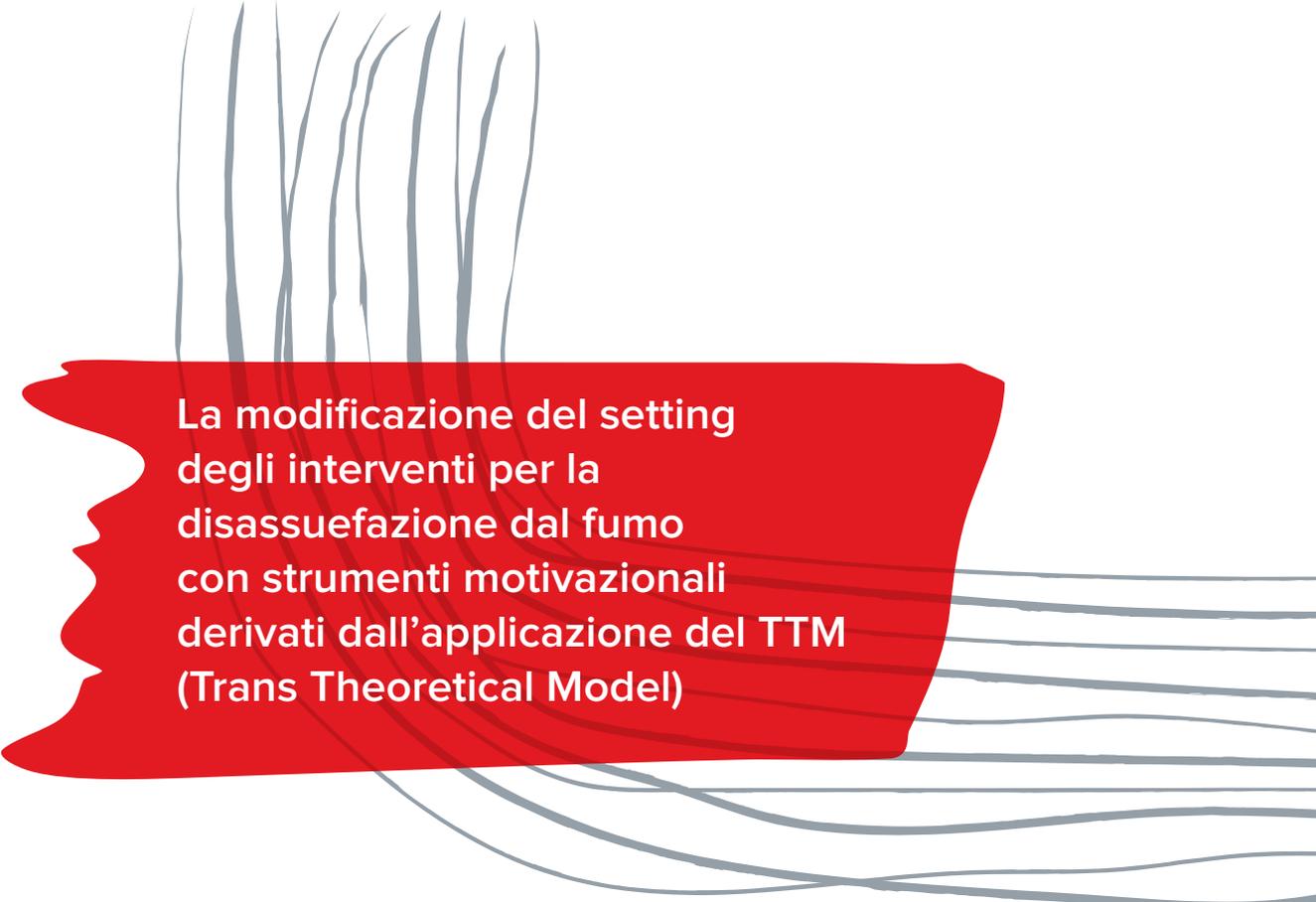


I GRUPPI PER SMETTERE DI FUMARE



La modificazione del setting
degli interventi per la
disassuefazione dal fumo
con strumenti motivazionali
derivati dall'applicazione del TTM
(Trans Theoretical Model)



I GRUPPI PER SMETTERE DI FUMARE

La modificazione del setting degli interventi
per la disassuefazione dal fumo con strumenti motivazionali derivati
dall'applicazione del TTM (Trans Theoretical Model)

In collaborazione con:

Associazione provinciale LILT di Reggio Emilia

Associazione provinciale LILT di Firenze



Il volume è stato realizzato per la Sede Centrale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori nell'ambito del Progetto di Ricerca "Analisi dei meccanismi d'azione psico-comportamentali con cui la proposta di adesione alla TAC spirale agisce sulle abitudini tabagiche e sulla disassuefazione al fumo".

Responsabile scientifico del Progetto: Eugenio Paci, LILT Firenze.

Comitato tecnico scientifico: Eugenio Paci (LILT Firenze), Sandra Bosi (Luoghi di Prevenzione - LILT Reggio Emilia), Paolo Giorgi Rossi (AUSL-IRCS Reggio Emilia)

Gruppo di lavoro Regione Emilia Romagna:

Luoghi di Prevenzione-AUSL Reggio Emilia - Referenti: Sandra Bosi, Paolo Giorgi Rossi

LILT Reggio Emilia - Referente Ermanno Rondini

LILT Bologna - Referente: Francesco Rivelli

LILT Forlì - Referente: Fabio Falcini

Ausl Reggio Emilia - CAF Reggio Emilia - Referenti: Antonio Nicolaci, Angela Zannini

Gruppo coordinamento CAF Regione Emilia Romagna - Referenti: Gerardo Astorino, Marco Tamelli

Gruppo di lavoro Regione Toscana - Referente: Eugenio Paci

LILT Firenze - Referente: Alex Peirano

CAF AOU Careggi - Referente: Salvatore Cardellicchio

AUSL Toscana Centro

- CAF Prato - Referente: Patrizia Gai
- CAF Borgo S. Lorenzo - Referente Giacomo Lavacchini
- CAF AOU Pisa, Pneumologia - Referenti: Laura Carrozzì, Francesco Pistelli

Responsabile della ricerca, valutazione e analisi: Paolo Giorgi Rossi, UO Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia

Responsabile ricerca qualitativa: Luca Ghirotto, AUSL-IRCSS Reggio Emilia

Testi del volume: a cura di Sandra Bosi LILT Reggio Emilia - Luoghi di Prevenzione .

Contributi nella stesura e revisione dei testi:

- Mateo Ameglio - Azienda USL Toscana Sud Est
- Cristiano Chiamulera Università degli Studi di Verona - Laboratorio Human Lab, Luoghi di Prevenzione
- Giovanni Forza - Azienda Ospedaliera - Università di Padova
- Francesco Torino Università di Tor Vergata - Sede Centrale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Si ringrazia per la preziosa collaborazione e supervisione il **Prof. Carlo DiClemente**, Università degli Studi del Maryland – Laboratorio di Ricerca Habits Lab

Editing: Silvia Stoppa, LILT Forlì, Francesca Zironi, LILT Reggio Emilia

© Copyright 2022 Lega Contro i Tumori,
sez. LILT di Reggio Emilia

ISBN 979-12-5486-024-3

Realizzazione editoriale e progetto grafico



Via A. Gherardesca, 1 - 56121 Ospedaletto-Pisa
www.pacinieditore.it - info@pacinieditore.it

Fotolito e Stampa

IGP Industrie Grafiche Pacini

Sommario

Prefazione	5
Introduzione.....	9
L'uso del Trans Theoretical Model (TTM) negli interventi di disassuefazione al fumo.....	11
I gruppi per la disassuefazione dal fumo di sigaretta: ruolo e caratteristiche del conduttore degli interventi di disassuefazione dal fumo	13
Organizzazione dei gruppi	14
Colloquio individuale	18
Fase di accoglienza del gruppo.....	24
Fase di preparazione alla sospensione	33
<i>Aspetti neurobiologici della dipendenza da nicotina</i>	35
<i>La nicotina come causa di dipendenza patologica</i>	40
Stop al fumo	44
Gestione dei sintomi di astinenza e prevenzione della ricaduta	56
<i>Il Training Autogeno di Schultz</i>	60
<i>Il rilassamento progressivo di E. Jacobson</i>	60
<i>La Risposta di Rilassamento di Benson</i>	60
<i>Mindfulness</i>	60
Fase di mantenimento dell'astinenza dal fumo di sigaretta	62
Follow-up.....	71
Trattamenti di prevenzione e disassuefazione al fumo rivolti ai giovani.....	83
La relazione fra sigaretta e identità personale nell'adolescente	83
Fumo di sigaretta, corpo e corporeità.....	84
Relazioni fra competenze trasversali, <i>life skills</i> e identità personale	86
Indicazioni operative	88
Schede operative.....	92
Il programma Percorsi di libertà: Servizi Sanitari psichiatrici e disassuefazione al fumo.....	117
<i>Fumo di sigaretta e problematiche di interesse psichiatrico</i>	119
Fumo di sigaretta e corporeità nelle problematiche psichiatriche	121
La dimensione della cura	124
Il contesto.....	125
Fumo di sigaretta e interazioni farmacologiche	126
Criteri di presa in carico del fumatore con problemi psichiatrici da parte del Centro Antifumo	126
Raccomandazioni per il trattamento	128
Corso online per la disassuefazione dal fumo - Esperienza pilota	137
Appendice - Il progetto di ricerca	141
Conclusioni	151
Postfazione	153

Prefazione

Il fumo di sigaretta è causa dell'80% dei tumori polmonari, di altre forme tumorali fumo-correlate (es. cavo orale, laringe, vescica,...) e di patologie cardiovascolari.

La lotta al tabagismo è da sempre una delle priorità della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, attenzionando soprattutto i giovani. Ogni anno, il 31 maggio, in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco, la LILT pone in essere iniziative per sensibilizzare tutti i cittadini alla lotta al fumo, distribuendo opuscoli informativi e, grazie alle Associazioni provinciali, mettendo in campo eventi e progetti che coinvolgono le scuole, dalle primarie alle secondarie di secondo grado, con manifestazioni nelle quali vengono esposti i lavori creativi realizzati durante gli incontri di educazione ai corretti stili di vita.

Ancora, alla lotta al fumo la LILT dedica Seminari di formazione e di aggiornamento per operatori socio-sanitari contro il fumo, organizza Convegni, Congressi, Tavole Rotonde, Simposi e l'istituzione di Borse di studio. Naturalmente l'astensione dal fumo è la più efficace forma di prevenzione.

Consapevoli della difficoltà a smettere da parte di chi fuma, la LILT ha attivato una linea verde SOS LILT 800 998877 per dare supporto psicologico ed è stata pioniera nella creazione del metodo di disassuefazione in gruppo, un metodo che negli anni ha visto la partecipazione di tantissimi cittadini, dipendenti di grandi aziende attente alla salute dei propri collaboratori, dipendenti pubblici, Ospedali, carceri e Forze Armate.

Si tratta di un metodo efficace per l'alta percentuale di successo tra i partecipanti, riconosciuto tra i migliori nella scelta di smettere di fumare.

Come LILT siamo orgogliosi di questo risultato e continueremo a combattere la dipendenza da fumo avendo come obiettivo finale il coinvolgimento dei giovani.

Francesco Schittulli
Presidente Nazionale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Prefazione

Quando nel 2019 Sandra Bosi, responsabile di Luoghi di Prevenzione e Paolo Giorgi Rossi, direttore dell'epidemiologia della AUSL di Reggio Emilia, mi chiesero di lavorare insieme su questo progetto di ricerca sulle possibili interazioni tra interventi di cessazione del fumo e l'offerta di uno screening per il tumore con la Tac spirale, non avevo immediatamente capito la novità e fecondità di questa idea.

Accettai di svolgere, per LILT sezione di Firenze, il ruolo di responsabile scientifico del progetto per la mia esperienza di ricerca sul tema della diagnosi precoce per il polmone, che aveva portato a pubblicare, nel 2017, i risultati dello studio sperimentale ITALUNG. Dati che hanno contribuito a dimostrarne l'efficacia nel ridurre la mortalità per questa temibile malattia. Sopravvissuta l'iniziativa alle intemperie della pandemia, oggi, grazie a tanti operatori e colleghi delle LILT e del Servizio Sanitario della Toscana e dell'Emilia-Romagna, i risultati di questo progetto a me sembrano non solo importanti, ma anche tempestivi. Questo volume sui "gruppi per smettere di fumare" ne è il prodotto più rilevante, frutto di anni di esperienza. Sicuramente influirà sulle pratiche di prevenzione del tabagismo e non solo, per molto tempo..

La LILT ha una lunga tradizione di lavoro nel contrasto all'abitudine tabagica sia con i giovani che con gli adulti ed il modello di lavoro LILT per individui o gruppi è stato per decenni una importante componente del lavoro delle Associazioni provinciali LILT in molte parti d'Italia. Gli interventi per smettere di fumare sono tuttora necessari per contrastare l'abitudine al fumo di sigaretta, in anni nei quali, nonostante i tanti passi avanti fatti anche a livello legislativo, la percentuale di adulti che sono ancora correnti fumatori rimane piuttosto stabile. Questo manuale aggiorna con competenza questo tradizionale lavoro, con particolare riferimento alla gestione di gruppi di disassuefazione, aprendo all'innovazione per quanto riguarda i nuovi approcci, inclusi quelli farmacologici, ma soprattutto pone al centro gli strumenti motivazionali del cambiamento derivati dall'applicazione del TTM (Trans Theoretical Model) ideato da Carlo DiClemente e James Prochaska.

"Luoghi di prevenzione", l'iniziativa della LILT di Reggio Emilia che ha attivato reti operative a cui oggi partecipano molte associazioni provinciali in tante parti d'Italia, è ormai un interessante riferimento "creativo" di teoria e di pratica con una capacità di azione e nello stesso tempo di riflessione che è cosa rara in questi anni nella realtà italiana. Carlo DiClemente è attualmente il direttore scientifico di Luoghi di Prevenzione e della FAD realizzate in applicazione del TTM; ha offerto a tutti noi il supporto di una metodologia riconosciuta a livello internazionale che offre prospettive per un rinnovamento della prevenzione e, più in generale, della pratica della medicina e della cura.

Avendo lavorato a lungo nel campo dello screening oncologico e dei registri tumori, conoscevo assai bene la diffidenza di molti ambienti del mondo che opera per limitare la dipendenza tabagica, con diverse metodologie e poche risorse, nei confronti di iniziative comuni di prevenzione e screening. L'argomentazione per guardare con sospetto ai rapporti tra le pratiche di cessazione del fumo e screening suggeriva la potenziale nocività della pratica di screening e quindi di ogni possibile integrazione, perché si apriva la strada all'indulgenza verso il fumo, così indirettamente favorendo il mantenimento della pratica tabagica (come auspicato dai molti interessati in questa direzione). Quando lo screening per il tumore del polmone ha avviato un percorso virtuoso di valutazione della sua efficacia e performance e si sono moltiplicate le opportunità di comunicazione, si sono avuti scambi di opinione, talvolta anche aspri. Tuttavia, il dato di fatto è che in ognuno degli studi che sono stati condotti per valutare lo screening con Tac spirale ha trovato posto, in forma più o meno organizzata e convinta, l'offerta di un intervento di cessazione del fumo. Tutte esperienze con dei limiti, ma per la prima volta oggetto di valutazione epidemiologica e clinica integrata. Non tutti gli studi sono stati convincenti o hanno avuto risultati definitivi, ma in diversi casi si è visto che lavorare insieme era possibile e l'opportunità di una azione integrata di prevenzione primaria e secondaria, non solo in questo ambito, è efficace se si ha al centro l'interesse per la persona che fuma. Si possono così rafforzare, in una ottica di sanità pubblica, gli interventi di prevenzione piuttosto che ostacolarsi competendo.

Oggi siamo in nuova fase, in cui le esperienze fatte sono, in molti paesi, alla base di progetti che considerano utili queste pratiche integrate, aperte a favorire il raggiungimento di comuni obiettivi. I progetti pilota, che in Italia e in Europa, sono stati avviati pongono particolare attenzione a come avvicinare le persone che fumano e sulla proposta di pratiche utili per favorire la disassuefazione dal fumo e la promozione della salute. Il lavoro di indagine qualitativa condotta in questo progetto, con una raccolta di dati e opinioni di chi ha partecipato a pratiche di cessazione del fumo, ci racconta chi è la persona che fuma, ci parla delle sue paure ma anche del ruolo degli altri, della comunità, a partire dal sottolineare la pericolosità dello stigma che colpisce persone che si sentono non accettate e allontanate. Sofferenze e ribellione che si possono vivere quando si è dipendenti dal fumo, su cui come operatori sanitari è necessario lavorare con rispetto, per poter offrire innovative strade per prendersi cura di queste persone e aiutarle, favorendo la loro possibilità di contrastare rischi di minacciose malattie, come lo è il tumore del polmone e lo sono altre patologie fumo correlate e per promuovere la loro salute, anche sociale.

Non abbandonare e non colpevolizzare, ma affiancare e prendersi cura. In questa direzione, il ruolo della LILT (e della ricerca che ha il suo fulcro in Luoghi di Prevenzione a Reggio Emilia) sugli aspetti della relazione e della comunicazione nel campo della prevenzione oncologica rappresenta quel di più che fa- e speriamo continui a fare sempre di più- la differenza.

Eugenio Paci

Membro del Comitato Direttivo di LILT Firenze, medico epidemiologo. Responsabile scientifico del Progetto 5xmille, finanziato da LILT nazionale, "Analisi dei meccanismi d'azione psico-comportamentali con cui la proposta di adesione alla TAC spirale agisce sulle abitudini tabagiche e sulla disassuefazione al fumo".

Introduzione

I gruppi per la disassuefazione dal fumo costituiscono l'intervento principale dei Centri Antifumo (CAF) pubblici e del terzo settore. La maggior parte dei CAF pubblici censiti dall'Istituto Superiore di Sanità attivi oggi in Italia sono gestiti dai SerDP (Servizi per le Dipendenze Patologiche) e dai Servizi di Pneumologia. Qualche intervento di disassuefazione al fumo è organizzato dai Servizi di Sanità pubblica. Le modalità di trattamento tendono a far prevalere l'intervento individuale e l'utilizzo del supporto farmacologico, soprattutto nei Servizi di Pneumologia.

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori ha diffuso in Italia (e contribuito al suo miglioramento nel tempo) il **metodo di disassuefazione al fumo di gruppo**, ancora oggi riconosciuto come uno dei più efficaci fra quelli praticati e a cui si sono ispirati anche la maggior parte dei trattamenti del Servizio Sanitario Pubblico. I materiali di seguito presentati sono riconducibili ad aspetti specifici che possono favorire le azioni di rete degli operatori che lavorano in questo settore:

- a) Gruppi per la disassuefazione dal fumo e Centri Antifumo: si forniranno alcuni criteri per evidenziare i requisiti di un CAF (anche da parte delle singole Associazioni Territoriali LILT) specificando come ci si può mettere in rete con un CAF pubblico offrendo il servizio specialistico per la conduzione dei Gruppi di disassuefazione al fumo;
- b) Organizzazione dei gruppi per la disassuefazione al fumo della LILT;
- c) Strumenti di monitoraggio per l'analisi qualitativa del trattamento.

Il tema "tabagismo" (dalla epidemiologia alla disassuefazione) è affrontato nel modulo contenuto nella piattaforma di formazione a distanza www.luoghidiprevenzione.it. Al modulo formativo riservato ai partecipanti al Corso si rimandano tutte le informazioni relative agli approfondimenti tematici, al trattamento farmacologico del tabagismo, al significato della sigaretta elettronica nei programmi di disassuefazione al fumo, ai nuovi modi per sostituire la sigaretta.

I materiali dei gruppi di disassuefazione LILT, già oggetto, di pubblicazioni specifiche, sono da considerarsi di completamento e approfondimento delle schede operative necessarie alla realizzazione del programma. Le modalità di trattamento individuale e la diversificazione dei setting dei gruppi rispetto a target di prevenzione selettiva sono oggetto di altre iniziative di approfondimento nella seconda parte del manuale.

Il Centro Luoghi di Prevenzione ha diffuso le iniziative attraverso alcuni Progetti Ministeriali dedicati al settore. In particolare, il progetto su "Pianificatori regionali del Tabagismo" del CCM 2004 del Ministero della salute rivolto a operatori del Servizio Sanitario Nazionale e operatori della LILT.

La guida raccoglie linee operative sui seguenti aspetti che risultano più problematici nella gestione ordinaria dei gruppi:

- Interventi di disassuefazione rivolti ai giovani;
- Interventi con persone affette da problematiche psichiatriche;
- Esperienze di Trattamento di gruppo online.

Il capitolo conclusivo è dedicato alla presentazione del Progetto di Ricerca di cui il manuale costituisce uno strumento operativo fondamentale.

L'aspetto metodologicamente più di rilievo è l'inserimento del trattamento di gruppo nel quadro generale del TTM (Trans Theoretical Model) che prevede la distinzione fra analisi dei vissuti rispetto al fumo (primi incontri: compilazione del calendarietto e lavoro sulle sigarette automatiche); fase di determinazione/preparazione all'astinenza; contrattazione dell'obiettivo di cambiamento: azione/mantenimento.

L'uso del Trans Theoretical Model (TTM) negli interventi di disassuefazione al fumo

IL TTM è un modello descrittivo elaborato da Carlo DiClemente e James Prochaska che hanno posto a confronto diverse teorie del cambiamento intenzionale dal punto di vista della persona che cambia.

Il TTM si sviluppa in 4 dimensioni:

- **Stages (gli Stadi del cambiamento):** precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento.
- **Processi cognitivi e comportamentali** del cambiamento. I processi cognitivo-esperienziali includono le aree del pensiero e del sentire cosa e perché si dovrebbe cambiare. La loro applicazione si focalizza in un comportamento specifico da Luoghi di Prevenzione denominato Obiettivo di cambiamento o obiettivo di salute (intendendo per salute lo stato di benessere soggettivo che ogni individuo ha di sé stesso).
- **Markers del cambiamento:**
 - **Bilancia decisionale:** vantaggi e svantaggi nel mantenimento del comportamento praticato o cimentarsi nel cambiamento;
 - **Autoefficacia:** percezione che abbiamo di noi stessi di sapere essere in grado di fare, sentire, esprimere, essere o divenire qualcosa.
- **Contesto del cambiamento:** aree funzionali che completano, complicano o facilitano il cambiamento: situazione di vita individuale; credenze, atteggiamenti, relazioni interpersonali, valori di riferimento, sistema sociale, persistenza delle caratteristiche identitarie.

La traduzione pratica ed esperienziale del TTM nei gruppi di disassuefazione al fumo si confronta con le 4 dimensioni del modello.

Con la diagnosi motivazionale dello stadio del cambiamento si esplora l'area dei vissuti con test e brainstorming. La compilazione del calendarietto (il diario comportamentale delle sigarette fumate) consente di approfondire la relazione con le sigarette che si fumano "automaticamente"; la scheda "perché fumo", i test Fagerström (dipendenza fisica da nicotina) e Mondor (grado di motivazione a smettere di fumare) favoriscono una migliore individuazione dei motivi per cui le persone smettono di fumare. Si definisce precontemplativo chi non ha ancora sviluppato una sufficiente propensione a smettere. Al precontemplativo si dedica un colloquio di approfondimento, si consegna un opuscolo informativo e lo si consiglia di frequentare il gruppo di disassuefazione a distanza di qualche mese. Si definisce contemplativo chi sta valutando vantaggi e svantaggi della disassuefazione, ma è ancora più attirato dall'idea di ridurre il numero di sigarette fumate anziché sospenderle. Con il contemplativo è utile effettuare almeno due colloqui individuali prima di inserirlo nel gruppo. Si definisce determinato o in azione la persona che è pronta per smettere di fumare, desiderosa di cambiare il proprio comportamento e di iniziare il trattamento. Capita di trovare nei gruppi anche persone che si trovano in fase di mantenimento. Hanno smesso di fumare, ma continuano ad avere un forte desiderio della sigaretta e sentono il bisogno di rinforzi per restare non fumatori e persone in ricaduta, che intendono riprovare il percorso verso la disassuefazione.

I partecipanti sono esaminati attraverso i contributi informativi ed esperienziali delle diverse sessioni del gruppo che facilitano la rielaborazione cognitiva della singola persona. L'attivazione emotiva e il ruolo del contesto sono oggetto degli incontri che precedono l'astinenza.

I 4 passaggi pratici del Gruppo: accoglienza, preparazione, astinenza, controllo dell'astinenza corrispondono all'applicazione delle 4 dimensioni del TTM:

1. **Esplorazione dei vissuti personali e diagnosi motivazionale** (stages): esempio di domanda: quanto è soddisfatto da 1 a 7 del suo rapporto quotidiano con la sigaretta?
2. **Bilancia decisionale e autoefficacia** rispetto a importanza e facilità con cui si ritiene di ottenere il cambiamento (Markers)
3. **Attivazione emotiva** (cognitive and behavioural processes): domande pratiche: perché vorrebbe smettere di fumare? Come potrebbe fare per fumare di meno secondo le sue abitudini? Che proble-

mi le suscita fumare in modo diverso da quello che sta attualmente praticando?

4. **Contrattazione dell'obiettivo del cambiamento** in base a setting, target e contesto di vita (context).
Domande tipo: quali sono le condizioni in cui le risulterebbe più facile non fumare? Pensa che le sia più congeniale una attività all'aperto o al chiuso...perché preferisce una delle due modalità?

I gruppi per la disassuefazione dal fumo di sigaretta: ruolo e caratteristiche del conduttore degli interventi di disassuefazione dal fumo

I gruppi possono essere ricondotti al metodo di intervento cognitivo-comportamentale e forniscono un percorso per il fumatore motivato a smettere.

Sono preceduti da un colloquio individuale e costituiti da 15-20 partecipanti.

Il conduttore del gruppo può appartenere a diverse professionalità ma deve aver seguito un corso di formazione specifico sulla metodologia adottata ed essere inserito in una rete che gli consenta di collaborare con professionalità necessarie all'efficacia dell'intervento e al mantenimento dei suoi risultati nel tempo (MMG del partecipante al gruppo, operatori dei CAF pubblici, consulenze specialistiche di dietologia, pneumologia, psicologia, cardiologia, psichiatria...).

In ogni caso è bene prevedere un supporto di counseling individuale per chi ha difficoltà a mantenere gli obiettivi del programma ma è motivato a smettere di fumare. Dove e quando è possibile è bene che il supporto individuale sia gestito da una persona diversa dal conduttore del gruppo e con competenze specialistiche rispetto alle problematiche di ostacolo al mantenimento degli obiettivi di gruppo (ostacoli che possono essere provocati da caratteristiche individuali, problemi comportamentali, patologie in corso...) e un rapporto costante con il Medico di Medicina Generale di chi partecipa ai gruppi a cui dovrebbe essere affidata la prescrizione dei farmaci (anche dei farmaci da banco come la nicotina) per rendere più evidente l'azione di rete e la rilevanza dell'obiettivo. Questo dovrebbe avvenire in ogni situazione, anche quando il conduttore del gruppo è un medico.

Il gruppo di disassuefazione al fumo non si configura come intervento clinico, ma educativo e di "cura", intesa come potenziamento delle capacità personali di prendersi cura di sé. Inoltre, ha una durata limitata nel tempo; la persona che fuma e decide di smettere, invece, deve avere un interlocutore stabile per la prevenzione delle ricadute nel medio e nel lungo periodo e per il controllo dell'assunzione dei farmaci che, spesso, si protrae per un tempo superiore alla durata dei gruppi. I referenti dovrebbero essere il Medico di Medicina Generale o lo specialista che ha curato l'invio alla disassuefazione (cardiologo, pneumologo, diabetologo, psichiatra, ostetrica, ginecologo...)

Ruolo e caratteristiche del conduttore degli interventi di disassuefazione dal fumo

Il conduttore adotta uno stile empatico, collaborativo, motivazionale (concertativo) e ha competenze nell'utilizzare i costrutti del modello Transteorico, degli stadi e i processi per la facilitazione e il riconoscimento delle dinamiche del cambiamento intenzionale. Verosimilmente i facilitatori ben preparati si troveranno già in sintonia con i principi del TTM". (Tratto da: Terapie di gruppo per abuso di sostanze. Carlo DiClemente et al. Il mulino 2018).

Il conduttore dovrebbe utilizzare uno stile assertivo, non dirigere, non assecondare, ma accompagnare il gruppo nel processo di cambiamento.

Sono importanti alcune competenze comunicative di base:

- Ascolto attivo (Empatia)
- Uso di domande aperte
- Capacità di riformulazione delle affermazioni dei partecipanti
- Fronteggiamento delle resistenze al cambiamento
- Capacità di condividere il punto in cui si è arrivati nelle diverse sedute
- Fare rispettare gli orari
- Avere cura del setting, sia verbale che non verbale (Approfondimenti rispetto a questi aspetti si trovano in Rollnick e Miller, Motivational Interviewing Helping People Change; Guildford, 2016).

Note per il conduttore di gruppi:

- Le schede riportate di seguito sono di aiuto per focalizzare i diversi passi della disassuefazione. Sarebbe bene usarle nell'ordine proposto. La compilazione della scheda favorisce la concentrazione dei partecipanti e il dialogo costruttivo.
- È molto importante che tutti abbiano la possibilità di partecipare attivamente, senza che ci sia la tenenza di qualche fumatore esuberante ad attirare su di sé le attenzioni del resto del gruppo.
- Il conduttore dei corsi ha un ruolo di guida, anche abbastanza forte, sino al momento della disassuefazione; poi si ritira a poco a poco per lasciare spazio alle dinamiche interne del gruppo che spesso riesce a trovare le risposte ad eventuali problemi insorti.
- Gli insuccessi non vanno mai stigmatizzati o commentati negativamente. Una frase come "Non c'è un cavaliere che non sia mai caduto da cavallo" aiuta a vincere certe preoccupazioni che compaiono già nei primi momenti quando si può trovare difficile anche compilare il diario comportamentale.
- I primi incontri e le schede compilate offrono lo spunto perché i partecipanti propongano domande sul tema della dipendenza dalla sigaretta. Si è inserito un approfondimento in merito: il conduttore o un altro professionista invitato nel gruppo possano fornire alcune informazioni sui meccanismi neurofisiologici della dipendenza.
- È bene non stigmatizzare il concetto di dipendenza. Una persona si può sentire non accolta e capita e manifestare resistenza. Meglio attenersi alla descrizione del processo in cui qualcuno, probabilmente, si riconosce.

