cellule cilindriche ciliate* che producono il *muco*, sostanza vischiosa che riveste come una pellicola la superficie respiratoria. Il muco ha il compito di trattenere le particelle estranee inalate con l'aria (microorganismi, corpuscoli, ecc) impedendo che arrivino fino agli alveoli polmonari. Le cellule cilindriche presentano numerosi filamenti superficiali, detti *cilia* che si muovono costantemente con un movimento paragonato a quello di un campo di grano battuto dal vento, spingendo verso l'esterno il muco e le particelle estranee inglobate. Questo meccanismo viene definito *clearance muco-ciliare*.

Nel fumatore la clearance muco-ciliare risulta compromessa, più o meno gravemente. Le cilia sono diminuite nel numero e alterate nella loro funzione, il muco diventa più abbondante e vischioso e scorre con maggiore

difficoltà verso l'esterno. Il ristagno del muco e la ridotta eliminazione dei microorganismi e delle sostanze estranee comporta una aumentata suscettibilità alle infezioni delle vie respiratorie superiori. Le infezioni sono inoltre facilitate dal fatto che le sostanze irritanti richiamano nel lume respiratorio le cellule infiammatorie (leucociti e macrofagi) e la mucosa dell'albero respiratorio si trova in uno stato di perenne infiammazione.

La tosse ha lo scopo di facilitare la fuoriuscita del muco. Durante la notte (generalmente) non si fuma e il meccanismo tenta di ripristinarsi: per questo al mattino compare la tosse, nel tentativo di espellere il muco accumulato durante la notte. Riprendendo a fumare la clearance muco-ciliare viene nuovamente inibita e la tosse scompare. Questo spiega anche perché molti fumatori, appena smettono, osservano la comparsa o un aumento, della tosse: le cellule della mucosa respiratoria, cessata l'azione del fumo, si stanno riformando e il meccanismo di difesa riprende a funzionare. Questo fenomeno può essere usato dal fumatore come pretesto per rinunciare al tentativo di smettere ("da quando ho smesso sono sempre raffreddato", "le sigarette mi facevano respirare meglio"). È quindi opportuno sottolineare invece il suo significato positivo: è il segnale che i tessuti, precedentemente lesionati dal fumo, si stanno già riparando.

Le cellule infiammatorie richiamate dal fumo rilasciano inoltre numerosi enzimi, le *proteasi*, in grado di danneggiare la struttura elastica del polmone. Normalmente diversi inibitori sono in grado di inattivare le proteasi a livello alveolare. Le *sostanze ossidanti* contenute nel fumo tuttavia neutralizzano in parte questo meccanismo, e inoltre possono danneggiare direttamente le componenti della matrice polmonare. La distruzione del tessuto polmonare, e precisamente dei setti interalveolari, porta progressivamente alla dilatazione degli spazi alveolari e a una diminuzione della superficie di scambio tra ossigeno e anidride carbonica. Questo quadro configura *l'enfisema polmonare* (Di Stefano et al., 2000).

Lo stato di infiammazione cronica della mucosa respiratoria causa uno stato di reattività alterata che può scatenare crisi asmatiche nei soggetti predisposti, e favorisce la cronicizzazione della bronchite.

Le sostanze irritanti sono considerate anche concause nell'Ulcera Peptica e nel Morbo di Cröhn.

Le sostanze cancerogene

Le sostanze cancerogene sono in massima parte presenti nel catrame, o condensato, e si formano, per pirolisi e piro-sintesi, nella porzione a più bassa temperatura di combustione della sigaretta. Il catrame comprende una grande varietà di sostanze diverse, decine delle quali sono cancerogeni o cocancerogeni riconosciuti: *idrocarburi aromatici policiclici* (ad es. il Benzopirene); amine aromatiche e *nitrosamine* non volatili, ritenute agenti etiologici del cancro della vescica; composti radioattivi, tra i quali il *Polonio 210*; composti del nichel, cadmio, radon, fenoli, ecc. (Mackay e Eriksen, 2002).

Le sostanze cancerogene si differenziano a seconda che intervengano nella fase di "iniziazione" della trasformazione tumorale o nella successiva fase di "promozione". L'iniziazione è una fase rapida nella quale avvengono una o più mutazioni genetiche della cellula dopo esposizione alla sostanza cancerogena. La promozione è una fase più lenta dove la cellula acquisisce carattere sempre più maligno. Se una sostanza ha potenzialità solo di iniziazione o solo di promozione non è in grado di provocare il tumore. Il fumo di tabacco invece ha una potenzialità cancerogena

completa in quanto contiene sostanze che agiscono sia nell'una che nell'altra fase. (Di Stefano et al., 2000).

Nel fumo di tabacco sono presenti anche elevate quantità dei seguenti pesticidi: flumetralin, endocrine, pendimethalin, trifluralin. Tre di questi pesticidi sono stati riconosciuti come agenti cancerogeni e patogeni del sistema endocrino.

I pesticidi, comunemente utilizzati nel processo di produzione del tabacco, sopravvivono alla combustione a un livello pari al 10% di residuo di quanto presente nel tabacco.

Bibliografia

- Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT., 2003; The genetic determinants of smoking. Chest. 123:1730-9.
- Bevilacqua, M. et al, 1990, Fumo e apparato respiratorio, la Garangola, Padova.
- Bruni S., Portatone L., 1994, Fino all'ultimo respiro. Composizione ed effetti del fumo che uccide, Medicina delle Farmacotossicodipendenze, n°3, anno II.
- Cerrato V. et al., 1996, Corsi per smettere di fumare. Regione Veneto, Centro di educazione alla salute, Padova.
- Conte SC, et al. 2000, Patologie fumo correlate. In: Nardini S, Donner CF. L'epidemia di fumo in Italia. EDI-AIPO Scientifica, Pisa.
- Di Stefano A., et al.. 2000, Meccanismi biologici molecolari dell'impatto del fumo sull'apparato respiratorio. In: Nardini S, Donner C.F. L'epidemia di fumo in Italia, EDI AIPO Scientifica, Pisa.
- Gambarana G., 2002, Dipendenza da nicotina aspetti neurobiologici. In: Alfano A, Ameglio M, Rossi Prodi P (a cura di) Tabagismo. Clinica e Prevenzione esperienze pratiche, Regione Toscana.
- Lefkowitz RJ, Hoffman BB, Taylor P., 1997, Neurotrasmissione. Il sistema nervoso autonomo e il sistema nervoso motorio somatico. In: Goodman & Gilman. Le basi farmacologiche della terapia. IX Ed. McGraw Hill Italia eds., pp. 107-139.
- Lerman C, Patterson F, Berrettini W., 2005, Treating tobacco dependence: state of the science and new directions. J Clin Oncol.; 23:311-23.
- Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ., 2005, Smoking cessation in patients with coronary artery disease. Am Heart J.;149:565-72.
- Hogg RC, Bertrand D., 2004, Neuroscience. What genes tell us about nicotine addiction. Science, 306:983-5.
- Mackay J, Eriksen M., 2002, The Tobacco Atlas. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Mereu, G., 1998, Fumare in gravidanza riduce irreversibilmente le capacità di apprendimento del neonato, Medicina delle Farmacotossicodipendenze, n°3, anno VI.
- Taylor P., 1997, Farmaci che agiscono sulla giunzione neuromuscolare e sui gangli autonomi. In: Goodman & Gilman. Le basi farmacologiche della terapia. IX Ed. McGraw Hill Italia, pp. 177-196.
- Tapper AR, McKinney SL, Nashmi R, et al, 2004, Nicotine activation of $\alpha 4^*$ receptors: sufficient for reward, tolerance, and sensitization. Science.;306:1029-32.
- US Department of Health and Human Services. 2004, The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

La dipendenza da tabacco

a cura di Denise Da Ros, Unità Tabagismo, Dipartimento Dipendenze, Az.ULSS 16 Padova

Un gelato alla crema...

State camminando per strada gustando con soddisfazione un gelato alla crema. Vi piace moltissimo il gelato alla crema, e nella bella stagione non passa giorno in cui voi non ve ne mangiate uno.

Ad un tratto, senza alcun preavviso, vi si avvicina un tale che vi blocca e vi apostrofa: "Ma lo sa che lei, se continua così, si uccide?" e vi porge un opuscolo su cui è spiegato, senza ombra di dubbio, che il gelato alla crema provoca gravi danni all'organismo. Probabilmente il tizio si meraviglierà che voi lo scacciate bruscamente: "Senta, che io mangi o meno gelati alla crema sono fatti miei! Mio nonno mangiava sempre il gelato alla crema ed ha vissuto fino ad ottanta anni!"

Dopo qualche tempo verrete a conoscenza che il tipo ha fondato una associazione per la difesa della società dal vizio della cremomania e che nella sua comunità di recupero sono guariti il novanta per cento dei casi.

Ancora dopo qualche tempo, un medico si farà avanti per spiegare che la "dipendenza da gelato alla crema" ("cremomania" è un termine profano, aggiungerà) è una malattia che va affrontata razionalmente e scientificamente....

(Da Ros, Forza 2000).

Come per le altre sostanze psicoattive, anche la storia della dipendenza da nicotina ha ricalcato grosso modo queste fasi. Ancor oggi si sentono usare i termini "vizio" e "abitudine" come sinonimi di dipendenza. In realtà la ricerca scientifica ha sufficientemente dimostrato che la nicotina è una sostanza psicoattiva che induce dipendenza. Questa acquisizione è importante per capire che smettere di fumare comporta per il fumatore delle difficoltà che spesso invece sono minimizzate, se non addirittura derise da chi gli sta attorno. Per i fumatori con una forte dipendenza questo atteggiamento può far sì che rinuncino a chiedere un aiuto per smettere, pensando che "bisogna farcela da soli". È molto utile far capire che in realtà l'obiettivo non è "smettere da soli" ma "smettere".

Cenni sui meccanismi neurobiologici della dipendenza

Il meccanismo neurobiologico della dipendenza da nicotina nella fase finale sono comuni a tutte le sostanze che danno abuso o dipendenza. La nicotina si lega al recettore nicotinico dell'Area Ventrale Tegmentale (VTA) determinando quale risposta il rilascio di dopamina a livello del Nucleus Accumbens (NAc), ma può anche stimolare direttamente il NAc. Tale evento determina la *sensazione di piacere* che si prova fumando e attiva i circuiti mesolimbici e mesolimbocorticali che sostengono il meccanismo della *ricompensa*, che induce a ricercare ed assumere continuamente la sostanza (Brody et al., 2004).

La nicotina agisce a livello centrale aumentando il livello di noradrenalina: ciò determina un aumento della soglia di vigilanza, delle reazioni d'allarme, della concentrazione, dell'apprendimento e della memoria mentre invece diminuisce la reazione allo stress. Ricordiamo però che la diminuita ossigenazione cerebrale dovuta al CO agisce in senso contrario.

Altre azioni a livello del Sistema Nervoso Centrale sono la riduzione della sensazione di fame e di tensione, azione analgesica mediata anche dalla stimolazione indiretta di recettori m-oppioidi e dall'aumentata liberazione di serotonina e altri neurotrasmettitori (Gamberana, 2002).

Dipendenza, Tolleranza, Astinenza

Nella clinica, la definizione di dipendenza a cui si fa riferimento è quella del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association (DSM IV-TR). Secondo il DSM IV-TR devono essere soddisfatti almeno tre dei criteri elencati per definire la diagnosi. Per completezza riportiamo anche la classificazione ICD-10.

Il fumatore di tabacco risponde sicuramente a questa definizione, ma mentre per altre sostanze, ad esempio

eroina o alcol, fenomeni come la tolleranza, l'astinenza o la perdita del controllo sono facilmente riconoscibili, nel caso della nicotina sono più sfumati.

Definizione di Dipendenza del DSM IV-TR

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi come manifestato da tre o più delle condizioni seguenti (ricorrenti in un periodo di dodici mesi):

- Tolleranza
- Astinenza
- Assunzione della sostanza in quantità maggiori o per periodi più lunghi di quanto previsto dal soggetto
- Desiderio persistente o tentativi infruttuosi nel ridurre o controllare l'uso
- Grande quantità di tempo speso nelle attività connesse all'uso
- Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative
- Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema causato o esacerbato dalla sostanza.

Definizione di Dipendenza dell' ICD-10

- Forte desiderio e senso di compulsione ad assumere la sostanza
- Incapacità di controllare il comportamento di assunzione della sostanza
- Sindrome di astinenza
- Polarizzazione sull'uso della sostanza
- Persistenza dell'uso della sostanza nonostante una chiara evidenza di conseguenze dannose

Tolleranza. È il fenomeno per il quale per ottenere lo stesso effetto è richiesta una quantità crescente di sostanza. Molti fumatori raccontano di aver iniziato fumando qualche sigaretta e di aver più o meno gradatamente aumentato il numero, fino ad attestarsi a quello attuale. Questo potrebbe essere correlato alla cosiddetta up-regulation dei recettori nicotinici: la nicotina prima stimola i recettore, poi li blocca, rendendoli insensibili. Il sistema nervoso risponde aumentando il numero dei recettori nicotinici disponibili, che richiedono una maggiore quantità di nicotina per essere stimolati (Brody, 2006). Il fumatore ha quindi bisogno di fumare di più per provare le stesse sensazioni.

Astinenza. La brusca interruzione dell'assunzione di nicotina in un fumatore abituale produce una vera e propria sindrome di astinenza, di cui si trova una definizione codificata nel DSM IV-TR, nel quale viene riconosciuta nell'astinenza una situazione di disagio tale da limitare significativamente lo svolgimento delle normali attività quotidiane.

Criteri del DSM IV-TR per l'Astinenza da nicotina

- a.** Uso giornaliero di nicotina per almeno alcune settimane
- b.** Brusca cessazione dell'uso di nicotina, o riduzione della quantità di nicotina usata, seguita entro 24 ore da quattro (o più) dei seguenti segni:
1. umore disforico o depresso
 2. insonnia

3. irritabilità, frustrazione o rabbia

4. ansia

5. difficoltà di concentrazione

6. irrequietezza

7. diminuzione della frequenza cardiaca

8. aumento dell'appetito o del peso

c. I sintomi del criterio **b.** provocano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

d. I sintomi non sono dovuti ad una condizione medica generale, e non sono meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

Altri sintomi, riferiti dai fumatori sono:

- craving ("voglia di sigaretta")
- stipsi
- sonnolenza
- malessere
- senso di vuoto, tristezza
- sintomi aspecifici (cefalea, formicolii, capogiri, ecc.).

Questi sintomi possono presentarsi anche con la cessazione di una terapia sostitutiva (NRT), ma l'intensità è minore. Possono essere evitati con una diminuzione graduale e controllata del farmaco.

La sindrome di astinenza da nicotina è una sindrome reale, non va mai minimizzata ed è opportuno esplicitare ai fumatori che manifestarla non è segno di debolezza. I sintomi astinenziali possono essere curati con specifici trattamenti, o per i singoli sintomi o per l'astinenza nel suo complesso.

A volte alcuni fumatori ne fanno un pretesto per rinunciare al tentativo di smettere. Altri invece attribuiscono alla mancanza di sigaretta qualsiasi sintomo o sensazione che provano. Ci possono essere anche cause diverse e non tutto dipende dallo smettere di fumare. È bene sottolineare inoltre che ogni disturbo può essere curato con terapie specifiche: in nessun testo di clinica o di farmacologia troveremo indicata la sigaretta come terapia per la stipsi o la sonnolenza o altro!

Bibliografia

- Brody AL., 2006, Functional brain imaging of tobacco use and dependence. J Psychiatric Res.;40:404-18.
- Brody AL, Olmstead RE, London ED, Farahi J, Meyer JH, Grossman P, Lee GS, Huang J, Hahn EL, Mandelkern MA., 2004, Smoking-induced ventral striatum dopamine release. Am J Psychiatry, 161:1211-8.
- Da Ros D., Forza G., 2000, Il ruolo dei servizi per le dipendenze (SERT) nella dipendenza da fumo. In: Nardini S, Donner C.F. L'epidemia di fumo in Italia, EDI AIPO Scientifica, Pisa.
- Gambarana G., 2002, Dipendenza da nicotina aspetti neurobiologici. In: Alfano A, Ameglio M, Rossi Prodi P (a cura di) Tabagismo. Clinica e Prevenzione esperienze pratiche, Regione Toscana.
- Lewis A, Miller JH, Lea RA., 2007, Monoamine oxidase and tobacco dependence. Neurotoxicology, 28(1):182-95.
- American Psychiatric Association, 2001, Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR), Masson, Milano.

I danni alla salute

a cura di Denise Da Ros, Unità Tabagismo, Dipartimento Dipendenze, Az.ULSS 16 Padova

Il fumo di sigaretta è attualmente nei paesi industrializzati la prima causa di morte prevenibile. In Italia la percentuale di morti attribuite al fumo è del 14% annuo. Distinguendo per sesso, vediamo che il 24% delle morti nel sesso maschile e il 4% nel sesso femminile sono causate dal fumo di sigaretta (Peto et al., 2003). Nei paesi sviluppati il 60% delle malattie è legato a soli 10 fattori di rischio principali e il tabagismo è al primo posto (Pacifi 2008).

Il fumo di tabacco è correlato, in maggiore o minore misura, a moltissime patologie a carico dei sistemi cardiovascolare, respiratorio, riproduttivo e ad altre condizioni, nonché a numerosi tipi di neoplasie, che vediamo qui elencati:

- **Morbilità associata al fumo di tabacco** (IARC, 1986; IARC, 2004)
- **Neoplasie** – polmone, laringe, cavo orale e faringe, vescica, esofago, pancreas, rene, leucemia
- **Apparato cardiovascolare** – cardiopatia ischemica, ictus, arteriopatie periferiche, demenza vascolare
- **Apparato respiratorio** – broncopneumopatia cronico ostruttiva (enfisema e bronchite cronica), asma bronchiale, polmonite
- **Apparato riproduttivo** – basso peso alla nascita, bassa fertilità, abortività, parti prematuri, gravidanza extrauterina, SIDS (sindrome da morte improvvisa del neonato)
- **Altre condizioni** – ulcera peptica, morbo di Cröhn, periodontite, bassa densità ossea, cicatrizzazione difficile, cataratta.

Lo IARC/WHO ha classificato i tumori e le altre malattie fumo-correlate secondo il grado di legame causale con il fumo stesso: patologie con aumentato rischio prevalentemente o completamente attribuito al fumo e patologie con aumentato rischio parzialmente attribuito al fumo (IARC, 1986). Per ognuna di queste malattie è stato anche calcolato il *Rischio Attribuibile*, un valore che in pratica esprime la quota di malati che eviterebbero la malattia se fosse completamente eliminato il fattore di rischio considerato, in questo caso il fumo (Barbuti, Beelli, Fara, 2003).

Se nessuno fumasse più si potrebbero evitare l'87% e il 77% dei casi di cancro al polmone (rispettivamente nei maschi e nelle femmine), il 22% e il 19% delle cardiopatie ischemiche, il 23% delle arteriopatie periferiche e il 38% delle periodontiti (per entrambi i sessi).

Patologie fumo-correlate. Aumentato rischio prevalentemente o interamente dovuto al fumo

Malattia	Sesso	Rischio Relativo	% Rischio Attribuibile
Cancro del polmone	M	22.4	87
	F	11.9	77
Cancro vie aeree superiori	M	24.5	89
	F	5.6	58
Cancro vescica e vie urinarie	M	2.9	36
	F	2.6	32
Cancro pancreas	M	2.1	25
	F	2.3	29
Cardiopatia ischemica	M	1.9	22
	F	1.8	19
Aneurisma aorta	M	4.1	48
	F	4.6	52
Pneumopatie croniche ostruttive	M	9.7	72
	F	10.5	74
Arteriopatie periferiche		2	23

Patologie correlate al fumo. Aumentato rischio parzialmente dovuto al fumo.

Malattia	Sesso	Rischio Relativo	% Rischio Attribuibile
Cancro esofago	M	7.6	66
	F	10.3	74
Cancro rene	M	3	37
	F	1.4	11
Ischemia cerebrale	M	2.2	27
	F	1.8	20
Morbo di Crohn		2.1	25
Ulcera duodenale		4,1	48
Ulcera gastrica		3,4	42
Periodontite		3	38

Fumo in gravidanza

Il fumo di sigaretta è la più frequente sostanza esogena dannosa alla quale si può essere esposti in gravidanza e le sue conseguenze si manifestano sia nell'andamento della gravidanza stessa sia nel neonato.

Le donne fumatrici hanno un tasso di fertilità diminuito rispetto alle donne che non hanno mai fumato e un aumentato rischio di gravidanza extrauterina. Il rischio di aborto spontaneo per le donne fumatrici è maggiore di circa il 50% nel I trimestre di gravidanza. È stata evidenziata un'associazione significativa fra fumo di sigarette materno e aborto spontaneo, verosimilmente legata alla carenza di ossigeno a livello utero-placentare provocata dalla vasocostrizione indotta dalla nicotina e dalla alta concentrazione di carbosiemoglobina causata dal CO (Parazzini, 1995).

Il rischio di basso peso alla nascita è da 2 a 5 volte maggiore (secondo i diversi studi) e l'effetto del fumo sembra più marcato per le donne che hanno fumato nell'ultimo trimestre (Parazzini, Surace e Bortolus, 1998). Nel neonato è aumentato anche il rischio della Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) o Morte improvvisa del lattante. Si ipotizza che l'esposizione cronica alla nicotina induca nel feto una incapacità di rispondere adeguatamente alle situazioni di basso tenore di O₂, con conseguente aumento di SIDS e morti intrauterine (Agus, Pani, 1998). Circa 50 studi epidemiologici dimostrano l'associazione tra fumo di sigaretta e rischio di SIDS. L'analisi sistematica di 39 di questi studi (29 caso/controllo e 10 di coorte) ha evidenziato in 38/39 un aumento del rischio variabile tra 1.4 e 4 (Mitchell., Milread, 1999).

Fumo passivo (Environmental Tobacco Smoke – ETS)

I tre principali report internazionali pubblicati negli ultimi anni sugli effetti del fumo passivo, basandosi sulle evidenze scientifiche a disposizione concordano nel ritenere che l'esposizione al fumo passivo è causa di malattia e morte nei bambini e negli adulti non fumatori. Le evidenze indicano inoltre che non esiste un livello di esposizione sicuro. Alla luce di ciò, si ritiene che debbano essere prese misure specifiche per aumentare il livello di protezione di bambini, donne in gravidanza e lavoratori (OEHHA, 2005; IARC, 2004; US DHHS, 2006).

Riportiamo la classificazione delle evidenze per gli effetti sulla salute da esposizione a ETS (OEHHA, 2005) (modificata):

- **Effetti sullo sviluppo** - basso peso alla nascita, SIDS, parto pre-termine
- **Effetti sull'apparato respiratorio** - bronchiti e polmoniti nei bambini, induzione ed esacerbazione dell'asma nei bambini e negli adulti, sintomatologia respiratoria cronica nei bambini, infezioni dell'orecchio medio nei bambini, irritazione oculare e nasale negli adulti
- **Effetti cancerogeni** - tumore polmonare, cancro dei seni paranasali, tumore della mammella in età giovanile e in premenopausa
- **Effetti sul sistema cardiovascolare** - aumento della mortalità per malattie cardiache, malattie coronariche acute e croniche.

Tra gli *effetti con evidenze indicative per un'associazione* troviamo tra gli altri maggiore abortività e aumentato rischio di ictus. È stato inoltre riscontrato un aumento del rischio di sviluppo di deficit dell'attenzione da iperattività, nonché di disturbi comportamentali (Hellstrom-Lindahl, Nordberg, 2002).

Uno studio italiano sull'impatto dell'ETS ha ottenuto risultati analoghi. In particolare evidenza come negli ambienti di lavoro le morti per tumore polmonare attribuibili al fumo passivo sono il 19,6% nei maschi e il 13,1% nelle femmine,

le morti per cardiopatia ischemica sono il 5,5% nei maschi e il 3,7% nelle femmine. Negli ambienti domestici muoiono per tumore polmonare da fumo passivo il 3,4% di coniugi maschi e il 13% di coniugi femmine (Forastiere et al., 2002). Vale la pena di sottolineare infine che il fumatore è sempre esposto anche al fumo passivo da lui prodotto (quota ambientale) e dal fumo passivo prodotto da altri fumatori che gli stanno intorno.

Effetti dell'ETS sui bambini esposti (Forastiere et al. 2002 - modificata)

Esito	% Esposti	% Casi Attribuibili
<i>Neonati</i> Basso peso alla nascita (<2500gr) Morte improvvisa del lattante	22,7 21,7	7,9 16,9
<i>Bambini (0-2 anni)</i> Infezioni acute delle basse vie respiratorie	47,6	21,3
<i>Bambini ed adolescenti (6-14 anni)</i> Asma bronchiale (prevalenza) Sintomi respiratori cronici (incidenza) Otite media (incidenza)	47,6 47,6 47,6	9,1 10,3 14,3

Interventi chirurgici

La condizione di tabagista è un fattore di rischio anche per gli interventi chirurgici. Infatti il decorso post-operatorio nei fumatori è più difficile per:

- difficoltà di cicatrizzazione delle ferite chirurgiche sia per una minore produzione di collagene che per una maggiore suscettibilità alle infezioni;
- aumentato rischio di aritmia;
- aumentato rischio di infezioni polmonari (Jorgensen et al, 1998; Arcavi et al, 2004).

Altri danni

Oltre alle patologie sopra descritte, il fumo di tabacco produce anche alcuni effetti che, pur se di minore gravità, possono comunque costituire un problema, e quindi diventare una motivazione in più a smettere.

La scarsa ossigenazione dovuta all'assunzione di CO può causare a breve termine cefalea, difficoltà di concentrazione, nausea e vomito, ipotensione.

La pelle assume una sfumatura giallognola (o grigiastro), tende ad avvizzire e a formare rughe precocemente.

Il danno combinato cardiovascolare e polmonare è responsabile della facile affaticabilità e di un diminuito rendimento nello sport e nell'attività fisica in generale.

Bibliografia

- Agus A., Pani P.P., 1998, Nicotina o cocaina in gravidanza: cosa è peggio?, Medicina delle Tossicodipendenze, Giugno, anno VI, n° 2 (19).
- Arcavi L. et al., 2004, Cigarette smoking and infections. Arch of Intern Med.164:2206-16.
- Barbuti S., Belelli E., Fara G., 2003, Igiene e medicina preventiva, vol I, Monduzzi Editore, Bologna.
- California Environmental Protection Agency, OEHHA (Office of Environmental Health Hazard Assessment) 2005, Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Part B. California Environmental Protection Agency: Air Resources Board. June 24.

- Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA., 2002, Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. Epid Prev; 26:18 – 29.
- Hellstrom-Lindahl E, Nordberg A., 2002, Smoking during pregnancy: a way to transfer the addiction to the next generation? Respiration.; 69:289-93.
- International Agency for Research on Cancer (IARC), 1986, Tabacco smoking. IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemical to humans, Lyon, IARC N.38.
- International Agency for Research on Cancer (IARC), 2004, Tabacco smoke and involuntary smoking. Vol. 83. Lyon, IARC, WHO.
- Jorgensen LN, et al., 1998; Less collagen production in smokers. Surgery. 123(4): 450-5.
- Mitchell EA, Milerad J., 1999, Smoking and sudden infant death syndrome. WHO/TFI Reports. <http://tobacco.who.int/en/>
- Pacifici R., 2008, Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale: prospettive ed impegni. Relazione al X Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Roma 30 maggio. www.ossfad.iss.it
- Parazzini F., Surace M., Bortolus R., 1998, Conseguenze del fumo di sigaretta sulla fertilità e l'esito della gravidanza. Medicina delle Tossicodipendenze, Giugno, anno VI, n° 2 (19).
- Parazzini F., 1995, L'epidemiologia della patologia ostetrica. Caleidoscopio 92.
- Peto R., et al., 2003, Mortality from Smoking in developed countries 1950-2000, 2nd ed. (data updated 15 July), <http://www.ctsu.ox.ac.uk/tobacco/>
- US DHHS, 2006, The Health consequences of Involuntary Exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon general June 27, www.surgeongeneral.gov/library/secondhansmoke.

I riferimenti epidemiologici

Ogni anno in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco (31 maggio) viene organizzato un convegno nazionale sul tabagismo promosso dall'Istituto Superiore di Sanità. In tale occasione viene presentato un rapporto annuale nel quale sono contenuti i dati dell'anno in corso dell'indagine campionaria DOXA, dove si trovano (<http://www.iss.it/ofad/>):

- la prevalenza dei fumatori nella popolazione italiana adulta (15 anni e più);
- alcune abitudini dei fumatori (consumo giornaliero, tentativi di smettere, luoghi d'acquisto, spesa media settimanale, ecc.);
- le opinioni degli italiani (fumatori e non) su alcuni argomenti legati al fumo (il ruolo del medico di base, il rispetto dei divieti, le misure di disassuefazione, ecc.).

Anche l'ISTAT pubblica ogni anno nell'Annuario Statistico Italiano nella parte Sanità e Salute alcuni dati inerenti la percentuale di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di 14 o più anni, suddivisi per sesso, classe di età e regione (http://www.istat.it/dati/catalogo/20091120_00/PDF/cap3.pdf).

Altri dati sia a livello nazionale che a livello internazionale si trovano nel sito del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (<http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/fumo.asp>).

Anche nella Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia vengono riportati i dati a livello della popolazione generale di 15-64 anni (IPSAD) e della popolazione studentesca di 15-19 anni (ESPAD) riguardanti sia le abitudini al fumo sia le opinioni in merito e la loro correlazione con l'uso di altre sostanze psicoattive legali ed illegali (http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/relazione_droga_2008/index.html).

Per una panoramica della situazione veneta si consulti il rapporto "le dimensioni del tabacco in Veneto 2009" (<http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/1DAC845D-6A13-4703-903C-0FACE0D6491C/0/LedimensionideltabaccoinVeneto.pdf>).

Le carte del rischio

La **carta del rischio cardiovascolare** serve a stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. È utilizzabile per donne e uomini che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari. Una particolare attenzione viene posta al fumo tanto che esistono tabelle di riferimento diverse a seconda che il soggetto sia un fumatore oppure no. È disponibile un software "cuore.exe" per la valutazione del rischio cardiovascolare, scaricabile gratuitamente dal sito web del Progetto CUORE. (<http://www.cuore.iss.it/>).

La prima **carta del rischio per BPCO e tumore al polmone** è stata realizzata dall'ISS, in collaborazione con il CNR e l'ASL RME, per fornire alla popolazione la consapevolezza dei danni causati dall'abitudine al fumo e ai medici uno strumento efficace per quantificare il rischio di sviluppare, tra i propri pazienti, patologie correlate al tabagismo. Grazie a questa carta del rischio è possibile stimare, sulla base del numero di sigarette fumate quotidianamente, dell'età e del sesso, il rischio di sviluppare, nei successivi 10 anni di vita, una broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o un carcinoma polmonare. (<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/carte%20del%20rischio.1229944649.pdf>).

11

TGFUMO: I NOVE INCONTRI

Roberto Cavion, Giorgio Cuccia, Denise Da Ros, Pietro Madera, Annarosa Pettenò, Daniela Orlandini, Giampietro Ricci, Flora Sartorato, Gianni Zini.

Un viaggio di mille miglia deve cominciare con un solo passo.

Lao Tzu

In questo capitolo vengono illustrati i nove incontri che costituiscono il **TGFUMO**. Per ognuno vengono indicati l'obiettivo generale e la descrizione dell'incontro nei suoi passaggi fondamentali; seguono una tabella di sintesi con gli obiettivi specifici, le azioni e le tecniche indicate, gli allegati con strumenti operativi, schede informative riproducibili, approfondimenti utili ai conduttori.

1° incontro: Ho deciso di smettere di fumare

OBIETTIVO GENERALE:

Definire e sostenere la decisione di essere liberi dal fumo.

Si tratta del primo e particolarmente importante incontro con conduttore e co-conduttore e partecipanti, non ancora definibili come *gruppo*. Nel primo incontro è necessario offrire l'opportunità ai presenti di riflettere e discutere su alcuni aspetti di seguito considerati.

Conoscere il percorso che stanno intraprendendo, chi lo conduce (conduttore e co-conduttore) e chi vi partecipa.

L'incontro si suggerisce abbia inizio con i saluti da parte di un rappresentante dell'ente/agenzia che ha permesso l'organizzazione del corso (direttore del servizio, presidente dell'associazione, ecc.). Gli scopi sono quelli di valorizzare la proposta, di trasmettere che si tratta di un investimento importante per la mission di salute e, infine, deve incoraggiare i partecipanti assicurandoli che si tratta di un modello di intervento ampiamente consolidato ed efficace, adottato a livello regionale, nel quale vale la pena impegnarsi per una buona riuscita.

Conduttore e co-conduttore si presentano ed illustrano il percorso mettendone in evidenza gli obiettivi, la strutturazione, gli appuntamenti programmati e le regole base di buon funzionamento del gruppo da rispettare, quali la frequenza costante e la puntualità, la riservatezza, il rispetto delle opinioni altrui, la libertà di espressione di ognuno intervenendo in modo ordinato. Vanno altresì illustrate le modalità di lavoro utilizzate che prevedono un coinvolgimento attivo ed un'interazione tra i partecipanti, la presenza di eventuali ospiti (come ad esempio ex-fumatori, importanti testimoni di una scelta possibile di libertà dal fumo) o di altri professionisti (pneumologo, cardiologo, dietologo, medico di famiglia, ecc.) per approfondimenti specifici.

Infine, il conduttore invita i presenti a disporsi in cerchio per sottolineare che verrà privilegiata la comunicazione e l'interazione tra i partecipanti e per garantire a tutti un contatto oculare. Il vedersi e riconoscersi negli altri è uno degli aspetti importanti della vita di un gruppo, come luogo privilegiato di contatto, di nuove modalità relazionali,

di condivisione di obiettivi ed esperienze, di sostegno reciproco.

Il *sentirsi gruppo* è uno degli obiettivi da raggiungere affinché i partecipanti possano sperimentare presto la positività dell'essere insieme, la ricchezza di relazioni, di supporto e di esperienze altrui utili per apprendere modalità nuove di porsi rispetto "l'amata sigaretta". Si tratta di condividere vissuti legati alla decisione presa (paura, depressione, solitudine, lutto, ecc.), soprattutto in relazione al nuovo stile di vita che si va costruendo senza il fumo.

Se il numero di partecipanti lo permette (numero massimo consigliato 15-18 persone) il conduttore dà la parola, in sequenza, ad ognuno chiedendo di presentarsi brevemente focalizzandosi sulle motivazioni personali che lo ha condotto a questo trattamento. Se invece il numero è maggiore ci si dispone in semicerchio e si raccolgono alcune presentazioni spontanee.

A partire dalle motivazioni espresse dai presenti si continua il confronto e la discussione dando anche delle coordinate per il lavoro di gruppo, ovvero evidenziando che si procederà step by step, analizzando le esperienze personali e fornendo di volta in volta informazioni mirate e strumenti adeguati per supportarli ed elaborare strategie finalizzate a raggiungere l'obiettivo posto.

Focalizzare l'attenzione sul concetto della decisione e della volontà.

È importante che il conduttore sottolinei che affinché la decisione sia duratura deve essere:

- *Personale*: non obbligata, anche se indotta o suggerita da altri (familiari o sanitari), deve essere comunque condivisa e fatta propria.
- *Sincera*: presenza di un sincero desiderio di smettere di fumare. Sottolineare che spesso si vive una posizione conflittuale e ambivalente (*voglio, ma non voglio smettere*), talvolta determinata anche da una serie di precedenti fallimenti che possono far pensare "non ce la faccio, per me è impossibile smettere di fumare".
- *Possibile*: si sottolinea l'importanza di darsi obiettivi raggiungibili e quindi pensare di non fumare per un massimo di 24 ore.
- *Rinnovabile*: si raccomanda di non cimentarsi in sfide con la sigaretta o con promesse (ad es. *non fumerò più per tutta la vita*) che, se non mantenute, scoraggiano e fanno abbandonare l'obiettivo. L'impegno invece può essere sempre rinnovato, in qualsiasi momento e qualunque cosa accada.
- *Absoluta*: vale la pena in questo momento di concentrare tutte le energie e le attenzioni su questo impegno per una buona riuscita o comunque per sperimentare una nuova dimensione che è quella della libertà dal fumo.

Si deve far comprendere che non si tratta di una scommessa con sé stessi o di una promessa fatta ad altri, ma di un percorso a piccoli passi dove sono richiesti un coinvolgimento ed un impegno personale, oltre che di gruppo, dove ognuno è responsabile delle proprie scelte di salute e di quelle di chi si ritrova "sulla stessa barca".

Si procede sviluppando i seguenti obiettivi operativi che consistono nel dare delle indicazioni di tipo comportamentale e cognitivo per raggiungere l'astensione dal fumo.

Rompere i ritmi quotidiani.

Si tratta di individuare i momenti della giornata associati alla sigaretta allo scopo di costruire delle modalità alternative capaci di rompere i ritmi quotidiani, automatici e legati a certe abitudini ormai acquisite e consolidate (caffè/sigaretta, giornale/sigaretta, bagno/sigaretta, pausa/sigaretta, pasto/sigaretta, ecc.). Perciò si pone ai partecipanti la domanda: *Quali sono i momenti della vostra giornata, le abitudini e le circostanze quotidiane*

legate alla sigaretta? e il conduttore fa una sintesi di quanto emerso. Allo scopo di verificare, giorno per giorno, le situazioni quotidiane legate alla sigaretta si consegna ad ogni partecipante un *diario* invitandolo a tenerlo a portata di mano e segnare ogni situazione che si dovesse presentare di desiderio e come viene affrontata.