Organizzazione dei gruppi

Colloquio individuale: i gruppi sono preceduti da un colloquio individuale da parte del conduttore della durata di 20/30 minuti. Sono composti da 10/20 persone. È bene che l'intervallo di tempo fra chi accede al colloquio individuale e l'inizio del gruppo non superi la durata di un mese. Durante il colloquio individuale si consegna il modulo della privacy, si compila la scheda anamnestica rispetto alle abitudini al fumo, si somministrano i test Fagerström e Mondor e si forniscono informazioni sul gruppo di disassuefazione al fumo. Dove è possibile è utile effettuare anche la misurazione del Monossido di Carbonio per rinforzare la motivazione individuale a partecipare al percorso.

In genere i gruppi si riuniscono a cadenza bisettimanale per 4 settimane e a cadenza settimanale per le 4 settimane successive che comprendono il follow-up ravvicinato. In sintesi, si tratta di 8 incontri per il primo mese, 4 incontri nel secondo mese (a cadenza settimanale). Gli ultimi 2 incontri possono essere previsti anche a cadenza mensile. È necessario prevedere un follow-up a 6 mesi e uno a 12 con misurazione del Co e valutazione complessiva dello stato di salute (da realizzare in collaborazione con MMG e servizi specialistici di competenza).

Per il colloquio individuale si usano:

1. Liberatoria per la privacy;
2. Test di Fagerström (test di rilevazione dei sintomi da dipendenza fisica da nicotina);
3. Test Mondor (test di rilevazione dei motivi individuali per smettere di fumare);
4. Scheda di accesso al Gruppo di disassuefazione al fumo.

Fase di accoglienza del gruppo: i primi due incontri sono dedicati alla costituzione del gruppo. Alcuni partecipanti lasciano perché si rendono conto di non avere motivazione adeguata o di non aver in precedenza ben compreso il tipo di percorso proposto. Durante i primi 2 incontri il conduttore annota le abitudini al fumo dichiarate dai singoli componenti del gruppo, consegna il diario e guida i confronti del gruppo sul tema delle sigarette automatiche, quelle che si fumano senza pensarci. Può accadere che i forti fumatori (dalle 20 sigarette in su) abbiano una riduzione del 30-50% delle sigarette fumate, mentre i fumatori che già si controllano (5-10 sigarette al giorno) non riducano il numero di sigarette fumate. Il conduttore deve spiegare che la compilazione del diario serve per prendere consapevolezza delle modalità di relazione personale con il rapporto con la sigaretta e che è importante compilarlo in ogni sua parte scrivendo le motivazioni per smettere (cercando possibilmente di legarle al momento preciso della compilazione). Il pacchetto di sigarette è avvolto dal foglio che riporta lo schema del diario che deve essere sempre compilato prima di fumare. L'uso del calendario è fondamentale per favorire l'incontro fra i partecipanti e il metodo di disassuefazione. In questa fase il conduttore deve essere molto fermo, perché i fumatori sono resistenti a utilizzare qualsiasi procedimento che ostacoli il loro rapporto con le sigarette.

Si introduce anche il tema della necessità di non tenere scorte di sigarette in casa, ma di usare un pacchetto alla volta. Poiché con difficoltà la persona accetta di gettare via le proprie provviste, si consiglia di riporle tutte insieme in un luogo poco accessibile e di andare a ritirare il pacchetto solo dopo che si è fumata l'ultima sigaretta disponibile nel pacchetto aperto.

Il conduttore spiega ed esemplifica le modalità con le quali si può fumare ed evidenzia che, nella prima fase, non è necessario ridurre il numero di sigarette fumate. Ci si concentra sul modo di fumare e si prova a riprendere il controllo della sigaretta. Le azioni sono semplici: si tiene solo un pacchetto alla volta, incartato con il foglio del diario e, quando si vuole fumare, prima si compila il calendario in ogni sua parte, poi si fuma. Non si possono programmare le sigarette fumate. La compilazione avviene immediatamente prima del gesto del fumo. Le ragioni per smettere devono essere le più varie; fino a quando non si sono esaurite è bene non ripeterle per evidenziare da soli tutti gli svantaggi legati all'abitudine al fumo.

Per i primi 2 incontri si usano:

1. Diario personale sul fumo (calendario)
2. Bilancia decisionale
3. Adesione al gruppo e livelli di cambiamento secondo il Modello Transteorico
4. Conosco le occasioni in cui più facilmente fumo?
5. Perché fumo?
6. Che ne pensi del fumo?

Fase di preparazione alla sospensione (3° - 4° incontro)

In questa fase il gruppo può considerarsi composto nel suo assetto definitivo e il conduttore raccoglie i dati di abitudine al fumo dei partecipanti con eventuali annotazioni che ritiene significative.

Si raccoglie la prima scheda di monitoraggio dell'intervento "questionario di ingresso" che i partecipanti compilano alla fine del terzo incontro.

Gli incontri sono dedicati alla preparazione all'astinenza dal fumo. In questa fase si lavora sulle sigarette che ogni fumatore riconosce come necessarie e sul contrasto agli "automatismi" residuali.

Per favorire la riduzione degli automatismi si introduce il distacco dei 5 minuti nella compilazione del diario. Quando la persona decide di fumare apre il diario, lo compila in ogni sua parte, lo richiude, aspetta 5 minuti (più o meno il tempo coincidente con la fase acuta del craving), poi lo riapre in caso intenda ancora fumare. Se interviene un contrattempo o se ha cambiato idea, la volta successiva segna come "non fumata" la sigaretta precedente e ripete l'operazione.

Il lavoro dedicato alle sigarette necessarie è legato alla programmazione individuale della/delle fasce orarie in cui si intende fumare e avviene dopo la fase di contrasto agli automatismi. Prima si scelgono 2 fasce orarie, poi una soltanto. La modificazione della fascia oraria va concordata con il conduttore del gruppo. In genere si danno come fasce: 7/13; 13/20; 20/7.

In questi 2 incontri sono fornite le informazioni sui rischi correlati all'abitudine al fumo e si consegna il modulo per il Medico di Medicina Generale.

Strumenti operativi

1. Questionario di ingresso
2. I bersagli della sigaretta
3. Composizione dettagliata dei principali costituenti del tabacco
4. I meccanismi della dipendenza
5. Perché voglio smettere
6. Apporto dei farmaci nel processo di disassuefazione al fumo
7. Informativa per il medico di medicina generale

Stop al fumo (4° 5° 6° 7° 8° incontro)

In questa fase i partecipanti devono programmare le 24 ore di astinenza. Non lo attuano insieme, anche perché alcuni fumatori mantengono difficoltà nel governo degli automatismi e del rispetto delle fasce orarie. È importante trasferire il concetto che ogni persona è in grado di resistere 24 ore senza fumare e che si può recedere dal contratto se non si è in grado di sostenerlo.

È il periodo più delicato nella gestione del percorso di disassuefazione al fumo. In genere accade che ci sia qualche componente del gruppo che firma il contratto, ma non riesce a rispettarlo. In questo caso, se la

persona mantiene la motivazione, si lascia aperta un'altra opportunità.

Il conduttore deve ben presidiare questo momento di passaggio, altrimenti perde di significato.

La liberazione dalla nicotina e dai suoi derivati è facilitata da alcuni accorgimenti alimentari (per esempio: astinenza da alcolici, cibi piccanti, caffè...) che favoriscono un processo di cambiamento degli stili di vita generali. Seguire una dieta non è comunque obbligatorio.

Strumenti operativi:

1. Contratto non fumatore
2. Come superare le prime 48 ore di astinenza
3. Indicazioni dietetiche
4. Materiale informativo sul supporto farmacologico ad uso del conduttore (www.luoghidiprevenzione.it)
5. Comunicazione per il Medico di Medicina Generale

Gestione della fase dei sintomi di astinenza e prevenzione della ricaduta

La quasi totalità di partecipanti al gruppo ha smesso di fumare. È importante evidenziare i vantaggi della disassuefazione al fumo per il benessere psicofisico.

Le attività si concentrano sulla attenzione ai sintomi di astinenza e l'inserimento pratico di tecniche che favoriscono la prevenzione della ricaduta: tecniche di controllo della respirazione e rilassamento psicofisico.

Strumenti operativi:

1. Vantaggi della astinenza dal fumo di sigaretta
2. Scheda di rilevazione e monitoraggio dei sintomi di astinenza dal fumo
3. Esercizi di facilitazione e ascolto del respiro e di rilassamento psicofisico
4. Le principali tecniche di rilassamento
5. Piramide alimentare e piramide della attività fisica e programmazione del proprio obiettivo di cambiamento

Fase di mantenimento dell'astinenza dal fumo di sigaretta (9°/10° incontro)

Sono dedicati al rinforzo del percorso di astinenza. È importante trasferire lo spirito del cambiamento nella quotidianità della persona che ha di recente smesso di fumare.

Al nono incontro si somministrano e si ritirano gli strumenti base per il monitoraggio del gruppo.

In questi incontri si rinforzano i vantaggi della disassuefazione a ripetizione delle pratiche già condivise di ascolto del respiro e rilassamento psicofisico e si conferma la necessità di rapportarsi con il Medico di Medicina Generale o lo specialista di riferimento per la gestione del follow-up di breve e medio periodo

Strumenti operativi:

1. Se dovessi fare un tiro
2. Il rischio di ricaduta
3. Scheda per il Medico di Medicina Generale o lo specialista di riferimento
4. Schede per la valutazione dell'efficacia dell'intervento

Follow-up (2 incontri nel corso di un anno)

Gli incontri sono dedicati a un rinforzo specifico dei vantaggi legati allo stile di vite di "non fumatore". Le azioni del conduttore ripropongono la Bilancia decisionale e favoriscono la contrattazione di un obiettivo di cambiamento rispetto agli stili di vita salutari generali. L'ultimo incontro prevede anche la rilevazione del monossido di carbonio da parte dei partecipanti.

Strumenti operativi:

1. Grafico della disponibilità al cambiamento dei comportamenti rispetto agli stili di vita a rischio
2. Bilancia decisionale aperta rispetto all'obiettivo di cambiamento
3. Contrattazione dell'obiettivo di cambiamento rispetto agli stili di vita.

Si fornisce in conclusione una griglia di monitoraggio descrittivo dell'attività dei centri antifumo della LILT

che include le seguenti rilevazioni da effettuarsi a scadenza annuale:

- Numero di corsi svolti in un anno
- Modalità di pubblicizzazione del corso
- Numero di frequentanti al 3° incontro
- Numero di frequentanti al 9° incontro
- Numero di sedute effettuate
- Si svolge il colloquio individuale?
- È stata compilata la scheda di accesso?
- Si somministra il Test Fagerström e Mondor?
- Il misuratore del CO è a disposizione del centro?
- È prevista la presenza di specialisti nel setting del gruppo?
- Si informa il Medico di Medicina Generale che il suo assistito è in trattamento
- Come funziona la segreteria organizzativa?
- Altre informazioni utili

Colloquio individuale

Strumenti

- Fac simile liberatoria per la privacy
- Test Fagerström
- Test Mondor
- Scheda di accesso al Centro Antifumo

Fac simile liberatoria per la privacy

CENTRO ANTIFUMO DELLA LEGA CONTRO I TUMORI
 Informativa ex art.13 D. Lgs. 196/2003 per il trattamento di dati sensibili

Gentile Signore/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali (articolo 26).

Ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati, nei limiti dell'Autorizzazione generale del Garante, esclusivamente per la seguente finalità: SERVIZIO DI TRATTAMENTO DEL TABAGISMO DELLA LEGA CONTRO I TUMORI.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:
 - su supporto informatico e supporto cartaceo da soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti, costantemente identificati, opportunamente istruiti e resi edotti dei vincoli imposti dalla legge 675/96;
 - con l'impiego di misure di sicurezza atte a:
 - garantire la riservatezza del soggetto interessato cui i dati si riferiscono;
 - evitare l'indebito accesso a soggetti terzi o a personale non autorizzato.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del servizio.
4. I dati saranno comunicati (per fini inerenti al trattamento e fermo restando il divieto relativo ai dati idonei a rivelare lo stato di salute, di cui all'art. 26, comma 5 del D.lgs.196/2003) solamente a: AZIENDA SANITARIA AUSL DI REGGIO EMILIA.
5. Il titolare del trattamento è: l'associazione Lega Contro i Tumori di Reggio Emilia
6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente

Decreto Legislativo n.196/2003,

Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - dell'origine dei dati personali;
 - delle finalità e modalità del trattamento;
 - della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati sensibili

Luogo..... Data.....
 Cognome..... Nome.....Data di nascita

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003,;

- per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa. esprimo il consenso nego il consenso
- per quanto riguarda la comunicazione dei dati personali di cui al punto 4 della seguente informativa esprimo il consenso nego il consenso
- per quanto riguarda l'utilizzo del mio numero di telefono mobile (cellulare) per tutte le comunicazioni, anche via sms, finalizzate alle attività di trattamento. esprimo il consenso nego il consenso

Data e luogo Firma.....

Fagerström Test for Nicotine Dependence (Fagerström K.O., et al. 1978; Heatherton et al 1991)

(Il test può essere utilizzato anche in modalità di autovalutazione a cui fa seguito il confronto con l'operatore)

NOME COGNOME.....

Le domande che seguono intendono indagare le sue abitudini legate al fumo; risponda con attenzione e sincerità.

- | | |
|---|---|
| 1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la sigaretta? | |
| <input type="checkbox"/> Entro 5 minuti | 3 |
| <input type="checkbox"/> 6-30 minuti | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31-60 minuti | 1 |
| <input type="checkbox"/> dopo 60 minuti | 0 |
| 2. Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi dove è vietato? | |
| <input type="checkbox"/> Sì | 1 |
| <input type="checkbox"/> No | 0 |
| 3. Tra tutte le sigarette che fuma a quale le sarebbe più difficile rinunciare? | |
| <input type="checkbox"/> La prima del mattino | 1 |
| <input type="checkbox"/> Qualsiasi | 0 |
| 4. Quante sigarette fuma in una giornata? | |
| <input type="checkbox"/> 0 – 10 | 0 |
| <input type="checkbox"/> 11 – 20 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 21 – 30 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 o più | 3 |
| 5. Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore del giorno che nel resto della giornata? | |
| <input type="checkbox"/> Sì | 1 |
| <input type="checkbox"/> No | 0 |
| 6. Fuma anche quando è così malato da rimanere a letto tutto il giorno? | |
| <input type="checkbox"/> Sì | 1 |
| <input type="checkbox"/> No | 0 |

Punteggio totale

Risultati: grado di dipendenza

0-2: molto basso 3-4: basso 5-6: medio-alto 7-8: alto 9-10: molto alto

Il punteggio si riferisce agli aspetti fisici della dipendenza patologica da nicotina

Test motivazionale (Mondor)

	SI/NO	PUNTI
1) Ho deciso di presentarmi spontaneamente		
2) Ho già smesso di fumare per più di 1 settimana		
3) Attualmente non ho problemi sul lavoro		
4) Attualmente non ho problemi sul piano familiare		
5) Mi voglio liberare da questa schiavitù		
6) Pratico dello sport/ho intenzione di praticarlo		
7) Voglio raggiungere una forma fisica migliore		
8) Voglio curare il mio aspetto fisico		
9) Sono incinta/mia moglie è incinta		
10) Ho dei bambini piccoli		
11) Attualmente sono di buonumore		
12) Di solito porto a termine quello che intraprendo		
13) Sono di temperamento calmo e disteso		
14) Il mio peso è abitualmente stabile		
15) Voglio migliorare la qualità della mia vita		
TOTALE		

Lettura risultati

Per ciascuna delle domande sommare i punti indicati sotto se vera, o punti "0" se falsa

- 1)** punti 2 **2)** punti 1 **3)** punti 1 **4)** punti 1 **5)** punti 2 **6)** punti 1 **7)** punti 1
8) punti 1 **9)** punti 1 **10)** punti 2 **11)** punti 2 **12)** punti 1 **13)** punti 1 **14)** punti 1
15) punti 2

Con 16 o più punti: le probabilità sono ottime; **12-16 punti:** le probabilità sono buone; **6-12 punti:** le probabilità sono discrete; **inferiore a 6 punti:** le probabilità sono scarse. Conviene rimandare il tentativo di smettere di fumare a tempi migliori.

Il **test di Mondor** si riferisce alla valutazione degli aspetti psicologici della dipendenza patologica da nicotina che sono correlati alla motivazione a smettere

SCHEDA DI ACCESSO CENTRO ANTIFUMO

Data di compilazione _____
 Cognome _____
 Nome _____
 Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ Età _____
 Indirizzo _____
 Comune _____
 Tel./Cell. _____
 E.mail _____
 Professione _____
 Medico Curante _____
 Distretto di Appartenenza _____
 Ha già effettuato tentativi per smettere di fumare? _____ Se si, quali? _____

MODALITÀ DI ACCESSO

- 1) MEDICO DI BASE 2) FARMACIA 3) MASS MEDIA 4) OPUSCOLI INFORMATIVI
 5) PASSAPAROLA (AMICI) 6) PROCEDURA AUSL: servizio..... 7) ALTRO.....
 8) PROTOCOLLO ASMN P/D: servizio..... 9) NUMERO VERDE ISS progetto F.R.E.S.C.O.

A CHE ETÀ HA INIZIATO A FUMARE? _____
 DA QUANTI ANNI FUMA: _____
 QUANTE SIGARETTE FUMA AL GIORNO? _____
 COMPRA UN PACCHETTO ALLA VOLTA? _____
 QUALI SONO LE SIGARETTE PER LEI PIÙ IMPORTANTI? _____
 FREQUENTA PERSONE CHE FUMANO: _____
 STANZE DOVE NON FUMA IN CASA: _____

HA GIÀ PROVATO A SMETTERE DI FUMARE? SI NO

Anno: Durata sospensione: Circostanze:	Anno: Durata sospensione: Circostanze:	Anno: Durata sospensione: Circostanze:	Anno: Durata sospensione: Circostanze:
<input type="checkbox"/> Da solo			
<input type="checkbox"/> Farmaci.....	<input type="checkbox"/> Farmaci.....	<input type="checkbox"/> Farmaci.....	<input type="checkbox"/> Farmaci.....
<input type="checkbox"/> Corsi Intensivi			
<input type="checkbox"/> Agopuntura	<input type="checkbox"/> Agopuntura	<input type="checkbox"/> Agopuntura	<input type="checkbox"/> Agopuntura
<input type="checkbox"/> Ipnosi	<input type="checkbox"/> Ipnosi	<input type="checkbox"/> Ipnosi	<input type="checkbox"/> Ipnosi
<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Laser
<input type="checkbox"/> Libro	<input type="checkbox"/> Libro	<input type="checkbox"/> Libro	<input type="checkbox"/> Libro
<input type="checkbox"/> Sigaretta elettronica			

OSSERVAZIONI:

SIGARETTA ELETTRONICA Mai usata
 Uso attuale Uso pregresso Effetti avversi riportati:

PER QUALI MOTIVI HA DECISO DI SMETTERE DI FUMARE?

Motivo più importante per smettere

QUANTA FIDUCIA HA DI SMETTERE? NESSUNA O POCA MEDIA O MOLTA Da 1 a 10:

ANAMNESI

DATA	PPM/ %	SIGARETTE/DIE

ASSUME FARMACI IN MODO CONTINUATIVO? SI NO

HA UNO SPECIALISTA DI RIFERIMENTO CHE DESIDERA INFORMARE DEL SUO PROPOSITO DI SMETTERE DI FUMARE? SI NO

È IN GRAVIDANZA O STA PROGETTANDO UNA GRAVIDANZA? SI NO

HA AVUTO PROBLEMI LEGATI AL FUMO? (Per esempio: asma, enfisema, bronchite cronica, ipertensione...) SI NO

TEST FAGERSTRÖM: ___/10 MONDOR: _____ CO:

Programma

GRUPPO

- mattina
- tardo pomeriggio
- serale

NOME DELL'OPERATORE:

Fase di accoglienza del gruppo

1° e 2° incontro

Strumenti

- Calendarietto
- Bilancia decisionale
- Conosci le occasioni in cui fumi più facilmente?
- Perché fumo?
- Che ne pensi del fumo?

Come si usa il “calendarietto” (Diario comportamentale)

Con il calendarietto si impacchettano le sigarette.

L’obiettivo è di controllare le sigarette automatiche, usando solo un pacchetto alla volta. Si consiglia a chi fa la scorta di metterle tutte insieme in un posto scomodo e di andare a ritirare un pacchetto alla volta solo quando è ultimato quello che si sta fumando.

Prima di accendere la sigaretta è necessaria la compilazione del calendarietto. Si segna il grado di bisogno, l’umore, l’attività che si sta facendo, l’orario, una ragione per smettere e alla fine si decide se fumarla o non fumarla.

La compilazione deve essere fatta con cura. Se non si può scrivere, non si può fumare.

È una fase importante perché consente di riprendere il controllo delle sigarette fumate in modo automatico e senza davvero averne voglia.

Non è possibile fare dei riassunti delle sigarette fumate. Ogni sigaretta va programmata e descritta nel diario comportamentale nel momento in cui si fuma.

CALENDARIETTO

DATA E GIORNO DELLA SETTIMANA

PACCHETTO DEL GIORNO

SIGARETTA	ORE	ATTIVITÀ/UMORE	GRADO DI BISOGNO	RAGIONI PER SMETTERE	FUMATA	
					SI	NO
1°			1 2 3 4 5			
2°			1 2 3 4 5			
3°			1 2 3 4 5			
4°			1 2 3 4 5			
5°			1 2 3 4 5			
6°			1 2 3 4 5			
7°			1 2 3 4 5			
8°			1 2 3 4 5			
9°			1 2 3 4 5			
10°			1 2 3 4 5			
11°			1 2 3 4 5			
12°			1 2 3 4 5			
13°			1 2 3 4 5			
14°			1 2 3 4 5			
15°			1 2 3 4 5			
16°			1 2 3 4 5			
17°			1 2 3 4 5			
18°			1 2 3 4 5			
19°			1 2 3 4 5			
20°			1 2 3 4 5			

GRADO DI BISOGNO: quanto è importante quella sigaretta in quel momento

1. Importantissima (mi sarebbe mancata molto)
2. Più della media
3. Mediamente
4. Sotto la media
5. Pochissimo

Bilancia Decisionale

Fumi. Forse ti capita di pensare che ti piacerebbe smettere.

Potrà esserti utile sapere quali sono in questo momento le ragioni per fumare e quelle per smettere.

Compila la bilancia decisionale e conserva il risultato. La Bilancia decisionale può essere usata in due modalità diverse:

Esempio 1:

A sinistra sono indicate le ragioni per continuare, a destra le ragioni per smettere.

Il numero più alto indicherà a che punto si è rispetto alla decisione di diventare NON FUMATORE. Si ha a disposizione per ogni item un punteggio da 0 (se quella ragione per continuare e/o smettere non è valida per te) a 3 (se è una ragione molto importante).

Buon lavoro!!!

Legenda: 0 = non importante 1 = poco importante 2 =abbastanza importante 3 = molto importante

PERCHÉ FUMO: 0, 1, 2, 3	PERCHÉ VOGLIO SMETTERE: 0, 1,2,3
Mi piace	Voglio evitare problemi di salute
Mi rilassa	Faccio molta attività fisica
Ne ho bisogno	Ho dei fratelli piccoli
È importante in compagnia	I miei genitori fumano
Non è vero che fa male	Non mi piacciono le dipendenze
Mi fa sentire forte e sicuro	Mi sento fuori moda
Mi tiene compagnia	Ho già qualche disturbo
Mi aiuta a controllare l'ansia	Voglio migliorare la mia forma fisica
Mi aiuta a digerire	Sono stanca/o della puzza
Mi aiuta a regolare l'intestino	Ho sempre la bocca amara
È un'abitudine	Non riesco più a fare sport
È un automatismo	Butto via un sacco di soldi con le sigarette Do fastidio ai miei amici
Per non ingrassare	I miei familiari si lamentano
Perché completa attività piacevoli	Cosa dirà di me la mia ragazza/ mio ragazzo
Favorisce la concentrazione	Riduce le mie prestazioni sessuali
Non fa più male di tanto	Sono stanca/o di questa schiavitù
Perché lo fanno gli altri	Un mio conoscente/amico/parente fumatore si è ammalato di tumore
Colma dei vuoti	Voglio dimostrare di essere capace
Non ce la faccio a smettere. n casa fumano tutti	Ho molta paura di ammalarmi

Totale punteggio perché fumo..... Totale punteggio perché non fumo.....

Quale è il punteggio maggiore?..... Che differenza c'è tra i due?.....

Esempio 2

Su lascia la bilancia vuota, dopo la compilazione si sondano i vantaggi (colonna di sinistra) e gli svantaggi (colonna di destra)

Vantaggi del fumo	Svantaggi del fumo
Vantaggi dello smettere	Svantaggi dello smettere

CONOSCI LE OCCASIONI IN CUI FUMI PIÙ FACILMENTE?

Segnare con una crocetta le situazioni che sono per voi più a rischio

1	Al mattino quando mi alzo.
2	Quando sono in bagno.
3	Quando prendo il caffè.
4	Quando vado al lavoro in automobile.
5	Quando esco dal lavoro.
6	Mentre guardo la televisione.
7	Quando faccio una pausa.
8	Durante le discussioni in famiglia.
9	Quando il lavoro non va bene.
10	Se bevo bevande alcoliche.
11	Nei momenti di contatto con i superiori.
12	Quando ci sono visite o ad una festa.
13	Quando si gioca a carte.
14	Dopo pranzo.

Sicuramente ci sono ancora molte attività o situazioni nelle quali si ricorre “automaticamente” alla sigaretta. Pensando ad una giornata tipo elencare queste occasioni (è uno strumento che aiuta la compilazione del calendarietto):

PERCHÉ FUMO?

Con questo test si analizzano le ragioni personali del perché fumare e che tipo di fumatore si è.		Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
Segnare con una croce la risposta corrispondente e il numero di punti: Ci sono diversi tipi di fumatore. È importante riconoscere a quale tipologia si appartiene						
A.	La sigaretta mi aiuta a tenermi sveglio, concentrato.	5	4	3	2	1
B.	Tenere una sigaretta tra le dita mi dà una sensazione piacevole.	5	4	3	2	1
C.	Fumare è piacevole e rilassante.	5	4	3	2	1
D.	Quando sono senza sigarette non mi do pace finché non ne trovo.	5	4	3	2	1
E.	Non riesco a sopportare quando mi finiscono le sigarette.	5	4	3	2	1
F.	Non mi accorgo nemmeno più di fumare, ormai è una cosa automatica.	5	4	3	2	1
G.	Fumo per tirarmi su.	5	4	3	2	1
H.	Il rituale dell'accensione fa parte del piacere di fumare.	5	4	3	2	1
I.	Mi piace semplicemente fumare.	5	4	3	2	1
J.	Mi accendo una sigaretta quando mi sento a disagio o quando sono irritato.	5	4	3	2	1
K.	Mi sembra strano quando non fumo.	5	4	3	2	1
L.	Mi succede di accendermi una sigaretta quando non ho ancora finito la precedente.	5	4	3	2	1
M.	Fumo per ritornare in forma.	5	4	3	2	1
N.	Parte del piacere è nel modo in cui faccio uscire il fumo dalla bocca.	5	4	3	2	1
O.	Desidero una sigaretta quando sto bene e sono rilassato.	5	4	3	2	1
P.	Fumo quando mi sento giù o non voglio pensare a problemi e preoccupazioni.	5	4	3	2	1
Q.	Quando non ho potuto fumare per un certo tempo, mi prende quasi un bisogno impellente.	5	4	3	2	1
R.	Ritrovo una sigaretta in bocca senza rendermene conto.	5	4	3	2	1

Il fumo mi dà una spinta		
A	STIMOLAZIONE	Se qui ottenete un punteggio alto, ciò Significa che la sigaretta è per voi un eccitante; fumare vi trasmette la sensazione di avere più forza, più slancio. Pensate a qualche cosa che vi possa procurare le medesime sensazioni, ma che sia meno dannoso.
G		
M		
Totale punti		
Ho bisogno di qualche cosa tra le dita		
B	GESTUALITÀ	Esistono un'infinità di tali "giocattoli" con cui ci si può occupare ugualmente senza maneggiare fuoco.
H		
N		
Totale punti		
Fumare per me è un piacere		
C	PIACERE / RELAX	Un alto punteggio qui significa che le sigarette contribuiscono al vostro benessere fisico. Sicuramente ci sono moltissime cose che vi possono procurare ugualmente piacere e distensione.
I		
O		
Totale punti		
La sigaretta, una pausa in ogni situazione della vita		
D	SOSTEGNO	Sensazioni sgradevoli, situazioni di tensione si possono mitigare talora con una sigaretta. Tuttavia, ciò non perdura e una sigaretta. Tuttavia, ciò non perdura e comunque, non è un metodo molto sano. Si possono trovare altri metodi efficaci per superare situazioni gravose.
J	RIDUZIONE	
P	TENSIONI	
Totale punti		
Non riesco a farne a meno		
E	DIPENDENZA	Oltre la dipendenza fisica dalla nicotina vi è anche la dipendenza psichica dalla sigaretta. Questo corso vi aiuterà a liberarvi sia dalla nicotina sia da questo bisogno interno.
K		
Q		
Totale punti		
Fumo automaticamente		
F	ABITUDINE	Se il fumo è per voi solo un'abitudine, dovrebbe essere facile smettere. È importante però che facciate attenzione ad ogni sigaretta. Basta, per esempio che prima di prendere una sigaretta facciate un attimo di riflessione.
L		
R		
Totale punti		

Valutazione Questionario

1. I punti della risposta A vanno segnati nella riga A, e così via.
2. Sommate tre a tre i punteggi sulla riga del totale. Per esempio: sommate insieme i punteggi ottenuti al punto A, G, e M.
3. Il totale varia tra 3 e 15. Un totale di 11 o più è un valore alto, 7 o meno un valore basso.
4. Il valore più alto corrisponde alla tipologia di fumatore con cui ci si identifica.

Cosa dicono di voi i punteggi?

Il test dà alcune indicazioni su ciò che significa il fumo. Sulla base della vostra valutazione ottenete una visione su 6 motivi assai differenti che molto hanno a che vedere con il fumo. I totali vi mostrano quanto ciascun motivo abbia per voi un peso.