Fornire brevi informazioni

In questo momento è importante introdurre degli elementi che possono sostenere dal punto di vista scientifico, la natura della nicotina quale sostanza psicoattiva in grado di produrre dipendenza, e i molteplici componenti del fumo ed i loro effetti.

Si ritiene utile introdurre ora alcune informazioni specifiche sul monossido di carbonio data l'attualità dell'argomento e l'attenzione legata all'inquinamento ambientale. Se si dispone dello strumento per la *misurazione del monossido di carbonio* si consiglia in questo primo incontro di effettuare la misurazione ad alcuni dei partecipanti, al fine di promuovere un esame di realtà e stimolare la riflessione. A conclusione della seduta può essere proposto a tutti i componenti del gruppo la rilevazione del CO prevedendo quindi un tempo aggiuntivo. Qualora non si disponesse di tale strumento si può richiedere ai partecipanti l'autorilevazione della frequenza cardiaca al polso o alla carotide.

Prendere l'impegno di non fumare per 24 ore.

Si invitano i partecipanti ad aderire ad un *contratto*, verbale o scritto (su cartellone), individuale o di gruppo, dove ci si impegna ad essere liberi dal fumo per 24 ore e di utilizzare gli strumenti che verranno di seguito messi a disposizione per sostenere la propria scelta.

Fornire indicazioni pratiche per i primi passi

Eliminare le sigarette e gli accessori (posacenere, accendini, ecc.) o in loco, attraverso il passaggio simbolico del cestino, o a casa propria, in auto, o nell'ambiente di lavoro sostituendo i pacchetti con bigliettini che riportano la scritta di proprio pugno "Ho deciso di smettere di fumare". Inoltre, si illustrano altre indicazioni comportamentali utili a rafforzare tale decisione, come pulire gli indumenti, le borse e la macchina, alzarsi subito dopo mangiato e lavarsi i denti, fare una passeggiata, fare alcune respirazioni profonde, ecc..

Fornire indicazioni alimentari per la disassuefazione.

È necessario dare informazioni utili per avviare il processo di disassuefazione: per esempio, informare che la nicotina è idrosolubile per cui bere molta acqua aiuta la sua eliminazione, mentre il consumo di frutta fresca ricca di fibre, ad es. mele, ne permette il suo rilascio graduale per affrontare la sindrome di astinenza adeguatamente senza compromettere la decisione di smettere di fumare.

Concludere il primo incontro.

Si sintetizza quanto è stato svolto riportando su cartellone il numero delle persone che hanno accettato il contratto. Si danno i compiti per casa: rendere pubblica la decisione presa, eliminare le sigarette ed affini, rinviare momentaneamente decisioni importanti, evitare la compagnia dei fumatori, ecc.. fornendo ad ognuno il *Decalogo* e riprendendo l'impegno di compilare il *diario*. Ci si dà appuntamento al giorno successivo sottolineando che un forte determinante di successo del trattamento è la frequenza costante.

Opzioni.

A conclusione dell'incontro, come detto sopra, si consiglia di misurare il CO a tutti i partecipanti o, in alternativa, di far prendere i battiti cardiaci, con la consegna di riportare i valori nel diario.

Se vi è la possibilità è indicato offrire a fine incontro un buffet a base di frutta fresca, macedonia, succhi di frutta e acqua, sia per aumentare la socializzazione che per sottolineare le indicazioni alimentari date.

1° incontro: Ho deciso di smettere di fumare

OBBIETTIVO GENERALE:

Definire e sostenere la decisione di essere liberi dal fumo.

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Presentare il trattamento e i conduttori	Presentazione di conduttore e co-conduttore e di eventuali ospiti. Illustrare le finalità, definire il compito, la strutturazione, le modalità di lavoro.		Presenza di <i>autorità</i> per i saluti. Presenza di ex-fumatori o di altri professionisti della salute.
Chiedere una presentazione dei partecipanti	Gruppo di 15-18 persone: tutti si presentano con il nome e le motivazioni che li hanno condotti al gruppo. Gruppo con più di 19 persone: si raccolgono alcune presentazioni spontanee.	Disposizione a cerchio. Il conduttore dà la parola in sequenza. Disposizione a semicerchio. Il conduttore invita a presentarsi spontaneamente e raccoglie per alzata di mano.	
Focalizzare l'attenzione sul concetto della decisione e della volontà	Definire ed approfondire il concetto di decisione partendo dalle motivazioni espresse dai partecipanti o sollecitate dal conduttore.	Esposizione guidata. Discussione. Restituzione enfattizzata.	Registrazione sintetica su cartellone.
Rompere i ritmi quotidiani: "spezzare le abitudini".	Domanda ai partecipanti: <i>Quali sono i momenti, le abitudini, le circostanze associati alla sigaretta?</i>	Discussione guidata. Sintesi del conduttore. Consegna del diario.	
Fornire brevi informazioni sugli effetti dei diversi componenti del fumo di tabacco.	Informazioni sulla nicotina, su altri componenti del fumo e sul CO. Rilevazione dimostrativa del CO oppure della frequenza cardiaca.	Strumento per la misurazione del CO.	Misurazione a tutti del CO a fine incontro, o in alternativa, della frequenza cardiaca.
Assumere l'impegno di non fumare per 24 ore.	Sottoscrivere un contratto.	Contratto individuale verbale o scritto. Contratto di gruppo scritto: firma su cartellone. Contratto di gruppo verbale per alzata di mano o corale.	
Fornire indicazioni pratiche per i primi passi	Suggerire di eliminare tutte le sigarette e gli strumenti per fumare (accendini, posacenere, ecc.) in casa, in auto, al lavoro e anche durante il gruppo.	Atto simbolico: passaggio con il cestino per la raccolta delle sigarette, accendini, ecc. Bigliettino "Ho deciso di smettere di fumare"	Respirazioni ed altre indicazioni comportamentali.
Fornire indicazioni alimentari utili per la disassuefazione	Informazioni sull'ausilio di alimenti e bevande.		Ricettario
Concludere il primo incontro	Sintesi del percorso svolto. Assegnazione dei compiti per casa.	Tabellone con il numero delle persone che hanno accettato il contratto (da utilizzare anche negli incontri successivi). Consegna del decalogo.	Buffet

Qualora non si sia potuto effettuare un incontro preparatorio individuale va previsto di aggiungere all'inizio del primo incontro uno spazio (tempo variabile a seconda del numero di persone) per la compilazione della scheda di raccolta dati (vedi cap.9).

Allegati 1° incontro

Diario

tratto da D.Orlandini, A.Pettenò, F.Frascone, 2006, *Fumo. Come aiutare i pazienti a smettere di fumare. Guida Pratica per il medico di medicina generale*, Arti Grafiche Venete, Venezia-Quarto d'Altino, http://web2.ulss12.ve.it/news/download/pubbl_medici/Fumo_per_MMG.pdf

La ricerca di uno stile di vita libero dal fumo verrà accompagnata da un diario di viaggio dove annotare, giorno dopo giorno, i momenti critici, le difficoltà incontrate, ma anche i successi ottenuti.

Fermarsi a riflettere e fare quotidianamente il punto della situazione sarà utile per analizzare le circostanze che vengono associate con maggior frequenza alla sigaretta, per riconoscere i momenti in cui c'è maggior bisogno di sostegno, per mettere a fuoco le motivazioni per smettere di fumare.

perché ho deciso di smettere di fumare

Per rafforzare la decisione di smettere di fumare è importante evidenziare tutti i motivi per cui si vuol smettere. Riflettere sulle ragioni che spingono a fare questa scelta. Scrivere i vantaggi che possono derivare dalla decisione di smettere di fumare:

per queste ragioni decido di smettere di fumare dal giorno...

quando mi è venuta voglia di fumare:

Giorno	Ora	Descrizione della Situazione	Per Abitudine	Per Situazione Favorevole	Cosa Posso Fare

... e adesso facciamo i conti!

non ho fumato

ho fumato n° sigarette

Decalogo "Verso la libertà dal fumo"

a cura del gruppo di lavoro

1. Eliminare le sigarette da casa, auto, ufficio, ecc.
2. Bere molta acqua
3. Rendere pubblica la propria decisione di smettere di fumare
4. Rimandare le decisioni importanti fonti di possibili stress
5. Evitare gli amici fumatori (e chiedere ai familiari fumatori di non fumare in presenza)
6. Aumentare l'attività fisica
7. Eseguire esercizi respiratori
8. Individuare una persona di riferimento per sostenere la propria decisione (del gruppo, della famiglia, degli amici)
9. Evitare di bere caffè
10. Evitare di bere bevande alcoliche

Misurazione CO espirato

a cura di Denise Da Ros, Unità Tabagismo, Dipartimento Dipendenze, Az.ULSS 16 Padova

Un metodo pratico ed affidabile di valutazione di un fumatore è costituito dai valori di CO (monossido di carbonio) ottenibili dalla misurazione effettuata sull'aria espirata, attraverso apparecchi portatili di costo relativamente basso. Il CO è un gas tossico, inodore e incolore. È uno dei prodotti della combustione del fumo di tabacco. Viene assorbito rapidamente per via inalatoria, si accumula nel sangue dove si lega all'emoglobina con una velocità 200 volte superiore all'ossigeno e con maggiore affinità, e viene eliminato con l'aria espirata. La sua emivita è di circa 4 ore: i valori ottenuti saranno quindi più bassi al mattino che al pomeriggio. Dopo 24-48 ore di astensione dal fumo, il livello di CO può già essere uguale a quello di un non fumatore. Con il test del CO espirato si misurano le quantità di CO emesso con l'espirazione espresse in ppm (parti per milione di parti di aria), da cui è possibile ricavare la concentrazione ematica di carbossiemoglobina espressa in percentuale relativa rispetto all'Hb ossigenata [COHb(%)]. Il valore di COHb ottenuto con il test è proporzionale sia al numero di sigarette fumate sia al tempo intercorso dal consumo di tabacco.

I valori massimi per i non fumatori sono di 7 ppm, anche se la maggior parte di essi si situa intorno ad un range di 0-3 ppm. I fumatori superano in genere le 10 ppm e si attestano intorno ai 20-30 ppm (fumatori medi) o sopra i 40 ppm (forti fumatori).

I risultati sono visualizzati su un display che attribuisce il colore Verde ai valori da 0 a 10, il colore Arancio da 10 a 19, il colore Rosso da 20 ad 80. L'incidenza di fattori interferenti (per es. inquinamento atmosferico) è trascurabile, mentre è possibile rilevare le tracce di assorbimento di CO dovuto al fumo passivo.

È un esame semplice e non invasivo. Il paziente dovrà:

- inspirare aria fino a riempirsi i polmoni;
- rimanere in apnea per 15 secondi (lo strumento è dotato di cronometro);

- soffiare tutta l'aria nel boccaglio fino a svuotare i polmoni (se sono ben svuotati viene spontaneo un colpo di tosse).
- La misurazione del CO espirato è uno strumento importante, non solo a fini diagnostici, ma anche terapeutici ed educativi. Vista la breve permanenza del CO nel sangue, non ha infatti molto senso usarlo come controllo dell'astensione. Inoltre è preferibile basare questa verifica sulla dichiarazione spontanea del fumatore, nell'ambito di un rapporto di fiducia e correttezza fra paziente e terapeuta. È invece molto più utile come strumento terapeutico: in fase diagnostica fornisce un riscontro visivo dello stato di intossicazione e un ulteriore spunto per parlare al fumatore della sua saturazione plasmatica di ossigeno e dei benefici dello smettere. In seguito è possibile dimostrare al fumatore, con un valore quantificabile e visualizzabile, che hanno ridotto effettivamente il CO nel sangue in breve tempo. L'effetto di rinforzo, in questi casi, può essere rilevante.

Ricettario

tratto da R.Cavion, Centro Consulenza, Diagnosi e Psicoterapia, Dipartimento Dipendenze, ULSS 6 Vicenza

Spuma di mele con frutta fresca

Ingredienti:

- 6 mele cotte e ridotte in purea omogenea a cui si aggiunge, se necessario, del dolcificante
- 2 cucchiaini di uvetta sultanina lavata e asciugata
- due tipi di frutta fresca mista tagliata a cubetti
- succo di un'arancia
- succo di mela

Porre 3 cucchiaini di spuma di mele in ogni coppetta e sovrapporre, suddividendola, la frutta fresca a cui avrete aggiunto l'uvetta sultanina, il succo d'arancia, il succo di mele ed eventuale concentrato di mele. Servire fresco.

Casseruola di fave, piselli e carciofi

Ingredienti: dosi per 4-6 persone

- 6 carciofi
- 1 limone
- 500 g tra fave e piselli già sgranati
- 2 cipollotti freschi
- 1 mazzetto di menta
- 1/2 bicchiere di vino bianco
- 4 cucchiaini d'olio
- sale e pepe

Mondate accuratamente i carciofi: eliminate le foglie esterne e l'eventuale fieno. Tagliateli a spicchi e metteteli a bagno, man mano che sono pronti, in acqua acidula con il succo di limone perché non anneriscano. Recuperate anche la parte più tenera dei gambi, quella vicina al carciofo, tagliandone 3-4 cm che pelerete e affetterete.

Mondate anche i cipollotti e tagliateli a fettine sottili; fateli appassire a fuoco moderato con l'olio, quindi unite i carciofi ben sgocciolati, le fave e i piselli, mescolate e fate insaporire tutto per qualche minuto prima di unire il mezzo bicchiere di vino bianco.

Proseguire la cottura delle verdure sempre a fiamma media e con il recipiente coperto. Ricordate di mescolare ogni tanto e, se occorre, potete aggiungere qualche cucchiaino d'acqua calda.

Dopo circa 15 minuti di cottura insaporite con una presa di sale, unite 5-6 foglie di menta spezzettata e un pizzico di

pepe nero. Lasciate cuocere ancora per 2-3 minuti. Si può servire completando con pecorino grattugiato.

UN CONSIGLIO:

In primavera comincia la raccolta in pieno campo di molte verdure che aggiungono un tocco di freschezza al menù di tutti i giorni. Ma per mantenere il loro delicato sapore non vanno cotte a lungo, solo quanto basta perché siano morbide ma ancora croccanti.

Charlotte vegetariana

Ingredienti: dosi per 4-6 persone

- 800 g di patate farinose
- 2 zucchine
- 3-4 cucchiaini di pecorino grattugiato
- 18-20 asparagi
- 2 uova
- burro, sale e pepe

Mettete a cuocere in acqua salata le patate. Cuocete a parte le punte di asparagi, tenendoli piuttosto croccanti, e le zucchine. Pelate le patate, schiacciatele e mescolatevi le uova, qualche cucchiaino di pecorino e le zucchine con un pizzico di pepe.

Tagliate le punte degli asparagi all'altezza di uno stampo da charlotte della capacità di un litro, tritate i gambi e mescolateli al composto di patate. Imburrate lo stampo, disponetevi in piedi le punte di asparagi e versate il composto di patate. Cuocere a bagnomaria nel forno preriscaldato a 170° per circa 40 minuti.

UN CONSIGLIO:

In primavera i piselli, gli asparagi e le piccole zucchine con il fiore sono finalmente disponibili. Gli asparagi sono davvero freschi se si spezzano con un colpo secco, senza piegarsi.

OBIETTIVO GENERALE:

Gestione della sindrome di astinenza

In questo secondo incontro di gruppo il focus è, come si intuisce dal titolo, la gestione della sindrome astinenziale, in quanto, almeno per quanti non fumano dal giorno prima, si tratta delle prime 24 ore senza fumo. Si ritiene prioritario dare voce ai partecipanti al fine di offrire loro l'opportunità di esprimere in modo adeguato vissuti e preoccupazioni legati, in questo momento particolare, non solo ai primi sintomi dell'astinenza, ma anche alla paura di soffrire, di fallire, al senso di vuoto, e di condividere con gli altri componenti le difficoltà incontrate. Questo permette ai partecipanti di dare un nome e di riconoscere, anche attraverso la verbalizzazione degli altri, sensazioni non sempre di facile definizione; le persone si sentono accolte, comprese e cominciano a riconoscere e a vivere la dimensione del gruppo, da individualità a comunità, unita da obiettivi e vissuti comuni, spazio per il confronto e il supporto reciproci.

Il conduttore apre l'incontro con la domanda: *Come sono andate queste ultime 24 ore?* anche chiedendo ai presenti di riprendere le situazioni scritte nel diario consegnato il giorno prima. Si deve fare attenzione a coinvolgere tutti e a focalizzarsi di volta in volta sui punti critici, ma anche i punti di forza che emergono dal gruppo. Si riporta su tabellone il numero di persone astinenti. Questo rendere "pubblici" i risultati serve ad aumentare la conpartecipazione di ognuno all'andamento generale del gruppo, ma anche ad alimentare una "sana sfida" e competizione tra i partecipanti finalizzata a mantenere l'impegno che è personale, ma assunto di fronte all'intero gruppo. È compito del conduttore orientare tali dinamiche in senso costruttivo anche per chi non è riuscito ancora a smettere di fumare, evidenziando comunque quanto fatto di positivo (riduzione del numero di sigarette, compilazione del diario, essere presenti, ecc.) e la valorizzazione delle risorse di ognuno. Tutto ciò serve a contrastare lo scoraggiamento e la frustrazione che portano ad abbandonare il percorso o dall'altro canto, da parte di chi ha smesso di fumare, a non prendersi cura di chi fa fatica a raggiungere l'astensione. I conduttori devono cercare di non dividere il gruppo in "buoni e cattivi", nonostante in esso si trovino queste due anime, facendo il possibile per riconoscere e contenere le diversità.

Il conduttore e/o il co-conduttore focalizzano i punti di forza emersi da tutte le esperienze riportate ovvero le strategie, gli atteggiamenti, i pensieri e i comportamenti, che hanno permesso alle persone di affrontare i momenti critici vissuti.

A partire dalle difficoltà rilevate dai partecipanti si forniscono informazioni mirate per rassicurare e normalizzare quanto si sta vivendo, si riconducono sensazioni e sintomi alla sindrome di astinenza, evitando di "prescrivere il sintomo", ma ribadendo che, trattandosi di una dipendenza, è necessario passare attraverso la fase della disintossicazione. È buona norma continuare con la dieta ricca di frutta e liquidi unitamente ad altre indicazioni alimentari utili per la gestione della sindrome di astinenza nei primi giorni.

In via opzionale possono essere proposte tecniche di rilassamento, sia sperimentandole durante l'incontro sia attraverso un auto apprendimento o con l'ausilio di percorsi guidati videoregistrati.

Al fine di rinforzare la motivazione ora il conduttore pone la domanda ai partecipanti: *Cosa ci guadagno a smettere?*

A partire dai vissuti dei presenti, legati anche ad esperienze pregresse di periodi di libertà dal fumo, si illustrano i vantaggi, soprattutto a breve termine, che si hanno smettendo di fumare allo scopo di rinforzare positivamente la

scelta fatta, nonostante le difficoltà che si vanno incontrando.