Più si rivela per voi un certo motivo, più precisamente dovrete cercare di analizzare tutte le possibilità che si possono porre al posto del fumo.

CHE NE PENSI DEL FUMO?

Per ognuna delle affermazioni, fate una crocetta intorno al numero che rappresenta quello che pensate:

	CERTO SI	FORSE SI	FORSE NO	CERTO NO
A: Fumare sigarette è molto meno pericoloso di altre attività dannose alla salute.	1	2	3	4
B: Non fumo abbastanza per farmi venire una di quelle malattie che pare siano provocate dal fumo.	1	2	3	4
C: Se sono molti anni che uno fuma, probabilmente smettere non gli serve granché.	1	2	3	4
D: Farei molta fatica a rinunciare alle sigarette.	1	2	3	4
E: Fumare sigarette rappresenta un pericolo abbastanza serio per la salute da indurmi a far qualcosa per ovviarvi	1	2	3	4
F: Il tipo di sigarette che fumo io è molto più innocuo di altri rispetto alle possibili malattie da fumo.	1	2	3	4
G: Appena uno smette di fumare sigarette incomincia a riprendersi dai danni causati dal fumo.	1	2	3	4
H: Farei molta fatica a ridurre della metà il numero delle sigarette che fumo attualmente.	1	2	3	4
I: Tutta questa faccenda del fumo e della salute è un problema molto secondario.	1	2	3	4
J: Fumo da troppo tempo per dovermi preoccupare delle malattie che sembra provocare.	1	2	3	4
K: Smettere di fumare aiuta a vivere a lungo.	1	2	3	4
L: Per me sarebbe difficile modificare in modo radicale le mie abitudini di fumatore.	1	2	3	4

Come assegnarvi un punteggio:

1: Scrivete il numero scelto per la domanda **A** nella casella **A**, quello della domanda **B** nella casella **B**, e così via.

2: Sommate le tre cifre orizzontalmente su ciascuna linea per ottenere i totali. Per es. la somma dei punti sopra le linee **A**, **E** e **I**, vi dà il punteggio per l'importanza; la somma di **B**, **F** e **J**, il punteggio per l'interesse personale e così via.

TOTALI

A	E	I	=	IMPORTANZA
B	F	J	=	INTERESSE PERSONALE
C	G	K	=	UTILITÀ DI SMETTERE
D	H	L	=	CAPACITÀ DI SMETTERE

IMPORTANZA. Un punteggio alto dimostra che siete al corrente dei pericoli generici del fumo. È probabile, tuttavia, che se anche siete al corrente dell'esistenza dei rischi, non sappiate quanto siano gravi: per es. un pacchetto al giorno dall'età di 25 anni, riduce di più di 8 anni la durata della vita.

Se il vostro punteggio è basso in questa categoria, può darsi che non riteniate che la salute sia importante. C'è gente che è convinta di pensarla così, fino a quando non si ammala seriamente.

O, cosa più probabile, forse non siete al corrente di tutti i possibili rapporti fra salute e fumo.

INTERESSE PERSONALE. Se il vostro punteggio è alto, vuol dire che avete un forte incentivo per rinunciare alle sigarette.

Se il punteggio è basso, può darsi che siate convinti come tanti altri che sono soltanto le statistiche e che non toccherà a voi. Magari siete anche convinti che dovrete fumare molto e per molti anni ancora, prima che il fumo incominci a farvi male.

Se foste un giovane fumatore, dovrete sapere che anche pochi anni di abitudine al fumo possono danneggiare la capacità di respirare e peggiorare, per non dire altro, il rendimento negli sport. Anche se fumate soltanto mezzo pacchetto al giorno, il rischio che moriate giovane aumenta considerevolmente.

VANTAGGI PER CHI SMETTE. Nello stesso modo in cui vi sono minacce immediate e quotidiane per la salute di chi fuma, per chi smette vi sono rapidi e crescenti vantaggi. È dimostrato che la capacità polmonare nei giovani fumatori migliora decisamente dopo poche settimane di astensione al fumo. Ci sono inoltre vantaggi estetici ed economici immediati: un alito più gradevole, nessun odore di tabacco sui vestiti o in casa, non più bruciature da sigaretta e il risparmio quotidiano.

Vi sono vantaggi nella salute anche per i fumatori di vecchia data che smettono prima che si rivelino sintomi o peggioramenti nella salute. Le loro probabilità di ammalarsi gravemente calano col passare dei mesi e anche la mortalità diminuisce, fino a scendere al livello di quella di chi non ha mai fumato, man mano che il tempo passa.

Naturalmente le persone deboli di cuore o quelle che hanno già avuto delle crisi cardiache o che soffrono di ulcera duodenale cronica o di disturbi respiratori, come l'enfisema o la bronchite cronica, dovrebbero senz'altro smettere di fumare.

CAPACITÀ DI SMETTERE. Se il vostro punteggio in questo campo è alto, non avete problemi. Se totalizzate sei o meno, vuol dire che siete convinti che smettere vi sarà difficile.

Quanto più realistiche saranno le vostre aspettative, quanti più ostacoli vi preparerete ad affrontare, tanto maggiori saranno le vostre capacità di successo.

Fase di preparazione alla sospensione

3° e 4° incontro

Strumenti:

- Questionario d'ingresso sulla percezione di autoefficacia nello smettere di fumare
- Calendarietto da compilare con le stesse modalità descritte nel primo incontro, ma facendo precedere l'accensione della sigaretta da 5 minuti di attesa. Nel quarto incontro si contratteranno della fasce orarie in cui si è liberi di fumare e delle fasce orarie libere dal fumo.
- Aspetti neurobiologici della dipendenza: note informative per rispondere alle domande dei partecipanti (non è necessario consegnare al gruppo)

QUESTIONARIO D'INGRESSO

COGNOME _____

NOME _____

ETÀ _____

Punteggi:

1. del tutto insoddisfacente

7. completamente soddisfacente

Esprima con un punteggio da 1 a 7 la fiducia nell'esito positivo del programma _____

Esprima con un punteggio da 1 a 7 la fiducia nelle sue risorse personali _____

Il programma risponde alle sue aspettative 1 2 3 4 5 6 7

Come valuta il suo rapporto col gruppo 1 2 3 4 5 6 7

Come valuta il rapporto che il conduttore ha con il gruppo 1 2 3 4 5 6 7

Provi a descrivere questa esperienza utilizzando i parametri sotto indicati:

Divertente Faticoso Utile

Migliore di altri metodi per la disassuefazione

Peggioro di altri metodi provati per la disassuefazione

La compilazione del questionario è molto importante perché va a motivare il fumatore, a focalizzare la sua propensione a smettere e a misurare l'autoefficacia. Dopo la compilazione il conduttore ritira i questionari e li raccoglie nel suo registro, dove raccoglie di volta in volta le annotazioni sui partecipanti.

Approfondimenti tematici

Aspetti neurobiologici della dipendenza da nicotina

Parole chiave: nicotina, dipendenza, astinenza, sistema limbico, neurotrasmettitori

Presentazione

La nicotina è un composto organico, un alcaloide naturalmente presente nella pianta del Tabacco. Sebbene si trovi in tutte le parti della pianta, è particolarmente concentrata nelle foglie.

La nicotina pura è un liquido incolore che all'aria imbrunisce acquisendo l'odore del Tabacco. È un potente veleno neurale ed era inclusa nella preparazione di molti insetticidi (usati in agricoltura organica).

Il motivo per cui è stata inserita con un certo ritardo fra le sostanze che provocano dipendenza è probabilmente dovuto al fatto che interferisce blandamente con l'attività di pensiero; non provoca alterazioni significative dell'affettività, né della personalità.

Non appena la nicotina viene inalata, si diffonde attraverso il sangue e arriva al sistema nervoso attraversando la barriera ematoencefalica.

È uno stimolante potente e rapido. Una singola boccata di fumo di tabacco porta al cervello una dose di nicotina di 50/150 mg entro otto secondi.

Agisce sui recettori dell'acetilcolina e aumenta il livello di dopamina nei circuiti cerebrali che le sono connessi: interviene, cioè, a livello sinaptico, nei processi di liberazione dei neuromodulatori del gruppo delle amine, per potenziarne il rilascio (questi aspetti saranno trattati in dettaglio nel prossimo paragrafo).

Il meccanismo della dipendenza può essere suddiviso in 2 parti: prima si innesca la fase del processo che induce l'abitudine all'uso della sostanza, poi se ne stabilizza e cronicizza il bisogno di assunzione in modo crescente.

Il processo può essere utilmente rappresentato con la differenza esistente fra il giovane che si sta trasformando da fumatore occasionale a fumatore abituale e il fumatore con un problema di dipendenza a tutti gli effetti.

In questo contributo mi occuperò sostanzialmente della prima parte, cioè dei meccanismi neurobiologici che stanno alla base dell'insorgenza della dipendenza.

Analizzeremo in termini tecnici quello che può essere così espresso (in modo grossolano, ma efficace): "Si fuma nonostante si sappia che faccia male alla salute, nonostante costi molto, nonostante non sia più così di moda".

Scrive Francis Scott Fitzgerald: *prima tu prendi un drink, poi il drink ne prende un altro, e infine il drink prende te.*

In modo analogo si può affermare: tu acconsenti alla prima sigaretta, la sigaretta ne richiama una seconda, sino a che è la sigaretta a invitare/prendere/pretendere te."

In questo semplice gioco di parole è descritta l'essenza della dipendenza.

Per comprendere cosa succede nel cervello di una persona che fuma è necessario il confronto con le espressioni:

Dipendenza/indipendenza Malattia/salute Emozione/cognizione.

La DIPENDENZA PATOLOGICA è un effetto paragonabile a quelli causati da una qualsiasi MALATTIA CRONICA, recidivante, progressiva, compromettente lo stato di benessere psico fisico individuale; interrompe la possibilità di scelta libera, la situazione di equilibrio associata alla salute, l'interazione neuronale positiva fra affettività e pensiero.

È una malattia provocata dall'assunzione continuativa di sostanze particolari, dette "psicoattive", in grado di provocare tolleranza e assuefazione.

È, di fatto, una patologia cronica come il diabete, l'asma, l'ipertensione.

Chi è affetto da dipendenza non è colpevole di un "vizio", ma colpito da una patologia non facile da superare. Una terapia multifattoriale o una trasformazione di certi tratti dell'identità personale possono essere di aiuto nel controllo, nella stabilizzazione, nella guarigione di questa malattia.

Si diventa dipendenti usando sostanze psicoattive con continuità. Non la prima volta, ma poco alla volta: sigaretta dopo sigaretta, bicchiere di alcol dopo bicchiere.

Ci suggerisce il neuro farmacologo Cristiano Chiamulera: accettare che la dipendenza sia una malattia e il fumatore un portatore di malattia cronica non è un dato né scontato, né acquisito; neppure per il medico. Qualsiasi sostanza può diventare psicoattiva? Qualsiasi sostanza crea dipendenza? No, non tutte.

Il pane non provoca dipendenza patologica, le albicocche neppure e nemmeno il latte, il gelato, la cioccolata, le lasagne, il prosciutto. Nemmeno i libri, l'amore, il sole, la musica.

Il fumo e l'alcol, sì.

Che differenza esiste fra le due tipologie di sostanze?

Leggere libri, amare lo sport, mangiare cioccolata costituiscono un piacere, arricchiscono la vita, non sostituiscono mai una relazione, non modificano l'organismo determinando alterazioni nella produzione di neurotrasmettitori specifici e modulando la formazione di recettori selettivi alla sostanza (nel caso della sigaretta, per esempio, si stabilizzano recettori che rispondono in modo privilegiato alla nicotina).

Il concetto di dipendenza

Il DSM-V definisce la DIPENDENZA come una modalità scorretta di assunzione di una sostanza che porta a disturbi psicofisici o manifestazioni cliniche significative e si manifesta con 3 o più delle seguenti situazioni in qualsiasi momento nel periodo di 12 mesi:

- tolleranza,
- astinenza,
- desiderio persistente (craving)
- cessazione o riduzione di importanti attività sociali, professionali o ricreative a causa dell'uso della sostanza,
- uso della sostanza nonostante la consapevolezza dei rischi per la salute.

Con questa definizione si dice in sostanza che chi fuma ha bisogno di fumare sempre di più, che il sistema nervoso risulta modificato dalla nicotina contenuta nelle sigarette e che si è costretti a fumare anche quando si sa che è rischioso per la salute (**le campagne informative e gli interventi "terroristici" possono funzionare per educare all'uso della cintura di sicurezza o per aumentare il numero di adesioni ad uno screening: non per modificare un comportamento cognitivo/motivato/affettivo**). Se il fumatore prova a smettere, si sente male e, spesso, reagisce alla situazione di malessere, fumando. L'uso delle droghe è condizionato da fattori di natura diversa che possono essere suddivisi in storici (cosa c'è sul mercato), ambientali (quanto è di moda) e fisiologici (il tipo di personalità).

La possibilità che si determini una condizione di dipendenza è correlata a tre tipologie di fattori: (le caratteristiche farmacologiche della sostanza psicoattiva (per. es.: la nicotina induce dipendenza in tempi molto più rapidi dell'alcol); le caratteristiche individuali (per es. necessità di trovare una forma di aiuto psicologico nella sostanza utilizzata come autoterapia); la presenza di un ambiente che favorisca il contatto fra individuo e sostanza. Il numero molto elevato di fumatori nella popolazione ha reso fortemente contestabili gli studi che hanno provato a dimostrare la relazione fra predisposizione al fumo e personalità.

Esistono tuttavia ricerche realizzate negli Stati Uniti sull'osservazione periodica di un campione randomizzato di giovani dai 5 ai 16 anni. Secondo questi studi l'attitudine al fumo sarebbe raddoppiata come frequenza, rispetto alla totalità del campione, negli adolescenti che durante l'infanzia avevano trovato difficoltà a rinviare una gratificazione. Le prove utilizzate erano elementari: ai soggetti esaminati si chiedeva se desiderassero una caramella subito o due caramelle dopo aver svolto un semplice compito.

La capacità di procrastinare la soddisfazione di un desiderio, legata all'autostima, potrebbe essere un fattore predittivo della possibilità di diventare fumatore.

Neuro trasmettitori e meccanismi neurobiologici della dipendenza

Per chiarire quali siano i meccanismi neurobiologici attraverso cui la nicotina agisce sul cervello è bene inserire qualche elemento di riferimento sulle modalità di comunicazione neuronale e sinaptica. Ogni cervello umano ha miliardi di neuroni. I neuroni (cellule specializzate nella trasmissione dell'impulso nervoso attraverso un prolungamento denominato **assone** e nella ricezione dell'impulso attraverso molteplici, particolari spine dette **dendriti**) sono fra loro collegati da impulsi elettrici che trasmettono il potenziale d'azione, segnale dell'eccitazione e dal rilascio di sostanze chimiche particolari: i neurotrasmettitori.

I neurotrasmettitori sono liberati nelle **sinapsi**, vescicole che congiungono i neuroni l'uno con l'altro in una rete continua. Il rilascio di molecole di neurotrasmettitore dal terminale presinaptico è un mezzo, non un

fine. Lo scopo è generare una risposta elettrica nella cellula postsinaptica. L'arrivo di un neurotrasmettitore da un solo terminale presinaptico non è generalmente sufficiente per produrre un potenziale d'azione nella cellula postsinaptica. Solo se la cellula postsinaptica è bersagliata da molecole di neurotrasmettitori da molti terminali presinaptici, quasi contemporaneamente, ne risulterà un potenziale d'azione.

Esistono diversi tipi di **neurotrasmettitori**, un tipo di neurotrasmettitore ha funzioni legate alla rapidità dell'azione e alla capacità di trasmettere eccitazione: si tratta del **Glutammato**.

In molti casi la trasmissione fra neuroni è di tipo inibitorio (cioè di riduzione e/o azzeramento dell'eccitazione), in tali casi ad intervenire è l'aminoacido **GABA (acido gammaaminobutirrico)**.

Il Glutammato e il GABA agiscono unendosi a molecole chiamate recettori che li riconoscono in modo selettivo.

Le loro interazioni sono modificate dai neuromodulatori.

I **neuromodulatori** più comuni sono i **peptidi**, le **amine** e gli **ormoni** (rilasciati a distanza dalle ghiandole verso il cervello dove possono alterare l'efficacia di GABA e glutammato legandosi a specifici recettori).

Tutti possono avere effetti sia eccitatori che inibitori a seconda del loro specifico intervento nei circuiti funzionali.

I peptidi neuroattivi meglio conosciuti sono gli oppioidi: endorfine ed encefaline.

Hanno un meccanismo d'azione lento. Sono innescati dal dolore e dallo stress e si legano ai loro specifici recettori alterando le sensazioni di dolore e del "sentire" (provare sensazioni ed emozioni).

La morfina produce i suoi effetti legandosi a questi recettori.

Le monoamine comprendono elementi come la serotonina, la dopamina, l'epinefrina e la norepinefrina. Una monoamina è l'acetilcolina che funge da neurotrasmettitore rapido quando agisce su un certo recettore e da neuromodulatore con un recettore diverso. L'acetilcolina interviene anche nei movimenti muscolari e nelle variazioni del ritmo cardiaco.

Diversamente dalla maggior parte dei neurotrasmettitori e neuromodulatori, le cellule che producono monoamine si trovano solo in alcune aree (prevalentemente nel tronco encefalico) ma gli assoni di queste cellule raggiungono aree molto estese del cervello (con le loro diffuse connessioni possono simultaneamente modulare la neurotrasmissione all'ipotalamo, l'ippocampo, la neocorteccia, l'amigdala e il talamo).

Le amine sono il bersaglio delle droghe ricreative.

La **nicotina (droga ricreativa per eccellenza)** agisce con queste caratteristiche:

- raggiunge rapidamente il cervello dopo l'inalazione attraverso la combustione della sigaretta;
- modifica le risposte dei neuroni in modo tale che il fumatore abbia più desiderio di assumerla;
- fa leva sui circuiti della gratificazione;
- produce un effetto bifasico: può essere sia stimolante che calmante.

Come ogni altra sostanza psicoattiva la nicotina condiziona biologicamente i circuiti cerebrali legati alle emozioni e al piacere.

Dove agisce la nicotina?

Agisce in più parti del cervello (come è risultato chiaro dalle spiegazioni precedenti).

Prima di tutto a livello della corteccia, dove modula la formazione di recettori per la nicotina.

Quando i recettori sono sufficientemente numerosi si instaura la condizione definita come dipendenza fisica da sigaretta. La rete dei neuroni, le sinapsi soprattutto, hanno necessità di nicotina per poter scambiare le informazioni.

Se manca la nicotina il fumatore diventa ansioso, ha mal di testa, non sa cominciare la giornata. Ad un altro livello la sigaretta agisce sul cervello emozionale, sul sistema limbico.

Attiva i neuroni dopaminergici mesolimbici ed è responsabile delle **sensazioni di gratificazione che inducono al rinforzo dello stimolo**.

A breve termine aumenta la concentrazione di dopamina (l'ormone che veicola gli stimoli legati a benessere e piacevolezza nel nostro organismo); a lungo termine provoca:

- cambiamento dei meccanismi d'azione dei geni che intervengono nella dipendenza
- diminuzione dell'attività metabolica (alterazione della produzione e del consumo di energia)
- alterata percezione del piacere e forte desiderio di assumere la sostanza per ripristinare la sensazione di piacere.

Gli effetti piacevoli che il fumatore prova dopo l'assunzione della sigaretta sono sostanzialmente i seguenti:

- sensazione di **gratificazione** legata alla liberazione di **dopamina**. ("Mi sento bene, piacevolmente rilassato, a posto").
- **diminuzione dell'appetito** legata alla liberazione **norepinefrina**. (Fumo una sigaretta e mi passa la fame).
- **influenza positiva su memoria e prestazioni cognitive** legata alla liberazione di **vasopressina e acetilcolina**. ("Fumo una sigaretta e mi concentro meglio, mi sento più lucido e presente").
- **modulazione dell'umore** legata alla liberazione di **serotonina** ("Fumo una sigaretta e il mio umore è stabile e positivo").
- **effetto ansiolitico** legato alla liberazione della **betaendorfine** ("Fumo una sigaretta, controllo l'ansia, diminuisce l'aggressività, mi passano le arrabbiate").

L'uso continuativo della sigaretta provoca l'attivazione del circuito cerebrale responsabile della crisi di astinenza: l'iperattivazione del sistema noradrenergico (un'altra parte del cervello emozionale).

Quando si attiva questa parte del cervello cominciano i sintomi d'ASTINENZA. L'astinenza è una vera e propria sindrome clinica che, nel caso della nicotina comporta:

- umore depresso;
- insonnia;
- irritabilità, senso di frustrazione; ansietà;
- difficoltà di concentrazione; irrequietezza;
- diminuzione della frequenza cardiaca; aumento dell'appetito, aumento del peso.

Elemento centrale dell'astinenza è il bisogno impellente di fumare. L'astinenza da nicotina insorge in forti fumatori circa 45 minuti dopo che è stata fumata l'ultima sigaretta.

I sintomi raggiungono il picco in 3/4 giorni. I sintomi psicologici possono durare anche qualche mese.

Conclusioni

Gli effetti neurobiologici della nicotina rendono evidente come sia improprio parlare di dipendenza fisica e dipendenza psicologica; è preferibile usare le espressioni effetti fisici e psicologici della dipendenza.

Allo stesso modo risulta inadeguata la differenziazione fra effetti "cognitivi" ed effetti "emozionali" provocati da una sostanza.

A questo proposito già da qualche anno si è messa in crisi la definizione stessa di "sistema limbico", sede storica del cervello emozionale: in realtà strutture come l'ippocampo, riconosciute per l'appartenenza al sistema limbico, si sono rilevate fondamentali nell'organizzazione della memoria (che svolge notoriamente compiti con forti implicazioni cognitive).

La stessa suddivisione in romboencefalo (deputato al controllo delle funzioni vitali garantite in modo automatico), mesencefalo (in grado di controllare lo stato di allerta e le reazioni comportamentali semplici), proencefalo (deputato al controllo di processi comportamentali complessi) è difficilmente sostenibile in quanto primato evolutivo dell'uomo dovuto alla presenza selettiva e preminente del proencefalo.

Gli orientamenti neurobiologici più attuali, infatti, descrivono una interconnessione fra i tre livelli già nelle specie filogeneticamente meno evolute. La specificità dell'intelligenza e della coscienza umana non sarebbe per tanto biologicamente riferibile allo spessore della corteccia, ma alla numerosità e complessità delle connessioni sinaptiche

L'"architettura" delle sinapsi riproduce fisiologicamente ciò che un individuo è fisicamente, biologicamente, psicologicamente, socialmente e culturalmente.

Secondo questa impostazione la struttura cerebrale è organizzata in tre sistemi: cognitivo, emotivo, motivazionale.

Le connessioni sinaptiche associano generalmente pensieri, emozioni e motivazioni attraverso la liberazione di neurotrasmettitori.

La nicotina, come le altre sostanze psicoattive, si inserisce proprio in questi circuiti di connessione; questo spiegherebbe, fra l'altro, perché sia impensabile risolvere il problema del fumo con un farmaco o con una psicoterapia.

L'interazione fra i tre sistemi, il "luogo senza spazio" in cui è situata la modalità d'integrazione dei tre sistemi è la **memoria di lavoro**.

Rispetto allo schema di riferimento introdotto da Baddeley in memoria sensoriale/ istantanea, a breve ter-

mine, di lavoro e a lungo termine, in cui non si prevedeva una gerarchia degli stadi della memoria, ma si profilava un legame più stretto della memoria a lungo termine con l'identità personale, i nuovi studi neurobiologici mettono in primo piano la memoria di lavoro come operatività delle azioni coscienti.

Come funziona la Memoria di lavoro a livello di cellule e sinapsi?

I suoi circuiti cerebrali eccitatori e inibitori sono risultati essere regolati dalla produzione di dopamina.

In tale prospettiva, l'assunzione di sostanze che modulano la produzione di dopamina, come è in grado di fare la nicotina, condiziona fortemente la qualità della Memoria di lavoro che i progressi neurobiologici descrivono come caratterizzante gli aspetti coscienti dell'identità.

Al di là del grado di condivisione intellettuale del modello descrittivo esposto, credo che qualsiasi approccio serio al problema della prevenzione e della cura degli effetti provocati da sostanze psicoattive debba prevedere componenti cognitive, affettive e motivazionali in grado di intervenire in una rimodulazione di quello che Joseph LeDoux descrive come Il Sé sinaptico; lo spazio senza luogo che con la complessità della sua organizzazione descrive ciò che siamo e come cambiamo.

Bibliografia ragionata essenziale

Per un inquadramento generale al problema dell'identità personale:

Ammaniti M. (A cura di), *La nascita del sé*, 1982, Bari Laterza.

Per precisare tecnicamente la nozione di dipendenza in relazione alle altre patologie:

Associazione Psichiatrica americana DSM V *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 2014, Raffaello Cortina Editore.

Per approfondire il concetto del sé e della coscienza secondo una delle prospettive più dibattute dalle neuroscienze:

Dennett D., *Coscienza: che cosa è*, Milano, 1992.

Per connettere le implicazioni generali del tema con il concetto di "tossicodipendenza"

Di Chiara G., *Neurobiologia delle tossicodipendenze*, "Le basi biologiche e farmacologiche delle tossico-dipendenze", Pythagora press, Milano.

Per approfondire l'impostazione teorica della relazione:

Ledoux J., *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Milano, 1998.

Ledoux J., *Il sé sinaptico*, Milano, 2002.

La nicotina come causa di dipendenza patologica

Definizione di dipendenza

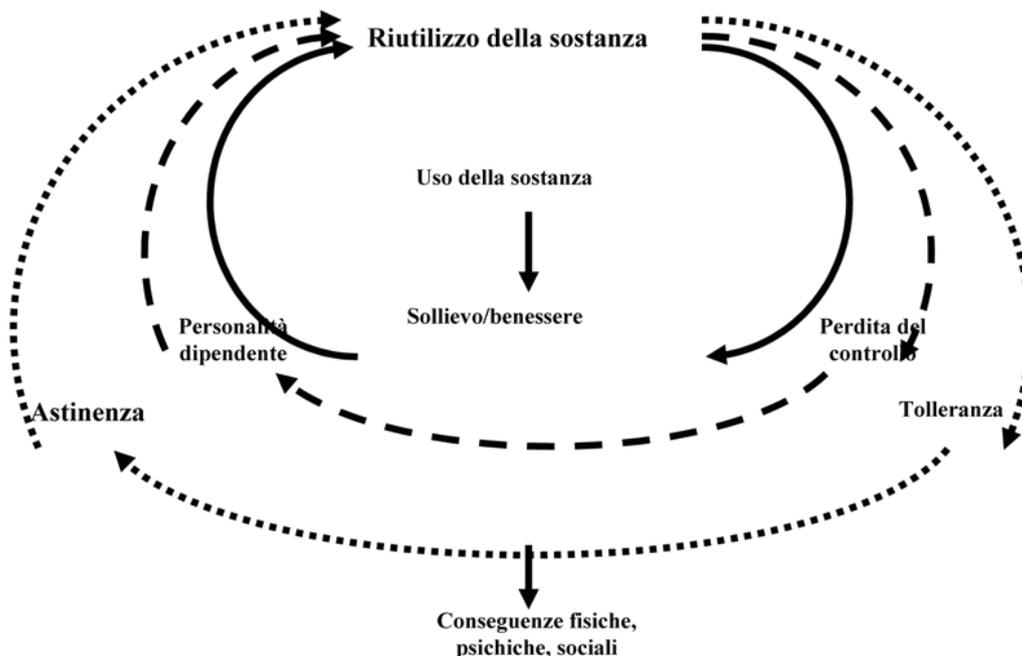
La dipendenza è un disturbo che presenta come segno cardine la perdita del controllo sul comportamento nei riguardi di una o più sostanze. Il controllo può essere riguadagnato, ma questo potrà rivelarsi difficile e richiedere aiuto. Il DSM V fornisce una serie di criteri, la presenza di almeno tre dei quali è richiesta per definire la diagnosi. Alcuni segni di dipendenza sono: continuazione dell'uso sebbene si sia a conoscenza degli effetti pericolosi di esso, desiderio intenso di utilizzare la sostanza quando ci si astiene da essa (non semplicemente come effetto della sindrome di astinenza), insuccesso dei tentativi di cessare o limitare l'uso della sostanza, uso compulsivo, caratteristici segni di astinenza alla cessazione o diminuzione improvvisa dell'uso.

In che cosa l'inquadrare il tabagismo come dipendenza può essere di aiuto nell'affrontare il problema? In primo luogo, a vedere nella dipendenza da nicotina un problema medico in sé, ancora prima che si instaurino le complicanze che dal fumo di sigaretta possono derivare. La persona che usa nicotina può richiedere aiuto per il solo fatto di sentirsi, appunto, dipendente da questa sostanza.

Esamineremo di seguito questa tematica sotto tre punti di vista: la comprensione della dipendenza come processo, l'approccio Transteorico motivazionale ai processi di cambiamento, l'inquadramento della ricaduta come momento fondamentale dell'intervento nelle situazioni di dipendenza.

Il ciclo della dipendenza

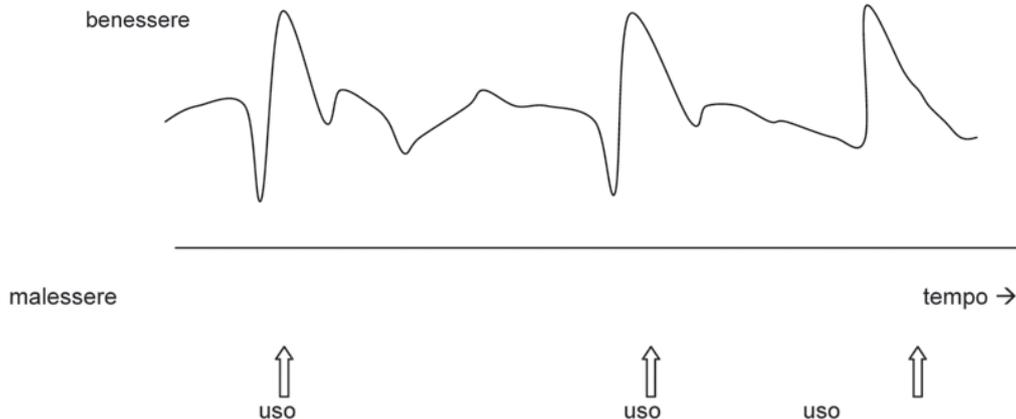
Per quanto siano stati documentati degli aspetti genetici connessi allo sviluppo della dipendenza, la persona non nasce dipendente. La persona diviene dipendente attraverso un processo in cui sostanza e persona interagiscono (all'interno di un contesto), ed in cui si struttura una personalità diversa da quella dell'individuo originario: una personalità dipendente (addictive personality).