Un altro beneficio concreto ed immediato sul quale vale la pena focalizzarsi in questo primo giorno di astensione riguarda il numero delle sigarette evitate in queste prime 24 ore, da segnare su tabellone, e poi fare il calcolo dei soldi risparmiati, sia singolarmente che dell'intero gruppo (circa € 0,20 per sigaretta).

In aggiunta, dato che l'olfatto si ripristina velocemente dopo aver abbandonato il fumo, si possono proporre delle esperienze concrete come ad esempio l'utilizzo di candele profumate o di un cesto di erbe aromatiche da collocare nella stanza fin dall'inizio dell'incontro.

A conclusione si rinnova il contratto e l'impegno di non fumare per altre 24 ore. Si invitano i partecipanti a continuare ad utilizzare il diario e ci si dà appuntamento all'incontro successivo. Si chiude, se vi è la possibilità, con un buffet di frutta, verdura, succhi e acqua.

2° incontro: Il giorno dopo

OBIETTIVO GENERALE:

Gestione della sindrome di astinenza

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Aprire l'incontro con il resoconto delle 24 ore	Domanda: <i>Come sono andate queste ultime 24 ore?</i> Richiesta di riportare se si è fumato o meno	Focalizzare i punti critici e i punti di forza Tabellone degli astinenti	
Fornire informazioni mirate sulla sindrome di astinenza e sulla dipendenza fisica e psicologica	Dare informazioni corrette per rassicurare e per motivare, oltre che per sostenere comportamenti utili alla disintossicazione		Tecniche di rilassamento
Rinforzare la motivazione	Domanda: <i>Cosa ci guadagno a smettere?</i> Raccolta del n° di sigarette evitate e calcolo di quanto risparmiato Illustrazione vantaggi a breve termine	Tabellone per riportare il risparmio calcolato (n° di sigarette x € 0,20)	Candele profumate Cesta con erbe aromatiche
Concludere il secondo incontro	Sintesi del percorso svolto. Rinnovo del contratto per altre 24 ore. Compiti per casa: • continuare con la compilazione del diario • seguire le indicazioni alimentari		Buffet

Allegati 2° incontro

Tecniche di rilassamento

tratto dal Diario elaborato dall'Unità Operativa Prevenzione Dipendenze, SerD Terraferma, Az.ULSS 12 Veneziana

Le tecniche di rilassamento coinvolgono tutto il corpo prima con esercizi mirati al rilassamento fisico, poi con altri, più specifici, che tendono ad una maggiore percezione di sé, allo scopo di creare armonia tra corpo e psiche.

Le variazioni di natura fisiologica che possono essere indotte dal rilassamento, sono molteplici:

1. la muscolatura volontaria si scioglie e si distende così da sentire una piacevole pesantezza o, a seconda della persona, il corpo si fa leggero e si perde la sua percezione ottenendo un rilassamento nelle parti più tese;
2. il sistema circolatorio si normalizza e quindi si avverte un leggero senso di calore con una effettiva vasodilatazione;
3. la respirazione viene interessata dal rilassamento: l'inspirazione profonda volontaria e l'espirazione naturale sbloccano quelle tensioni psichiche che spesso fanno respirare in maniera aritmica ed insufficiente;
4. il cuore, analogamente, normalizza i suoi battiti con una conseguente sensazione di calma.

Durante lo stato di rilassamento viene interessato anche il sistema nervoso centrale, con una benefica ripercussione sugli organi interni.

Occorre, ed è fondamentale, impegno e perseveranza per ottenere beneficio da queste tecniche; una volta, però, ben apprese restano nel bagaglio di ciascuno diventando una buona "norma igienica" alla pari della pulizia personale. Bastano pochi minuti al giorno !!!

Esercizi respiratori

Questi esercizi aiutano a ridurre la tensione nervosa.

Invece di prendere una sigaretta fai un lungo, profondo respiro, conta fino a 10 e poi espira. Ripetilo 5 volte.

Oppure, inspira contando mentalmente fino a 4 ed espira lentamente contando fino a 8. Ripetilo 10 volte.

Rilassamento frazionato

- *Fase preparatoria:*

Abbigliamento comodo, ambiente tranquillo ed in penombra.

Sciogliere la muscolatura delle braccia, ruotare leggermente spalle e collo.

Assumere la posizione prescelta (seduti su una sedia comoda o poltrona, oppure distesi a letto).

ed ora... Buon Viaggio nel mondo della calma!

- Fare 4/5 inspirazioni ed espirazioni lente e profonde e contemporaneamente chiudere gli occhi e tenerli chiusi fino alla fine dell'esercizio.

- Richiamare alla mente, se lo si desidera, un'immagine associata alla calma.

- Ripetere mentalmente la formula di calma:

IO SONO CALMO E RILASSATO (ripetere due volte)

- Immaginare con il pensiero le varie parti del corpo: risalire lentamente partendo dai piedi fino alla testa.

- Ripetere la formula di calma (una volta).
- Ripresa lenta e graduale: aprire gli occhi lentamente, fare qualche movimento senza alzarvi subito.

Benefici a breve termine

tratto dalla guida pratica "Smettere di fumare...una questione che mi sta a cuore" dell'Istituto Superiore di Sanità, <http://www.iss.it/ofad/>

La ricerca scientifica ha confermato che quando si smette di fumare si ottengono molti benefici:

Brevissimo termine

dopo 20 minuti dall'ultima sigaretta la pressione arteriosa si normalizza

dopo 8 ore vi è una riduzione della metà dei livelli di nicotina e di monossido di carbonio nel sangue e il livello di ossigeno torna normale

dopo 24 ore il monossido di carbonio viene eliminato dal corpo e i polmoni iniziano ad autodepurarsi da muco ed altri detriti

dopo 48-72 ore la nicotina viene eliminata, il sapore delle cose è di nuovo apprezzabile, il respiro migliora sensibilmente.

Breve termine

da 2 a 12 settimane di astensione si normalizza la temperatura cutanea di mani e piedi; migliorano gli scambi gassosi respiratori della circolazione; la pelle ritorna più luminosa, l'alito più gradevole e l'odore complessivo diventa più piacevole.

Vale la pena smettere?

a cura di Denise Da Ros, Unità Tabagismo, Dipartimento Dipendenze, Az.ULSS 16 Padova

Una delle convinzioni frequenti in un fumatore candidato alla cessazione è che il danno già instaurato non è più riparabile, e questa convinzione diventa spesso un motivo di ritardo e di titubanza nell'iniziare un programma di disassuefazione. La ricerca ha invece ampiamente dimostrato che in assenza di patologie in atto, smettere di fumare consente, in un certo lasso di tempo, di tornare ai livelli di rischio dei non fumatori. Qualora si fosse già verificato qualche danno, smettere ferma comunque la progressione e il peggioramento della malattia ed evita l'insorgere di altre complicazioni legate al fumo. Infine, la cessazione del fumo comporta un aumento dell'aspettativa di vita che è tanto maggiore quanto prima si smette.

Aspettativa di vita

L'aumento dell'aspettativa di vita associato alla cessazione a qualsiasi età è maggiore per i fumatori che smettono prima. In base allo studio prospettico di Doll e collaboratori condotto su 34.439 medici uomini nel Regno Unito dal 1951 al 2001, la cessazione del fumo, anche in tarda età, migliora l'aspettativa di vita.

I fumatori che hanno smesso a 60 anni hanno guadagnato almeno 3 anni di vita. Smettere prima aumenta però il numero di anni di vita guadagnati. I fumatori che hanno abbandonato le sigarette a 50 anni hanno guadagnato circa 6 anni di vita, chi ha smesso a 40 circa 9. I fumatori che hanno interrotto il consumo di tabacco prima della mezza età hanno guadagnato circa 10 anni di vita con curve di sopravvivenza simili a quelle dei soggetti che non avevano mai fumato (Doll, Peto, Boreham, 2004)

Studi sul rapporto tra fumo e malattie cardiovascolari hanno dimostrato che la cessazione del fumo di tabacco è il fattore singolo di maggiore impatto per la riduzione della mortalità per infarto del miocardio, significativamente più efficace della riduzione del colesterolo e della pressione arteriosa, e che i malati cardiovascolari smettendo di fumare diminuiscono del 36% il rischio di morte per qualsiasi causa (Unal, Critchley, Capewell, 2005; Critchley, Capewell, 2003).

Minore rischio di malattie

La cessazione del fumo comporta una serie di benefici riguardo ai rischi di contrarre malattie:

- diminuisce la frequenza e la gravità delle infezioni respiratorie;
- diminuiscono la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, il colesterolo (Critchley, Capewell, 2003);
- diminuiscono gli attacchi di asma;
- migliorano gli indici spirometrici, reversibilità di alcune alterazioni a livello delle piccole vie aeree (Bevilacqua et al, 1990);
- migliora il decorso post-operatorio e riduce il rischio di infezioni e complicanze dopo importanti interventi chirurgici (Moller et al., 2002);
- aumenta l'aspettativa e la qualità della vita anche dopo una diagnosi di cancro polmonare (Videtic et al, 2003).

In gravidanza

Smettere di fumare prima del concepimento o all'inizio della gravidanza:

- aumenta il peso medio alla nascita (Wen et al., 2005);
- diminuisce il rischio di aborto;
- diminuisce il rischio di mortalità perinatale;
- diminuisce il rischio di infezioni.

Smettere di fumare aumenta lo stress?

Per verificare tale ipotesi, gli autori Cohen e Lichtenstein (1990) hanno effettuato uno studio con lo scopo di valutare in prospettiva i livelli di stress in tre gruppi di persone: il primo non aveva mai smesso di fumare, il secondo aveva smesso al massimo per 24 ore, il terzo era stato astinente per tutto il periodo. Nel secondo gruppo è risultato il livello di stress più alto, nel primo è rimasto comunque elevato, negli astinenti il livello di stress è costantemente calato durante il periodo di osservazione.

Ma quanto ci vuole?

Smettere di fumare comporta un miglioramento dello stato di salute già a partire da pochi minuti dall'inizio del processo. Gli effetti acuti della cessazione si riflettono subito sull'emodinamica e sull'ossigenazione dei tessuti.

Nel breve termine, dopo giorni o poche settimane, migliorano le funzionalità di organi di senso (gusto, olfatto), apparato circolatorio e respiratorio.

Nel medio termine continuano a registrarsi miglioramenti funzionali respiratori e cardiovascolari, con riduzione del rischio di coronaropatia, rispetto a un fumatore, del 50%.

Nel lungo termine si riducono anche il rischio di sviluppare tumori polmonari; sul fronte della prevenzione del rischio per malattie cardiovascolari, questo si attesta a livelli simili a quelli di un non fumatore dopo 15 anni (CDC 2003).

Altri benefici percepiti soggettivamente dai fumatori sono:

- miglioramento delle *prestazioni atletiche e fisiche* in generale, già nel giro di qualche settimana: classico è il riscontro di una diminuita difficoltà a fare le scale;
- aumento della *capacità di concentrazione* e normalizzazione del *ritmo del sonno*;
- cambiamento del *colorito della pelle* che, essendo più ossigenata, diventa più rosea.

Negli ultimi anni è diventato sempre più frequente motivo di gratificazione nello smettere di fumare la consapevolezza di essere *liberi da una dipendenza*, di non essere più condizionati dall'aver o meno le sigarette a disposizione, di poter andare ovunque senza preoccuparsi se sia vietato fumare o no.

È importante ricordare sempre i benefici, anche quelli che sembrano più banali, in modo che smettere di fumare non sia visto solo come una rinuncia ad una gratificazione, ma piuttosto come un cambiamento (liberamente scelto) che non comporta solo una *rinuncia* a qualcosa ma anche un'*acquisizione* di qualcos'altro.

Bibliografia

- Bevilacqua, M. et al, 1990, Fumo e apparato respiratorio, la Garangola, Padova.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2003; Cigarette-smoking attributable morbidity - United States, 2000. MMWR Weekly. September 5, 52(35):842-4. <http://www.cdc.gov/mmwr>.
- Cohen S, Lichtenstein E., 1990, Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. Health Psychol.; 9:466-78.
- Critchley JA, Capewell S., 2003; Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 290:86-97.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I., 2004; Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 328:1519-27.
- Moller A.M: et al., 2002; Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial, Lancet, 359:114-7
- Unal B, Critchley JA, Capewell S., 2005; Modeling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. BMJ. 331:614.
- Videtic GM, et al, 2003; Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemotherapy for limited-stage small-cell lung cancer I associated with decreased survival. J of Clin Oncol. Apr. 15; 21(8):1544-9.
- Wen CP, Cheng TY, Lin CL, et al., 2005; The health benefits of smoking cessation for adult smokers and for pregnant women in Taiwan. Tob Control. 14(Suppl 1):i56-i61.

OBIETTIVO GENERALE:

Focalizzare i momenti critici e le strategie di fronteggiamento

Nel terzo incontro ci si trova di fronte generalmente al seguente scenario:

- persone che hanno smesso di fumare da 48 ore;
- persone che hanno continuato a fumare e che hanno abbandonato il trattamento;
- persone che hanno provato a smettere, ma con risultati parziali (riduzione del numero delle sigarette fumate, resistenza limitata all'astensione) e che continuano a partecipare al gruppo.

Di fronte a questo panorama si tratta, per chi non è più un fumatore da 48 ore e si accinge al primo fine settimana senza sigaretta e senza il gruppo, di focalizzare l'attenzione sull'identificazione dei momenti critici (vedi *diario*) e sull'elaborazione di strategie efficaci, fattibili e personalizzate di fronteggiamento di tali situazioni a rischio.

Rispetto ai partecipanti che stanno provando a smettere, ma con risultati parziali, oltre al lavoro visto sopra di identificazione dei momenti critici e di come li hanno affrontati o potrebbero affrontarli, si suggerisce di introdurre l'opportunità di avere un ulteriore sostegno personalizzato. Si potrebbe prevedere a tal scopo la presenza del medico dell'ambulatorio specialistico di II° livello, durante o subito dopo l'incontro, oppure avere una corsia preferenziale nei giorni successivi presso l'ambulatorio stesso. A tal fine è necessario uno stretto collegamento tra il **TGFUMO** e l'ambulatorio qualora fossero gestiti da personale diverso.

Come il precedente incontro, anche questo si apre con la domanda: *Come è andata nelle ultime 24 ore?* stressando in particolar modo l'attenzione sui momenti difficili attraverso la lettura del diario e su come sono stati affrontati ovvero sulle strategie utilizzate e sui risultati ottenuti. Va dato spazio, in particolare, allo stato d'animo di quelli che non sono ancora riusciti a raggiungere l'astensione completa dal fumo.

Il gruppo diventa luogo di apprendimento, attraverso le esperienze degli altri, l'elaborazione personale e di gruppo, una palestra dove ci si allena assieme nell'esercizio della nuova vita senza il fumo individuando anche dei piccoli e concreti stratagemmi.

Si illustra, quindi, la strategia di evitamento R.I.D.E. Si tratta di un acronimo formato dalle iniziali di quattro parole che indicano altrettanti comportamenti e strategie per aiutare chi sta cercando di smettere di fumare:

- **RITARDARE** di tradurre in pratica il desiderio di accendere una sigaretta (craving) a un momento successivo. Infatti la voglia irrefrenabile passa nel giro di pochi minuti. Aiuta a ridurre la sensazione d'ansia legata alla decisione di smettere.
- **INVOLARSI** (scappare) da dove ci si trova quando la voglia di fumare si fa irresistibile.
- **DISTRARSI**, spostare il pensiero su cose piacevoli evita che il desiderio di fumare si faccia impellente. Fare una breve passeggiata, bere un bicchiere d'acqua a piccoli sorsi trattenendo in bocca l'acqua prima di deglutire, se si è seduti alzarsi o viceversa: sono tutti piccoli stratagemmi per distrarsi dal pensiero del fumo.
- **EVITARE** persone che fumano o situazioni difficili da gestire fino a quando non ci si sente abbastanza forti per affrontarle. Evitare di mettersi inutilmente a rischio e comprendere che nei primi tempi la scelta saggia di fronte a certe situazioni "pericolose" può essere la fuga. È utile anche modificare le proprie abitudini intraprendendo attività incompatibili con il fumo, ad esempio aumentando l'attività motoria e sportiva o anticipando l'ora di andare a letto. In aggiunta è fondamentale procedere ad una "bonifica" del proprio ambiente da tutto ciò che può ricordare il fumo.

(posacenere, accendini, ecc.).

Tali indicazioni vanno arricchite con l'aggiunta di altri esempi da parte dei partecipanti o da parte, se presenti, di ex fumatori, la cui presenza in questo incontro è particolarmente auspicata ed utile.

D'altro canto è importante incominciare non solo a "difendersi" dagli attacchi del fumo, ma anche a definire nuovi modi di vivere e di affrontare le situazioni quotidiane senza di esso. Al fine di rafforzare la propria decisione e volontà è necessario iniziare ad identificare delle situazioni/comportamenti alternativi. In questo modo si pongono le basi di un processo di ridefinizione della propria immagine ed identità, passando da quella di fumatore, incapace di vedersi senza la sigaretta in mano, a quella di persona libera dal fumo. Questo processo, oltre ad assorbire molte energie, perché richiede una rivisitazione di sé e del proprio agire, spesso è accompagnato da ansia ed incertezza. L'ansia che si prova nel lasciare qualcosa di amato e noto per andare verso qualcosa di sconosciuto, ansia che spesso sovrasta il piacere della scoperta e della costruzione di una nuova immagine di sé.

Le domande-stimolo sono: *Cosa mi aspetto nei prossimi giorni?* e *Qual è il mio programma per non fumare in questo fine settimana?* Il compito dei conduttori in questo caso è di orientare i partecipanti nella programmazione e sistematizzazione del fine settimana per prepararsi a fronteggiare il desiderio di fumare e, quindi, per prevenire la ricaduta. Ogni componente viene invitato a esprimere concretamente come intende programmare il fine settimana valorizzando:

- la capacità del gruppo, ormai costituitosi, di sostenersi e di prendersi cura reciprocamente (anche al di là del ritrovarsi, per esempio attraverso contatti telefonici);
- le risorse personali, ricchezza per l'intero gruppo, per rafforzare l'autoefficacia individuale e gruppal;e;
- la presentazione di alcune situazioni stimolo alternative.

Si chiude l'incontro con il rito individuale e collettivo del contratto e dell'impegno di non fumare per 24 ore, rinnovabile di giorno in giorno, ogni volta per 24 ore, fino al prossimo appuntamento.

È possibile, se non si sono già formate delle relazioni significative tra i partecipanti, chiedere che formino delle coppie: ognuno individua una persona del gruppo che contatterà nel fine settimana per un rinnovo reciproco dell'impegno.

Si confermano i compiti per casa: la compilazione del diario e l'applicazione della strategia RIDE. Dato che l'incontro prelude il primo fine settimana senza sigarette, è utile consegnare ad ognuno un segno di incoraggiamento (segnalibro, portachiave, pallina anti stress come gadget) e, se vi è la possibilità, si chiude con un buffet di frutta, verdura, succhi, acqua e biscotti o cracker.