Un individuo incontra, per la prima volta nella sua vita, la sostanza. Non ha importanza il motivo che conduce a questo primo incontro: curiosità, oppure una semplice occasione, o l'incitamento di un amico o del gruppo. In ogni caso questo è un momento cruciale: la sostanza potrà essere gradita all'individuo (ed egli tenderà a riprovarla) oppure no. La sostanza risulta gradita quando interferisce positivamente nel ciclo dell'umore che tutti noi abbiamo, oscillando in modo limitato da momenti di benessere a momenti di malessere.



Il riuso della sostanze è quindi, almeno inizialmente, auto-terapeutico: la percezione è un benessere che spesso è un sollievo da una precedente sensazione di malessere. “prima ero teso, mi stancavo facilmente; con una sigaretta riesco ad affrontare meglio lo stress”.



La persona tenderà a ricercare sempre più frequentemente la sostanza per ottenerne gli effetti piacevoli. In questa fase prevale il ruolo del sistema di ricompensa dopaminergico. La ricerca può divenire talmente compulsiva da veicolare notevoli risorse fisiche, psichiche, economiche, sociali della persona, che gradualmente perde il controllo sulla sostanza.

Sembra apparire una nuova personalità, finalizzata a continuare l'uso della sostanza, che prende il controllo sull'individuo. Una delle caratteristiche della personalità dipendente è la negazione della perdita del controllo stesso: “Sono in grado di smettere quando voglio”; od anche la negazione che l'uso della sostanza sia un problema: “Sono i medici a dire che fumare fa male, mio nonno ha fumato sino a novanta anni e stava benissimo!”. Non si tratta di bugie: la persona pensa effettivamente che le cose stiano così.

La perdita del controllo porta anche all'instaurarsi dei meccanismi farmacologici della tolleranza e dell'astinenza. Nella opinione pubblica l'astinenza è considerata il sintomo cardine della dipendenza. Invece essa arriva solo quando il processo è in atto: è, di fatto, una delle manifestazioni della perdita del controllo sull'uso della sostanza.

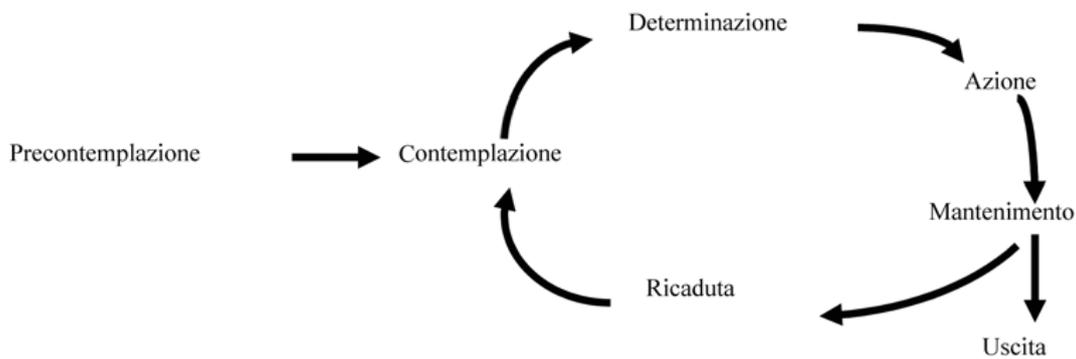
Il grado estremo della perdita del controllo sono infine le conseguenze fisiche, psichiche, sociali che l'uso delle sostanze causa: una broncopatia cronica ostruttiva, od anche il condizionamento nella vita sociale (“non vado più al cinema perché non so stare due ore senza fumare”) e così via. La personalità dipendente presenta quindi una serie di strati “a buccia di cipolla”: lo strato più esterno è rappresentato dal “danno” conseguente all'uso di sostanze; più internamente vengono la c.d. dipendenza “fisica”, i meccanismi cognitivi legati alla perdita del controllo e, al cuore, la gratificazione che l'uso della sostanza procura in alcune persone.

Le conseguenze terapeutiche di questa impostazione sono una azione per stadi successivi: limitare o curare i danni correlati all'uso di sostanze, trattare l'astinenza farmacologica, favorire nuovi stili cognitivi e modalità alternative di gratificazione.

Il ciclo della motivazione

Generalmente riteniamo che il cambiamento di comportamenti complessi sia sotto il controllo della volontà. Spesso si usa dire: “Se una persona vuole veramente smettere di fumare lo può fare”.

La motivazione non è però un tutto o nulla, bensì un processo attraverso cui ogni individuo costruisce per sé stesso le ragioni per cui cambiare un comportamento (o persistere in esso). Questo processo è stato studiato in particolare da Prochaska e DiClemente.



Inizialmente la persona non pensa al proprio comportamento (ad esempio: fumare) come a qualcosa di problematico e la persona non contempla, fra le possibilità della propria esistenza, quella di smettere. Questo stato è quindi definito *precontemplativo*.

Con il tempo insorge qualche problema: un po' di tosse, troppi soldi spesi. Forse sarebbe meglio "non dico smettere, ma magari ridurre...". Questo è lo stato *contemplativo*: la persona comincia a contemplare la possibilità di cambiare. Caratteristica di questa fase è la ambivalenza. È come se la persona fosse divisa in due: vorrebbe cambiare ma non vorrebbe rinunciare al piacere.

Quando la bilancia pende decisamente a favore del cambiamento, la persona entra nello stadio di *determinazione*. Vede con sicurezza che deve cambiare, anche se non ha ancora iniziato a farlo: "Non ce la faccio più: devo assolutamente smettere".

La fase successiva è quella dell'*azione*: "Ho comprato una scatola di cerotti alla nicotina ed oggi, appena mi sono svegliato, ho iniziato ad usarli". La persona fa qualcosa per modificare il suo comportamento.

Il cambiamento non è però definitivo. È sempre possibile che il comportamento precedente, in qualche modo funzionale alla persona nel passato, si ripresenti. Anche se in modo di solito decrescente nel tempo, la persona attua degli accorgimenti per evitare di ricadere: questa fase è il *mantenimento*. "Ho smesso di bere caffè dopo pranzo, perché sentivo troppo il bisogno di accendere una sigaretta".

Con il passare del tempo il rischio di ricadere diminuisce, ma non vi sono indicazioni certe sul fatto che si annulli del tutto. Viceversa, può capitare che la persona riprenda i comportamenti precedenti, abbia cioè una *ricaduta*: questo momento è caratterizzato da un forte senso di fallimento e frustrazione ed il suo esito è incerto. Da un lato la persona può rinunciare ad ulteriori tentativi ("Sono un debole: non ce la farò mai!"), dall'altro può portare alla ripresa di nuovi tentativi in tempi più o meno brevi ("Avevo sottovalutato le difficoltà: questa volta devo stare più attento").

I riflessi di questo approccio sull'intervento nella dipendenza sono stati enormi. Da una visione della motivazione come caratteristica dell'individuo (o sei motivato o non lo sei) si giunge a vedere nella motivazione un obiettivo da costruire, facilitare ed incentivare nel processo terapeutico.

In secondo luogo, si è capita l'importanza di adottare strategie di intervento diversificate e specifiche per le diverse fasi della motivazione che l'individuo presenta in quel determinato momento.

Infine, si è colta la centralità della ricaduta nei processi di cambiamento dalla dipendenza da sostanze.

La ricaduta come momento chiave della dipendenza

È nozione comune che, anche superata l'astinenza e raggiunta la sobrietà dalle sostanze, le persone possono ricadere nella dipendenza. Ma perché si ricade?

Marlatt e Gordon hanno proposto uno schema teorico cognitivista per inquadrare il momento della ricaduta. La persona ha appreso nel passato che la sostanza suscita degli effetti piacevoli. Questa sensazione si fissa nella memoria e si collega a tutte le situazioni, a tutti i gesti, a tutte le persone, a tutti i luoghi che nella storia della persona si sono associati ad essa.

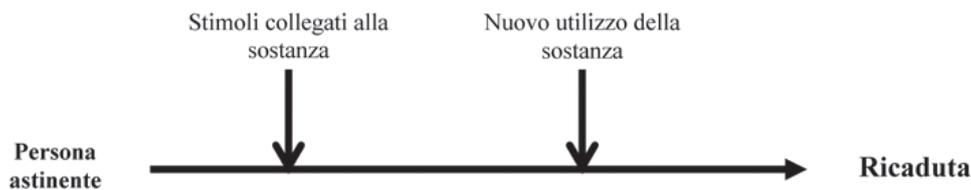
Ad esempio: metto distrattamente la mano in tasca e quel gesto mi riporta in mente che così in passato prendevo il pacchetto di sigarette.

Questa particolare reattività dell'individuo agli stimoli che si collegano alla sensazione piacevole dell'uso della sostanza è chiamata *cue-reaction*, riattivazione della traccia.

La persona che subisce la riattivazione della traccia è in uno stato di malessere. Sa che potrebbe sentirsi meglio se usasse nuovamente la sostanza. D'altra parte, sa quanta fatica costa smettere di fumare e di essersi sentita meglio dopo aver smesso. È una situazione di conflitto: la persona si presenta tesa, nervosa, irritabile.

Per ricadere è necessario un secondo ingrediente: usare nuovamente la sostanza in quel momento, quando la memoria e l'emozione ad esso collegata si sono risvegliati. Se si fa passare del tempo senza usare la sostanza, gradatamente la tensione cala, il momento critico passa e lascia anzi la sensazione di aver saputo resistere, rafforzando la decisione di mantenere l'astinenza.

Anche se la persona usa la sostanza in un momento diverso da quello critico la probabilità di ricadere nella dipendenza è minore. Questa distinzione è molto importante, perché spesso si fa coincidere il riutilizzo della sostanza con la ricaduta. La ricaduta è invece una nuova perdita del controllo sull'uso della sostanza, e quindi deve essere definita sempre sulla base del comportamento della persona, non sulla sostanza.



In sintesi, lo schema proposto per la ricaduta sottolinea il ruolo sia della riattivazione di traccia che dell'uso ad essa contestuale della sostanza.

Questa impostazione è di estrema rilevanza. Ci insegna che la parte principale della terapia delle dipendenze è la prevenzione della ricaduta, che può essere ottenuta con strumenti cognitivi (evitare le circostanze di rischio, controllare le emozioni che si ricollegano alla ricerca della sostanza) ma anche farmacologici. La sfida terapeutica del futuro sta nella elaborazione di strategie che contrastino il desiderio della sostanza ed il suo risveglio nelle persone disassuefatte.

Stop al fumo

4° - 5° - 6° - 7° - 8° incontro:

Contratto di non fumatore: dopo 2 settimane, al quarto-quinto incontro e, comunque, in concomitanza con l'astinenza, si consegnano i contratti per la disassuefazione al fumo. Il contratto simbolico impegna la persona a non fumare per 24 ore ed è il primo passaggio verso la disassuefazione. Se ne riporta un fac-simile. Il contratto resta alla persona come impegno personale; molti partecipanti decidono di appenderlo in casa o in ufficio per dare testimonianza della propria volontà di smettere.

Strumenti:

1. Lettera al MMG
2. Contratto di non fumatore
3. Regole per superare le prime 48 ore di astinenza
4. Indicazioni dietetiche di supporto alla disassuefazione dal fumo
5. Cosa accade dopo l'ultima sigaretta
6. Informazioni sul fumo

Lettera al MMG

Modulo da consegnare ai partecipanti al Corso al secondo, terzo incontro

Al Medico curante

Dott./Dott.ssa _____

Egregio Collega,

La sua/ il suo assistito/ a _____

sta partecipando presso il nostro centro ad un percorso di gruppo (o individuale) di disassuefazione al fumo. Sta seguendo un percorso di tipo cognitivo-comportamentale. È prossima la data per l'astensione dal fumo. Crediamo di fare cosa gradita nel mandarle l'informazione perché, come lei certamente saprà, il rinforzo motivazionale da parte dei sanitari, in particolare del medico di famiglia, ha un effetto positivo rispetto al rischio di ricaduta.

Sarebbe inoltre auspicabile il Suo contributo per una eventuale integrazione farmacologica del trattamento.

Per ulteriori informazioni, può contattare il Centro Antifumo della LILT di...

Grazie per l'attenzione e la collaborazione.

Centro per la prevenzione e cura del tabagismo della LILT

Sede di:



 Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

CONTRATTO DI NON FUMATORE



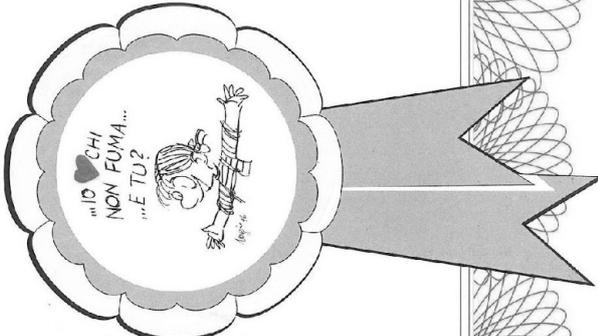
No _____

Mi impegno a smettere di fumare

Entro il giorno _____

Data di oggi _____

Firma _____



Si smette di fumare un giorno alla volta, In concomitanza con l'astinenza la consegna e la lettura in gruppo della scheda può facilitare il superamento delle prime 48 ore di astinenza.

REGOLE PER SUPERARE LE PRIME 48 ORE DI ASTINENZA

1. Riducete la tensione e il nervosismo aumentando l'attività fisica, con il permesso del vostro medico, in un modo che non imponga al corpo una fatica eccessiva. Fate una camminata di almeno 15 minuti 2 volte al giorno. Il vostro motto sia: "Mai in macchina o in autobus quando posso andare a piedi".
2. Evitate per il momento quelle attività che per voi sono legate al fumo. Se fumate molto quando guardate la televisione o bevete, cercate di non stare davanti alla televisione e smettete di bere alcolici per qualche giorno. Se fumate dopo aver bevuto il caffè, smettete di prenderne per qualche giorno.
3. Fate provvista di surrogati temporanei delle sigarette. Fatevi da voi l'equipaggiamento di pronto soccorso per fumatori: gomma da masticare, stuzzicadenti e una cannuccia di plastica. Potete piegarla o soffiarcvi dentro. Anche le caramelle dietetiche e sottili bastoncini di carota e di sedano sono utili. Bevete acqua, succhi di frutta e bibite a basso contenuto calorico: qualsiasi cosa che vi tenga occupate le mani e la bocca quando vi viene voglia di fumare.
4. Quando vi viene voglia di fumare, provate a fare questo esercizio di respirazione: sedetevi e rilassatevi completamente, collo, braccia, gambe. Poi respirate più profondamente che potete, aspirando lentamente e completamente. Quando avete aspirato tutta l'aria che potete trattenere senza fastidio, contate fino a cinque: poi espirate lentamente. Ripetete questo esercizio parecchie volte.
5. Tenete pronto un piano d'azione per quando vi coglie la tentazione: un'attività sostitutiva o una serie di attività. Tenete occupate le mani: potete cucire, lavorare a maglia, cucinare, scarabocchiare, fare piccoli lavori di manutenzione domestica... Portate con voi un piccolo bocchino da sigarette o una sigaretta finta che potete maneggiare o mettere in bocca. Rifornitevi di letture leggere, parole incrociate, depliant di posti dove potrete permettervi di andare in vacanza con il denaro che risparmierete non fumando e leggeteli durante l'intervallo del caffè di metà mattina.
6. Molte persone desiderose di smettere di fumare trovano più facile farlo in compagnia. Cercate di trovare un altro fumatore disposto a compiere questo sforzo, una persona con cui potete discorrere o con cui vi trovate a vostro agio, con cui potete scambiare impressioni, cui potete rivolgervi quando sentite il bisogno di un aiuto morale. Oppure trovate una persona che abbia già smesso e che vi sostenga. Questo può aiutarvi a superare i momenti difficili.
7. Se trovate che la tentazione di fumare è troppo forte quando ci sono delle sigarette a portata di mano, nascondete i portacenere, chiudete le sigarette sottochiave e non comprate un pacchetto nuovo. Passate più tempo possibile in luoghi dove è proibito fumare.
8. Quasi tutte le persone che smettono di fumare inventano qualche nuovo trucco o marchingegno per conto proprio.

Ora siete pronti per il periodo di astinenza: cercate di smettere per due giorni soltanto, 48 ore, nel momento che vi riesce più facile. Come abbiamo detto, mettetevi nelle condizioni migliori.

Non dite mai "Ho smesso di fumare" perché se vi capita di ricominciare vi sentirete uno sconfitto. È meglio considerarsi non fumatori: anche se avete fumato per trent'anni, potete sempre dire "non fumo".

L'esperienza dimostra che praticamente qualsiasi fumatore può riuscire a stare 48 ore senza sigarette.

INDICAZIONI DIETETICHE DI SUPPORTO ALLA DISASSUEFAZIONE DAL FUMO:

I consigli dietetici sotto riportati non vogliono sostituirsi ad un regime alimentare che richieda un controllo specialistico.

Ai fini di favorire la disassuefazione dal fumo di sigaretta e la riduzione dei sintomi provocati dall'astinenza si è ritenuto utile inserire i seguenti suggerimenti che hanno anche lo scopo di "distrarre" il fumatore dalla sigaretta concentrandolo sulle proprie abitudini alimentari. È importante che il conduttore eserciti l'azione come rinforzo, senza spingere troppo se la persona è molto riluttante a modificare le proprie abitudini alimentari.

Durante le prime 48 ore di astinenza dalla sigaretta è utile:

- bere almeno 1 e ½ - 2 litri di acqua al giorno
- non consumare alcolici (nemmeno vino), caffè e bevande zuccherate;
- consumare liberamente frutta e verdura cruda e cotte; centrifugati di frutta e verdura mista, tisane aromatiche, latte e yogurt.
- Non consumare insaccati e cibi piccanti spesso associati alla sigaretta

Oltre alle raccomandazioni utili per le prime 48 ore è bene:

- consumare pesce e carni bianche invece di carni rosse
- consumare ogni giorno legumi e cereali integrali
- fare una ricca colazione
- prevedere durante la giornata spuntini a base di frutta e verdura
- cenare possibilmente non dopo le ore 20.00
- limitare l'utilizzo di vino e altri alcolici
- sostituire cibi integrali ai cibi raffinati
- sostituire il sale con erbe aromatiche

COSA ACCADE DOPO L'ULTIMA SIGARETTA:

Dopo 20 minuti dall'ultima sigaretta	- le pulsazioni ritornano ad un livello normale *
	- la pressione del sangue scende alla normalità *
	- la temperatura delle mani e dei piedi aumenta fino al valore normale*
Dopo 8 ore	- il livello di ossigeno nel sangue ritorna normale *
	- il livello di monossido di carbonio scende alla normalità *
Dopo 24 ore	- diminuisce il rischio di attacco cardiaco
Dopo 48 ore	- il senso del gusto e dell'olfatto aumenta
	- le terminazioni nervose iniziano la ricrescita
Dopo 72 ore	- respirare diventa più facile dopo il rilassamento del tubo bronchiale
	- aumenta la capacità polmonare
Dalle 2 settimane ai 3 mesi	- la funzionalità dei polmoni aumenta di più del 30%
	- migliora la circolazione
	- camminare è più semplice
Da 1 a 9 mesi	- il livello di energia del corpo aumenta
	- i polmoni aumentano la loro capacità di trattare il muco, ridurre le infezioni e autopulirsi
	- tosse, fatica e respiro corto diminuiscono
Dopo 5 anni	- la probabilità di morte a causa del cancro al polmone diminuisce in media del 50% rispetto al fumatore da un pacchetto al giorno
Dopo 10 anni	- la probabilità di morte a causa del cancro al polmone diventa circa uguale a quella dei non fumatori
	- il rischio di altri tumori (bocca, laringe, pancreas, vescica, reni, esofago) diminuisce
	- le cellule pre-cancerose sono sostituite

* "normale" si riferisce a quello che era il tuo livello medio prima di fumare la tua ultima sigaretta e dipende dal tuo livello di salute e da altri fattori.

INFORMAZIONI SUL FUMO

La definizione di tabagismo

tabagismo s. m. [dal fr. *tabagisme*, der. di *tabagie*, locale dove si fumava il tabacco, fumeria, e anche abitudine a fumare molto]. – Uso abituale e prolungato di tabacco, in genere come tabacco da fumo, associato a un insieme di alterazioni organiche e funzionali, più o meno gravi a seconda della quantità complessiva di tabacco consumata, dovute sia alla nicotina e ad altre sostanze presenti nel tabacco, sia ai prodotti di combustione del tabacco stesso, degli additivi usati per la sua concia e della carta delle sigarette (monossido di carbonio, benzopirene e altri idrocarburi policiclici del catrame, acroleina, ecc.).

Tali alterazioni (chiamate talora esse stesse *tabagismo*) comprendono soprattutto disturbi cardiocircolatori (dolori precordiali, arteriopatie, ecc.), respiratori (bronchite cronica, enfisema polmonare, diminuzione della capacità vitale, neoplasie, ecc.), gastrointestinali (gastriti, disturbi digestivi vari) e nervosi (irritabilità, cefalea, tremori degli arti, ecc.); particolarmente grave è l'aumentato rischio di tumori, soprattutto di quelli polmonari e del cavo orofaringeo. Si chiama *t. indiretto* l'inalazione di fumo da parte di non-fumatori, con relativi danni, conseguente al prolungato soggiorno in ambienti viziati dal fumo dei fumatori.

Per tabagismo si intende anche la condizione di dipendenza determinata dall'assunzione di tabacco, prevalentemente sotto forma di fumo.

COMPONENTI DEL FUMO DI SIGARETTA

Le sostanze contenute nel fumo di sigaretta sono davvero molte (circa 4000).

Quelle che più ci interessano sono:

nicotina, monossido di carbonio, sostanze cancerogene, sostanze irritanti e additivi.

Nicotina è una sostanza contenuta nelle foglie di tabacco. È un liquido incolore o giallo pallido, che colora le superfici con cui viene a contatto e che si scioglie con facilità in acqua. Chi fuma ha facilmente dita e denti gialli. La nicotina è responsabile sia della dipendenza, sia di disturbi dell'apparato cardiocircolatorio.

Monossido di carbonio (CO) è un gas che viene rilasciato dal tabacco mentre brucia. È contenuto anche nel gas di scarico delle automobili e nei fumi prodotti da alcune industrie; quindi non solo è dannoso per l'uomo, ma contribuisce all'inquinamento ambientale.

Sostanze cancerogene (**catrame**) dalla combustione della sigaretta si liberano benzopirene e nitrosamina. Il catrame, di colore marrone e denso, si forma quando il fumo si raffredda e condensa. Si raccoglie prevalentemente nei polmoni.

Sostanze irritanti: acetone (usato per rimuovere la vernice), ammoniaca (usata per pulire) e formaldeide (agente disinfettante) sono note per essere irritanti per la congiuntiva e le mucose. Altre sostanze irritanti sono: arsenico (un veleno), metanolo e butano (combustibili), DDT (insetticida), acido cianidrico (usato negli USA come metodo di esecuzione delle pene capitali), piombo (sostanza tossica).

GLI EFFETTI DEL FUMO DI SIGARETTA

Perché fumare sigarette è la manifestazione di una dipendenza?

Esistono alcune sostanze definite "psicoattive" perché provocano delle alterazioni della funzionalità del sistema nervoso (modificano la percezione, l'umore, il tono affettivo, lo stato emozionale). Queste sostanze sono riconosciute come droghe. Le droghe accompagnano da sempre la storia dell'uomo e rispondono a esigenze rituali, culturali, sociali, individuali. Non tutte conducono alla **dipendenza**, che si manifesta con caratteristiche diverse a seconda della sostanza, del contesto in cui la si assume e dei tratti caratteriali della persona che ne fa uso.

Il processo di dipendenza si distingue per la presenza di comportamenti che spingono la persona ad assumere la sostanza in modo automatico, incontrollato nonostante la consapevolezza dei danni subiti.

Secondo il DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; Manuale di classificazione diagnostica e statistica dei disturbi del comportamento), la situazione di dipendenza è espressa da una modalità scorretta di assunzione di una sostanza che porta a disturbi psicofisici, manifestazioni cliniche significative espresse da tre o più delle seguenti condizioni in qualsiasi momento nel periodo di dodici mesi:

- tolleranza
- astinenza
- desiderio persistente di assumere la sostanza e conseguente crisi di astinenza (fenomeno di craving)

- riduzione o cessazione di attività sociali, professionali e ricreative a causa dell'uso della sostanza
- uso della sostanza nonostante la consapevolezza dei rischi per la salute

Fumare provoca una forte dipendenza con effetti fisici e psicologici (Benowitz, 1992).

La dipendenza è legata a diversi fattori. Per quanto riguarda la sigaretta, è possibile affermare che:

1. L'uso della sigaretta è legato a fattori sociali: il fumatore tende ad associare l'accensione della sigaretta ad alcune circostanze particolari (a scuola, sul lavoro e nel tempo libero). Per questo, spesso, chi fuma ha l'impressione che alcune sigarette siano più importanti delle altre.
2. L'uso della sigaretta è legato a fattori comportamentali relativi alla gestualità e alla percezione di sé. Per il ragazzo che fuma l'atto del fumare (tenere in mano la sigaretta) è particolarmente importante per la precisazione della propria immagine, per affermare la propria corporeità, per gestire lo spazio relazionale.
3. L'uso della sigaretta è condizionato e regolato dal fatto che contiene, come principale ingrediente attivo, la **nicotina**. Questa sostanza provoca «effetti psichici piacevoli, desiderabili e talvolta perfino utili, associati a rischi d'abuso e ad altre conseguenze negative sul piano individuale e sociale» (Silvestrini, 2001). Produce un effetto che, in termini tecnici, si definisce "bifasico": risponde sia a bisogni di sedazione (riducendo l'ansia) che a bisogni di stimolazione (aumentando la concentrazione, la "carica" del fumatore). La nicotina facilita la liberazione di sostanze particolari (mediatori chimici) responsabili dei meccanismi individuali di ricompensa e di gratificazione. Questo è il motivo per cui un fumatore non riesce a gustarsi pienamente una situazione piacevole, né a consolarsi di un contrattacco in assenza di nicotina.
4. Gli effetti della dipendenza fisica provocata dalla nicotina sono legati alla presenza di recettori situati a livello della corteccia cerebrale che vengono attivati in modo selettivo dalla sigaretta: un segno evidente della gravità dell'assuefazione è dato dalla distribuzione delle sigarette durante la giornata. La tendenza a fumare di notte o la necessità di ricorrere al fumo subito dopo il risveglio sono causate da una forte dipendenza fisica.

La nicotina raggiunge rapidamente il cervello dopo l'inalazione attraverso la combustione; modifica le risposte dei neuroni in modo tale che il fumatore abbia più desiderio di assumerla; fa leva sui circuiti di gratificazione liberando dopamina e serotonina.

La dipendenza è quindi un processo cronico che interrompe la possibilità di scelta, la situazione di equilibrio psicofisico associato alla salute, infatti si fuma nonostante si sappia che faccia male alla salute, nonostante costi molto, nonostante non sia più un piacere.

La via del fumo: cosa succede quando fumiamo una sigaretta?

Il fumo segue la via del respiro, dalla bocca a faringe, laringe, trachea, grandi e piccoli bronchi, fino agli alveoli. Gli alveoli sono quella parte del polmone dove avvengono gli scambi tra aria e sangue: in essi l'ossigeno, indispensabile per la nostra vita, passa dall'aria che abbiamo inspirato al sangue dei vasi capillari che circondano l'alveolo. Invece l'anidride carbonica, il cui accumulo nel nostro organismo sarebbe molto dannoso, passa dal sangue dei capillari alveolari all'aria che viene espirata. Negli alveoli avviene dunque qualcosa di indispensabile per la nostra vita!

Il fumo segue la via dell'aria inspirata: dopo l'inalazione alcune sostanze sono assorbite attraverso bocca, naso e gola, altre raggiungono bronchi e alveoli dove sono trattenute; altrimenti passano nel sangue.

Effetti della nicotina

È una sostanza che passa rapidamente nel sangue e viene assorbita già nella bocca (ecco perché non fumare affatto è certamente meglio che fumare pur senza aspirare).

La nicotina agisce prevalentemente sul sistema cardiocircolatorio (cuore e vasi) e sul sistema nervoso.

Effetti sull'apparato circolatorio

La nicotina è una sostanza molto pericolosa per l'organismo umano: aumenta la frequenza del battito del cuore che, a causa dello sforzo, si affatica di più; si deposita inoltre sulla parete dei vasi sanguigni, prima in maniera reversibile, poi definitiva. Provoca in tal modo conseguenze di carattere estetico e funzionale: la pelle, cronicamente mal nutrita da vasi con calibro ridotto, perde colore e freschezza, invecchiando precocemente (punti neri, acne, rughe precoci sono più frequenti in una pelle mal irrorata); il deposito di nicotina

sulle arterie determina invece un aumento della pressione arteriosa, che è una causa importante dei rischi di cardiopatie a cui è soggetto il fumatore.

Effetti sul sistema nervoso

Le caratteristiche psicoattive della nicotina sono state spiegate nel paragrafo relativo alla dipendenza.

Effetti del monossido di carbonio

Il monossido di carbonio (CO) arriva fino agli alveoli e di qui passa al sangue dei capillari e quindi a tutto l'organismo. Il CO si lega all'emoglobina più facilmente rispetto all'ossigeno, riducendo così la sua quantità disponibile per l'organismo (l'emoglobina è la proteina responsabile della colorazione rossa del sangue; regola gli scambi fra sangue e tessuti attraverso il trasporto di ossigeno e anidride carbonica). Ciò determina conseguenze negative per tutti gli organi. Pensiamo ad esempio ai muscoli della cui efficienza abbiamo bisogno quando facciamo sport.

Effetti del catrame e della altre sostanze cancerogene

Sono sostanze in grado di provocare la trasformazione tumorale della cellula, attraverso la modificazione del DNA. Hanno un effetto "mutageno", che può essere potenziato dal polonio 210, sostanza radioattiva presente nel fumo, che viene intrappolata nel muco bronchiale.

Ecco allora che chi non fuma ha un bassissimo rischio di ammalarsi di tumore broncopolmonare, perché non aggiunge agli inquinanti già presenti nell'ambiente quelli derivati dal fumo di sigaretta.

Effetti delle sostanze irritanti

Queste sostanze sono responsabili dell'irritazione delle vie respiratorie, con conseguente riduzione delle difese immunitarie e paralisi delle ciglia vibratili.

Le cellule di molta parte delle vie respiratorie sono infatti fornite di ciglia vibratili che, con il loro continuo movimento verso l'esterno dell'albero respiratorio, garantiscono la pulizia del sistema stesso. Quando tale meccanismo risulta inefficiente, particelle inquinanti, batteri e virus presenti nell'ambiente, trovano via libera e possono arrivare agli alveoli, la cui difesa è garantita dai "macrofagi", gli spazzini del polmone. Il loro compito è infatti quello di eliminare le particelle estranee che arrivano all'alveolo.

Nel non fumatore queste cellule lavorano bene. Non così nel fumatore, dove sono costrette a un'attività straordinaria, un eccesso di lavoro che finisce per logorarne i meccanismi di funzionamento e dare via libera a batteri e virus.

Ecco perché le bronchiti e altre infezioni dell'apparato respiratorio sono molto meno frequenti nei non fumatori.

Il fumo passivo

Il fumo passivo è quello inalato involontariamente dai non fumatori che si trovano in un ambiente saturo del fumo di sigarette degli altri. Diversi studi hanno dimostrato che i non fumatori esposti per lungo tempo al fumo altrui rischiano di sviluppare le stesse gravi malattie dei fumatori; perciò chi non fuma può esigere di non essere esposto ai rischi conseguenti al fumo passivo, in casa, sul lavoro, a scuola.

Le prime "vittime" sono i bambini dei fumatori, che si ammalano più spesso dei loro coetanei di infezioni delle vie respiratorie, asma, otiti. Le mogli non fumatrici di fumatori vanno incontro, più delle altre non esposte al fumo, a tumori del polmone e a bronchite cronica.

Un fumatore passivo del tutto particolare è il bambino in gestazione che, ancor prima di nascere, subisce gli effetti nocivi del fumo attraverso la madre fumatrice. Anche il fumatore è esposto a fumo passivo: la fonte principale è data dall'aria respirata dopo ogni aspirazione di fumo.

Il fumo laterale ha una concentrazione di sostanze tossiche maggiore di quella dell'inalazione diretta ed è quindi più nocivo di quello diretto.

Trattamento farmacologico del tabagismo

Il trattamento farmacologico della disassuefazione da fumo si basa sull'inquadramento del fumatore come di un paziente affetto da disturbo psico-comportamentale. È ormai noto a tutti, come definito dalle principali organizzazioni mediche e sanitarie, che il fumare tabacco soddisfa i criteri diagnostici di tossico-dipendenza. Sono note le proprietà psicoattive della nicotina, l'alcaloide contenuto nel tabacco, e le sue azioni a livello neurobiologico simili a quelle indotte da altre sostanze d'abuso. I farmaci attualmente raccomandati per

il trattamento del paziente tabagista agiscono appunto sui meccanismi neurochimici che risultano alterati dalla esposizione cronica alla nicotina fumata con la sigaretta.

Le linee guida internazionali e nazionali raccomandano, in base alle evidenze cliniche, alcuni trattamenti farmacologici efficaci per la prevenzione della ricaduta al fumo di tabacco. Questi sono i **Sostitutivi della nicotina**, detti anche **NRT (nicotine replacement therapy)**, il **Bupropione**, la Vareniclina e più recentemente la **Citisina**.

I **Sostituti della Nicotina** forniscono un supporto farmacologico alla terapia intergrata basata sul concetto di sostituzione della nicotina assunta in modo nocivo tramite la sigaretta, con quella ottenuta terapeuticamente con varie ed innocue vie di somministrazione come i cerotti, le gomme e gli inalatori. Questo approccio terapeutico pragmaticamente allontana il fumatore dalle sostanze tossiche inalate, ma non cura la dipendenza che diventa così il bersaglio dell'intervento psicologico e motivazionale. Il **Bupropione** è invece un vero e proprio farmaco in quanto agisce modulando la trasmissione neurochimica mediata da dopamina e noradrenalina, con un conseguente effetto sul meccanismo della dipendenza da nicotina. Inoltre, bupropione presenta un legame con i recettori nicotinici e produce metaboliti attivi, a lenta comparsa. Bupropione induce attenuazione del desiderio di fumare, della sindrome da astinenza, previene la ricaduta, ed inoltre permette il controllo del peso.

NRT e bupropione presentano ormai una ricca letteratura scientifica di provata efficacia clinica, associate ad una buona tollerabilità. Presentano delle controindicazioni e delle cautele nelle modalità d'uso che portano alla raccomandazione di un loro utilizzo sotto il controllo di personale professionalmente competente.

La **Vareniclina**, possiede le caratteristiche di agonista parziale dei recettori colinergici del tipo nicotinico e la sua somministrazione permette in modo concomitante di stimolare debolmente il recettore nicotinico quando la nicotina non è più disponibile, ma anche di antagonizzarla nel caso venga occasionalmente riassunta durante la ricaduta. Questo meccanismo recettoriale si è dimostrato efficace in clinica nella prevenzione della ricaduta nei fumatori, con limitati eventi avversi. Anche questo farmaco possiede ormai una discreta letteratura scientifica a supporto della sua efficacia clinica.

La Determina n. 1323/2019 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) sulla "Riclassificazione del medicinale per uso umano «Champix», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537", pubblicata sulla G.U. del 13 settembre 2019, ha sancito la rimborsabilità del "Champix (Vareniclina Tartrato)" a carico del S.S.N. limitata ai pazienti fumatori adulti affetti da documentata Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o in prevenzione secondaria di patologie cardiovascolari (infarto del miocardio, angina pectoris, aritmie cardiache, ictus cerebrale emorragico o ischemico, attacco ischemico cerebrale transitorio, ischemia arteriosa acuta periferica). I Medici operanti all'interno dei "Centri antifumo" sono tenuti a compilare il Piano terapeutico che è rinnovabile dopo 12 settimane. La distribuzione del farmaco in fascia A avviene esclusivamente nelle Farmacie a distribuzione diretta ospedaliera o delle ASL.

La **Citisina** è un alcaloide naturale estratto dai semi di piante come *Cytisus laburnum* e *Sophora tetraptera*. Agisce in modo analogo alla Vareniclina, essendo un agonista parziale dei recettori nicotinici dell'acetilcolina alfa4beta2, responsabile del rafforzamento degli effetti della nicotina, e impedisce alla nicotina di legarsi a questi recettori, riducendo così la soddisfazione e il ricompenso legati all'uso del tabacco, dei sintomi astinenziali negativi rilevanti e del craving. Usato da decenni in molti paesi dell'Est Europa, è ora diffusa anche in Italia con un protocollo che raggiunge la dose massima di 6 capsule die.

C'è bisogno di ulteriori ricerche per esaminare l'efficacia di questo farmaco.

È fondamentale tuttavia ricordare che esistono diverse tipologie di fumatori, dove il fattore individuale è di estrema importanza per la scelta della terapia più efficace. Si raccomanda la scelta del farmaco in funzione di numerosi aspetti come il sesso, l'età, le patologie preesistenti, le comorbidità ed anche la preferenza del fumatore stesso. Questo tipo di approccio è definito del 'pacchetto terapeutico', ovvero di una scelta di strumenti a cui attingere nel corso del rapporto con il paziente tabagista. Essendo il tabagismo una dipendenza cronica e recidivante caratterizzata anche da fallimenti della disassuefazione, non può esistere un unico singolo ciclo di mono-farmacoterapia. La scelta del farmaco deve essere fatta attingendo ad un armamentario farmacologico (tipo di farmaco, dose, forma, ecc.) individualizzato per lo specifico quadro del fumatore. Le linee guida, infine, raccomandano anche, qualora necessaria, la terapia combinata con NRT e farmaci. È da ricordare quindi che la terapia farmacologica del tabagismo non possiede e non ricerca proprietà di 'pillola magica', ovvero di farmaci in grado di agire con alta efficacia nella maggior parte della popolazione dei fumatori e nelle diverse tipologie.

L'aumento dell'efficacia è conseguibile mediante l'intervento integrato fra trattamento comportamentale e farmacologico. La tollerabilità è il fattore principale per l'aderenza alla terapia, e di conseguenza per il man-

tenimento dell'efficacia stessa. Gli eventi avversi dei farmaci di prima scelta sono di lieve o moderata intensità, scompaiono con il tempo, sono risolvibili dal punto di vista medico, spesso si confondono con i sintomi d'astinenza. Tuttavia, non sono accettati dal fumatore sano il quale - non considerandosi un malato - non tollera la comparsa di sintomi assenti prima del trattamento di disassuefazione con il farmaco.

Cosa ci prospetta la ricerca? Da alcuni anni è in sperimentazione il **vaccino anti-nicotina**, il quale agisce sugli aspetti farmacocinetici della dipendenza nicotina. Infatti, la nicotina fumata induce dipendenza psicologica in quanto viene rapidamente distribuita nel cervello. La formazione di un complesso antigenico nei confronti della nicotina, ne impedisce il passaggio delle barriere cerebrali, e quindi l'azione neurobiologica. La potenziale applicazione del vaccino sarà quella di bloccare gli effetti psicoattivi e piacevoli della nicotina, favorendo la disassuefazione. Il meccanismo terapeutico consiste in una immunizzazione attiva, tale che eventuali assunzioni di nicotina - la sigaretta occasionale - non indurrebbe alcun effetto 'piacevole'. Si configura così chiaramente il possibile momento di efficacia della terapia di immunizzazione, ovvero nella prevenzione della ricaduta. Problemi di carattere bioetico ancora irrisolti riguardano invece le possibili implicazioni di una immunizzazione 'profilattica', nei giovani per esempio. In base ai dati attualmente disponibili dai numerosi studi effettuati dalle organizzazioni che autonomamente stanno sviluppando il vaccino, l'immunizzazione non presenta rischi per la salute. Quindi il problema sarebbe più specificatamente sull'eticità di attuare un atto 'coercitivo' di profilassi per la dipendenza tabagica che, per la maggior parte della società, è ancora e solamente un vizio.

Sigarette elettroniche

Le sigarette elettroniche dovrebbero essere regolamentate seguendo la Convenzione quadro per il controllo del tabacco dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO-FCTC) che l'Italia ha sottoscritto nel 2003 e ratificato nel 2008 per i prodotti del tabacco, in particolare per le sigarette tradizionali. Il programma MPOWER permette di monitorare l'implementazione della WHO-FCTC nei suoi aspetti principali. L'acronimo MPOWER significa:

M-Monitor. Monitorare l'epidemia da tabacco in tutti i suoi aspetti.

P-Protect. Sviluppo di divieti di fumo nei locali pubblici e in ambienti di lavoro.

O-Offer. Offerta di strumenti e supporto per smettere di fumare.

W-Warning: pittogrammi sui pacchetti di sigarette e campagne mediatiche anti-fumo.

E-Divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco.

R-Raising taxes.

Lo stesso programma di monitoraggio dovrebbe essere utilizzato per le sigarette elettroniche:

M: Monitoraggio dell'utilizzo di sigarette elettroniche.

P: L'uso di sigarette elettroniche dovrebbe essere vietato in ambienti chiusi, specialmente dove è vietato fumare.

O: In un contesto clinico, sigarette elettroniche con supporto comportamentale possono funzionare per la cessazione. Tuttavia, l'uso delle sigarette elettroniche non è raccomandato come intervento per smettere di fumare a livello di popolazione, poiché le sigarette elettroniche sono vendute non solo ai fumatori che vogliono smettere, ma anche ai giovani e ai non fumatori. L'uso combinato di sigarette elettroniche e sigarette tradizionali non è raccomandato. I benefici dell'uso delle sigarette elettroniche si hanno se si smette completamente di fumare. Purtroppo, il 60%-70% degli utilizzatori di sigarette elettroniche continuano a fumare sigarette tradizionali, utilizzando così le sigarette elettroniche più come un complemento che come un sostituto delle sigarette tradizionali.

W: avvertenze dei rischi per la salute legati all'utilizzo di sigarette elettroniche, in particolare sulla potenziale dipendenza da nicotina.

E: effettiva restrizione alla pubblicità, promozione e sponsorizzazione di sigarette elettroniche, come avviene da decenni per i prodotti del tabacco.

R: Le tasse dovrebbero essere applicate alle sigarette elettroniche per prevenire la loro diffusione nei giovani.

I prodotti con tabacco riscaldato (Heated Tobacco Products: [http](http://))

Gli HTP contengono tabacco e dovrebbero essere regolamentati come i prodotti del tabacco. Gli utilizzatori di HTP e chi è esposto alle emissioni di questi prodotti sono esposti a sostanze tossiche, in particolare for-

maldeide, acetaldeide, acroleina, idrocarburi policiclici aromatici, nitrosamine tabacco-specifiche e metalli pesanti. Inoltre contengono nicotina che crea dipendenza.

Sebbene i livelli di numerosi tossici negli HTP siano più bassi rispetto alle sigarette tradizionali, i livelli di altre sostanze tossiche sono più elevati rispetto alle sigarette di tabacco. Il fatto che si trovino livelli più bassi di alcuni tossici non significa una riduzione effettiva dei rischi per la salute.

Nessuno studio clinico ha valutato questi prodotti come supporto per smettere di fumare.

L'impatto sulla salute a lungo termine degli HTP rimane sconosciuto. Esistono prove indipendenti insufficienti sui rischi per la salute derivati dall'uso di questi prodotti. Sono necessari studi indipendenti, perché la maggior parte degli studi sono finanziati dall'industria del tabacco.

Bibliografia

ISS (Istituto Superiore di Sanità), *Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, EDIZIONE 2008.

J.E. Henningfield, R.E. Fant, A.R. Buchhalter, M.L. Stitzer (2005), *Pharmacotherapy for Nicotine Dependence*. *Cancer J. Clin.* 55: 281 - 299.

M.G. LeSage, D.E. Keyler, and P.R. Pentel (2006), *Current status of immunologic approaches to treating tobacco dependence: vaccines and nicotine-specific antibodies*. *AAPS J.* 8(1): E65-75.

L.A. Potts, C.L. Garwood (2007), *Varenicline: The newest agent for smoking cessation*. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 64: 1381 - 1384.

E. Roddy (2004), *Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies*. *BMJ* 328: 509 - 511.

C. Chiamulera (2005), *Biologia del Tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psicocomportamentali*. *Tabaccologia*, 2s, 33-37.

ENSP, *European Smoking Cessation Guidelines*, European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl, 2018, *Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco*, SITAB.

Gestione dei sintomi di astinenza e prevenzione della ricaduta

SCHEDA DI RILEVAZIONE E MONITORAGGIO DEI SINTOMI DI ASTINENZA DAL FUMO

SINTOMI DI ASTINENZA a distanza di	24 ore	1° giorno	2° giorno	3° giorno	4° giorno	5° giorno	6° giorno	8° giorno	2° sett.	3° sett.	4° sett.
ANSIA											
AGITAZIONE											
DEPRESSIONE											
IRRITABILITA'											
DIFFICOLTA' DI CONCENTRAZIONE											
STORDIMENTO											
SONNOLENZA											
INSONNIA											
AUMENTO DELL'APPETITO											
AUMENTO DI PESO IN KG											
DESIDERIO DI FUMARE											

Elencare l'entità del sintomo con un valore da 1 (nessuno) a 10 (il peggiore immaginabile).
 È importante attribuire un valore ai sintomi di astinenza.

COGNOME E NOME

Data inizio astinenza:

Questa parte del corso è dedicata al mantenimento dell'astinenza

MANTENERE IL CAMBIAMENTO E NON RICOMINCIARE

Da usare nell'ultima parte del gruppo di disassuefazione.

STEP 1: scheda guida per una discussione di gruppo (consegnare la scheda)

1. Da cosa sono attivati i miei forti desideri di fumare?
 - Amici fumatori
 - Locali
 - Gruppi che frequento di solito
 - Stress

2. Cosa temo?
 - Una certa atmosfera
 - Immagini sul fumo (anche nei film)
 - Aroma di sigaretta

3. Come posso fare per distaccarmi? Per non demoralizzarmi di fronte ad una ricaduta?
 - Pensare che ho fatto una scelta di salute, riuscirò a superare gli episodi di "craving" mi renderà le cose più facili in futuro.

4. Fai l'elenco dei modi in cui hai superato il craving quando si è manifestato

5. Fai l'elenco delle situazioni in cui ti è più difficile domarlo

STEP 2: discussione

Confrontando questa scheda, pensa a cosa innesca in te la sensazione di craving e a come potresti utilizzare delle strategie per gestirla, sulla base delle tue idee e de tuoi passati trascorsi.

ESERCIZI RESPIRATORI

Da effettuare due volte al giorno, possibilmente in un luogo areato.

1. Respirazione lente e profonde. Seduti in posizione comoda; braccia appoggiate al bracciolo senza procurarsi sensazioni di peso ed attrito (posizione del cocchiere).
2. Durante le respirazioni socchiudere gli occhi e ripetere mentalmente “Io sono calmo e disteso”.
3. Respirazioni complete: ciclo respirazione-apnea-espiazione-apnea.
4. Contare inizialmente fino a 5 (dapprima 5 inspirazioni/3 apnea – 5 espirazioni/3 apnea)
5. Arrivare alla sequenza 10 inspirazioni/5 apnea – 10 espirazioni/5 apnea.
6. Ciclo di 10 respirazioni eseguite nel seguente modo: inspirazione lenta e profonda; espirazione a labbra socchiuse per espellere tutta l’aria a piccoli soffi forzando l’ultima fase per espellere l’aria residua.
7. Secondi per narice: respirazione breve a mantice (prima da un lato, poi dall’altro).
8. Posizione supina, gambe leggermente flesse, occhi chiusi, mani sul ventre.
 - Inspirare dal naso (prendendo più aria possibile) ed espirare dalla bocca (senza soffiare, rilasciare la gola e far uscire l’aria).
 - Indirizzare l’aria verso il basso, cioè riempire il ventre d’aria e poi lasciarlo svuotare sentendo questo processo anche con l’ausilio delle mani che poggiano lievemente sul ventre.
9. Ripetere le respirazioni addominali per 10 volte; poi spostare le mani verso torace sulle coste (respirazione diaframmatica 10 volte).
10. Da seduti: come all’inizio posizione del cocchiere. Ripetere 10 respirazioni complete lente e profonde. “Io sono calmo e disteso”. Aprire gli occhi e muovere braccia e gambe.

TECNICHE DI RILASSAMENTO

Quando si decide di raggiungere un obiettivo (come quello di smettere di fumare) può succedere, che pur desiderandolo molto, si incontrino degli ostacoli interni. Un valido aiuto può venire dalla pratica di un metodo di rilassamento.

Questo porta prima di tutto a rivolgere l'attenzione su di sé, sulle proprie sensazioni, in modo da diventare consapevoli della tensione e, gradualmente, imparare ad allentarla. La contrazione muscolare (che non derivi dall'esercizio fisico) è collegata alle reazioni emotive peculiari dell'individuo in certe situazioni (es. spalle contratte quando non mi sento all'altezza... ho paura di...; crampi allo stomaco quando mi fa rabbia che...). La consapevolezza delle proprie emozioni permette di affrontarle, tenerne conto, in modo più costruttivo. Smettendo di fumare, d'altra parte, si va in direzione di un cambiamento di questo tipo: non si cerca più di coprire con le sigarette le reazioni spontanee come, ad esempio, aggressività o ansia, ma si tende a farsene maggiormente carico, per esprimerle o risolverle in modi diversi.

Soprattutto gli esercizi di rilassamento permettono di attenuare l'ansia, la depressione, i disturbi neurovegetativi o psicosomatici che facilmente si presentano o si riacutizzano nel periodo in cui una persona ha smesso di fumare (non dormo la notte..., piango continuamente..., non respiro..., non riesco a concentrarmi..., ho scatti di aggressività che non riesco a controllare...).

In seguito al rilassamento muscolare e alla concentrazione sulle sensazioni che ne conseguono, infatti si producono delle modificazioni psicologiche e biochimiche corrispondenti ad un miglioramento delle condizioni emotive e generali.

Inoltre, lo stato di coscienza che si raggiunge in questo modo è una condizione particolarmente creativa, favorisce il superamento degli ostacoli, l'andare oltre i limiti derivanti da convinzioni negative precedenti. Attiva al massimo grado le risorse personali in questa direzione (posso concentrarmi anche senza sigarette..., posso superare il momento critico e sono soddisfatto per questo...).

Si rivela utile anche nei casi in cui la motivazione a smettere di fumare è ancora piuttosto debole rispetto alle spinte contrastanti (mi piace troppo fumare..., non accetto la privazione..., mi ribello alla costrizione di non dover più fumare nemmeno una sigaretta...). Il rafforzamento della motivazione a smettere di fumare può essere ottenuto, ad esempio, attraverso il visualizzare in stato di rilassamento quello che coscientemente ci aspettiamo di raggiungere, una volta smesso di fumare: "respirare bene", "sentirsi liberi, leggeri", "sono io che decido della mia vita"...Questi desideri, messi così in primo piano, acquistano un maggiore peso in modo da controbilanciare quelli di segno contrario.

L'attenzione va concentrata sul fatto che smettere di fumare non è solo "privarsi di" ma, soprattutto, acquisire qualcosa di importante, che dà soddisfazione.

È chiaro che nell'ambito del corso per smettere di fumare non c'è lo spazio necessario per ottenere un approfondito apprendimento di queste tecniche, che necessitano di settimane di allenamento per mantenere e consolidare i risultati raggiunti. Noi possiamo farvele conoscere.

Le persone interessate possono eventualmente proseguirle per proprio conto per risultati sempre più soddisfacenti.

Approfondimenti tematici

Il Training Autogeno di Schultz

Schultz, medico tedesco nato nel 1884, morto nel 1970, derivò il suo metodo dalle osservazioni sulle modificazioni cenestesiche e fisiologiche che si verificano durante l'ipnosi. Usando una tecnica che permetteva all'ipnotizzato di parlare, rilevava costantemente la presenza di alcune sensazioni: calore e pesantezza agli arti, calma delle attività cardiaca e respiratoria, sensazione di caldo all'addome e di fresco alla fronte.

Schultz si chiese: che cosa succederebbe se le sensazioni fisiche descritte dai soggetti ipnotizzati venissero comunicate ad un soggetto sveglio in un modo calmo e penetrante? Risposta: lo stesso stato di rilassamento fisico - psichico dell'ipnosi. E che cosa succederebbe se il soggetto le immaginasse da solo? Dalla risposta a queste domande nasce il Training Autogeno. "Autogeno": le modificazioni psicofisiche sono indotte dal soggetto stesso su di sé, e si realizzano spontaneamente.

"Training": si tratta di capacità che si acquisiscono con l'allenamento, con esercizi ripetuti e sistematici.

Tali esercizi consistono dunque nel ripetere mentalmente alcune formule: "calmo", "rilassato", "braccia pesanti", "gambe pesanti", "mani calde"....secondo una successione che favorisce l'acquisizione progressiva della capacità di realizzare quello che si è immaginato, pensato (ideoplasia). Si prescrive di fare questo per alcuni minuti 2/3 volte al giorno, mentre il soggetto si trova in una posizione comoda, e di lasciare che il rilassamento venga da sé, spontaneamente, nel rispetto delle possibilità e dei tempi personali.

Il rilassamento progressivo di E. Jacobson

Il rilassamento progressivo di E. Jacobson nasce dalla neurofisiologia e dalla psicologia sperimentale, dall'osservazione che in ogni nevrosi si presentano delle tensioni muscolari che si allentano quando la nevrosi migliora e che una distensione sistematicamente provocata favorisce un miglioramento generale. Propone degli esercizi per ridurre la tensione residua che rimane nei muscoli quando l'individuo si pone in condizione di riposo. Si tratta di esercizi di tensione e distensione dei vari gruppi muscolari che vanno ripetuti ogni giorno in modo sistematico. Gradualmente l'individuo impara a ridurre la tensione muscolare anche nell'ambito delle attività quotidiane.

La Risposta di Rilassamento di Benson

Studiata da H. Benson negli anni '70, la Risposta di Rilassamento può essere considerata una versione laica della Meditazione Trascendentale. Propone la ripetizione mentale di un mantra ad ogni espirazione. Benson propone la parola "one", altri propongono la tradizione italiana "uno" o altre parole contenenti preferibilmente il suono "m" o "n". La ripetizione monotona di una parola produce comunque un rilassamento mentale e fisico.

Mindfulness

La parola ha origini da un termine antico che si riferisce a "autoconsapevolezza di ciò che accade intorno, immersione nel presente; risveglio della coscienza nella realtà del presente.

La concentrazione su un solo obiettivo contribuisce a contrastare lo stress mentale; induce a non disperdere energie e riduce l'ansia da prestazione.

Si tratta di insegnamenti antichi che hanno trovato applicazioni in molte pratiche spirituali di tradizioni religiose e laiche. Jon Kabat-Zinn, è stato il primo a portare la Mindfulness nei processi di cura con il programma Mindfulness-Based Stress Reduction.

Due sono i principi importanti: focalizzazione dell'attenzione su tempo e spazio vissuti; incontro curioso e aperto verso le novità delle esperienze.

Apertura significa disponibilità ad astenersi dal giudizio (buono, cattivo; giusto o sbagliato), fermi nel presente,

Il primo passo è sempre accompagnato dall'ascolto del ritmo del respiro. Non a caso proprio gli esercizi respiratori accompagnano la fase di mantenimento dell'astinenza.

Non è facile per un fumatore fermarsi ad ascoltare il desiderio acuto della sigaretta.

Concentrarsi sul ritmo del respiro, concentrarsi sulla modulazione che lo rallenti o lo acceleri, immaginare gli effetti della diffusione dell'aria nelle diverse parti del corpo, può essere faticoso e ansiogeno nella fase iniziale, ma rilassante e appagante una volta acquisita la pratica.

La Mindfulness, praticata con regolarità, anche dieci, quindici minuti al giorno, in una condizioni di tranquillità e uno spazio ben areato, migliora il benessere soggettivo e le relazioni interpersonali. Può essere praticata anche camminando; è in ogni caso essenziale farla rientrare nelle modalità ordinarie di organizzazione di spazio e tempo della nostra quotidianità.

Il significato generale della pratica è favore l'intuizione che atti semplici come respirare, bere, mangiare, accendere una sigaretta, sono vissuti in assoluta automaticità, senza adesione piena, senza convincimento. Per questo la M. può aiutare a perdere con facilità le sigarette automatiche, quelle, per esempio accese, quando viene annunciato il riardo del treno o che costituiscono la risposta immediata ad ogni contrattempo e può allieviare la crisi di astinenza provocata dalle sigarette associate alla dipendenza patologica.

Esistono molti programmi e modalità di addestramento alla M. Nei gruppi per smettere di fumare, uno degli esercizi proposti, può essere il seguente:

“Dove ci troviamo, ci predisponiamo a prenderci una pausa. Seduti, in posizione comoda, ci mettiamo in ascolto del ritmo del respiro. Inspirazione ed espirazione. Concentriamoci sul ritmo, senza pensare ad altro, ad occhi chiusi, lasciando a poco a poco entrare le percezioni che arrivano dall'ambiente; l'ambiente esterno; suoni, rumori, brusii, altri respiri; odori; profumi...; dallo spazio esterno; sensazioni, ricordi, emozioni.

L'immersione nel presente può durare anche pochi minuti. Nei Gruppi, il conduttore, lascia uno spazio per la condivisione dei vissuti sperimentati dai partecipanti. La condivisione è importante sia per confrontare i diversi stati di mindfulness, sia per comprenderne il significato pratico nel processo di disassuefazione al fumo.

Il ricorso alla M. rende più facile l'adozione degli esercizi respiratori e ne esplicita i vantaggi per il benessere psicofisico individuale.

Fase di mantenimento dell'astinenza dal fumo di sigaretta

9° - 10° incontro

- È la fase in cui si prepara il congedo del gruppo. Può essere utile un monitoraggio degli stadi del cambiamento e un approfondimento dello stato in cui si trova il fumatore.
- Si distribuiscono gli strumenti di monitoraggio che facilitano le discussioni conclusive e la valutazione dell'efficacia del corso.

Strumenti:

- Ostacoli e strategie
- Questionario dei fattori favorevoli le ricadute
- Scheda dove mi trovo
- Questionario di gradimento del metodo
- Questionario di gradimento del conduttore
- Questionario di gradimento del gruppo
- Questionario di gradimento emotivo del corso
- Questionario di gradimento dell'organizzazione del corso

QUESTIONARIO DEI FATTORI FAVORENTI LE RICADUTE

FATTORI FAVORENTI LA RICADUTA

PSICO/FISICI	
craving (desiderio irrefrenabile di fumare)	
dipendenza farmacologica medio-alta (Fagerström >5- 6)	
sintomi d'astinenza di grado elevato (ansia, agitazione, irritabilità, difficoltà di concentrazione, insonnia, depressione). Specificare:	
insufficienti motivazioni per smettere	
stati emotivi negativi	
avvenimenti stressanti	
notevole aumento di peso	
SOCIALI/AMBIENTALI	
convivenza con fumatori	
durante occasioni o feste sociali	
consumo di alcolici	
ripetersi di situazioni nelle quali in passato venivano fumate sigarette	
pressioni sociali dal gruppo di amici o colleghi di lavoro	

Cognome e nome _____

Data della verifica _____

Data inizio corso _____

Astinenza durata gg _____

Ricaduta da gg _____

Strumento che può essere utile nella fase di astinenza: RIPOSIZIONAMENTO rispetto agli stadi del cambiamento

STEP 1: invitare ogni partecipante ad indicare una cosa che vorrebbero portarsi a casa dal gruppo

STEP 2: proiettare la scheda sugli stadi del cambiamento e ripetere che una “scivolata” non significa un fallimento.

STEP 3: distribuisce la scheda “Dove mi trovo”.