3° incontro: Se lo riconosci lo eviti

OBIETTIVO GENERALE:

Focalizzare i momenti critici e le strategie di fronteggiamento

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Aprire l'incontro con il resoconto delle 24 ore	Domande: <i>Come è andata nelle ultime 24 ore?</i> <i>Quali momenti di crisi?</i>	Focalizzare le strategie utilizzate nei momenti critici. Tabellone astinenti.	
Utilizzare strategie di evitamento e identificare situazioni alternative	Illustrare il R.I.D.E. Raccogliere esempi concreti dei partecipanti e degli ex-fumatori (se presenti). Identificare situazioni alternative	Utilizzare allegati Sintetizzare su tabellone	Presenza ex-fumatori
Affrontare e programmare il fine settimana	Domande: <i>Cosa mi aspetto nei prossimi giorni?</i> <i>Qual'è il mio programma per non fumare in questo fine settimana?</i> <i>Che fare invece di fumare?</i>	Stimolare nuove abitudini Direttive e impegni precisi	Consegna cartoncino per numeri di telefono
Concludere il terzo incontro	Sintesi di quanto svolto Compiti per casa: • Applicazione del RIDE • Rinnovo contratto • Compilazione diario	Diario	Gadget di incoraggiamento Buffet

Allegati 3° incontro

Reagire in situazioni a rischio

tratto da <http://www.stop-tabac.ch/it/welcome.html>

Generalmente, gli ex-fumatori ricadono perchè non sono pronti ad affrontare situazioni a rischio. È molto importante saper individuare le varie situazioni a rischio, saperle anticipare e disporre di strategie che permettano di resistere al desiderio di fumare in ognuna di queste situazioni. Rifletta su questo aspetto e risponda alle domande seguenti:

Le situazioni a rischio:	Qual è la sua strategia per resistere al desiderio di fumare Nelle seguenti situazioni ?
1- In compagnia di fumatori	
2- Dopo aver bevuto alcolici	
3- In caso di forte desiderio di fumare	
4- Dopo un pasto o un caffè	
5- In situazione di stress, inquietudine o conflitto	
6- In caso di depressione	
7- In caso di aumento di peso	

Quanto arriva la voglia posso ...

tratto da R.Cavion, Centro Consulenza, Diagnosi e Psicoterapia, Dipartimento Dipendenze, Az. ULSS 6 Vicenza

Fare ...	Pensare ...
Attività fisica	Che, anche se è difficile, è possibile resistere
Dedicarsi ad un passatempo	Distrarmi e pensare a qualcosa d'altro
Andare al cinema	Riflettere sulle conseguenze negative del fumo
Dedicarsi al giardinaggio	Auto incoraggiarmi e farmi forza
Leggere un libro	Dirmi: non lo voglio fare! (se cedo una volta, il ricattatore tornerà di sicuro!)
Chiamare qualcuno al telefono	Immaginare qualcosa di rilassante
Chiedere aiuto a qualcuno	Pensare alla reazione degli altri
Mandare una e-mail	Pensare che il desiderio della sigaretta è come un'onda: dopo l'apice diminuisce progressivamente
Navigare in internet	Pensare ai motivi che mi hanno portato a smettere di fumare
Scrivere una lettera	Riconoscere le difficoltà del cambiamento
Tenere un diario	Aspettare e pensare che vale la pena di aspettare
Ascoltare musica	Altro.....
Suonare uno strumento	
Fare una doccia, un bagno, una maschera di bellezza	
Andare in piscina	
Fare una sauna	
Andare dal parrucchiere	
Andare a passeggiare	
Cucinare	
Fare compere	
Fare sesso	
Accudire un animale	
Dedicarsi ad attività artistiche o artigianali	
Fare esercizi di rilassamento o meditare	
Respirare profondamente	
Altro.....	

OBIETTIVO GENERALE:

Rafforzare la propria decisione di essere liberi dal fumo

Anche questo incontro inizia chiedendo ai presenti come sono andati questi ultimi giorni trascorsi dall'ultimo incontro di gruppo, per molti dei partecipanti si tratta del primo fine settimana senza fumo dopo molti anni.

Si chiede di focalizzare l'attenzione sul risultato, cioè se si è fumato o meno e, in particolare, di riportare quanto scritto nel diario relativamente alle situazioni critiche, alle modalità adottate per fronteggiarle, alle azioni alternative messe in atto. Il co-conduttore segna sul cartellone il numero di astinenti e di fumatori.

Si verifica se hanno messo in pratica anche il rinnovo, di giorno in giorno, dell'impegno di non fumare per 24 ore telefonandosi reciprocamente, come si era indicato a fine incontro precedente: come hanno vissuto le telefonate, sia nel farle che nel riceverle, se hanno chiamato anche altri componenti del gruppo, ecc. Dare spazio anche alle resistenze rispetto all'utilizzo del telefono da parte di chi nel fine settimana non ha sperimentato tale supporto.

Si mettono quindi in evidenza i punti di forza e le difficoltà incontrate nell'applicazione del RIDE nel fine settimana e ci si confronta sulle strategie più efficaci che si possono mettere in atto. Il gruppo diventa, ancora una volta, una palestra mentale dove allenarsi per fronteggiare le difficoltà e per raggiungere l'obiettivo.

A questo punto è indicato procedere nel rinforzo positivo sul versante cognitivo riprendendo l'elenco dei vantaggi a breve termine (vedi 2° incontro) e chiedendo ai partecipanti se hanno già cominciato ad osservare dei cambiamenti tangibili. Si invita a verbalizzare i benefici che stanno già notando sia dal punto di vista fisico (migliori prestazioni, aspetto estetico, odori e sapori, ecc.), che psicologico (per es. mettendo in particolare risalto i lati positivi di sé che stanno emergendo e scoprendo la determinazione, l'orgoglio, l'aumento di autostima) e sociale (come l'ammirazione, il sostegno e i rinforzi ricevuti).

Alla discussione segue la dimostrazione pratica degli effettivi cambiamenti avvenuti a livello organico anche se talvolta poco percepiti. Si ripropone ai presenti la misurazione del monossido di carbonio e/o la rilevazione della frequenza cardiaca e di confrontarla con la misurazione effettuata al primo incontro. Entrambi permettono di verificare dei cambiamenti tangibili anche dopo pochi giorni di non fumo.

Si passa quindi alla illustrazione dei benefici a medio e lungo termine che si ottengono smettendo di fumare.

Il conduttore, in questa fase dell'incontro, chiede di focalizzarsi oltre che sui processi interni, anche sui messaggi che stanno loro provenendo dall'esterno in merito alla scelta di essere liberi dal fumo, dai familiari, dai conoscenti e dai colleghi incontrati in questi giorni: *Come sta reagendo l'ambiente a questo vostro nuovo stile di vita? Che cosa vi sta trasmettendo l'esterno?*

Il co-conduttore sintetizza quanto emerso su cartellone mettendo in evidenza, da una parte le azioni alternative poste in essere, e dall'altra le reazioni dell'ambiente. Tale elemento è molto importante perché l'ambiente acquisisce diversi significati: funge da strumento di controllo sociale, ma anche, grazie alla sua funzione di rispecchiamento, permette ai partecipanti di rafforzare la loro nuova immagine che si va delineando. Si ribadisce l'utilità dei rinforzi positivi provenienti dall'ambiente ribadendo uno dei punti del *decalogo*: rendere pubblica la propria decisione di smettere di fumare.

Il conduttore esplora con i partecipanti quali sono gli aspetti positivi che stanno emergendo e che maggiormente apprezzano, quali invece sono i lati che vengono percepiti come negativi. L'obiettivo della discussione e del

SOS un amico per non fumare

tratto dal Diario elaborato dall'Unità Operativa Prevenzione Dipendenze, Sert Terraferma, Az. ULSS 12 Veneziana

Nome Tel.....

Nome Tel.....

Nome Tel.....

Nome Tel.....

Esempio di segno di incoraggiamento

tratto da F.Sartorato, Az. ULSS 9-Treviso



confronto è quello di stimolare e rafforzare una nuova immagine di sé, ma anche permettere di affrontare le preoccupazioni che possono essere fonte di stress. Se si conosce sé stessi e le proprie reazioni di fronte ad un avvenimento stressante, come può essere smettere di fumare, si può imparare ad affrontare efficacemente lo stress, adottando tecniche di coping adeguate, e trasformare una fonte di difficoltà in opportunità.

Si conclude l'incontro restituendo quanto svolto e gli aspetti salienti emersi, con l'invito all'appuntamento successivo a distanza di alcuni giorni.

4° incontro: Chi la dura la vince

OBIETTIVO GENERALE:

Rafforzare la propria decisione di essere liberi dal fumo

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Aprire l'incontro con il resoconto del fine settimana e la discussione dei compiti per casa.	Domanda: <i>Come è andata negli ultimi 2-3 giorni?</i>	Giro e raccolta di azioni e reazioni (interne e esterne/ambientali). Stressare esperienze ed alternative su tabellone. Tabellone astinenti.	Presenza di ex-fumatori.
Rinforzare le strategie di evitamento.	Ripresa del RIDE sulla base delle esperienze maturate.	Focalizzare i punti forza e le difficoltà incontrate nella sua applicazione.	
Rinforzare la motivazione sul versante cognitivo.	Ripresa delle informazioni sui benefici a breve termine. Fornire informazioni sui vantaggi a medio-lungo termine.		Misurazione della frequenza cardiaca o rilevazione del monossido di carbonio.
Prevenire la ricaduta.	Domande: <i>Come sta reagendo l'ambiente a questo vostro nuovo stile di vita?</i> <i>Che cosa vi sta trasmettendo l'esterno?</i>	Focalizzare le funzioni di controllo e sostegno sociale.	
Promuovere il processo di cambiamento dell'immagine di sé.	Esplorare la nuova immagine di sé.	Introspezione. Rispecchiamento.	
Concludere il quarto incontro.	Sintesi di quanto svolto. Compiti per casa: • Applicazione del RIDE • Ascoltare i messaggi provenienti dall'interno e dall'ambiente esterno.	Focalizzazione dei punti salienti.	

Allegati 4° incontro

Benefici a medio e lungo termine

tratto dalla guida pratica "Smettere di fumare...una questione che mi sta a cuore"
dell'Istituto Superiore di Sanità, <http://www.iss.it/ofad/>

La ricerca scientifica ha confermato che quando si smette di fumare si ottengono molti benefici.

Medio termine - da 3 mesi ai 12 mesi di astensione:

- migliora la tosse e i problemi respiratori;
- si ha una riduzione del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari.

Lungo termine - dai 10 ai 15 anni di astensione:

- il rischio di tumore polmonare e di malattie cardiovascolari è paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato.
....ed inoltre
- Per gli uomini, fumare la sigaretta aumenta il rischio di impotenza: smettendo questo rischio si riduce.
- Il fumo riduce la fertilità sia negli uomini che nelle donne.
- La donna fumatrice corre un rischio maggiore di avere un bambino sottopeso alla nascita. La nicotina passa attraverso la placenta e attraverso il latte materno, agendo quindi rispettivamente sul feto e sul neonato. Le donne che smettono di fumare, prima o durante il primo trimestre della loro gravidanza, riducono il rischio di avere un figlio sottopeso alla nascita, al pari di una non fumatrice.
- La menopausa si manifesta più precocemente presso le fumatrici: smettendo la si ritarda.

5° incontro: Caro fumo, quanto mi costi

OBIETTIVO GENERALE:

Riconoscere costi e stati d'animo legati al fumo

L'incontro inizia dando voce ai partecipanti rispetto a come trascorrono le giornate da non fumatori, o da "aspiranti" non fumatori, con la consueta domanda: *Come è andata in questi ultimi due giorni?* Si esplora come sono riusciti ad applicare il RIDE e quali nuovi aspetti positivi di sé stanno scoprendo o direttamente o tramite gli altri. Il co-conduttore raccoglie su tabellone quanto emerso e nel contempo segna il numero di astinenti e di eventuali fumatori.

Questo confronto e scambio di esperienze iniziale permette di introdurre il focus dell'incontro, i costi, che sono un altro aspetto importante legato al fumo e alla scelta di smettere di fumare. Si propone ai partecipanti di allargare il panorama relativo a questo tema prendendo in considerazione costi di varia natura, sia quelli economici, sia in termini di tempo "andato in fumo". Si invitano i presenti a calcolare quanto hanno *risparmiato in denaro* fino ad oggi e si propone un elenco di cose da fare o da acquistare, come premio, con quanto risparmiato con la possibilità di personalizzare la lista con propri progetti. Il compito per casa per i prossimi giorni è quello di definire come premiarsi con quanto risparmiato e cominciare a realizzarlo.

Si chiede ai partecipanti di focalizzarsi sull'aspetto *tempo risparmiato* e, quindi, tempo non sottratto ad attività lavorative o familiari, o tempo libero guadagnato da poter utilizzare per coltivare degli hobby o per scoprire nuove passioni: tempo da dedicare, quindi, a sé stessi e alle persone vicine.

È importante far emergere anche i vissuti contrastanti relativi all'aver maggior tempo a disposizione, in quanto, spesso, si vivono momenti di iniziale "smarrimento" a causa dell'assenza del rito-sigaretta che scandisce le ore e dà un ordine alle azioni nei diversi momenti della giornata. È faticoso dover riorganizzare le proprie giornate, gestire i momenti di vuoto, finora riempiti con la sigaretta, trasformandoli in un fruttuoso tempo libero e trovare attività alternative che possano dare un ritmo alle giornate.

Un secondo approfondimento importante di questo incontro riguarda la focalizzazione e il dare voce ai sentimenti contrastanti che stanno emergendo dal nuovo status di non fumatore. Il gruppo, quale palestra dove imparare ad esprimere sentimenti e tensioni, diventa il luogo privilegiato anche per la *normalizzazione* di stati d'animo e di emozioni negative. Al fine di non far emergere esperienze personali critiche, di difficile gestione in un gruppo di tale natura, e che sposterebbero il focus del lavoro, il conduttore orienta la riflessione ed il confronto su esempi di eventi stressanti della vita, quali possono essere un trasloco o un cambio di lavoro, con la domanda: *Quali sono i sentimenti che avete provato o che immaginate in situazioni quali ad es. un trasloco o un cambio di lavoro?*

I conduttori catalizzano il processo di scambio e di confronto tra i partecipanti, elaborano e sintetizzano i maggiori vissuti e stati d'animo emersi, evidenziando i punti in comune e favorendo così il processo di normalizzazione. Tale processo permette di effettuare un adeguato esame di realtà e di attivare risorse, altrimenti bloccate dall'ansia derivata dall'interruzione del fumo, per elaborare adeguate strategie di fronteggiamento dello stress delimitato a questo momento particolare del tutto temporaneo. A questo riguardo, è importante chiedere anche agli ex fumatori, se presenti, di raccontare la propria esperienza, per rassicurare i partecipanti sulla temporaneità del loro malessere e per chiudere l'incontro con un senso di sollievo.

L'incontro termina con una sintesi di quanto emerso, ribadendo i compiti per casa, ovvero di completare la lista delle cose da acquistare con quanto risparmiato o cose da fare nel tempo guadagnato, per gratificarsi, e con un arrivederci alla settimana successiva.

5° incontro: Caro fumo, quanto mi costi

OBIETTIVO GENERALE:

Riconoscere costi e stati d'animo legati al fumo

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Aprire l'incontro e fare il resoconto degli ultimi giorni. Discussione dei "compiti per casa".	Domanda: <i>Come è andata questi ultimi due giorni?</i>	Giro e raccolta su tabellone degli astinenti.	Presenza ex- fumatori.
Analizzare i costi diretti del fumo e di quanto si risparmia. Analizzare il tempo e i momenti in cui si fumava e il tempo libero guadagnato.	Chiedere ai presenti di: • calcolare quanto hanno risparmiato da quando hanno smesso di fumare o quanto risparmierebbero se smettessero; • calcolare il tempo guadagnato "non andato in fumo" e come impiegarlo.	Lista delle cose da fare su tabellone (con possibilità di personalizzazione) con quanto risparmiato. Consegna ad ognuno del foglio promemoria del risparmio.	
Riconoscere gli stati d'animo e promuovere la loro normalizzazione.	Domande: <i>Quali sono i sentimenti che avete provato o che immaginate in situazioni come ad es. un trasloco o un cambio di lavoro?</i>	Normalizzazione.	
Concludere il quinto incontro.	Sintesi di quanto svolto. Compiti per casa: • Completare l'elenco delle cose che si possono fare o acquistare con soldi e tempo risparmiati.	Focalizzazione dei punti salienti.	

Allegati 5° incontro

Promemoria del risparmio

elaborato dal gruppo di lavoro

	
N° giorni di astensione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> X	N° giorni di astensione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> X
N° sigarette al giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> X	N° sigarette al giorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> X
DENARO RISPARMIATO € 0.20 = €.....	TEMPO RISPARMIATO 5 minuti =
Cosa posso fare con questa cifra in tasca?	Cosa posso fare con questo tempo a disposizione?

6° incontro: Nuovi orizzonti

OBIETTIVO GENERALE:

Adottare un nuovo stile di vita

La consueta domanda posta dal conduttore: *Come è andata in questi ultimi giorni?* dà avvio all'incontro cosicché i partecipanti possono liberamente raccontare come hanno trascorso questo secondo fine settimana liberi dal fumo o cercando di esserlo, se hanno completato l'elenco delle cose da acquistare o da fare, quali compiti per casa, e come si sentono, cosa è accaduto e cosa stanno scoprendo della loro nuova dimensione di non fumatori, sia in sé stessi che in chi li circonda.

Sul cartellone va segnato il numero di astinenti presenti.

Anche le relazioni familiari e amicali vanno cambiando di conseguenza alla scelta di non fumare, infatti questo nuovo stile di vita porta in genere ad avere una maggiore predisposizione alla relazione e al dialogo sia perché si ha più tempo a disposizione, sia perché spesso cambia l'approccio personale alle situazioni quotidiane. Se prima ad es. una discussione in famiglia o nell'ambiente di lavoro si affrontava uscendo a fumare e affidando alla sigaretta il compito di dissolvere la tensione e di prendere tempo prima di reagire, ora si sta nella situazione a "tempo pieno".

Lo stesso spazio ed attenzione vanno riservati anche a chi continua a frequentare il gruppo, ma senza aver smesso di fumare. Nell'ottica del percorso individuale e gruppale è comunque importante il loro esserci sia per se stessi, perché nel confronto con gli altri possono trovare una propria motivazione e passare dallo stadio della determinazione all'azione, secondo l'approccio motivazionale (vedi cap.9), sia per chi nel gruppo è astinente.