SCHEDA DOVE MI TROVO

Precontemplazione:

- Ho fallito e non voglio più smettere
- Non mi interessa più smettere di fumare
- Con me questo metodo non funziona
- Sono soddisfatto perché ho diminuito

Contemplazione:

- Fumo una sigaretta ogni tanto ma penso di smettere
- Mi preoccupa di fare brutta figura rispetto a chi sa che sto provando a smettere
- Magari deve lavorare di più sul cambiamento degli altri stili di vita

Preparazione:

- Vedo i vantaggi di non fumare
- Mi sono iscritto a un gruppo di cammino
- Ho quasi sospeso il consumo di alcol e caffè

Azione:

- Ho smesso
- Evito gli stimoli attivatori
- Chiedo aiuto agli altri

Mantenimento:

- Non penso quasi più alle sigarette
- Ho cambiato stile di vita
- Sto molto meglio e sono orgoglioso di me
- Non ricordo quasi più perché fumavo

STEP 4:

- Chiedere ad ognuno, aiutandoli a posizionarsi rispetto allo stadio.
- Facilitare una discussione sui risultati

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL METODO

DATA DI COMPILAZIONE _____ DATA INIZIO CORSO _____

1. QUANTE SIGARETTE FUMA AL GIORNO ATTUALMENTE?__ QUANTE SIGARETTE FUMAVA AL GIORNO PRIMA DEL CORSO?_____
2. ESPRIMA CON UN PUNTEGGIO DA 1 A 5 L'EFFICACIA CHE A SUO PARERE HA QUESTO METODO 1 2 3 4 5
3. SI CONSIDERA OGGI UN FUMATORE? SI NO NON SAPREI
4. RITIENE CHE SIA IMPORTANTE AVERE LA POSSIBILITÀ DI INCONTRARE IL GRUPPO E IL CONDUTTORE DEL CORSO PERIODICAMENTE? SI NO NON SAPREI
5. SCELGA FRA QUESTE AFFERMAZIONI QUELLA CHE MEGLIO DESCRIVE LA SUA CONVINZIONE ATTUALE:
 - A. Quasi sicuramente non fumerò più
 - B. Sono certo di non volere più fumare
 - C. Penso che mi concederò una sigaretta ogni tanto
 - D. Forse ricomincerò a fumare
 - E. Temo di non farcela
6. SCELGA TRA LE ESPRESSIONI SOTTO RIPORTATE LE 3 CHE MEGLIO DESCRIVONO IL METODO UTILIZZATO:

A Condizionamento	M Spiegazione dei danni da fumo
H Suggestione	N Invito alla riflessione/Responsabilizzazione
I Autoconvincimento	O Induzione ipnotica
J Persuasione	P Capacità di influenzare le decisioni altrui
K Rinforzo della motivazione	Q Capacità di influenzare le decisioni altrui
L Rinforzo della fiducia in sé	R Rinforzo dell'autostima

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL CONDUTTORE

INDICHI UN PUNTEGGIO DA 1 A 5:

A. PROFESSIONALITÀ	1	2	3	4	5
B. COMPrensIONE DEI PROBLEMI DEI PARTECIPANTI	1	2	3	4	5
C. IMPERATIVITÀ	1	2	3	4	5
D. CAPACITÀ DI ARMONIZZARE IL GRUPPO	1	2	3	4	5
E. AGGRESSIVITÀ	1	2	3	4	5
F. CAPACITÀ DI PERSUASIONE	1	2	3	4	5
G. INTRANSIGENZA	1	2	3	4	5
H. CAPACITÀ DI ASCOLTO	1	2	3	4	5
I. CAPACITÀ DI INTERAZIONE COI PARTECIPANTI	1	2	3	4	5
L. AUTOREVOLEZZA	1	2	3	4	5
M. SIMPATIA	1	2	3	4	5
N. CAPACITÀ DI GUIDARE LA SCELTA	1	2	3	4	5
O. CONOSCENZA DEI PROBLEMI DEL FUMATORE	1	2	3	4	5
P. GRADO DI SINTONIA COL GRUPPO	1	2	3	4	5

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL GRUPPO

DESCRIVA LE CARATTERISTICHE DEL GRUPPO IN CUI SI È TROVATO (LA SCALA È DA 5 A 5: CERCHI IL NUMERO SCELTO)

A. OMOGENEO	5	4	3	2	1	2	3	4	5	DISOMOGENEO
B. MOTIVATO	5	4	3	2	1	2	3	4	5	DEMOTIVATO
C. VIVACE	5	4	3	2	1	2	3	4	5	APATICO
D. MONOTONO	5	4	3	2	1	2	3	4	5	DIVERTENTE
E. DISCIPLINATO	5	4	3	2	1	2	3	4	5	INDISCIPLINATO
F. APERTO	5	4	3	2	1	2	3	4	5	CHIUSO
G. DISPONIBILE	5	4	3	2	1	2	3	4	5	INDISPONIBILE
H. POCO FACILITANTE	5	4	3	2	1	2	3	4	5	MOLTO FACILITANTE
I. IN SINTONIA COL CONDUTTORE	5	4	3	2	1	2	3	4	5	NON IN SINTONIA COL CONDUTTORE

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO EMOTIVO DEL CORSO :

Grado di: (1= per nulla; 5: = moltissimo)

A. SODDISFAZIONE PER IL METODO	1	2	3	4	5
B. SODDISFAZIONE PER IL CONDUTTORE	1	2	3	4	5
C. SODDISFAZIONE DI SÉ	1	2	3	4	5
D. SODDISFAZIONE PER IL GRUPPO	1	2	3	4	5
E. DIVERTIMENTO	1	2	3	4	5
F. FATICA	1	2	3	4	5
G. IMPAZIENZA	1	2	3	4	5
H. NOIA	1	2	3	4	5
I. DIFFICOLTÀ	1	2	3	4	5
J. INTERESSE	1	2	3	4	5
K. ARRICCHIMENTO EMOTIVO	1	2	3	4	5
L. ALTRO	1	2	3	4	5

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE DEL CORSO

1. ESPRIMA CON UN PUNTEGGIO DA 1 (minimo) A 5 (massimo) LE SEGUENTI VALUTAZIONI RIFERITE ALL'AMBIENTE IN CUI SI SVOLGONO I CORSI:					
A. Spazioso	1	2	3	4	5
B. Confortevole	1	2	3	4	5
C. Facile da raggiungere	1	2	3	4	5
D. Comodo per parcheggiare	1	2	3	4	5
2. VALUTAZIONE DEL PERSONALE:					
A. Cortesia	1	2	3	4	5
B. Precisione	1	2	3	4	5
C. Puntualità	1	2	3	4	5
D. Efficienza	1	2	3	4	5
E. Professionalità	1	2	3	4	5
3. VALUTAZIONE DELLE MODALITÀ DI ORGANIZZAZIONE					
A. Pubblicizzazione dei corsi	1	2	3	4	5
B. Tempi di attesa	MENO DI 1 MESE		1 MESE	PIÙ DI UN MESE	
C. È possibile partecipare ai corsi in orario serale (dopo le ore 19)?	SI			NO	
D. È stata possibile la prenotazione telefonica?	SI			NO	
E. È stato effettuato il colloquio preliminare?	SI			NO	
F. Gli incontri hanno rispettato l'orario di lavoro?	SI			NO	
G. Gli incontri hanno rispettato le scadenze previste dal Programma?	SI			NO	
4. SI È FATTO RICORSO ALLE SEGUENTI ATTIVITÀ INTEGRATIVE					
A. Visite mediche specialistiche (specificare)	SI			NO	
B. Spirometria (da non confondere con il picco di flusso!!!)	SI			NO	
C. Misurazione del ossido di carbonio (CO) espirato	SI			NO	
D. Consulenza di un dietista	SI			NO	
E. Consulenza di un terapista della riabilitazione	SI			NO	
F. Esercizi di respirazione	SI			NO	
G. Esercizi di rilassamento (tipo minfulness)	SI			NO	
H. Volontariato	SI			NO	
I. Altro (specificare)	SI			NO	
5. GRADO DI SODDISFAZIONE DELL'AMBIENTE	1	2	3	4	5
6. GRADO DI SODDISFAZIONE DEL PERSONALE	1	2	3	4	5
7. GRADO DI SODDISFAZIONE DELLE MODALITÀ DI ORGANIZZAZIONE	1	2	3	4	5

AGGIUNGA, SE VUOLE, UN SUO COMMENTO O SUGGERIMENTO PERSONALE PER MIGLIORARE L'ORGANIZZAZIONE DEL CORSO:

.....

.....

.....

Follow-up

Strumenti:

- TRAINING DI AUTOREGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO (TR.A.C) a supporto della motivazione a smettere nella persona “contemplativa”
- Disponibilità al cambiamento, obiettivo di cambiamento e suoi sotto-obiettivi
- Scheda dei fattori protettivi e fattori di rischio legati a contesti ambientali e vissuti personali
- Bilancia decisionale
- Contrattazione dell’obiettivo di salute
- Livello di mindfulness

Incontri periodici di controllo.

È consigliabile effettuarne uno dopo un mese dalla fine del corso e uno a scadenza trimestrale.

TRAINING DI AUTOREGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO (TR.A.C) a supporto della motivazione a smettere nella persona “contemplativa”

(strumento formativo di Luoghi di Prevenzione)

L'operatore che pratica l'approccio motivazionale può essere facilitato nell'orientamento e nel sostegno al processo del cambiamento dell'utente con il Training di Regolazione del comportamento (TR.A.C.). La somministrazione del TR.A.C richiede un tempo e un setting dedicato. La modalità individuale può essere riproposta, con alcuni semplici accorgimenti, anche ad un contesto di gruppo.

Il TR.A.C è utile anche ad affiancare il trattamento di disassuefazione.

Il TR.A. C è un percorso che prevede i seguenti passaggi:

1. Rilevazione della **motivazione al cambiamento** rispetto al fumo; compilazione del **grafico di disponibilità al cambiamento**, per l'individuazione **dell'obiettivo di salute** specifico.
2. Analisi **dei fattori di rischio e fattori protettivi**; valutazione dei contesti rispetto alle possibilità di cambiamento.
3. Compilazione della **bilancia decisionale** e contrattazione dell'obiettivo di salute.
4. Verifica del raggiungimento dell'obiettivo di salute ed eventuale sua correzione.

DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO, OBIETTIVO DI CAMBIAMENTO E SUOI SOTTO-OBIETTIVI

Istruzioni:

- Individua tre obiettivi di salute rispetto al fumo e nominali A, B, C scrivendoli nello spazio sotto il grafico.
- Posiziona in una scala da 0 a 10 (0 = per nulla, 10 = del tutto) i tre obiettivi di salute sull'asse orizzontale (fiducia di riuscirci) e sull'asse verticale (importanza che ha per me).
- Collega gli obiettivi di salute omologhi con un punto nello spazio interno al grafico.
- Scegli l'obiettivo di salute che ha un maggior punteggio rispetto alla fiducia o all'importanza.
- Scomponi l'obiettivo in almeno 3 passi con raggiungerlo

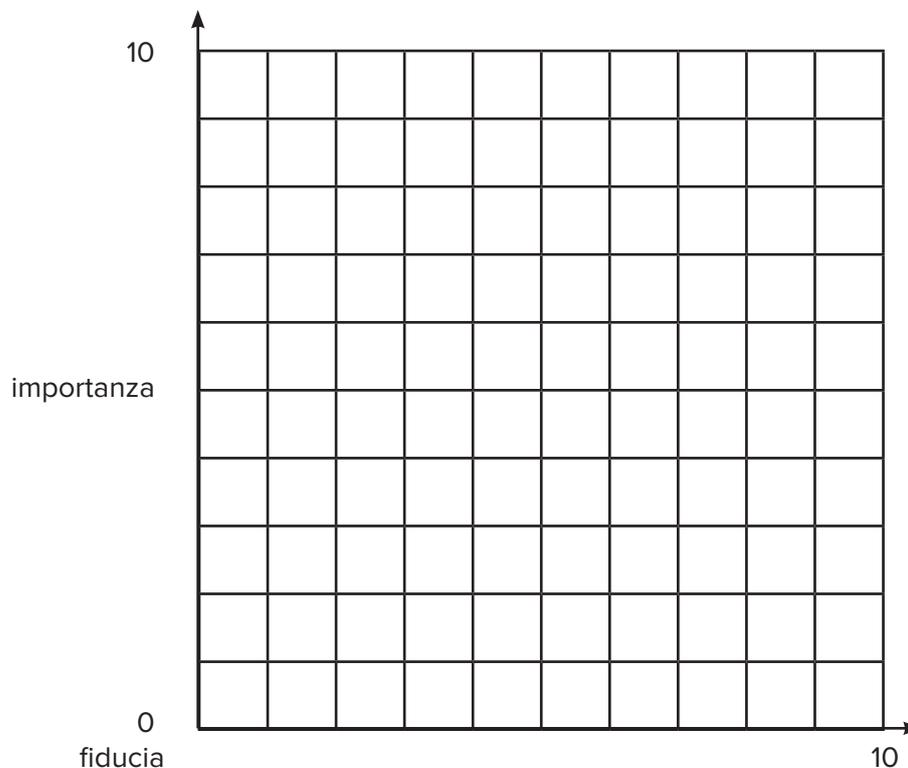
ESEMPI DI OBIETTIVI SUL FUMO

A. Smettere di fumare entro.....;

B. Non fumare più di 10 sigarette entro il.....

C. Non fumare più in casa/durante l'orario di lavoro.....

D. Non concedersi più una sigaretta ogni tanto



Questo è il tuo primo obiettivo di cambiamento:

.....

I TUOI OBIETTIVI:

- A.
B.
C.

Scomposizione del tuo obiettivo in sotto-obiettivi (i sotto-obiettivi sono i passi che facilitano il conseguimento dell'obiettivo generale). Individua le azioni facilitanti il raggiungimento del tuo obiettivo:

1.
2.
3.

Le azioni possono essere collaterali rispetto all'obiettivo del fumo.

Per esempio:

- Devo camminare tutti i giorni per almeno 15 minuti
- Non devo più mangiare dopo cena

SCHEDA DEI FATTORI PROTETTIVI E FATTORI DI RISCHIO LEGATI A CONTESTI AMBIENTALI E VISSUTI PERSONALI

Per ognuno dei contesti sotto riportati indica con una crocetta se ti possono essere di aiuto o di ostacolo al raggiungimento dell'obiettivo di salute scelto rispetto alla scelta di restare non fumatore o di diminuire il numero di sigarette fumate.

Contesti:	Fattore protettivo	Fattore di rischio	Fattore indifferente
Ambiente di lavoro			
Ambiente familiare			
Grado di stress			
Salute fisica (assenza di problemi)			
Salute fisica (presenza di problemi)			
Relazioni interpersonali			

CONTRATTAZIONE DELL'OBIETTIVO DI SALUTE

1. Riscrivi il tuo obiettivo di salute
2. Riporta il tuo stadio motivazionale di disponibilità al cambiamento
3. Indica i contesti che puoi considerare fattori protettivi
4. Programma le azioni riferite all'obiettivo specifico in 3 tappe:
 - da oggi
 - fra due settimane
 - fra un mese

OBIETTIVO DI SALUTE rispetto al fumo	<hr style="border: 0.5px solid black;"/>				
STADIO MOTIVAZIONALE (Indicare una risposta)	Precontemplazione	Contemplazione	Determinazione	Azione	Mantenimento
FATTORI PROTETTIVI (Indicare una o più risposte)	Lavoro	Famiglia	Stress	Salute	Relazioni
PROGRAMMA LE AZIONI	Oggi	Tra 2 settimane		Tra 1 mese	

CONTRATTO PER L'OBIETTIVO DI SALUTE

**GRUPPO PER L'AUTOREGOLAZIONE
DEL COMPORTAMENTO**

OBIETTIVO DI SALUTE DI

IO MI IMPEGNO A

DAL _____

DATA DI OGGI: _____

firma

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE LIVELLO DI MINDFULNESS

(derivata da MASS - *Mindfulness, Attention, Awaeness Scale*, Brown e Ryan 2003)

La compilazione della scala (da 1 = quasi sempre, a 5 = quasi mai) è la base di un esercizio di autovalutazione sulla pratica regolare di Mindfulness. Può essere utile nelle fasi di follow-up per monitorare quanto l'astensione dalle sigarette abbia modificato anche gli altri stili di vita. Molti spunti utili per i conduttori del gruppo si possono trovare in letteratura; un esempio recente è il testo "La grande via: alimentazione, movimento, meditazione per una lunga vita felice, sana e creativa" di Franco Berrino e Luigi Fontana (Oscar Mondadori, 2017).

1. Posso provare delle emozioni di cui divento cosciente solo qualche tempo dopo.
2. Rompo o faccio cadere oggetti per sbadataggine, disattenzione o perché spesso mi capita di pensare ad altro
3. Ho difficoltà a restare concentrato su quanto accade nel qui ed ora.
4. Tendo a camminare velocemente per arrivare dove sono diretto senza prestare attenzione a quanto mi sta attorno.
5. Tendo a non notare sensazioni di tensione o di disagio fisico finché non catturano veramente la mia attenzione.
6. Dimentico il nome di una persona quasi subito dopo che mi viene detto la prima volta.
7. Mi sembra di procedere in "automatico" senza consapevolezza di cosa sto facendo .
8. Faccio le cose in fretta senza essere veramente attento ad esse.
9. Sono così concentrato sull'obiettivo che voglio raggiungere che perdo il contatto con quello che sto facendo nel presente per arrivarci .
10. Compio lavori o attività in modo automatico, senza essere consapevole di quello che sto facendo.
11. Mi capita di ascoltare qualcuno con un orecchio, mentre sto facendo qualcos'altro allo stesso tempo.
12. Mi capita di "guidare" con il pilota automatico
13. Mi capita di preoccuparmi per il futuro o per il passato.
14. Mi ritrovo a fare cose senza prestare attenzione.
15. Faccio spuntini, accendo sigarette, bevo alcol, senza essere pienamente consapevole convinto di quanto sto facendo.

Bibliografia

- AA.VV., *Guide to quitting smoking*. American Cancer society, last revised 2008, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/smokingcessation.html>
- AA.VV., *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 2008.
- Ameglio M., Cincinelli B., Severini I., “Trattamento psico-comportamentale del tabagismo: un paradigma per le altre dipendenze”, in Maggio 2014 M. Ameglio e S. Bosi (a cura di) “Progetto CCM “Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale” - Reti e Comunità - Dalla Pianificazione Regionale alla Programmazione Aziendale di interventi di prevenzione e cura sul tabagismo e gli altri stili di vita”, Pacini Ed.
- Ameglio M., *Da Bacco a tabacco: l'altro versante delle dipendenze legali*, A.A. 2005/2006, Sito www.med.unifi.it/segreteria/didattica/perfezionamento (<http://docplayer.it/11644412-Da-bacco-a-tabacco-l-altro-versante-delle-dipendenze-legali-diffusione-del-fenomeno-e-danni-correlati.html>)
- Ameglio M., *Dipendenza da nicotina: i Ser. T. nei percorsi operativi territoriali*, in Alfano-Ameglio-Rossi Prodi (a cura di), *Tabagismo: clinica e prevenzione esperienze pratiche*, Regione Toscana, Ti Con Erre Sicurezza sociale. Nuova serie 8; pag. 138-150, 2002.
- Anthonisen N.R. et al., Lung Health Study Research Group. *The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial*. *Ann Intern Med.*, 142:233-9, 2005.
- Aveyard P.-West R., *Managing smoking cessation Clinical Review*, *BMJ*; 335:37-41 (7 July), doi:10.1136/bmj.39252.591806.47, 2007.
- Bauld L. et al., *Delivering the English smoking treatment services Addiction*, 100 (Supplement 2), pp. 19- 27, 2005.
- Bell K. et al., *Smoking Cessation Programme. The Effectiveness of National Health Service Intensive Treatments for Smoking Cessation in England*, NICE RAPID REVIEW, june 2006, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/SmokingCessationNHSTreatmentFullReview.pdf>
- Bowen S. et al., *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*, Raffaello Cortina Editore, 2013.
- Bowen S. et al., *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors*, Guilford Press, 2011.
- Bowen S. et al., *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial*. *Substance Abuse*. 30(4), 295-305, 2009.
- Bowen S.-Marlatt A., *Surfing the urge: brief mindfulness-based intervention for college student smokers*, *Psychol Addict Behav*, 23:666–671, 2009.
- Carrol K.M., *Trattamento della dipendenza da cocaina: Approccio cognitivo – comportamentale*, 2001.
- Daley D.C.-Marlatt A., *Overcoming Your Drug or Alcohol Problem: Effective Recovery Strategies*, New York, Oxford University Press, 2006.
- Davis J.M. et al., *A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers*, 1 *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7:2 doi:10.1186/1472-6882-7-2, 2007.
- DiClemente C.C., *Il colloquio di motivazione e gli stadi del cambiamento*, in Miller W.R.-Rollnick S., *Il colloquio motivazionale. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*, Centro studi Erikson, 1994.
- Dodgen C.E., *Nicotine dependence*, APA, Washington, 2005.
- Faggiano F. et al., *Cessazione del fumo di tabacco, Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte*, Commissione Regionale Anti-tabacco, Quaderno n. 3, Torino 2007. www.iss.it/ofad
- Fiore M.C. et al., *Treating Tobacco Use and Dependence*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000 (<http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>)
- Fiore M.C. et al., *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*, Clinical Practice Guideline, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. May, 2008 (<http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>)
- Giusti E.-Tridici D., *Smoking basta davvero. Manuale strategico operativo per interventi terapeutici per il Tabagismo*, Sovera strumenti, 2009.
- Hughes JR. et al., *Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers*. *Addiction*; 99:29-38, 2004.
- Judson A. et al., *Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized, Controlled Stage I Pilot Study*, *Subst Abus*. 30(4): 306–317, 2009.
- Kabat-Zinn J., *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, New York: Delacorte, 1990.
- Ladouceur R. et al., *Il gioco d'azzardo eccessivo: vincere il gambling*, 2003.
- Lancaster T-Stead L.F., *Individual behavioural counselling for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2 (a), 2005.
- Lancaster T-Stead L.F., *Self-help interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 (b), 2005.
- Marlatt A. et al., *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy “A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*, 2002.
- Marlatt A., *Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention*. National Institute of Drug Abuse, Grant #1R21DA0119562, Seattle:

- University of Washington; [Principal Investigator], Years 2006–2008.
- Marlatt A.-Donovan D.M., *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Relapse Prevention*, New York, Guilford Press, 2005.
- Marlatt A.-Gordon JR., eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, New York, Guilford Press, 1985.
- Miller W.R.-Rollnick S., *Il colloquio motivazionale. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*, Centro studi Erikson, 1994.
- Monti P.M. et al., *Treating Alcol Dependence: A Coping Skills Training Guide in the treatment of Alcoholism*, 1989.
- NIDA, *Approaches to drug abuse counseling*, NIH Publication N° 00-4151, July 2000.
- NIDA, *Principles of Drug Addiction Treatment*, NIH Publication N° 99-4180, 1999.
- Orlandini D. (a cura di), AA.VV., *Trattamento di Gruppo per smettere di fumare, manuale operativo per conduttori*, Regione Veneto, 2010.
- Prochaska J.O.-DiClemente C.C., *Toward a comprehensive model of change*, In: Miller WR, Heather N. *Treating additive behaviours Processes of change* New York Plenum Press; pp 3 – 27, 1986.
- Rice VH-Stead L.F., *Nursing interventions for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews(2), 2006.
- Richards C.S., *Improving study behaviors through self-control techniques*, in Krunboltz et al., *Counseling Methods*, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1976.
- Rogers C., *Counseling and Psychotherapy*, 1942.
- Spiller V. et al., *Il Modello Transteorico. Una modalità eclettica di terapia*, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo, no. 2, ANNO XXI 1998.
- Stead L.F.-Lancaster T., *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, 2005.
- Sykes C.M.-Marks D.F., *Effectiveness of a cognitive behavior therapy self-help programme for smokers in London*, UK Health Promot. Int., 16 (3): 255-260, 2001
- Witkiewitz K. et al., *Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders*, Journal of Cognitive Psychotherapy, 19(3), 211-228, 2005.
- Witkiewitz K.-Marlatt A., *Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao*, American Psychologist, 59:224-235, 2004.
- Zgierska A. et al., *Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review*, Journal of Substance Abuse, 30, 266-294, 2009.

Trattamenti di prevenzione e disassuefazione al fumo rivolti ai giovani

La relazione fra sigaretta e identità personale nell'adolescente

L'identità personale è generalmente intesa come senso di mantenimento delle caratteristiche fondamentali dell'individuo, nonostante il variare dei suoi molteplici e mutevoli attributi. Si riferisce alla sensazione della persistenza del proprio essere in continuità nel tempo e in modo chiaramente distinto dagli altri esseri viventi.

Nonostante il tempo passi e poche cellule del corpo siano simili a quelle di quando si è piccoli, ognuno si percepisce chiaramente come quello specifico bambino che si è trasformato, in modo differenziato, diverso e separato dai suoi coetanei. Il carattere dinamico dell'identità personale è garantito biologicamente dalle caratteristiche di neuroplasticità del sistema nervoso.

Per neuroplasticità si intende la modificabilità del sistema nervoso attraverso l'esperienza. La plasticità sinaptica è strettamente legata alla capacità di apprendimento.

La plasticità è una caratteristica innata, espressione dell'interazione reciproca tra cervello e ambiente: il cervello modifica le sue connessioni in risposta agli stimoli a cui è sottoposto, unica macchina in cui il software è in grado di modificare l'hardware.

La persistenza delle tracce di memoria non dipende da variazioni dinamiche che si manifestano in una catena chiusa di neuroni, ma comporta una serie di modificazioni dell'efficacia delle connessioni sinaptiche preesistenti.

Un ruolo particolarmente importante nei processi di sinaptogenesi (di costituzione di nuove sinapsi) è svolto dall'acido glutammico; il neurotrasmettitore eccitatorio, agendo su particolari recettori chiamati NMDA, decide del "destino" di certi neuroni e di certe connessioni neuronali.

Le diverse droghe (nicotina, cocaina, amfetamina, eroina, alcol) modificano l'azione dei neurotrasmettitori alterando le normali condizioni nelle quali si realizzano processi neurobiologici di memoria e apprendimento emozionale.

È prevedibile che l'assunzione di queste sostanze psicoattive in dosi adeguate e per tempi sufficientemente prolungati possa influenzare lo sviluppo neurobiologico del cervello dell'adolescente nei suoi correlati funzionali cognitivi, emotivi e comportamentali.

Nell'organizzazione funzionale dell'individuo, niente è dato per sempre: non esistono concetti fissi, solo concetti fluttuanti, espressione delle connessioni provvisorie fra gli aggregati di reti neurali che si portano appresso. Come il moto del mare cambia di momento in momento, così l'espressione di un'emozione o di un pensiero è modificata e modificabile di continuo dal numero e dal tipo di neuroni che scaricano simultaneamente.

Esistono condizioni favorevoli per lo sviluppo di nuove reti neuronali:

- Riduzione dello stress e, più in generale, riduzione dell'esposizione a troppi stimoli in poco tempo;
- esperienze sensoriali diversificate;
- presenza di reti neuronali di resilienza;
- periodi di esposizione a pochi stimoli esterni, perché aiutano a creare "ordine", formando e consolidando reti neuronali di introspezione e propriocezione.

Se intendiamo affrontare il problema della relazione complessa fra fumo e adolescente non possiamo trascurare gli aspetti che ostacolano la rimodulazione delle reti neuronali in termini di resilienza. I giovani sono sottoposti cronicamente a:

- stimoli multimediali rapidissimi: TV, giochi, internet sia come fonte di film, notizie, musica che come mezzo di comunicazione (messenger, chat, e-mail, cellulare);
- velocizzazione dello stile di vita.

L'iperstimolazione esterna, paradossalmente, produce atteggiamenti sempre più passivi: il piacere è procurato staticamente da "fuori", anziché ricercato da "dentro". È questo a determinare nei ragazzi la confusione tra "piacere", "divertimento" ed "emozione".

- L'ambiente che facilita la capacità di "autocura" è stato descritto di recente attraverso il concetto di resilienza:

- competenza nel prendersi cura attiva di sé dopo un danno subito;
- abilità della persona nel riaversi dalle avversità;
- abilità legata ad autostima, speranza, fiducia negli altri, capacità di proiettarsi nell'altrove.

Chi è capace di resilienza è generalmente in grado di esprimere:

- un buon senso di sé;
- la capacità di guardare oltre se stesso;
- la capacità di provare e promuovere speranza
- la fiducia nella capacità del gruppo di appartenenza nel proteggerlo dalle difficoltà.

L'opposto della resilienza è la vulnerabilità (dal latino vulnerare = colpire/ferire).

Con il termine "**vulnerabilità all'addiction**" si intende una declinazione specifica della relazione fra individuo ed esposizione al rischio. Non può essere intesa come sinonimo di "predestinazione" alla dipendenza, ma come condizione di esposizione a un rischio individuale, nell'ambito di intervalli statistici di probabilità che non assumono mai carattere deterministico.

Il concetto di vulnerabilità si può così declinare rispetto alle cause che la generano:

- intrinseca: definita anche "di tratto" in quanto dipendente esclusivamente da fattori interni all'individuo, alla sua specifica personalità/identità;
- estrinseca: o ambiente indotta (di stato), perché dipendente da fattori esterni in grado di generare stress o incentivo all'uso di sostanze psicoattive e/o comportamenti nocivi per la salute;
- doppia: dipendente contemporaneamente da fattori sia interni che esterni.

Perché certi individui sono più vulnerabili di altri rispetto alla dipendenza? Perché, soprattutto, accade di trovare molti individui che manifestano caratteristiche di intelligenza e/o creatività superiori alla media e, nello stesso tempo, presentano disturbi del comportamento dovuti all'uso acuto e cronico di sostanze psicoattive?

La selettività del comportamento è rinforzata dall'attivazione di reti neurali che rispondono meglio a neuromodulatori ambientali, piuttosto che a neuromodulatori organici. La persona che riconosce come prioritario per la propria identità questo stato che consente una determinata prestazione non duratura, ma eccellente e gratificante, tende a garantirsi le condizioni psicofisiche che favoriscono l'attivazione di quelle reti neurali, senza intenzionalità e senza partecipazione della coscienza.

Ecco perché ha senso dire che, in molti casi, nell'affermazione dell'identità personale, il livello di dopamina (anche quando diventa poco duraturo) è l'ago della bilancia, la bussola con cui l'individuo si orienta.

Il rapporto con questo tipo di sostanze non rappresenta solo una risposta alterata al principio del piacere, ma un cambiamento della percezione del significato: il musicista tossicodipendente è consapevole della propria dipendenza nel momento in cui ritorna lucido. È, tuttavia, altrettanto consapevole che per lui è meno importante la sobrietà, di quel guizzo di lucidità in più che si potrebbe definire come il lampo di genio, che gli consente di esprimere pienamente la propria creatività artistica.

Fumo di sigaretta, corpo e corporeità

L'assunzione di sostanze è senza dubbio legata a condizioni di predisposizione individuali ed è in rapporto con "la vulnerabilità", di cui abbiamo brevemente trattato nel paragrafo precedente. Tuttavia, in un capitolo sull'identità personale, è doveroso dedicare qualche considerazione ai significati del corpo e della corporeità nella vita di un adolescente.

L'atteggiamento di fumare, infatti, è un modo di porsi consapevole e studiato del proprio essere sociale, del proprio stare con gli altri, della dimensione della corporeità.

Il corpo si configura nella sua valenza di "oggetto", di organismo, penetrabile, opaco, passivo.

È il corpo di cui si occupa il medico durante la malattia, il corpo delle tavole anatomiche, il corpo che alimentiamo, muoviamo, facciamo riposare.

Si configura, altresì, nella sua valenza di soggetto, definendo l'esperienza più profonda e insieme più ambigua delle percezioni, la più fragile delle esperienze.

La dimensione della corporeità, senza la quale non si può parlare dell'uomo, è riconducibile a questa seconda accezione: il corpo come soggetto. Nella corporeità si iscrive il rapporto dell'io con il proprio corpo, la cui immagine ideale prescinde con difficoltà dagli schemi culturali dell'ambiente vissuto.

Fra le espressioni prioritarie della corporeità si inserisce il gesto, che non è movimento involontario, ma comunicazione consapevole; il gesto che è peculiarità umana, perché proprio delle mani.

André Leroi-Gourhan in *Il gesto e la parola*, scrive «Il corpo umano è capace di gesti perché è il solo che ha esteriorizzato l'ordine degli strumenti»; l'osservazione mette in risalto il significato della mano (definita da Kant in *Antropologia pragmatica* come «il cervello esteriore») come possibilità illimitata di manipolazione del mondo.

L'adolescente che ha lasciato alle spalle l'infanzia in cui la manipolazione era gioco o contatto affettivo con la madre, con la famiglia di origine e il mondo adulto di riferimento, percorre un cammino in cui le mani stabiliscono relazioni: contatto sessuale e conoscenza.

La sigaretta è un ponte simbolico perfetto per questo transitare verso la maturità del corpo adulto, dall'innocenza del corpo perduto dell'infanzia.

Consente di succhiare, manipolare, sentirsi “dentro” una relazione e facilita l'assunzione di atteggiamenti e gesti che comunicano identità ed essere sociale.

La sigaretta aiuta a traghettare l'infanzia nel mondo degli adulti; la corporeità concentra il percorso nell'essenzialità del gesto di fumare.

Il gesto è l'apertura del corpo verso l'ambiente, una precisa scelta di adeguamento o inadeguatezza al mondo. Ogni gesto è espressione di un senso e del mondo a cui il senso si riferisce: fumare dice qualcosa di me e di come sto con gli altri. Lo dice nei primi approcci con il fumo, quando studio la mia posizione nello spazio, mi guardo allo specchio, cerco di rendere sincronici sguardo, pause, abito, con le braci accese che la mano muove in una danza ritmica, lenta, dall'alto verso il basso e dal basso all'alto. Lo dice, in seguito, quando fumo freneticamente, da solo, quasi di nascosto, per spegnere la sigaretta il più presto possibile, per smettere di bruciare. Il gesto è nervoso, rapido, nevrotico, insistente. Comunica il disagio della dipendenza nello stesso modo in cui i primi gesti comunicavano la poesia dell'iniziazione.

Se l'iniziazione è contatto, calore e relazione, la dipendenza è solitudine, bruciatura, ansia non sopita.

La corporeità dell'adolescente esprime quei sentimenti che Spinoza descriveva come «le passioni tristi»: vergogna, pudore, disagio.

L'adolescenza è un movimento del corpo incontrollato e incontrollabile: non si sa quanto si diventerà alti, come evolverà l'acne, che dimensioni avranno fianchi, spalle, vita, seni. Si convive con un corpo dai confini incerti, qualche volta goffo, insoddisfacente, poco rassicurante, che lo specchio restituisce come non amabile.

La sigaretta attenua la vergogna, vince il pudore, scioglie il disagio nell'abbraccio bruciante di gola, testa, bocca e mani, nel gesto che include in un gruppo esprimendo, allo stesso tempo, qualcosa di essenziale: quello che si prova a essere se stessi.

L'adolescente usa i vestiti per nascondersi e per esibirsi; usa allo stesso modo la sigaretta, che assume i significati del gusto in cui proteggere le proprie inadeguatezze, della restituzione del nido perduto per sempre, dell'aspirazione alla relazione promessa da ogni finestra aperta, del desiderio di appartenenza a un gruppo, della conquista di un corpo che gli altri invidino, di essere altro da quello che, momentaneamente, si è.

Il gesto del fumare, come ogni altro gesto, non vuole e non può afferrare; il gesto sfiora, insinua, disegna, allude e racconta; in questa sua essenza si unisce a un aspetto fondamentale della natura di un adolescente: la dimensione del desiderio. Un giovane che non è disperato è un soggetto intimamente desiderante. Desiderio e amore che nascono, in questa circostanza, dalla percezione di una carenza, di una povertà.

L'adolescenza ha perduto il proprio essere bambino (felice o infelice) per sempre. Non ha ancora niente in cambio se non la certezza di un cammino in cui esiste solo il presente rivolto verso un futuro ignoto e oscuro. Il fumo della sigaretta è simbolo della nebbia che avvolge la meta, le braci sono il calore del passato; ma la sigaretta accesa è l'espressione dell'essere desiderante: fra sguardi e silenzi il corpo racconta esuberanza mal trattenuta, impacci, tensione, seduzione, complicità.

Nella terza parte del testo, che raccoglie alcune proposte curriculari del programma “Scuole libere dal fumo”, si pone l'accento sulla valenza ampiamente positiva assunta dal gesto del fumare nel cinema, nella storia dell'arte, nella letteratura.

Per capire le ragioni della portata della seduzione, può essere utile ripercorrere i modi con cui il tabacco è stato portato in Occidente e i suoi significati originari.

Nel Centro America di Maya e Aztechi, presso i popoli dell'antico Perù, nella pratica dello sciamanesimo, fumare era una pratica di iniziazione, un rito religioso, un modo per facilitare il contatto con l'oltre.

Non si parlava né di dipendenza né di tossicità, ma di trascendenza, preghiera e cura. Il tabacco era un farmaco potente e una sostanza dai poteri misteriosi.

I passaggi delle usanze da una cultura all'altra ne deformano i significati, li rendono irriconoscibili.

Attraverso il corpo, natura e cultura si esprimono in modo ambivalente, intrecciato, non consapevole. Non è scientificamente provato che i gesti siano preservati dalla nostra memoria evolutiva; sappiamo, tuttavia, che certi tic sono ereditari. Nel gesto di un adolescente che inserisce la ritualità del fumo nella dimensione della propria corporeità, ci sono processi decisionali, influsso della moda, pressioni sociali, strategia per superare inconsciamente le proprie passioni tristi e, forse, anche l'affermazione tardiva di una cultura perduta; il desiderio di trasformare il fumo in una rapida uscita da sé per raggiungere quell'altrove che resta imperscrutabile e inaccessibile ai sensi. La sigaretta non provoca alienazioni, spaesamenti, pericolose perdite di controllo: è la trasgressione, la via di uscita, la ribellione alla portata di chiunque. Forse anche per questo la più osata, difesa e vilipesa.

Relazioni fra competenze trasversali, *life skills* e identità personale

Come si interviene in modo adeguato nei percorsi di educazione, prevenzione e cura rispetto alla situazione dei giovani in cui prevale la vulnerabilità e mancano adeguate espressioni di resilienza?

Il senso generale dell'intervento dovrebbe essere finalizzato a:

- inibire comportamenti disadattati come conseguenza di emozioni intense, sia negative che positive;
- insegnare a distinguere fra piacere ed emozione, imparando a controllare l'eccesso di eccitazione vegetativa provocata da risposte emotive inadeguate;
- insegnare a focalizzare attenzione e consapevolezza di sé anche durante intensi vissuti emotivi.

Il contributo alla trasformazione dell'identità personale attraverso l'educazione avviene mediante processi che facilitino integrazione e passaggi di significato fra **competenze trasversali** e ***life skills***, la cui relazione è molto stretta.

Le **competenze trasversali** si riferiscono alle capacità che uno stesso individuo può applicare correttamente a contesti diversi. Sono riconducibili ad abilità relative a:

- diagnosticare le caratteristiche dell'ambiente e del compito;
- analizzare, capire, rappresentare la situazione, il problema, se stessi, come condizione indispensabile per la progettazione e l'esecuzione di una prestazione efficace;
- mettersi in relazione adeguata con l'ambiente, le persone e le cose attraverso la consapevolezza di sé;
- ascoltare, esprimere empatia (insieme di abilità interpersonali e sociali: emozionali, comunicative, comportamentali);
- affrontare e confrontarsi con un problema per risolverlo, costruendo e implementando strategie di azione per il raggiungimento degli scopi personali.

Il nucleo fondamentale delle *life skills* è costituito dalle seguenti abilità:

- *capacità di prendere decisioni*: competenza che aiuta ad affrontare in maniera costruttiva le decisioni nei vari momenti della vita, valutando le differenti opzioni e le conseguenze delle scelte possibili;
- *capacità di risolvere i problemi*;
- *pensiero creativo*: agisce in modo sinergico rispetto alle due competenze sopracitate, mettendo in grado di esplorare le alternative possibili e le conseguenze che derivano dal fare e dal non fare determinate azioni. Facilita l'adattamento attraverso flessibilità ed esercizio del pensiero divergente;
- *pensiero critico*: è l'abilità ad analizzare le informazioni e le esperienze in maniera obiettiva. Può contribuire alla promozione della salute, aiutando a riconoscere e valutare i fattori che influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti;
- *comunicazione efficace*: sapersi esprimere, sia sul piano verbale che non verbale, con modalità appropriate rispetto alla cultura e alle situazioni. Questo significa essere capaci di manifestare opinioni e desideri, bisogni e paure; esser capaci, in caso di necessità, di chiedere consiglio e aiuto;
- *capacità di relazioni interpersonali*: mettersi in relazione e interagire con gli altri in maniera positiva, riuscire a creare e mantenere relazioni amichevoli che possono avere forte rilievo sul benessere mentale e sociale. Tale capacità può esprimersi sul piano sia delle relazioni costruttive, favorendo il mantenimento di un'importante fonte di sostegno sociale, che delle relazioni distruttive, contribuendo alla capacità di porre fine a relazioni conflittuali;
- *autoconsapevolezza*: riconoscimento di sé (carattere; forze e debolezze; desideri e insofferenze). Svi-

luppare autoconsapevolezza può aiutare a riconoscere quando si è stressati o quando ci si sente sotto pressione. Si tratta di un prerequisito di base per la comunicazione efficace, per instaurare relazioni interpersonali finalizzate alla conoscenza di sé, per sviluppare empatia nei confronti degli altri;

- *empatia*: è la capacità di immaginare come possa essere la vita per un'altra persona anche in situazioni con le quali non si ha familiarità. La capacità empatica può inoltre essere di sensibile aiuto per offrire sostegno alle persone che hanno bisogno di cure e di assistenza;
- *gestione delle emozioni*: percezione, riconoscimento e comunicazione adeguata delle proprie emozioni (delle modalità di risposte personali a stimoli di natura affettiva) e consapevolezza di quanto le emozioni influenzino il comportamento individuale;
- *gestione dello stress*: consiste nel riconoscere le fonti di stress (delle modalità di risposta personali a stimoli di natura cognitiva e affettiva che prevedono cambiamenti improvvisi, intensi e drammatici delle prestazioni individuali) nella vita quotidiana, nel comprendere come queste ci "tocchino" e nell'agire in modo da controllare i diversi livelli di stress.

Ogni intervento di cura e di promozione del benessere, che abbia come presupposto il coinvolgimento attivo dell'individuo, non può prescindere dal confronto con l'identità.

L'obiettivo è prioritario soprattutto quando il soggetto dell'intervento è un giovane che sta acquisendo consapevolezza di tutte le implicazioni dell'essere portatore di un'identità che lo lega e lo separa dagli altri, lo rende unico e gli consente di appartenere a un gruppo (inducendolo a muoversi lungo il tragitto di individuazione/separazione che caratterizza movimento di trasformazione adolescenziale).

Percorsi educativi e terapeutici nel processo richiedono l'acquisizione di competenze relative alla capacità di prendersi cura di sé e il superamento di ogni dicotomia fra natura/biologia/genetica e cultura/ambiente/psicologia e sociologia, che possono essere così sintetizzate:

- il percorso educativo e/o terapeutico dovrebbe saper trasformare la passività dell'**emozione** nell'attività della **motivazione**: prevedere tempo dedicato ai vissuti emozionali (a riconoscimento, definizione, ascolto, comunicazione delle proprie emozioni e delle emozioni degli altri), affinché sia possibile acquisire la consapevolezza che l'emozione che non si può né contrastare né eliminare va integrata da un movimento e un percorso in grado di elaborare e accogliere proposte di cambiamento. Le emozioni, buone o cattive, ma non dipendono dall'individuo e non sono in grado di modificarlo se non per periodi di tempo molto brevi. La motivazione è la tensione all'agire, la leva della vitalità in grado di guidare i processi di trasformazione;
- il superamento del livello emozionale non ne comporta né l'annullamento, che del resto sarebbe impossibile, né la razionalizzazione. Le emozioni si ascoltano, si trasformano in desiderio che promuove cambiamento e si approfondiscono attraverso la dimensione del sentire. Il **sentimento** è un'emozione complessa, un'emozione attiva. La differenza fra emozione e sentimento è che la prima modifica brevemente uno stato dall'esterno all'interno, il sentimento lo modifica a lungo, qualche volta in modo duraturo e consapevole. L'emozione attraversa l'individuo, il sentimento lo qualifica, lo definisce, lo "umanizza". Lavorare sul livello emozionale significa accompagnare l'individuo a immaginare, descrivere, scrivere, riconoscere la propria dimensione del sentire. Un'autentica possibilità di scelta si può realizzare solo quando la dimensione del sentire si sia costituita in **sapienza** (piena consapevolezza di sé);
- i processi decisionali non si fondano prevalentemente sugli aspetti razionali, ma hanno la necessità di ancorarsi su un'adeguata **conoscenza** dei problemi in gioco. La differenza esistente fra conoscenza e **pensiero** può essere paragonata a quella prima introdotta fra emozione e sentimento. Il fatto che un quindicenne sia in possesso di informazioni approfondite sul tema del fumo, che sappia metterle fra loro in relazione e, dunque, abbia acquisito il necessario supporto per trasformare ogni informazione in conoscenza (dimensione metacognitiva), non significa che sia in grado di rimodularle in pensiero operante, ovvero in pensiero capace di produrre cambiamento;
- il passaggio dalla sudditanza dalle ragioni del **corpo** all'esercizio della **corporeità**: anche in questo caso il passaggio da favorire è fra l'atteggiamento passivo di esaltazione, accettazione o rifiuto del "corpo che si ha", all'esperienza della propria **corporeità** che ha a che fare con le sfere dell'attrazione, della seduzione, della moda, della vergogna, del fascino, della sessualità, dell'estetica, della riproduzione, della morale, del gusto, della fisicità, della spiritualità, della carne, della perfezione, dell'accettazione delle diversità, del diritto. La dimensione della **corporeità** potrebbe essere anche definita come il processo di percezione ed espressione del corpo nel divenire dello spazio e del tempo: attraverso questo percorso, dovrebbe essere orientato ogni intervento di educazione e cura.

Indicazioni operative

Il programma “Liberi di cambiare” si realizza nei contesti educativi di una “Scuola libera dal fumo”.

I gruppi si costituiscono sulla base di caratteristiche di omogeneità: ragazzi dai 14 ai 16 anni dovrebbero poter accedere a gruppi diversi rispetto a quelli previsti per la fascia di età dai 17 ai 19, perché hanno problematiche e interessi dissimili e un altro tipo di rapporto con la sigaretta.

Le fasi previste per l’attivazione del programma sono:

1. sensibilizzazione del contesto scolastico con approvazione del regolamento per il fumo da parte del consiglio d’istituto;
2. attivazione del gruppo di lavoro costituito da Dirigente scolastico, alcuni docenti, il referente di educazione alla salute della LILT, un Referente del Centro Antifumo territoriale, il responsabile della sicurezza, una rappresentanza di studenti, personale non docente, genitori e operatori coinvolti nella realizzazione del programma;
3. formazione dei giovani coinvolti nel percorso di educazione fra pari;
4. attivazione dei programmi curriculari da parte dei docenti in collaborazione con i peer educator;
5. pubblicizzazione del gruppo di disassuefazione al fumo “Liberi di cambiare” in tutte le classi;
6. raccolta delle adesioni da parte dei peer educator;
7. attivazione del programma;
8. monitoraggio dell’intervento.

Il programma prevede dalle 15 alle 20 ore (7 al mattino, primo incontro e Quit Day), le restanti al pomeriggio. I conduttori del gruppo dovrebbero accertarsi preliminarmente della disponibilità concreta dell’Istituto scolastico ad aderire al programma.

Sono esclusi dall’intervento: istituti scolastici che non abbiano inserito nel POF il programma “Scuole libere dal fumo”, che non stiano ratificando un regolamento specifico, che non abbiano un gruppo di peer educator e non stiano attivando interventi pluridisciplinari curriculari sulle competenze trasversali che facilitano i processi di cambiamento.

La struttura del percorso è suddivisa in più fasi: la **fase di accoglienza** (primo e secondo incontro di gruppo e colloquio individuale è finalizzata ad accertare la reale disponibilità dei ragazzi a concentrarsi sul tema dell’abitudine al fumo; la **fase di preparazione** (dal terzo al quinto incontro) è finalizzata alla preparazione dei partecipanti al distacco dalla sigaretta; il **Quit Day** è il modo per condividere in gruppo aspetti positivi e negativi dell’astinenza; la **prevenzione delle ricadute** è riferita all’incontro di gruppo, agli incontri individuali facoltativi di supporto, alle iniziative di sostegno in rete finalizzate al consolidamento del cambiamento, al superamento degli effetti collaterali dell’astinenza e alla valorizzazione dei risultati ottenuti.

Il programma è così articolato:

- **Primo incontro:** presentazione del programma e intervento di motivazione del gruppo.
- **Secondo incontro:** selezione dei partecipanti sulla base della contrattazione degli obiettivi di salute. Dall’incontro successivo il gruppo motivazionale (GM) lavora con i moduli del programma “Free Your Mind”, un percorso che sostiene l’astinenza o la riduzione del fumo nei giovani. È suddiviso in 6 incontri di 90 minuti ciascuno che esplorano le fasi della motivazione, della sperimentazione di messa in pratica di obiettivi di cambiamento e dello sviluppo delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi. Per i dettagli si rimanda alla bibliografia (Ladurner, Gruber, 2008) e agli strumenti di educazione fra pari del programma della Regione Emilia-Romagna (si veda il secondo capitolo della terza parte).
- **Colloquio individuale:** è propedeutico all’inserimento nel gruppo di disassuefazione (dal terzo incontro in poi esaminiamo nel dettaglio strumenti e obiettivi del programma “Liberi di cambiare”).
- **Terzo, quarto e quinto incontro:** il gruppo per la disassuefazione (GD) lavora con il diario comportamentale e le attività di approfondimento sulla relazione fra identità personale, corporeità e significati della sigaretta.
- **Sesto incontro:** giornata intera (mattino e pomeriggio) per la condivisione del Quit Day: si smette di fumare insieme, nello spazio scolastico.
- **Settimo incontro:** attività di prevenzione della ricaduta

(fine del percorso di gruppo: per chi lo richiede, colloquio individuale finalizzato alla gestione delle difficoltà provocate dall’astinenza).

Primo incontro: accoglienza e motivazione al cambiamento.

L'incontro si svolge al mattino. Richiede 3 ore di tempo.

Sono presenti all'incontro gli operatori di riferimento per i 2 gruppi: gruppo motivazionale (GM) e gruppo per la disassuefazione (GD), almeno 1 docente referente per l'attività, una rappresentanza degli studenti coinvolti nell'attività di educazione fra pari.

- a. Presentazione della struttura del programma con l'articolazione nei 2 gruppi (gruppo motivazionale e gruppo di disassuefazione al fumo) da parte dei conduttori.
- b. Consegna modulo sulla privacy (obbligatorio per tutte le iniziative che prevedano il trattamento di dati personali) e registrazione dei partecipanti.
- c. Ognuno sceglie il simbolo con cui identificherà gli elaborati protetti da anonimato.
- d. Raccolta delle motivazioni sull'adesione al gruppo. L'attività è svolta dai giovani responsabili dell'educazione fra pari che riportano su una lavagna le ragioni che i partecipanti descrivono come "forti", "prioritarie" per l'inizio di un percorso di cambiamento di un'abitudine a rischio.
- e. Consegna e compilazione individuale della scheda **"I vissuti rispetto al fumo"**.
- f. Raccolta dei vissuti principali e discussione, condotta dai peer educator con supporto dei conduttori dei gruppi.
- g. Attività di scrittura creativa individuale sul tema "Rêveries" (immagini, fantasticherie) su fumo e non fumo attraverso lo scheda **"Libere Associazioni"**.
- h. Lettura a voce alta di qualche elaborato, da parte di partecipanti volontari.
- i. Ritiro dei lavori anonimi che vengono ridistribuiti casualmente. La richiesta è di commentare con una parola o una espressione emozionale l'elaborato esaminato.
- j. Condivisione delle espressioni emozionali: le più significative sono trascritte sulla lavagna dai peer educator.
- k. Misurazione del monossido di carbonio, come azione conclusiva e facoltativa.
- b. Dopo l'incontro, i "pari" inviano a tutti una mail riassuntiva delle principali motivazioni ritenute utili alla modificazione del comportamento, dei vissuti rispetto al fumo e dei rimandi emotivi dell'attività di scrittura creativa.

Secondo incontro: selezione dei partecipanti sulla base della contrattazione degli obiettivi di cambiamento.

Il secondo incontro ha la finalità di suddividere i partecipanti in 2 gruppi diversi a seconda della loro disponibilità a smettere di fumare per il GD o praticare un percorso di riduzione del numero di sigarette fumate per il GM.

Durata media: 2 ore, al pomeriggio. L'incontro è così articolato:

- Accoglienza iniziale a cura dei pari e consegna dei gadget predisposti per la partecipazione al gruppo.
- Intervento introduttivo sulla motivazione al cambiamento degli stili di vita a rischio. I conduttori spiegano che l'incontro è finalizzato a suddividere i partecipanti in 2 gruppi: uno intenzionato a smettere di fumare (programma "Liberi di cambiare"); l'altro motivato ad approfondire la propria relazione con le sigarette e ridurre il numero di sigarette fumate. Per contribuire alla definizione degli obiettivi di cambiamento dei singoli partecipanti i conduttori distribuiscono schede e questionari di lavoro individuali.
- Distribuzione delle schede. Gli operatori presentano brevemente gli strumenti di lavoro distribuiti e lasciano circa 30 minuti di tempo per la compilazione individuale:
 - Scheda **"Test di Fagërstrom"**: misura la dipendenza da nicotina che, in genere, è bassa per i fumatori occasionali (la maggioranza dei partecipanti al gruppo). La consapevolezza di una bassa dipendenza potrebbe essere un fattore motivazionale per la predisposizione al cambiamento.
 - Scheda **"Bilancia Motivazionale di disposizione al cambiamento"**: consente di mettere in relazione l'intenzione di smettere di fumare con il contesto generale e fornisce al giovane informazioni sulla sua propensione a modificare i propri comportamenti nel contesto specifico.
 - Scheda **"Bilancia Decisionale legata al fumo"**: focalizza la propensione al cambiamento rispetto al tema specifico.
 - Scheda **"Test per la valutazione della disponibilità personale a smettere di fumare"**: controlla la disponibilità a smettere da parte dei partecipanti.
- Ogni ragazzo riporta i dati dei test nella scheda **"Profilo di salute ed ecogramma relazionale sul"**

fumo”, legge i profili e li commenta attraverso l’ecogramma.

- Discussione plenaria degli ecogrammi e formazione condivisa dei 2 gruppi: è importante che i conduttori concordino con i partecipanti i criteri per la costituzione dei gruppi e non incoraggino atteggiamenti giudicanti rispetto alle scelte individuali.

Colloquio individuale: valutazione della reale disponibilità individuale alla partecipazione al gruppo di disassuefazione.

Il colloquio avviene a scuola, in orario pomeridiano. Ha la durata di 30 minuti circa.

1. Confronto e approfondimento individualizzato del profilo di salute; discussione sui risultati dei singoli test.
2. Somministrazione – previa valutazione discrezionale dell’operatore – di test utili a un’ulteriore esplorazione della motivazione: scheda operativa **“Test motivazionale Mondor”**; esplorazione del rapporto emozionale con le sigarette: scheda operativa **“Test di Zung”**.
3. Misurazione del Co espirato, con l’integrazione facoltativa da parte dell’operatore della valutazione della qualità del respiro: scheda operativa **“Scala della dispnea, modificata dal Medical Research council”**.
4. Contrattazione dell’obiettivo di cambiamento con il **“Diagramma Fiducia, importanza, disponibilità”** e rivalutazione delle 3 opzioni; partecipazione al programma di disassuefazione **“Liberi di cambiare”** con buona motivazione, emozioni favorevoli al cambiamento, forte desiderio di smettere e buona autoefficacia; adesione a **“Free Your Mind”** con buona motivazione, emozioni contrastanti, desiderio di ridurre il numero di sigarette fumate, scarsa autoefficacia; inserimento nel gruppo dei pari con buona motivazione al cambiamento dei comportamenti sociali in assenza di condizioni significative a sostegno di buona motivazione e un obiettivo di salute individuale.

Terzo incontro del GD: consegna del diario comportamentale.

1. Condivisione dei risultati degli ecogrammi.
2. Consegna della scheda **“Sigarette ed emozioni”**. Attività di scrittura creativa sulle 3 parole emozionali (positive o negative) che raccontano l’ambivalenza (disponibilità e resilienza) rispetto al cambiamento. Lettura facoltativa dei testi a voce alta. Raccolta delle parole di commento alla lettura.
3. Consegna della scheda **“Diario Comportamentale”** e spiegazioni sul suo utilizzo. La compilazione del diario comportamentale è fondamentale per prendere consapevolezza del numero di sigarette fumate, delle circostanze e degli stati emozionali in cui si fuma. Derivata dall’approccio cognitivo comportamentale, è lo strumento che consente ai giovani di chiarire quale sia la relazione fra uso della sigaretta e identità personale. La compilazione del diario non ha come scopo la riduzione del numero di sigarette fumate, ma la ripresa del controllo del giovane fumatore delle sigarette che sceglie o accetta di fumare, nonostante la partecipazione a un gruppo di disassuefazione al fumo. Sono indicazioni importanti per questa fase:
 - il foglio del diario comportamentale e il foglio delle parole emozionali devono servire per incartare il pacchetto di sigarette;
 - tutti i partecipanti escono dal gruppo con il pacchetto di sigarette incartato e l’indicazione di non fumare se non le sigarette di quel pacchetto (non si offrono sigarette ad altri e non si accettano sigarette da altri);
 - il diario comportamentale si compila sempre prima di fumare la sigaretta e non dopo averla fumata. Se non si può compilare il diario non si può fumare. La compilazione non può essere affrettata, ma deve prevedere il tempo per la riflessione. Chi non accetta di compilare il diario passa nel gruppo motivazionale;
 - insieme al diario comportamentale, il conduttore del gruppo consiglia ai partecipanti di tenere a disposizione un taccuino (quando è possibile è bene che il taccuino sia fornito come gadget all’inizio del gruppo) in cui annotare pensieri e parole emozionali provati dopo aver fumato la sigaretta.
4. Consegna della scheda **“Previsione di autoefficacia”** rispetto al mantenimento della disassuefazione. Il conduttore chiede ai partecipanti di riportarla compilata all’incontro seguente.

Quarto incontro del GD: riduzione programmata delle sigarette necessarie.

1. Commento delle schede **“Previsione di autoefficacia”** rispetto al conseguimento dell’obiettivo di

salute: il distacco dalle sigarette.

2. Attività di comunicazione non verbale: ogni partecipante descrive il risultato di autoefficacia ottenuto con modalità di comunicazione non verbale (gesti, sguardi ecc.). Durante l'esercizio di comunicazione non verbale, gli altri partecipanti annotano quello che percepiscono e lo restituiscono al destinatario alla fine dell'esercizio.
3. Confronto sulle compilazioni dei diari comportamentali. Nella discussione di gruppo è importante che i conduttori prestino attenzione a: associazioni fra sigarette fumate e parole emozionali; annotazioni sui taccuini; comunicazioni rispetto a eventuali trasgressioni.
4. La sequenza degli interventi di restituzione viene stabilita da una estrazione a sorte. I conduttori consegnano la scheda "**Obiettivi di riduzione del numero di sigarette fumate**", che viene compilata individualmente (si lasciano 10 minuti di tempo). Dopo ogni estrazione il singolo partecipante completa la propria scheda rispetto agli indicatori relativi agli aiuti indicati.
5. La situazione potrebbe essere impari: qualcuno potrebbe essere percepito come risorsa d'aiuto per più di un partecipante. Se chi è stato individuato come risorsa ritiene di non essere in grado di svolgere bene il suo compito per più di una o due persone, può rifiutare e indicare il suo sostituto, motivandone le ragioni.
6. Il conduttore ritira le schede, che utilizzerà per l'incontro successivo.

Quinto incontro del GD: preparazione del Quit Day.