Questi ultimi possono infatti verificare la forza della nicotina, come sostanza capace di generare dipendenza, trarre vantaggi dall'auto-aiuto, per cui aiutando l'altro in definitiva aiutano se stessi, rimanere ancorati alla realtà e alle difficoltà che la loro scelta comporta, anche se attualmente stanno vivendo la fase euforica della "luna di miele". La presenza quindi di chi sta ancora cercando di raggiungere l'astensione serve al gruppo per tenere i piedi per terra e ridimensionare la propria forza, per una sana prudenza.

È doveroso comunque sottolineare che arrivati a questo punto del percorso, unitamente al supporto farmacologico offerto dall'ambulatorio specialistico, le persone che non raggiungono l'astinenza spesso sono ambivalenti e cioè che, pur desiderando smettere di fumare, vorrebbero anche continuare a farlo, e si sono poste come obiettivo e buon risultato ridurre il fumo e non raggiungere l'astensione completa. In questi casi va ricordato ai partecipanti che, pur comprendendo la difficoltà della scelta radicale, non è possibile mantenere "il fumo controllato" che rappresenta, sempre e comunque, una forma di dipendenza indipendentemente dalla quantità di sigarette fumate.

Il focus dell'incontro, come da obiettivo generale, è un approfondimento sull'acquisizione di un nuovo stile di vita, nei suoi vari aspetti. Si prende spunto da una preoccupazione che abitualmente hanno i fumatori quando smettono di fumare ovvero la paura di ingrassare. Nei primi giorni di abbandono del fumo è bene utilizzare tutte le risorse per fronteggiare l'astinenza, ma a distanza oramai di dieci giorni dall'ultima sigaretta si ritiene utile affrontare questo argomento fornendo sia brevi informazioni sulle modificazioni del metabolismo quando si smette di fumare, sia sui processi di compensazione. Date queste evidenze è necessario adottare strategie per ridurre l'apporto di calorie o per aumentare il loro consumo. Nel primo caso è necessario cambiare stile alimentare e nel secondo caso cambiare le abitudini motorie incrementando l'attività fisica. È utile discutere con i partecipanti questo aspetto fornendo ad ognuno la tabella "Come risparmiare 200 calorie" dove si elencano una serie di comportamenti che

permettono di bruciare 200 calorie o di alimenti da evitare per eliminarne altrettante.

Si conclude l'incontro sintetizzando quanto emerso e consegnando i compiti per casa provando a mettere in pratica i comportamenti indicati in tabella.

6° incontro: Nuovi orizzonti

OBIETTIVO GENERALE:

Adottare un nuovo stile di vita

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Apertura dell'incontro e resoconto degli ultimi giorni. Discussione dei "compiti per casa".	Domanda: <i>Come è andata in questi ultimi giorni?</i>	Giro e raccolta su tabellone.	Presenza ex- fumatori.
Fornire informazioni mirate sul cambiamento del metabolismo e sul processo di compensazione.	"Lezione" partendo dalle domande: <i>Perché si ingrassa quando smetto di fumare?</i> <i>Cosa fare per prevenire?</i> Elementi per ridurre l'apporto di calorie o per un maggior consumo: • alimentazione • attività fisica	Tabella "200 calorie".	Portare cibi secondo le indicazioni alimentari. Presenza esperti in dietologia.
Concludere il sesto incontro.	Sintesi di quanto svolto. Compiti per casa: • sperimentazione della tabella.	Focalizzazione dei punti salienti.	

Allegati 6° incontro

Come risparmiare 200 calorie

tratto da R.Cavion, *Centro Consulenza, Diagnosi e Psicoterapia, Dipartimento Dipendenze, Az. ULSS 6 Vicenza*

Bruciando	Eliminando
1 ora di marcia sostenuta	1 birra media
45 minuti di nuoto	2 bicchieri di vino rosso
40 minuti di marcia in salita	3 succhi di frutta
40 minuti di tennis	1 coppa di fragole con panna
25 minuti di jogging	1 gelato
2 ore di bocce	1 aperitivo
90 minuti di bricolage	15 olive
3 ore al volante	1,5 lattine di coca cola
2 ore di lavoro domestico	1 brioche

Restare in forma

a cura di Denise Da Ros, Unità Tabagismo, Dipartimento Dipendenze, Az.ULSS 16 Padova

La nicotina ha un effetto di leggera accelerazione sul metabolismo basale, perciò un fumatore che si alimenti normalmente può essere lievemente sottopeso. Quando si smette di fumare il metabolismo ritorna ai valori normali. Succede allora che il peso aumenta, ma tale aumento rimane nell'ordine di 2-3 Kg in media. Incrementi di peso più consistenti sono causati da un'alimentazione più abbondante. Il fumatore che smette può avere la tendenza, spesso senza rendersene conto, a mangiare di più e soprattutto cibi più calorici, per compensare la mancanza della sigaretta,

Per evitare tutto ciò si possono seguire dei semplici consigli:

- consumare almeno 3 pasti principali al giorno, meglio se si aggiungono 2 spuntini (metà mattina e metà pomeriggio);
- fare *sempre* la prima colazione, che deve comprendere dei cereali (meglio pane, fette biscottate, corn-flakes piuttosto che biscotti o brioches);
- preparare porzioni normali: il cibo deve saziare la fame, non gonfiare lo stomaco;
- cucinare i cibi al vapore, alla griglia, al cartoccio, e comunque cotti senza o con pochi grassi;
- se dovesse comparire fame al di fuori dei pasti sgranocchiare degli ortaggi (carote, sedano, finocchi, ecc...) preventivamente preparati;
- iniziare i pasti principali con una insalata cruda o un antipasto di verdure: questo aumenta il senso di sazietà e aiuta a ridurre l'assunzione di altro cibo;
- diminuire l'uso dei grassi di condimento: un cucchiaino di olio contiene circa 130 calorie, l'equivalente di circa 55 g di pane;
- ridurre o abolire l'uso di bevande contenenti zucchero: un bicchiere di aranciata o di coca-cola contiene circa 100 calorie; scegliere succhi di frutta fresca o, se non è possibile, senza zuccheri aggiunti;
- limitare il consumo di dolci;
- *bere molta acqua.*

È molto importante inoltre, non solo per controllare il peso ma anche per migliorare lo stato di salute in generale, aumentare l'*attività fisica*.

Mezz'ora di passeggiata quotidiana a ritmo sostenuto fa bruciare circa 160 calorie, l'equivalente di un panino da 70 g. ed inoltre abbassa la probabilità di infarto e di altre malattie cardiovascolari di almeno il 30%. Se non si riesce a trovare del tempo da dedicare esclusivamente all'attività fisica, si può cercare almeno di approfittare delle situazioni quotidiane: usare le scale al posto dell'ascensore, muoversi a piedi o in bicicletta, usare il meno possibile tutti quei dispositivi (ad es. telecomando, cancello elettrico, ecc.) che rendono la vita comoda ma che hanno ridotto notevolmente la nostra attività motoria.

OBBIETTIVO GENERALE:

Prevenzione della ricaduta

Il conduttore dà avvio come d'abitudine all'incontro chiedendo *Come è andata questa settimana?* rivolgendosi all'intero gruppo, dando spazio sia a chi ha smesso di fumare sia a chi sta ancora ricercando una strada per abbandonare completamente il fumo. Si verifica come sono andati i compiti per casa, quindi se e come, chi ha smesso di fumare, ha cominciato a modificare il proprio stile di vita relativamente ad alimentazione ed attività motoria. È importante dare spazio alle possibili gratificazioni legate allo sperimentarsi in attività fisiche abbandonate nel passato perché fumatori, o per altre motivi, e che ora sono state piacevolmente riscoperte, valorizzando le nuove potenzialità emerse, ma anche le difficoltà incontrate nel voler cambiare abitudini e modalità alimentari. Si raccolgono su cartellone gli astinenti e i nuovi comportamenti adottati.

Il focus dell'incontro, dato l'avvicinarsi della conclusione del **TGFUMO**, è un approfondimento su come prevenire la ricaduta o, nel caso in cui si verificasse, come poterla gestire (si veda cap.12). Gli obiettivi sono mantenere ancora alta l'attenzione sulla scelta di essere liberi dal fumo, fronteggiare il possibile desiderio di fumare e attrezzarsi per gestire una eventuale ricaduta.

Il desiderio di fumare può ritornare anche molto tempo dopo aver smesso, per questo è necessario non abbassare mai il livello di guardia. A questo segnale si deve rispondere prontamente mettendo in atto delle strategie adeguate ed efficaci già individuate in precedenza e utili da riprendere al presentarsi di certe situazioni immaginate e temute. Occorre essere pronti ed attrezzati agli eventuali dubbi, alle domande e alle situazioni a rischio che si possono verificare nella realtà.

Per facilitare la riflessione e la discussione di tali aspetti si consegna ai partecipanti una scheda dove riportare situazioni a rischio e possibili strategie con l'obiettivo di individuare dei segnali di avvertimento ai quali rispondere reagendo immediatamente.

Si propone anche una serie di ipotetici dubbi e i possibili pensieri positivi.

Talvolta le ricadute accadono perché non si è pronti ad affrontare determinate situazioni a rischio; per questo è importante individuarle, saperle anticipare e disporre di una strategia che permetta di resistere al desiderio di fumare in ognuna di esse. Per riflettere su questo aspetto si può partire dalle situazioni riportate nell'allegato *Attrazione fatale* e da altre individuate dai partecipanti stessi.

Vanno rassicurati i presenti ricordando che il processo di cambiamento di abitudini e di comportamenti acquisiti e radicati nello stile di vita di una persona è un percorso che richiede impegno e tempo e che quindi, in questo processo, possono riaffiorare pensieri e dubbi, falsi miti, legati sia al senso comune (ad es. *Cosa può fare una sigaretta rispetto all'inquinamento atmosferico?*) che alla storia personale (per es. *Ho già smesso una volta e quindi posso smettere ancora quando voglio, per cui mi posso concedere una sigaretta*). Tali pensieri possono essere convertiti in opportunità nel momento in cui si utilizzano per riflettere ed attrezzarsi a resistere al desiderio.

Si conclude l'incontro sottolineando che anche una eventuale ricaduta può essere un momento di crescita e di rafforzamento della scelta di essere liberi dal fumo se affrontata in modo costruttivo. Ciò significa che l'eventuale esperienza può essere considerata un'occasione per imparare che fumare è una dipendenza soprattutto psicologica e che un ex-fumatore deve tenersi lontano dalle sigarette. Si ricorda però che è sempre possibile rinnovare l'impegno a smettere di fumare e quindi riprendere il percorso anziché rassegnarsi all'ennesimo fallimento.

Si consegna ai partecipanti il numero telefonico dell'ambulatorio o centro anti-fumo della propria Azienda ULSS e i riferimenti dell'Associazione di ex-fumatori, se esistente nel territorio di appartenenza, come risorse presenti oltre al TGFUMO.

Si chiude l'incontro con una sintesi di quanto emerso e con un arrivederci all'incontro della settimana successiva.

7° incontro: Importante è resistere

OBIETTIVO GENERALE:

Prevenzione della ricaduta

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Aprire l'incontro e fare il resoconto dell'ultima settimana. Discutere i "compiti per casa"	Domanda: <i>Come è andata questa settimana?</i> Compiti per casa: verifica dell'applicazione della tabella "200 calorie".	Giro e raccolta su tabellone degli astinenti. Esempi di cambiamenti nello stile alimentare o attività motoria.	Presenza ex- fumatori.
Analizzare i segnali che possono anticipare una ricaduta e individuare strategie efficaci per fronteggiarla.	Esercizi: • le situazionali a rischio; • i pensieri che possono anticipare la ricaduta.	Schede delle situazioni e dei pensieri a rischio.	
Informare sulla ricaduta.	Approfondimento sul lungo processo di estinzione delle abitudini.	Recapiti telefonici dell'Ambulatorio specialistico e dell'Associazione di auto-aiuto (se esistente).	Cartoncino o dépliant ambulatorio specialistico
Concludere il settimo incontro.	Sintesi di quanto emerso.	Focalizzazione dei punti salienti su cartellone.	

Allegati 7° incontro

La strategia giusta nella situazione giusta

modificato da <http://www.stop-tabac.ch/it/>

Due situazioni in cui potrei provare un forte bisogno di fumare: • •	Quali sono le mie strategie per resistere?
Due situazioni in cui sono stressato, ansioso, di malumore e che potrei aver voglia di fumare: • •	Quali sono le mie strategie per far fronte a queste situazioni:
Due situazioni dove ci sono fumatori ed in cui potrei aver voglia di fumare: • •	Quali sono le mie strategie per resistere?

Se i dubbi mi assalgono...

a cura del gruppo di lavoro

Se penso...	Mi posso dire...
Ne fumo proprio solo una ...	Con questo gesto rischio la ricaduta. Ho già tenuto duro fino a questo momento: sarebbe un peccato rovinare tutto!
È troppo difficile, non riuscirò a farcela...	Se resisto ancora per poco, il peggio sarà passato. Ho deciso di smettere e non voglio più tornare alla tosse e alle bronchiti, al cattivo odore e all'alito pesante.
Quando provo a smettere di fumare sono insopportabile...	L'irritabilità è un sintomo normale della disassuefazione che poi nel tempo scompare.
Non riesco ad affrontare i miei problemi se non fumo ...	La sigaretta non mi aiuta a risolvere i miei problemi: sono in grado di risolverli anche senza fumare... anzi il fumo è un problema in più!
Fumerò solo ogni tanto, occasionalmente ...	È molto difficile fumare solo ogni tanto perché corro il rischio di ritornare a fumare come prima!
Non è il momento giusto, smetterò di fumare più avanti...	Se aspetto il momento giusto, non smetterò mai di fumare!

Attrazione fatale

a cura del gruppo di lavoro

Situazione a rischio	La mia strategia per resistere al desiderio di fumare è ...
In compagnia di fumatori	
Dopo aver bevuto alcolici	
In caso di forte desiderio di fumare	
Dopo un pasto o un caffè	
In caso di stress, ansia, tensione, conflitti	
In caso di tristezza, cattivo umore, noia	
In caso di aumento di peso	

8° incontro: Mi conviene continuare perchè...

OBIETTIVO GENERALE:

Mantenere il nuovo stile di vita libero dal fumo

Si inizia l'incontro raccogliendo, al solito, come è andata l'ultima settimana e riportando sul cartellone il numero degli astinenti. Il conduttore chiede se vi sono osservazioni o riflessioni sul tema oggetto di lavoro della volta precedente ovvero sulla ricaduta.

Il focus di questo incontro è rafforzare la motivazione a mantenere il nuovo stile di vita libero dal fumo ricercando, a distanza di oltre un mese dall'inizio del percorso, i vantaggi fisici e psicologici che si stanno delineando in maniera sempre più evidente. Si elencano su tabellone i benefici fisici invitando chi sembra non notare molte differenze rispetto a prima, di focalizzare l'attenzione sulla propria percezione in merito, partendo dai racconti degli altri componenti e degli ex-fumatori, se presenti. È importante assicurare chi dice che addirittura gli sembra di stare peggio e lo si invita a cercare di definire tale percezione. Si ricorda che è normale un aumento della tosse anche a distanza di tempo, indice di un miglior funzionamento delle cilia, microscopiche propaggini superficiali delle cellule epiteliali cilindriche che hanno il compito, con il loro movimento ad onda, di "spazzare" le secrezioni bronchiali in direzione del cavo orale.

In questo ultimo periodo, in genere, i partecipanti sono più predisposti ad *ascoltarsi ed osservarsi*, a prestare attenzione ai messaggi provenienti dal proprio corpo, producendo una particolare sensibilità al proprio stato sia di mal-essere che di ben-essere.

In questa fase di distacco dalla sigaretta rientra nella norma che si verifichino delle variazioni del tono dell'umore caratterizzati da senso di sfiducia e di affaticamento psicologico eccessivi. A fronte di questi stati d'animo, si suggerisce di approfondire e dare risalto agli innumerevoli vantaggi psicologici al fine di rafforzare l'autostima e l'autoefficacia. Si chiede di riflettere sulla nuova percezione di sé, determinata sia dall'immagine di non fumatore, sia dalla gratificazione legata all'essere riusciti a portare a termine questa decisione che sembrava irraggiungibile. Una valutazione positiva della propria determinazione e della personale capacità di mettere in atto strategie efficaci di fronteggiamento del desiderio di fumare sono altri elementi importanti da sottolineare ancora una volta.

A questo punto è possibile ampliare il raggio di riflessione dai benefici personali, agli innumerevoli vantaggi sociali che smettere di fumare comporta:

- Aria più pulita e maggior rispetto degli altri (fumo passivo).
- Essere un esempio positivo per familiari e persone vicine.
- Scelta etica: smettere di fumare porta vantaggi non solo alla propria salute e a quella di chi vive accanto, ma ha anche un'importante valenza etica rispetto l'ambiente, lo sfruttamento minorile, la povertà e l'economia. Anche l'OMS ha ritenuto importante questo tema tanto che ad esso ha dedicato la Giornata Mondiale Senza Tabacco dell'anno 2004.

Questo approfondimento sul versante etico valorizza la scelta di non fumare e permette di andare oltre la dimensione personale e del piccolo gruppo di appartenenza, per sottolineare che si è parte di un sistema globale che è influenzato, anche, dal proprio comportamento.

Avviandosi alla chiusura si invitano tutti i presenti a partecipare ad un nono incontro a distanza di un mese con il

quale si concluderà il percorso. Si spiega e si rassicura che questo periodo è molto importante perché potranno sperimentarsi nella loro scelta senza il sostegno settimanale del gruppo, ma continuando comunque ad avere dei punti di riferimento per un eventuale ulteriore supporto.

Va ricordato che i supporti a disposizione sono:

- i partecipanti del gruppo che si possono raggiungere telefonicamente;
- l'Associazione di auto-aiuto, là dove esiste. A tal fine sarebbe opportuno fossero presenti in questo incontro alcuni rappresentanti per favorirne l'affiliazione;
- l'Ambulatorio o centro specialistico per smettere di fumare. Si invitano quanti non fossero riusciti a raggiungere l'astensione completa dal fumo a rivolgersi alla struttura più vicina per un percorso individuale che permetta loro di continuare il processo iniziato. Inoltre, come già ribadito nell'incontro precedente si ricorda che questi servizi sono a disposizione in caso di ricaduta o qualora si presentassero situazioni particolarmente a rischio. Ci si accerta che tutti conoscano i recapiti.

Si termina con un arrivederci al nono incontro ed a chi desidera si ripete la misurazione del CO al fine di confrontarla con la misurazione effettuata nel primo incontro del percorso. Si rinforza, con questo ulteriore dato, la motivazione a continuare nella scelta di essere libero dal fumo.

8° incontro: Mi conviene continuare perchè...

OBIETTIVO GENERALE:

Mantenere il nuovo stile di vita libero dal fumo

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Aprire l'incontro e fare il resoconto dell'ultima settimana. Riprendere il tema della ricaduta.	Domanda: <i>Come è andata nell'ultima settimana?</i> Raccolta di osservazioni, domande, riflessioni sull'argomento.	Giro e raccolta su tabellone degli astinenti.	
Riconoscere i benefici.	Vantaggi fisici e psicologici (immagine di sé, gratificazione, autostima).	Sintesi dei vantaggi su tabellone.	Presenza ex-fumatori.
Rafforzare la scelta di non fumare.	Passare dal personale al collettivo (valenza etica).		
Concludere l'incontro.	Indicazioni per affrontare il mese successivo prima dell'ultimo incontro.	Promemoria con recapiti.	Presenza rappresentanti Associazione o Ambulatorio. Misurazione del CO o della frequenza cardiaca.

Tabacco e povertà

tratto dal sito dell'Osservatorio Fumo Alcol Droga dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.iss.it/ofad/>) e dal materiale informativo di P.Madera dell'UOS No Smoking Group, Dipartimento Dipendenze, Az.ULSS 20 Verona

"Il controllo del tabacco e la povertà" è stato il tema della Giornata Mondiale Senza Fumo del 2004 promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

A seguito di anni di lavoro che ha messo insieme certezze scientifiche e politiche, i 192 Stati Membri dell'OMS hanno adottato all'unanimità la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco (2003). Nell'adozione e nella firma del trattato, gli Stati Membri hanno espresso il loro impegno costante per affrontare le sfide di sanità pubblica poste dal tabacco e hanno deciso di dedicarsi ad alcuni punti chiave come le misure d'imposta e dei prezzi, il contrabbando di frontiera, la pubblicità e la promozione del tabacco, il diritto delle persone di avere aria pulita nei luoghi chiusi, i problemi relativi al tabacco e alla povertà. Rispetto a quest'ultimo punto è stato documentato da parecchi studi, che la coltivazione e il consumo del tabacco fa aumentare la povertà, esaurisce le risorse nazionali e causa cinque milioni di morti prevenibili ogni anno. Sebbene l'uso del tabacco sia diminuito nelle ultime decadi in molti paesi ad alto-reddito, negli ultimi anni ci sono stati aumenti nel suo consumo, particolarmente fra gli uomini, nei paesi con basso e medio reddito. Quasi il 60% delle 5.700 miliardi di sigarette fumate ogni anno ed il 75% di chi fa uso di tabacco si trova nei paesi in via di sviluppo. È importante notare che gli individui più poveri tendono ad usare tabacco più delle loro controparti più ricche. I governi e le multinazionali del tabacco sfruttano i Paesi in via di sviluppo per aumentare le proprie vendite. Negli anni '80, il Governo degli Stati Uniti ha minacciato di imporre sanzioni commerciali a Taiwan, Sud Corea, Thailandia e Giappone se non avessero accettato di aprire il loro mercato alle sigarette americane. Oggi il 75% dei consumatori di tabacco si trova tra la popolazione dei paesi in via di sviluppo, proprio dove vi è una scarsa regolamentazione della pubblicità e dove sono venduti i pacchetti di sigarette senza le avvertenze dei rischi per la salute.

Il contributo del tabacco alla morte e alla malattia è ben documentato, mentre meno attenzione è prestata a come esso aumenti la povertà. Il danno è evidente quando le limitate risorse di una famiglia sono spese in tabacco anziché in alimenti ed altri bisogni essenziali quali l'istruzione e la nutrizione. I soldi che le famiglie povere spendono in tabacco, pari al 4 - 5 % di tutto il loro reddito disponibile, deviano le scarse risorse dagli alimenti e da altri bisogni primari.

Per esempio, se due terzi dei soldi spesi in sigarette in Bangladesh fosse speso in cibo, si potrebbero salvare più di 10 milioni di persone dalla malnutrizione. Ricerche recenti hanno trovato che in India l'uso del tabacco è associato alla malnutrizione e a peggiori condizioni di salute del bambino. Nel 1995 in Bulgaria, le famiglie con basso reddito con almeno un fumatore hanno speso il 10,4% del loro reddito totale in tabacco. In Cina, i fumatori esaminati nel distretto di Minhang hanno segnalato una spesa del 17% del reddito della loro famiglia per le sigarette.

Inoltre va ricordata l'associazione bassa istruzione-fumo. In Cina gli individui senza istruzione hanno 6,9 volte più probabilità di fumare degli individui con istruzione universitaria; in Brasile gli adulti senza istruzione hanno cinque volte più probabilità di fumare rispetto agli adulti che hanno ricevuto almeno un'istruzione di secondo grado. Anche

l'ambiente subisce gravi deturpazioni legate alla coltivazione del tabacco: nel mondo ogni anno sono sacrificati 2.5 milioni di ettari di foresta per produrre e seccare il tabacco. Secondo uno studio dell'OMS nei Paesi in via di sviluppo circa il 5% del disboscamento generale è dovuto alla coltura del tabacco. Si pensi che il Malawi ha distrutto un terzo delle sue foreste e la Tanzania abbatte il 12% dei suoi alberi ogni anno per la produzione del tabacco. Tra i danni all'ambiente vanno poi considerati l'inquinamento e l'avvelenamento di terreni, acque, animali e persone derivati da pesticidi, fertilizzanti ed antiparassitari utilizzati per la coltivazione e conservazione del tabacco. A questo vanno aggiunti gli incendi causati dalle sigarette. In Inghilterra, per esempio, nel 1999 sono stati circa 5.200 gli incendi dovuti a tale causa.

Da non trascurare infine l'impiego dei *bambini* nella produzione del tabacco, molto diffuso nei paesi coltivatori come Argentina, Brasile, Cina, India, Indonesia, Malawi e Zimbabwe. L'UNICEF stima, nonostante non sia possibile conoscere con precisione quanti bambini lavorano nelle piantagioni di tabacco, che ben il 72% dei bambini si occupi a tempo pieno o parziale della lavorazione del tabacco in condizioni di quasi schiavitù, con turni di almeno 18 ore al giorno di lavoro in ambienti estremamente pericolosi e a contatto con sostanze nocive, come avviene in India e Malawi. Ad esempio in India circa 44 milioni di bambini tra i 5 e i 14 anni lavorano, spesso "affittati" dai loro stessi genitori a imprese industriali o mediatori che ne sfruttano il lavoro fino al limite delle possibilità; di questi una parte lavora anche nelle fabbriche che producono "bidi", la tipica sigaretta indiana che viene preparata a mano.

I gruppi di auto - aiuto

a cura di Giorgio Cuccia, Responsabile SERT di Camposampiero, Az. ULSS 15 "Alta Padovana"

L'auto-aiuto è un particolare approccio ai problemi che una persona può incontrare nel corso della vita ed è basato sulla condivisione della propria esperienza con altri soggetti che vivono le stesse difficoltà nella convinzione che questa comunanza determini solidarietà e aiuto reciproco.

Già il sapere di non essere i soli ad avere quel particolare disagio e trovarsi a parlarne con altri, confrontandosi con loro in un clima amicale e rispettoso, è un elemento importante di sollievo e stimolo al superamento del problema comune.

Dunque è il gruppo dei "pari" lo strumento attraverso il quale vengono sia soddisfatti i bisogni di espressione, comprensione, condivisione, chiarificazione della propria situazione e sia attivate le risorse personali grazie al reciproco sostegno.

L'identificazione e l'empatia rappresentano gli elementi chiave di questo processo che aumenta nella persona partecipante al gruppo l'auto-stima e l'auto-efficacia e quindi la porta ad avere la fiducia nelle proprie capacità e a sviluppare le potenzialità positive.

I gruppi di auto-aiuto hanno delle precise caratteristiche:

- sono piccoli gruppi per facilitare le interazioni tra i membri e l'espressione dei propri sentimenti;
- sono focalizzati su uno specifico problema comune a tutti i membri e che identifica lo stesso gruppo;
- sono orientati all'azione, sperimentano nuovi comportamenti e condividono lo stesso obiettivo predefinito di cambiamento;

- ogni persona del gruppo rappresenta una importante risorsa per gli altri partecipanti, ognuno mette a disposizione del gruppo conoscenze e competenze;
- la comunicazione è di tipo orizzontale, ognuno esprime liberamente i suoi pensieri ed emozioni, nel rispetto dell'altro ed evitando prevaricazioni;
- sono gruppi "democratici" dove le decisioni comuni sono prese assieme, i membri sono alla pari senza ruoli di potere gerarchico e senza costrizioni;
- possono far parte di una rete organizzativa strutturata e a volte complessa, ma mantengono una loro autonomia e gratuità.

L'auto-aiuto nasce come risposta ad un problema comunemente sentito e ampiamente diffuso che riceve risposte parziali dai Servizi e insufficienti o inadeguate al contesto sociale di appartenenza. Il gruppo più noto e primo ad essersi organizzato su questi principi è stato quello degli Alcolisti Anonimi, nati nel 1935 negli U.S.A. Poi, nei decenni successivi, sono sorti nel mondo molti altri gruppi di auto-aiuto per affrontare i più svariati problemi (dipendenze da sostanze, malattie, handicap, ecc) e situazioni stressanti (lutto, separazioni, maltrattamenti, ecc).

Non sono gruppi terapeutici e non sono in alternativa al sistema dei servizi, anzi offrono un valido supporto sussidiario alla persona a costi irrisori; per questo sono spesso favoriti dai Servizi e rappresentano una importante risorsa della comunità.

Il termine gruppi di auto-aiuto è correntemente accettato, anche se all'iniziale auto-aiuto (*self-help*) inteso come riconoscimento del problema e richiesta di soccorso, subentra il mutuo-aiuto (*mutual-help*) di condivisione dell'esperienza e di reciproco sostegno.

L'obiettivo comune a tutti questi gruppi può essere generalizzato in un miglioramento della qualità della vita e/o in un cambiamento dello stile di vita.

Gli appartenenti a tali gruppi sono sollecitati ad assumersi le proprie responsabilità, ad essere protagonisti della loro vita, a fornire la propria esperienza agli altri, a valutare le risorse e non solo il problema, ad avere fiducia nel cambiamento possibile, a considerare il tempo un alleato, ad essere disponibili a collaborare.

Nei gruppi vi può essere un facilitatore (*helper*), che favorisce le relazioni interne, che aiuta a focalizzare l'argomento e stimola la partecipazione verbale di tutti in un clima di cordialità e rispetto reciproco. Questa funzione può essere assunta da un membro interno "anziano" o da un volontario esterno motivato e formato. In ogni caso si tratta di una persona che ha sviluppato una propria sensibilità al problema e acquisito una particolare "professionalità".

La metodica dell'auto-aiuto è stata adottata anche nella prevenzione delle ricadute dopo la disassuefazione dal fumo di tabacco, e per questo i fumatori possono trarre vantaggio da un programma che preveda questo approccio comunitario.

Le associazioni di ex-fumatori

Riportiamo alcuni esempi di gruppi di auto aiuto organizzati in Associazioni nel Veneto.

Associazione Ex Fumatori "Liberi dal fumo" O.N.L.U.S. di Arzignano

L'associazione liberi dal fumo ONLUS di Arzignano è nata nel 2002 da un gruppo di volontari che hanno frequentato i corsi per smettere di fumare organizzati dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ULSS 5. I soci fondatori, aiutati dai conduttori dei suddetti corsi, hanno elaborato la necessità di impegnarsi affinché la loro scelta di smettere di fumare si rafforzasse nel tempo. La strada di un impegno come volontari in associazione ha assicurato loro la possibilità di approfondire le motivazioni per l'astensione dal fumo e li ha sensibilizzati ad un impegno sociale e sanitario per la salute pubblica.

L'associazione si è posta come obiettivo statutario di divenire un punto di riferimento sul territorio per chi desidera diventare non fumatore, di incentivare attività ed iniziative per la disassuefazione dal fumo di tabacco, di sostenere le persone che hanno smesso di fumare da poco tempo organizzando corsi e gruppi di sostegno. I soci si sono posti anche l'obiettivo di diffondere ed educare le persone ad una cultura senza il fumo di sigaretta, attraverso incontri di informazione rivolti alla popolazione generale, collaborando in rete con le organizzazioni sanitarie del territorio interessate alla protezione e alla promozione della salute, cooperando alla gestione dei corsi organizzati dall'ULSS 5. Infatti i soci contribuiscono in modo significativo al successo di tali corsi: la loro presenza facilita un clima di accoglienza e comprensione in riferimento alle difficoltà insite nel percorso di disassuefazione di ogni singolo fumatore. Attraverso le testimonianze raccontate e alcuni consigli nati dall'esperienza, i partecipanti ai corsi possono "sentire" le difficoltà del percorso e conoscere le azioni necessarie e le possibili strategie efficaci per imparare a diventare astinenti, oltre che avere una testimonianza di successo e rafforzare nei fumatori l'idea che dal fumo ci si può liberare.

I soci dell'associazione inoltre collaborano alla divulgazione dei manifesti, locandine e volantini pubblicitari del corso, garantiscono l'accoglienza dei corsisti, l'organizzazione dell'ambiente nel quale si svolge il corso, la distribuzione dei materiali informativi previsti dal metodo, la preparazione e la gestione del buffet finale e il confronto tra fumatori ed ex-fumatori.

Associazione EFAV – Ex Fumatori Alto Vicentino

Nel 1996 viene costituita ufficialmente l'Associazione denominata E.F.A.V. (Ex Fumatori Alto Vicentino) nata dalla volontà di alcuni partecipanti ai corsi per smettere di fumare svolti dall'Azienda ULSS 4 Alto Vicentino - Thiene dagli inizi anni '90. Un discreto numero di corsisti ha continuato ad incontrarsi anche al di fuori delle occasioni programmate, incrementando nel numero ogni volta che si ultimava un corso. Tra questo gruppo di amici è maturata e si è rafforzata l'intenzione di costituirsi in Associazione, con lo scopo di promuovere e di affermare "la gioia di una vita senza fumo" attraverso:

- lo studio di proposte atte ad educare ad una vita senza fumo;
- la promozione di tutte le attività che possano aiutare il dipendente da fumo a modificare lo stile di vita.

Al fine di raggiungere tali scopi l'Associazione si è impegnata negli anni successivi con varie iniziative, ma in particolare, attraverso l'organizzazione di corsi per smettere di fumare, in collaborazione con il Servizio Pubblico.

OBIETTIVO GENERALE:

Concludere il trattamento di gruppo

Quest'ultimo incontro è dedicato a raccogliere, elaborare e condividere quanto accaduto in questo ultimo mese e al commiato dal gruppo e dai conduttori. Gli obiettivi sono concludere il percorso e rafforzare la motivazione a continuare ad essere liberi dal fumo, dando spazio sia alle esperienze di coloro che avevano smesso nel corso di questo trattamento sia a quanti non erano riusciti a raggiungere l'astensione completa ed erano stati invitati a rivolgersi all'ambulatorio specialistico per un percorso individuale continuando il processo iniziato in gruppo.

È importante esplorare con i partecipanti i momenti di crisi affrontati in questo mese e le strategie messe in atto, cercando di analizzare i processi che li hanno condotti a tali modalità di fronteggiamento del desiderio di fumare: da casualità ad azione intenzionale determinata da specifici meccanismi cognitivi e sociali. Sottolineare le strategie efficaci messe in atto permette di lavorare sull'autoefficacia e quindi sulla propria percezione di avere la capacità, di affrontare una situazione particolarmente stressante e difficile come smettere di fumare.

Va richiamata la responsabilità individuale rispetto le scelte salutari, ma anche collettiva prendendo spunto dagli aspetti etici visti nell'incontro precedente. A questo riguardo è utile verificare anche quanti hanno messo in atto, in questo periodo, strategie di sostegno reciproco, telefonando ad altri componenti del gruppo o partecipando, là dove esistenti, ad incontri di auto-aiuto. Spesso vengono riportati vissuti positivi legati alla prima possibilità, ovvero il piacere di sentirsi e di rafforzarsi a vicenda rispetto i "compagni di viaggio", mentre può essere difficoltoso l'aggancio con il gruppo di auto-aiuto con il quale non si è condiviso l'intero percorso e i momenti "forti" dell'esperienza vissuta a smettere di fumare.

Se in questo mese sono avvenute delle ricadute, vanno ripresi i contenuti del settimo incontro. Va analizzata la situazione in cui si è verificata la ricaduta, gli elementi che l'hanno anticipata e, soprattutto, come è stata gestita con lo scopo di utilizzare tale esperienza individuale come momento di crescita e di apprendimento per tutto il gruppo.

Vanno ancora una volta rafforzati gli elementi positivi: i benefici sperimentati (fisici, psicologici, sociali, economici, estetici, ecc.) e le modalità di gratificazione adottate.

Si introducono alcuni riti di commiato che permettono di chiudere il percorso:

- consegna degli attestati di partecipazione, se possibile da parte del responsabile dell'ente/agenzia organizzatrice;
- riconferma della disponibilità dell'ambulatorio specialistico di II° livello, in caso di bisogno;
- richiesta della loro collaborazione a partecipare come testimoni nei prossimi percorsi di gruppo che verranno organizzati;
- buffet o pizza finale.

Si comunica infine che verranno contattati secondo le modalità prescelte (telefono, lettera, sms, e-mail) per una verifica individuale o di gruppo con cadenza semestrale per due anni.

OBIETTIVO GENERALE:

Concludere il trattamento di gruppo

Obiettivi Specifici	Azioni	Strumenti/tecniche	Opzioni Aggiuntive
Aprire l'incontro e fare il resoconto dell'ultimo mese.	Domanda: <i>Come è andata nell'ultimo mese?</i>	Giro e raccolta su tabellone degli astinenti.	
Analizzare, elaborare e condividere i momenti critici e gli aspetti positivi sperimentati nell'ultimo mese.	Raccogliere: • le difficoltà incontrate • le strategie adottate • i vantaggi osservati. Elaborare eventuali ricadute accadute.		Presenza ex-fumatori. Schede utilizzate nel 7° incontro
Concludere il trattamento.	Sintesi dei punti salienti del percorso. Consegna degli attestati di partecipazione. Riconferma della disponibilità dell'ambulatorio specialistico di II° livello. Richiesta della collaborazione a partecipare come testimoni nei prossimi percorsi di gruppo.	Attestati	Presenza del responsabile dell'agenzia organizzatrice. Buffet o pizza.

*Riesco a resistere a tutto, fuorché alle tentazioni.
(I can resist anything but temptation!)*

Oscar Wilde

Una terapia di gruppo, così come una qualsivoglia terapia del tabagismo, deve fare i conti con la ricaduta. Ricordiamo che tutte le Dipendenze Patologiche – *Addictions* - sono considerate un disturbo cronico recidivante e il tabagismo non fa eccezione, tanto che si sono riscontrate percentuali di ricaduta simili nel tabagismo, nell'alcolismo e nell'eroinodipendenza (Shiffman, 2006). L'operatore sin dall'inizio del trattamento deve quindi affrontare la ricaduta come un'evenienza "normale", una evenienza tutt'altro che eccezionale.

La ricaduta è più frequente nei primi tre mesi dopo la cessazione, ma è verificabile anche a distanza di anni. Può avere essenzialmente due spiegazioni. Una di queste è stata messa in luce dagli studi di follow-up a lungo termine: i dati suggeriscono che l'outcome¹¹ non è realmente costante nel corso dei mesi di astensione, cioè l'astensione in molti casi non è totale. La seconda spiegazione è riferita dall'estensione del trattamento: se ad esempio sono previste delle sessioni di "richiamo" con l'obiettivo di offrire alle persone una maggior "dose" di trattamento e di estendere le proposte terapeutiche nel tempo, si riscontra una maggiore probabilità di registrare le possibili ricadute. Entrambe le spiegazioni riflettono una visione della ricaduta come un outcome, piuttosto che come un processo (Shiffman, 2006).

Un contributo essenziale per la prospettiva della ricaduta vista come processo è la sua articolazione in diversi stadi nel tempo. A tal fine è particolarmente importante distinguere tra *lapse* (caduta, scivolone) e *relapse* (ricaduta). Una *lapse* riguarda un episodio più o meno singolo e limitato nel tempo, come ad esempio fumare ad una festa. Essa rompe l'impegno di non fumare, ma non costituisce una vera ripresa al fumo.

La *relapse*, invece, rappresenta una ripresa; è la fine di un tentativo di smettere di fumare. In questo senso la ricaduta è un outcome, mentre quando si passa dall'astensione alla *lapse* e dalla *lapse* alla *relapse* possiamo parlare di processo.

Marlatt e Gordon (1985) furono i primi studiosi che individuarono gli elementi fondamentali per la comprensione dei processi psicologici della ricaduta nelle persone affette da una dipendenza. La ricaduta non è casuale: è stato dimostrato che ha una sua "storia" e non è quasi mai un evento puntiforme. Spesso è il risultato di una storia, piccola o grande, che ha le sue ragioni, le sue cause in un processo progressivo, e a volte inconsapevole, di avvicinamento alla sigaretta.

La ricaduta è l'atto conclusivo di un processo che inizia anche molto tempo prima: inizia nei pensieri di sottovalutazione della percezione dei rischi, nel venir meno delle motivazioni per continuare a non fumare, nella progressiva costruzione di insidiosi "alibi" o giustificazioni per riprendere a fumare, nel ridimensionamento delle conseguenze negative del fumo.

Con il passare del tempo dall'ultima sigaretta fumata, la percezione e l'intensità del "sentire il problema" si

riduce. Inoltre, si riducono le percezioni delle differenze tra com'era lo stato di salute prima e dopo il fumo, diminuendo in tal modo la coscienza del rischio. In molte situazioni di ricaduta, infatti, da una parte si assiste ad una banalizzazione o minimizzazione dei rischi accompagnata, dall'altra, da una percezione della propria capacità di affrontare tali situazioni (autoefficacia) irrealisticamente alta. In quest'ottica, l'attribuzione di responsabilità al caso o ad altre persone nell'aver ripreso l'abitudine del fumare può essere vista come un tentativo di attenuare i sensi di colpa e di impotenza e di salvaguardare la propria autostima.

Per qualche fumatore, invece, smettere di fumare può rappresentare una forma di "mutilazione", una paura di essere incapace di gestire la quotidianità della propria vita in maniera serena. Questa condizione rende l'ex fumatore particolarmente vulnerabile e suscettibile di riprendere ad usare uno strumento che conosce bene e che l'aiuta a controllare l'ansia: la sigaretta.

L'ex fumatore può compiere una serie di atti apparentemente insignificanti, spesso non coscienti o almeno non chiari nel loro vero significato, di avvicinamento progressivo alla sigaretta. Molte volte si tratta di *stimoli ambientali*, alcuni dei quali particolarmente forti ma evitabili quali il ritorno in luoghi o situazioni dove si fumava, altri invece sono praticamente inevitabili, come pubblicità o immagini di sigarette, vedere persone che fumano, il consumo di alcol, la convivenza con fumatori, ecc. A tal proposito basti pensare che più della metà delle ricadute hanno luogo in presenza di altri fumatori e che circa un terzo si verificano quando un ex fumatore consuma bevande alcoliche.

È quindi importante sapere come gestire le sollecitazioni a fumare in questi tipi di situazioni.

Bisogna dunque che l'ex-fumatore da una parte sia reso pienamente e totalmente consapevole di queste ed altre più personali situazioni di rischio, e dall'altra sia aiutato nell'acquisire abilità per far fronte (*coping*)¹² a queste situazioni, in modo da contrastare il processo che lo può portare alla ricaduta o, se innescato, lo sappia subito riconoscere e gestire positivamente.

Se agli atti apparentemente insignificanti si associano le cosiddette situazioni ad alto rischio e se fallisce ancora il fronteggiamento, il soggetto fuma innescando la *violazione* dell'astensione con i conseguenti profondi sentimenti di fallimento, di mancanza di autoefficacia, di incontrollabilità, e, quasi sicuramente, va incontro a una vera e propria ripresa del fumare.

Di Clemente, che assieme a Prockaska ha elaborato il modello transteorico degli stadi del cambiamento (vedi cap.9), afferma che "Dopo molte ricerche noi adesso stiamo pensando che la ricaduta non è uno stadio vero e proprio, ma è un evento che accade nella storia del cliente. La persona che sta provando a fare un programma terapeutico e che quindi è nello stadio dell'azione e, improvvisamente ricomincia ad usare sostanze per uno, due, tre giorni e successivamente ritorna in programma, crediamo che questo sia ancora riferibile allo stadio dell'azione. Una specie di incidente che provoca uno scivolamento temporaneo...". Mentre per chi è, o è ritornato, "nello stadio della contemplazione, credo che il problema della ricaduta consista principalmente nel fatto che costoro avevano preso decisioni superficiali e non ancorate a convinzioni solide all'interno della loro vita. Se un individuo non svolge il lavoro proprio della fase della contemplazione il suo cambiamento spesso sarà solo un tentativo maldestro senza che però vi sia una reale possibilità di modificare la sua dipendenza" (Di Clemente et al., 1991).

Le *situazioni ad alto rischio* di ricaduta riportate da Marlatt e Gordon (1985) sono gli stati emotivi negativi, i conflitti interpersonali e familiari e le pressioni sociali, che insieme rappresentano il 75% delle cause di ricadute. Seguono le difficoltà lavorative e di studio, le condizioni fisiche negative (non tabacco correlate) alle

quali si aggiungono specificatamente per il tabacco sintomi di astinenza forti o prolungati, il considerevole aumento di peso, il decadimento della motivazione, la mancanza di sostegno, il tono dell'umore negativo o depresso.

Pertanto vanno tenute in considerazione le situazioni stressanti, come sottolineano le parole di Di Clemente "Quando ho iniziato il mio programma di ricerca sul fumo ho potuto constatare come vi siano stati dei soggetti che, pur avendo intrapreso dei programmi di interruzione da molti mesi, avevano ricominciato in occasione di incidenti o di avvenimenti stressanti. Ad esempio uno di costoro aveva deciso di ricominciare a fumare quando accompagnò la moglie al pronto soccorso dopo un incidente. Egli mi disse che lui poteva non fumare se non avesse avuto dei problemi, ma non nel caso in cui il livello di stress fosse troppo elevato".

Il ruolo degli eventi psicosociali stressanti (o *life events*, come ormai vengono comunemente chiamati anche in italiano) nello scatenamento della patologia psichica è generalmente ammesso dalla maggior parte dei clinici anche se, com'è facile intuire, è arduo stabilire quali, tra gli infiniti eventi, possono assumere il ruolo di stressor e qual è il loro significato specifico per ciascun individuo. Lo stress va considerato un processo in cui le "richieste" ambientali superano le capacità adattative di un individuo, generando variazioni psicologiche, emozionali, comportamentali e biologiche. Affrontare un evento stressante vuol dire che il soggetto si adopera per eliminarlo, compie azioni finalizzate a modificare le condizioni dannose, oppure agisce o pensa in modo da alleviare la risposta emozionale allo stress. Vi sono alcuni eventi psico-sociali stressanti che vengono considerati per il loro impatto oggettivamente negativo fonte di malessere o difficoltà psicologica tale da indurre anche al ricorso dell'uso di sostanze tra le quali il tabacco. Paykel¹³ ha identificato in ordine decrescente 64 situazioni stressanti, di cui riportiamo le prime 30.

Eventi stressanti in ordine decrescente secondo Paykel

1. Morte di un figlio
2. Morte del coniuge
3. Sentenza di carcerazione
4. Morte di un familiare stretto
5. Infedeltà del coniuge
6. Grosse difficoltà finanziarie
7. Crollo negli affari
8. Licenziamento
9. Aborto o figlio nato morto
10. Divorzio
11. Separazione coniugale dovuta a conflitti
12. Chiamata in giudizio per gravi violazioni della legge
13. Gravidanza non desiderata
14. Ricovero in ospedale di un familiare (grave malattia)
15. Disoccupazione per un mese
16. Morte di un caro amico
17. Retrocessione nel lavoro
18. Grave malattia fisica personale
19. Inizio relazione extraconiugale
20. Perdita di oggetti personali di valore
21. Causa legale
22. Insuccesso accademico (esami o corso)
23. Matrimonio del figlio senza consenso
24. Rottura di fidanzamento o relazione
25. Aumento dei conflitti coniugali
26. Aumento dei conflitti con familiari conviventi
27. Aumento dei conflitti con fidanzato/a
28. Grosso debito (più di metà del guadagno annuale)
29. Partenza del figlio per il servizio di leva
30. Conflitto con il capo o i collaboratori

Nel caso del tabacco però la ricaduta spesso non avviene solo durante momenti psicologicamente critici, in una situazione senza via d'uscita o dopo una grave perdita, ma anche quando l'atmosfera è vivace, gioiosa e rilassata in compagnia di amici. La classica situazione è una festa dove ci si diverte, si parla con molte persone e spesso si riceve l'offerta di una sigaretta da qualcuno. Inoltre ricordiamo che basta una piccola quantità di alcol per abbassare la soglia di resistenza di un ex-fumatore ad accettare una sigaretta e riprendere a fumare.

Cosa si può fare per prevenire la ricaduta?

Dato che gli studi indicano che la ricaduta è un evento frequente durante e dopo il trattamento del tabagismo, si devono prendere in considerazione strategie fin dall'inizio per prevenirla.

Già durante il trattamento di gruppo molti sono gli elementi che riguardano la prevenzione della ricaduta come ad esempio:

- una visione del trattamento come un percorso per raggiungere l'astensione totale dove vi possono essere degli incidenti o "cadute";
- il rafforzamento nel tempo della motivazione al cambiamento;
- l'incremento del livello di consapevolezza rispetto al proprio modo di pensare e agire;
- il riconoscimento delle aree di vulnerabilità individuali;
- l'imparare ad anticipare i problemi e le possibili soluzioni.

Dal punto di vista operativo qualsiasi intervento deve prevedere delle strategie minime per la prevenzione della ricaduta che comprendono: le congratulazioni, l'incoraggiamento, il porre domande aperte, la costante focalizzazione sui benefici della cessazione dal fumo, la discussione sulle strategie adottate per mantenere l'astensione dal fumo, come gestire i momenti critici, attraverso un coinvolgimento sempre attivo del fumatore sia durante che dopo il trattamento (AA.VV., 2001; Orlandini et al., 2006). A nostro avviso tutte queste strategie devono far parte di ogni incontro con ognuno dei fumatori che ha smesso di fumare, al fine di rafforzare sempre di più le attribuzioni di significato positivo verso uno stile globale di vita sano e per creare una più profonda e precisa consapevolezza del proprio comportamento. Non solo, ma anche per allargare la prospettiva da una dimensione individuale di benefici personali nel aver smesso di fumare ad una dimensione più ampia, sociale ed etica di questa scelta (Madera, Serpelloni, Fanini, 2005).

Nel caso del **TGFUMO** abbiamo visto che sono previsti dopo i 9 incontri dei momenti di follow-up ogni 6 mesi possibilmente nell'arco di 2 anni, non solo per una valutazione degli esiti, ma anche e soprattutto per offrire un intervento di sostegno e di identificazione dei fattori di rischio per la ricaduta. I contatti possono essere telefonici (Madera et al., 2005), attraverso incontri individuali o di gruppo (preferibili), oppure attraverso i nuovi mezzi a disposizione (SMS ed e-mail).

È molto importante "lasciare la porta aperta" dando la possibilità di contattare il conduttore e di ripetere nuovamente il **TGFUMO** (quindi non utilizzare come criterio di esclusione il fatto di averlo già frequentato) o di trovare sostegno presso l'ambulatorio specialistico per smettere di fumare.

È altresì importante pensare che esistono fumatori con maggiori rischi di ricaduta, anche per particolari caratteristiche personalistiche o cliniche, per i quali è necessario un trattamento prolungato che richiede strategie più complesse. Ricordiamo che sono state elaborate e comprovate efficaci tecniche come la *Relapse Prevention Therapy* (RPT) che si basa su un approccio cognitivo-comportamentale delle Dipendenze e che è specificatamente indirizzata allo sviluppo di abilità di coping per la ricaduta (Marlatt et al., 2002).

Quando il paziente è ricaduto, o è a grave rischio di ricaduta, è opportuno dunque proporre una strada individualizzata, come ad esempio potrebbe essere quella offerta da un Centro Antifumo.

Va comunque detto che chi gestisce i gruppi o i Centri Antifumo dovrebbe dotarsi di uno spazio telefonico non solo per i propri pazienti, ma anche per chi ha ultimato il programma o per chi ha smesso autonomamente con metodi "fai da te" (materiale informativo, prodotti da banco, ecc.). La consultazione telefonica potrebbe risolvere ed agganciare alcune situazioni destinate altrimenti ad un difficile ritorno spontaneo all'astensione.

Per ora abbiamo a disposizione alcuni supporti come:

- **Helpline:** molte linee telefoniche sono state attivate in numerosi paesi del mondo, in genere a carattere nazionale, sia gestite da enti pubblici che del privato sociale, per dare informazioni, ma anche per sostenere il fumatore che desidera smettere o a rischio di ricaduta. In Italia è attivo il **Telefono verde contro il Fumo 800 554088** dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità: è un servizio nazionale anonimo e gratuito aperto dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 16.00, che svolge attività di consulenza sulle problematiche legate al fenomeno tabagismo. Oltre a fornire indicazioni su strutture sanitarie pubbliche e Associazioni nazionali per aiutare i fumatori a smettere, informazioni scientifiche sugli effetti prodotti dal tabacco, sulle terapie possibili e sulla legislazione in materia, offre counselling telefonico per le persone che vogliono smettere di fumare¹⁴. Il servizio è rivolto anche agli ex-fumatori per trovare un sostegno per affrontare momenti di crisi e per questo può rappresentare uno strumento per la prevenzione della ricaduta.

- **Online quit program:** si tratta di programmi proposti in siti internet, solitamente gratuiti, che propongono passo passo consigli per smettere di fumare. Esempi in lingua italiana sono il web-care dedicato ai fumatori di www.tabagismo.it dove tra l'altro si trovano nello specifico un opuscolo sulla ricaduta e un forum dedicato ai fumatori ricaduti o a rischio. Un'altra opportunità è offerta dal sito della campagna europea HELP (<http://it.help-eu.com>) dove dal menù si accede a "Voglio smettere" che propone un programma di due mesi con l'invio 25 e-mail personalizzate.

- **Domande agli esperti:** molti siti dedicati al fumo danno la possibilità di porre delle domande ad un gruppo di esperti e tra le domande risultano anche quesiti sulla ricaduta e la sua prevenzione. Un esempio italiano è il sito www.fumo.it dove esiste un menù per fumatore, aspirante ex-fumatore e ex-fumatore all'interno del quale si trova Esperti in linea.

Bibliografia

- AA.VV., 2001, Cessazione dal fumo interventi e strategie, BestPractice, Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, Volume 5, Issue 3, ISSN 1329 - 1874
- Bezzi Claudio, 2007, Glossario della ricerca valutativa, www.valutazione.it.
- Di Clemente C.C. et al., 1991, The Process of Smoking Cessation: an Analysis of Recontemplation, Contemplation and Preparation Stages, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59:295-304.
- Di Clemente C.C. Gli Stadi del Cambiamento. Intervista a Carlo C. Di Clemente di Roberto Ravera <http://www.geocities.com/sicotema/intervis.htm>
- Madera P., Serpelloni G., Fanini S., 2005, Smettere di fumare? Anche una questione etica, Tabaccologia, 1/2005
- Madera P. et al., 2005, 10 anni di Corsi intensivi per smettere di fumare a Verona, Psicologia della Salute, n.2/05, 2005.
- Marlatt GA, Gordon JR, eds.,1985, Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York, NY: Guilford Press.
- Marlatt A. G., Parks G. A., Witkiewitz K., 2002, Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy, www.bhrm.org/guidelines.
- Orlandini D., Di Pieri M., Scacchi L., 2003, Glossario della prevenzione delle dipendenze, Regione del Veneto, Arti Grafiche Venete, Quarto d'Altino-Venezia,
- Orlandini D., Pettenò A., Frascone F., 2006, Fumo: come aiutare i pazienti a smettere di fumare. Guida pratica per il MMG. Az.ULSS 12 Veneziana, Arti Grafiche Venete, Quarto d'Altino-Venezia, http://www.ulss12.ve.it/docs/file/pubbl_medici/Fumo_per_MMG.pdf
- Shiffman S., 2006, Reflections on smoking relapse research, Drug and Alcohol Review, January , 25, 15 – 20. (Footnotes)

¹¹ Per outcome si intende il risultato, il tipo di effetto di un programma o progetto. Sulla terminologia relativa ai risultati c'è in letteratura molta confusione. Per quanto riguarda i risultati essi vanno correttamente intesi come le conseguenze successive ed esterne generate dal programma, a differenza delle realizzazioni (conseguenze immediate e programmabili) e degli impatti (sorta di conseguenze di secondo livello, non precisamente programmabili e lontane nel tempo) (Bezzi, 2007).

¹² Con coping (in italiano fronteggiamento) si intendono gli sforzi della persona sul piano cognitivo e comportamentale per gestire (ridurre, attenuare, dominare o tollerare) le richieste interne ed esterne poste da quelle interrelazioni persona-ambiente che vengono valutate come estenuanti o eccessive (Orlandini et al 2003).

¹³ Paykel e collaboratori (1971) hanno elaborato la più conosciuta ed utilizzata scala di valutazione degli eventi stressanti (Interview for Recent Life Events – IRLE) che nella versione italiana, curata da Fava e Osti (1982), è edita da OS di Firenze.

¹⁴ Nel periodo maggio 2000-aprile 2007 sono pervenute al telefono verde 17507 telefonate. La distribuzione delle telefonate per gruppi di utenti è composta per il 69,2 % da fumatori, per il 3,9 % da ex-fumatori, per il 5,5 % da non fumatori, per il 11,7 % da familiari di fumatori e per il 9,7 % da altra utenza (giornalisti, medici, operatori socio-sanitari). <http://www.iss.it/ofad/serv/cont.php?id=38&lang=1&tipo=7>