1. Il conduttore del gruppo chiama, a uno a uno, i partecipanti con funzioni di aiuto. Ognuno descrive la situazione del suo partner e il suo stato emozionale.
2. Dopo le presentazioni il conduttore propone, con la scheda "**Relazioni di aiuto**", un'attività di scrittura creativa sull'esperienza di aiutare ed essere aiutato (se nel gruppo ci fosse chi ha sperimentato solo il ruolo di essere aiutato, si concentra su quel ruolo). Ognuno sceglie due immagini: una per rappresentare la figura di chi aiuta, l'altra per rappresentare chi riceve aiuto.
3. Attività di comunicazione non verbale a coppie sulla proiezione dello spazio di "non fumo": ogni coppia immagina il giorno dell'astinenza e prepara un lavoro espressivo, commentato con un dialogo sulle parole-chiave dell'esperienza.

Sesto incontro GD: Quit Day.

1. Confronto sul diario comportamentale.
2. Consegna delle bottigliette d'acqua (due per ogni partecipante) che tutti dovrebbero bere durante la giornata trascorsa insieme.
3. Attività di rilassamento e fantasia guidata utilizzando la scheda "**Viaggio nel corpo del non fumatore e del fumatore**".
4. Rielaborazione individuale della fantasia guidata con l'attività di scrittura creativa utilizzando la scheda "**Scrittura creativa sui vissuti della fantasia guidata**".
5. Consegna e firma della scheda "**Contratto di non fumatore**": distruzione collettiva e simbolica delle ultime sigarette rimaste nei pacchetti.
6. Laboratorio espressivo. Consegna scheda "**Verbi di dipendenza e verbi di libertà**". Attività di scrittura creativa "immagini sul non fumo. Io allo specchio". Ognuno commenta il lavoro di un compagno.
7. Percorsi di attività motoria scanditi in 3 tempi: 1) ascoltare il ritmo del proprio respiro da seduti; 2) ascoltare il proprio respiro camminando; 3) proporre ai compagni un esercizio di attività fisica che si trova rilassante; 4) sequenza di gesti ripetuti rallentando e accelerando, che l'operatore suggerisce al gruppo.
8. Laboratorio di ascolto musicale: si ascoltano 10 musiche o canzoni appartenenti a generi diversi (i brani possono essere proposti dai partecipanti al gruppo). Dopo ogni ascolto ci si ferma a commentare il rapporto fra sigaretta e fumo.
9. Consegna delle "**Istruzioni per il comportamento alimentare**".
10. Attività di comunicazione non verbale a coppie su "come mi sento da non fumatore".
11. Consegna della scheda "**Sintomi dell'astinenza**".

Settimo incontro GD: gestione dell'astinenza e prevenzione della ricaduta.

1. Confronto sui sintomi dell'astinenza.
2. Scheda "**Test di valutazione della motivazione a restare non fumatore**".

3. Scheda “**Obiettivi di autoregolazione del comportamento**”.
4. Scheda “**Questionari per la valutazione del percorso**”
5. Discussione collettiva

Schede operative

I VISSUTI RISPETTO AL FUMO

Scegli le 5 espressioni che meglio esprimono il tuo rapporto con il fumo di sigaretta e copiale in fondo alla scheda:

- vorrei smettere di fumare
- la sigaretta è, per me, un grave problema per la salute
- la sigaretta è una schiavitù
- la sigaretta inquina l’ambiente e io non voglio contribuire all’inquinamento
- fumare è un’abitudine che crea qualche problema, ma non bisogna drammatizzare
- fumo una sigaretta ogni tanto con molto piacere: non credo di voler fumare di più
- sarebbe bello se il fumo non facesse male
- fumare è una trasgressione pericolosa
- so che le multinazionali sfruttano le debolezze dei giovani
- le sigarette costano troppo poco
- le sigarette costano troppo
- è giusto non fumare a scuola
- è giusto non fumare in presenza di altre persone
- sono dipendente dalla sigaretta
- la sigaretta mi rilassa
- smetto quando voglio
- ho cominciato a fumare perché è normale alla mia età
- non credo che la sigaretta sia una droga
- la sigaretta mi aiuta a stare in compagnia
- mi dà fastidio l’odore della sigaretta sui miei abiti
- non vorrei avere un ragazzo/una ragazza che fuma
- mi piacerebbe non fumare
- non so perché ho cominciato
- non sono così sicuro/a di voler smettere
- non sono certa/o di riuscire a rinunciare alle sigarette
- qualche volta mi vergogno di fumare, ma non ne parlo con nessuno
- e se non ce la faccio...? Dopo gli altri mi prendono in giro
- sto fumando di nascosto dai miei genitori
- non vorrei che i miei fratelli/sorelle fumassero
- non vorrei che mio figlio fumasse

LIBERE ASSOCIAZIONI

Dopo la compilazione della Scheda “**I vissuti rispetto al fumo**” (scelta delle 5 espressioni che meglio descrivono il proprio rapporto con la sigaretta) si ricopiano le espressioni nello spazio sottostante e si commentano i vissuti con associazioni libere.

Fantasticherie, rêverie, immagini suggestive
sul fumo:

Fantasticherie, rêverie, immagini suggestive
sul non fumo:

TEST DI FAGËRSTROM

Test di valutazione della dipendenza da nicotina.

Rispondi alle domande e riporta nella colonna finale il punteggio corrispondente.

Quanto tempo dopo il risveglio accendi la prima sigaretta?	entro 5 minuti	3
	dopo 6 - 30 minuti	2
	dopo 31 - 60 minuti	1
	dopo 60 minuti	0
Troi difficile astenerti dal fumare nei luoghi dove è vietato?	Sì	1
	No	0
A quale sigaretta faresti più fatica a rinunciare?	la prima del mattino	1
	qualsiasi	0
Quante sigarette fumi al giorno?	10 o meno	0
	da 11 a 20	1
	da 21 a 30	2
	31 o più	3
Fumi con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che durante il resto della giornata?	Sì	1
	No	0
Fumi quando sei costretto a letto da qualche malattia intercorrente?	Sì	1
	No	0
Sai qual è il contenuto di nicotina delle sigarette che fumi? Controlla sul pacchetto	meno di 0,8 mg	0
	da 0,8 a 1,5 mg	1
	più di 1,5 mg	2
Aspiri il fumo?	mai	0
	a volte	1
	sempre	2
TOTALE		

Interpretazione del test

grado di dipendenza molto basso

grado di dipendenza basso

grado di dipendenza medio

grado di dipendenza alto

grado di dipendenza molto alto

da 0 a 2

da 3 a 4

da 5 a 6

da 7 a 8

da 9 a più

BILANCIA MOTIVAZIONALE DI DISPOSIZIONE AL CAMBIAMENTO

Dopo aver approfondito il concetto di motivazione, puoi analizzare la tua disponibilità ad affrontare un cambiamento con la bilancia decisionale.

Leggi attentamente le espressioni sotto riportate.

A ogni fattore positivo attribuisce un punteggio da 0 a 3.

- 0 se non è assolutamente presente.
- 3 se è molto importante e presente in questo momento.

A ogni fattore negativo attribuisce un punteggio da 0 a -3.

- 0 se è un fattore privo di importanza.
- -3 se è un fattore che, in questo momento, rappresenta una priorità nelle tue scelte.

Fattori positivi per il cambiamento

1. In questo periodo mi sento particolarmente ottimista.
2. Mi sento in forma fisicamente e non fatico a cambiare abitudini che considero sbagliate. Sono molto curioso di sperimentare cose nuove.
3. Non sono particolarmente soddisfatto del mio rapporto con la scuola e la famiglia.
4. Vorrei cambiare alcuni aspetti di me.
5. Mi piace ricevere riconoscimenti rispetto a quanto so di avere fatto bene. Sono certo di poter migliorare le mie prestazioni.

Fattori negativi per il cambiamento

1. Sono stressato e molto stanco. Dormo male e mangio quello che capita.
2. Ho delle preoccupazioni e dei problemi sia scolastici che familiari.
3. Le mie relazioni interpersonali sono un disastro.
4. Vorrei riuscire a dedicare più tempo allo sport.
5. Mi piacerebbe parlare con qualcuno di cui mi fido delle cose che, in questo momento, non mi soddisfano.
6. Sono spesso inquieto e agitato.

Letture dei risultati

Fai la somma dei punteggi dei fattori positivi e dei fattori negativi.

Se il risultato, in termini di numero assoluto, è nettamente orientato verso i fattori positivi, significa che sei molto determinato a cambiare e che, probabilmente, lo stai già facendo.

Se il risultato è molto orientato verso i fattori negativi significa che, in questo momento, le tue priorità sono altre e non stai prendendo seriamente in considerazione dei cambiamenti.

Se i punteggi sono quasi simili significa che ti piacerebbe molto modificare qualcosa del tuo comportamento, ma non ti senti ancora pronto a farlo.

Guarda con attenzione i fattori positivi che hai valutato con 3 e le “resistenze” che hai valutato con -3. Da questa osservazione puoi cominciare un lavoro di rinforzo motivazionale rispetto alla voglia di cambiare e una riflessione critica sulle resistenze.

BILANCIA DECISIONALE LEGATA AL FUMO

Il questionario è rivolto a chi da qualche tempo fuma e gli piacerebbe smettere.

Si possono comparare le ragioni per fumare, indicate a sinistra, con quelle per smettere, a destra.

Il numero più alto indica a che punto si è rispetto alla decisione di diventare NON FUMATORE. Ogni item prevede un punteggio da 0 (se quella ragione per continuare e/o smettere non è valida) a 3 (se invece è una ragione molto importante).

PERCHÉ FUMO	0, 1, 2, 3	PERCHÉ VOGLIO SMETTERE	0, 1, 2, 3
Mi piace		Voglio evitare problemi di salute	
Mi rilassa		Faccio molta attività fisica	
Ne ho bisogno		Ho dei fratelli piccoli	
È importante quando mi trovo con gli altri		I miei genitori fumano	
Non è vero che fa male		Non mi piacciono le dipendenze	
Mi fa sentire forte e sicuro		Mi sento fuori moda	
Mi tiene compagnia		Ho già qualche disturbo	
Mi aiuta a controllare l'ansia		Voglio migliorare la mia forma fisica	
Mi aiuta a digerire		Sono stanca/o della puzza	
Mi aiuta a regolare l'intestino		Ho sempre la bocca amara	
Mi fa sentire più affascinante		Mi toglie energie	
Migliora la mia concentrazione		Mi sembra un'abitudine stupida	
Mi aiuta a scaricare la rabbia		Non mi metterei volentieri con un ragazzo/ una ragazza che fuma	

Legenda:

0 = non importante

1 = poco importante

2 = abbastanza importante

3 = molto importante

TEST PER LA VALUTAZIONE DELLA DISPONIBILITÀ PERSONALE A SMETTERE DI FUMARE

Quanto è importante per te smettere completamente di fumare?	Importantissimo: la prima cosa da fare	4
	Molto importante	3
	Abbastanza importante	2
	Non molto importante	1
Quanto ti senti determinato a smettere?	Estremamente determinato	4
	Molto determinato	3
	Abbastanza determinato	2
	Non del tutto determinato	1
Ti sentiresti di fare un tentativo di smettere di fumare adesso?	Sì	5
	Posso provarci	3
	Non credo di riuscirci	1
	No	0

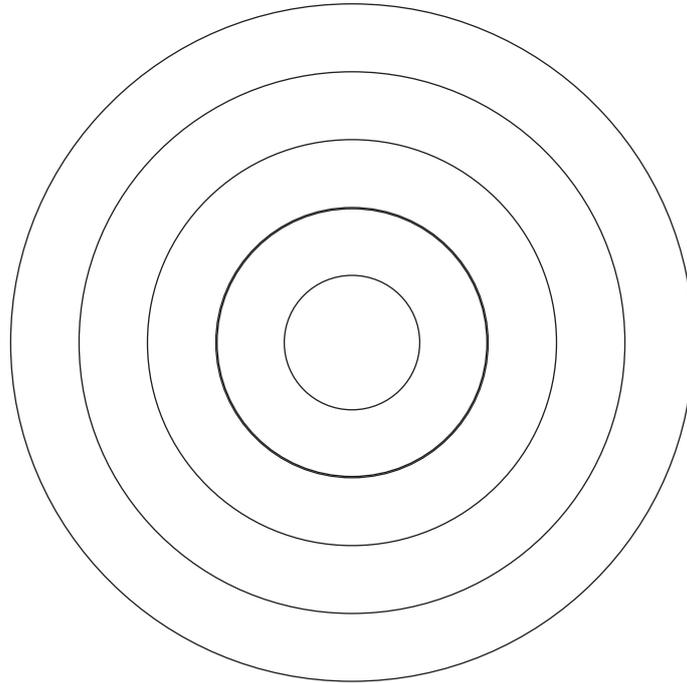
Guida alla lettura dei risultati

Punteggio massimo 13, punteggio minimo 2: più alto è il punteggio, maggiore è la disponibilità a smettere

PROFILO DI SALUTE ED ECOGRAMMA RELAZIONALE SUL FUMO

1. Compila il questionario relativo al profilo di salute.	2. Commenta brevemente il tuo profilo di salute.	3. Dopo aver riflettuto sul tuo profilo di salute, scegli tre parole che ritieni possano facilitare il tuo distacco dalle sigarette e tre parole che, rispetto alle tue caratteristiche personali, possano ostacolare il tuo processo di cambiamento.
<i>Test di Fag�rstrom</i> : riporta il punteggio e il grado di dipendenza corrispondente.		
<i>Bilancia motivazionale di disposizione al cambiamento</i> : riporta il risultato e il profilo corrispondente.		
<i>Bilancia decisionale sul fumo</i> : riporta il risultato e il profilo corrispondente.		
<i>Questionario sulla disponibilit� a smettere di fumare</i> : riporta il punteggio.		

ECOGRAMMA AFFETTIVO-RELAZIONALE



Caratteristiche personali per il cambiamento: onestà, severità, prudenza, incostanza, testardaggine, creatività, perseveranza, fantasia, trasgressione, ubbidienza, disciplina, giocosità, serietà, sincerità, umiltà, competitività, ambizione, coraggio.

Scegli le tre caratteristiche che ti appartengono e ritieni utili al cambiamento e disponile dall'interno all'esterno.

Nb: il cerchio più interno rappresenta la parte che senti più "corrispondente" alle tue convinzioni personali e profonde (indipendentemente dal fatto che siano positive o negative, che facilitano o ostacolano il cambiamento di alcuni comportamenti. Inserisci nell'ecogramma relazionale anche 2/4 contesti. Vedi la scheda **"I contesti che facilitano o ostacolano il distacco dalle sigarette"** che ti faciliteranno o renderanno difficile il distacco dal fumo.

1. Confronto fra i risultati degli ecogrammi. Dopo la discussione, suddivisione dei partecipanti in 2 gruppi: il gruppo che si sente pronto per smettere di fumare e il gruppo che non si sente ancora pronto a smettere, ma è disposto a fissare un obiettivo di riduzione del numero di sigarette fumate.
2. Commenta brevemente il tuo profilo di salute.

I CONTESTI CHE FACILITANO O OSTACOLANO IL DISTACCO DALLE SIGARETTE

Contesti	Fattore protettivo	Fattore di rischio	Fattore indifferente
La scuola			
La casa (ambiente familiare)			
La mia camera (stare da solo studiando, ascoltando musica, davanti al pc)			
Andare al bar, al pub, in discoteca			
In compagnia di amici			
Lo spazio in cui faccio attività fisica o pratico sport			

Riporta nell'ecogramma relazionale il contesto che più ritieni faciliti il tuo cambiamento (evidenziandolo in rosso) e il contesto che più lo ostacola (evidenziandolo in nero).

I due contesti sono inseriti dall'interno all'esterno rispetto alla rilevanza che hanno per la dimensione dell'io: posiziona vicino al centro i contesti che per te sono più importanti sia in senso positivo che negativo.

TEST MOTIVAZIONALE DI MONDOR (riadattato)

Il test o questionario motivazionale di Mondor permette di valutare le probabilità di successo nello smettere di fumare (sono state introdotte alcune variazioni per adattare il test agli adolescenti).

Ho deciso di provare a smettere di fumare spontaneamente	vero=2; falso=0
Ho già smesso di fumare per più di una settimana	vero=1; falso=0
Attualmente non ho particolari problemi rispetto a studio e frequenza scolastica;	vero=1; falso=0
Attualmente non ho problemi dal punto di vista familiare (traslochi, cambi di residenza, conflitti vari...)	vero=1; falso=0
Mi voglio liberare dalla schiavitù del fumo	vero=2; falso=0
Pratico dello sport e, comunque, pratico attività fisica in modo regolare	vero=1; falso=0
Voglio raggiungere una forma fisica migliore	vero=1; falso=0
Voglio curare il mio aspetto fisico	vero=1; falso=0
Attualmente sono di buon umore	vero=2; falso=0
Di solito porto a termine quello che intraprendo	vero=1; falso=0
Sono di temperamento calmo e disteso	vero=1; falso=0
Il mio peso è abitualmente stabile	vero=1; falso=0
Voglio migliorare la qualità della mia vita	vero=2; falso=0

Somma i tuoi punti e verifica il tuo grado di motivazione a smettere di fumare (predittivo di successo):

- 16 o 17: le probabilità sono ottime;
- 12-15: le probabilità sono buone;
- 6-11: le probabilità sono discrete;
- inferiore a 6: le probabilità sono scarse. Conviene rimandare il tentativo di smettere di fumare a tempi migliori.

TEST DI ZUNG

Scala di autovalutazione dell'ansia di Zung – SELF-RATING ANXIETY STATE (WWK Zung, 1971)

Leggi attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in che misura ciascuna di esse descrive come ti sei sentito nel corso di quest'ultima settimana? Ti sei sentito così "quasi mai", "qualche volta", "spesso" o "molto spesso"?

Per ogni frase fai una crocetta nella colonna che ti sembra la più appropriata a descrivere come ti sei sentito.

SELF-RATING ANXIETY STATE (WWK Zung, 1971)

	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Mi sento impaurito senza alcun motivo	1	2	3	4
Mi spavento facilmente o sono preso dal panico	1	2	3	4
Mi sento a pezzi e mi sembra di stare per crollare	1	2	3	4
Mi sembra che tutto vada bene e che non capiterà niente di male	4	3	2	1
Mi tremano le braccia e le gambe	1	2	3	4
Sono tormentato dal mal di testa e dai dolori al collo e alla schiena	1	2	3	4
Mi sento debole e mi stanco facilmente	1	2	3	4
Mi sento calmo e posso stare seduto facilmente	4	3	2	1
Sento che il mio cuore batte veloce	1	2	3	4
Soffro di vertigini	1	2	3	4
Mi sembra di stare per svenire	1	2	3	4
Respiro con difficoltà	1	2	3	4
Ho sensazioni di intorpidimento e di formicolio alle dita delle mani e dei piedi	1	2	3	4
Soffro di mal di stomaco o di cattiva digestione	1	2	3	4
Ho bisogno di urinare spesso	1	2	3	4
Le mie mani sono in genere asciutte e calde	4	3	2	1
Mi capita facilmente di arrossire	1	2	3	4
Mi addormento facilmente e mi sveglio riposato	4	3	2	1
Ho degli incubi	1	2	3	4
Mi sento più nervoso e ansioso del solito	1	2	3	4

Il punteggio totale è compreso tra 20 e 80. Se hai ottenuto 20 punti il tuo livello di ansia è molto basso; tra 21 e 40 punti è basso; tra 41 e 60 è moderato: potrebbe essere utile ridurre il livello di ansia; tra 61 e 70 è indice di un'ansia significativa; da 71 a 80 l'ansia è elevata e merita di venire affrontata con un medico specialista di riferimento.

SCALA DELLA DISPNEA

Il rapporto con la respirazione è fondamentale per giovani e adulti. Prima di affrontare il tema, può essere utile all'operatore utilizzare il test derivato e adattato dalla Scala della Dispnea, già modificato dal Medical Research Council (MMRC).

1. Non mi sento mai mancare il respiro oppure solo dopo sforzi particolarmente intensi (0).
2. Mi manca il respiro solo se corro o faccio una salita leggera (1).
3. Cammino più lentamente rispetto ai miei coetanei; se provo a tenere il loro passo mi capita di dovermi fermare per respirare (2).
4. Mi devo fermare per respirare dopo che ho camminato per circa 100 m o pochi minuti (3).
5. A volte mi sento troppo stanco per uscire di casa e ho l'impressione che mi manchi il respiro anche quando mi vesto o mi spoglio (4).

La scala è un indicatore generale per introdurre il tema del rapporto con il respiro nel programma di disassuefazione.

Risultati da 0 a 3 si riferiscono, in genere, alla necessità di promuovere attività fisica graduale per migliorare le performance. Risultati da 4 in su indicano invece fattori di rischio da approfondire, a maggior ragione quando si tratta di un adolescente.

Il rapporto con il proprio respiro è fondamentale per il benessere psicofisico individuale: l'attenzione alla pratica del respiro e l'educazione a una respirazione corretta sono aspetti fondamentali nell'educazione orientale e assolutamente trascurati, sino a ora, in occidente.

Il termine "respiro" condivide con "anima" la radice etimologica di soffio, vento. La vita umana comincia con un'inspirazione e finisce con una espirazione.

L'approfondimento sulla composizione dell'aria – contenuto nella parte terza – è importante per affrontare questi esercizi di base:

a) ASCOLTO DEL RESPIRO: il conduttore sceglie un sottofondo musicale molto lento. I partecipanti, seduti o sdraiati, si concentrano sul ritmo del proprio respiro. Sono invitati a respirare lentamente. «Socchudete gli occhi. Distendete le braccia. Chiudete i pugni. Riapriteli per un attimo. Immaginate di afferrare qualcosa che avete voglia di stringere, di avvolgere, di stritolare. Stringete più che potete. Con forza. Dovete sentire che la tensione agisce gradatamente: dita... mano... polso... La tensione sale a poco a poco, raggiunge il gomito e sale su fino alla spalla... siete completamente contratti, stringete... e ora rilassatevi... aprite lentamente le mani. Lasciate andare. Abbandonatevi a questa sensazione... e di nuovo... chiudete... contraete. Stritolate. State contratti: dita, mano, polso, gomito, spalla. Esercitate il massimo della tensione con la spalla. Adesso, lentamente, rilassate la spalla, il gomito, il polso, la mano, le dita. Aprite lentamente. Liberate. Lasciate andare. Siete sdraiati tranquillamente, ascoltate, in silenzio e con attenzione il vostro corpo. Inspiro ed espiro... inspiro ed espiro... lascio andare qualsiasi pensiero, qualsiasi preoccupazione... respiro dolcemente... con calma... (pausa di 10 sec.) Il corpo è abbandonato, completamente abbandonato». Queste le parole chiave usate per concentrare l'attenzione sul soffio vitale che accompagna il nostro esistere.

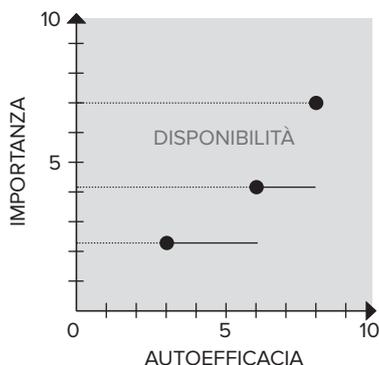
b) RESPIRAZIONE LENTA: il conduttore del gruppo, dopo aver rilevato le impressioni individuali, invita i partecipanti a inspirare lentamente (contando fino a 15), restare in apnea (contando fino a 10), espirare lentamente (contando fino a 15) e restare nuovamente in apnea (contando fino a 10). L'esercizio proposto è seguito da alcune dimostrazioni pratiche guidate; poi si lascia che i singoli partecipanti si concentrino sul proprio ritmo (all'attività segue un momento di confronto di gruppo). La sequenza viene ripetuta almeno sei volte, a distanza di un minuto l'una dall'altra.

c) RESPIRAZIONE VELOCE: il conduttore chiede ai partecipanti di ostruire una narice, posizionando il dito indice sulla sua parete laterale. Con la narice opposta si inspira e espira per 60 secondi il più velocemente possibile. Dopo una breve pausa si ripete l'esercizio con l'altra narice. Si ripete l'esercizio tre volte per narice.

Gli esercizi (inseriti in una sequenza di base che si può ampliare a seconda delle competenze del conduttore e delle richieste dei partecipanti) dovrebbero essere ripetuti ogni giorno due volte, per un mese, dai partecipanti al gruppo, dopo il raggiungimento dell'astinenza. La sequenza dei tre esercizi richiede almeno 20 minuti di attività in un ambiente ben aerato o in spazi aperti (se la temperatura lo consente); senza fretta, con musica di sottofondo.

DIAGRAMMA FIDUCIA IMPORTANZA DISPONIBILITÀ

In un diagramma cartesiano la disponibilità al cambiamento è variabile dipendente dall'autoefficacia (fiducia di poter cambiare rispetto all'obiettivo individuato) e dall'importanza attribuita all'obiettivo specifico.



ISTRUZIONI

1. Si individuano tre comportamenti (due che riguardano in modo specifico il rapporto con la sigaretta e uno che riguarda un altro stile di vita) che si desidererebbe modificare, in relazione al rapporto con salute e benessere psicofisico.
2. Ogni comportamento è collocato nel grafico in base ai **parametri di importanza** che riveste per l'individuo (scala da 1 a 10 sull'asse delle ordinate rispetto all'attribuzione di importanza; 1 = non è importante, 10 = è importantissimo) e di **fiducia/autoefficacia** (scala da 1 a 10 sull'asse delle ascisse rispetto all'auto-percezione di capacità di modificare il comportamento specifico; 1 = non mi sento in grado, 10 = sono assolutamente in grado di modificarlo).
3. Il punto di incrocio fra la linea corrispondente alla fiducia (asse delle ascisse) e la linea corrispondente all'importanza (asse delle ordinate) è un indicatore della **disponibilità** al processo di cambiamento per ognuno dei comportamenti.

Indicazioni per l'operatore

Dalla compilazione del grafico si avranno tre valori di riferimento. È importante considerare quanto segue:

- a) obiettivi di scala 7/10 importanza e scala 7/10 fiducia *non sono da prendere in considerazione in prima battuta*, perché o sono non veritieri o si sono già attuati;
- b) obiettivi di scala 1/3 importanza e scala 7/10 fiducia *non sono significativi per la persona*;
- c) obiettivi di scala 1/3 fiducia e 7/10 importanza sono indicatori della necessità di potenziamento dell'*autoefficacia rispetto ai processi di cambiamento*;
- d) obiettivi posizionati nell'intervallo 4/7 per importanza e per fiducia di poter cambiare sono i più appropriati per cominciare il percorso. È importante collocare in questa fascia il primo obiettivo di cambiamento per il benessere psicofisico.

Rispetto a questa fase vale la pena di chiarire meglio cosa si intenda per obiettivo di cambiamento/obiettivo di salute.

L'obiettivo di salute deve essere definito in modo semplice, concreto, verificabile nel breve periodo (esempi di obiettivi di salute: camminare 10 minuti ogni giorno in più rispetto al solito; fumare non più di 10 sigarette al giorno, non accettare sigarette da altri e impegnarsi a non chiederle; non acquistare più di un pacchetto di sigarette alla volta; salire e scendere le scale a piedi anche quando l'ascensore è disponibile...). Il cronogramma è indirizzato dall'obiettivo di salute iniziale; l'obiettivo riguardante l'altro stile di vita è utile all'operatore per orientare l'intervento di sostegno individuale sulle azioni riservate all'attività fisica o all'alimentazione. Nel caso lo stile di vita indicato fosse il consumo di alcol, sarebbe bene cercare di esplorare stili e modalità di uso, segnali di abuso e non inserire immediatamente il proposito nel cronogramma degli obiettivi di salute. Esempio di cronogramma:

- definizione dell'obiettivo di salute e descrizione della situazione di partenza e dell'esito;
- fra una settimana mi aspetto che...
- fra due settimane mi aspetto che...
- fra un mese mi aspetto che...

Obiettivo desiderato (condivisione delle aspettative reali e ideali della persona rispetto al processo di cambiamento).

Confronto finale di gruppo sugli obiettivi di salute individuati dai partecipanti e sulle motivazioni della scelta.

SIGARETTE ED EMOZIONI

Dopo aver letto e riflettuto brevemente sulle parole emozionali sotto riportate, scegli le tre parole che più appartengono al tuo sentire, che meglio descrivono qualcosa di te.

Parole emozionali:

rabbia, paura, tristezza, gioia, sorpresa, disgusto, ansia, agitazione, imbarazzo, noia, senso di colpa, infelicità, fastidio, preoccupazione, dispiacere, impulsività, spavento, calma, allegria, spavalderia, impotenza, onnipotenza, orgoglio, pregiudizio, invidia, gelosia, superbia, arroganza, suscettibilità, asprezza, dolcezza, decisione, tranquillità, violenza, prepotenza, disgusto, affettuosità, tenerezza, freddezza, indifferenza, chiusura, timidezza, bontà, mitezza, umiltà, cattiveria, tensione, generosità, prudenza, coraggio, avarizia, eccitazione, innamoramento, delusione, disillusione, abbandono, solitudine, innocenza, esaltazione, estrosità, incoscienza, prontezza, sfrontatezza, appagamento, sfida, resa, sconforto...

Inserisci la data e il numero progressivo della sigaretta che fumi	Scegli la parola emozionale (fra quelle a disposizione) che meglio descrive il tuo rapporto con le sigarette	Indica il tuo bisogno della sigaretta con un numero da 1 a 5 (1 = non ne posso fare a meno; 5 = è assolutamente inutile)	Segna una ragione per cui vuoi smettere

DIARIO COMPORTAMENTALE

DATA E GIORNO DELLA SETTIMANA

PACCHETTO DEL GIORNO

SIGARETTA	ORE	ATTIVITÀ/UMORE	GRADO DI BISOGNO	RAGIONI PER SMETTERE	FUMATA	
					SI	NO
1°			1 2 3 4 5			
2°			1 2 3 4 5			
3°			1 2 3 4 5			
4°			1 2 3 4 5			
5°			1 2 3 4 5			
6°			1 2 3 4 5			
7°			1 2 3 4 5			
8°			1 2 3 4 5			
9°			1 2 3 4 5			
10°			1 2 3 4 5			
11°			1 2 3 4 5			
12°			1 2 3 4 5			
13°			1 2 3 4 5			
14°			1 2 3 4 5			
15°			1 2 3 4 5			
16°			1 2 3 4 5			
17°			1 2 3 4 5			
18°			1 2 3 4 5			
19°			1 2 3 4 5			
20°			1 2 3 4 5			

GRADO DI BISOGNO. Quanto è importante quella sigaretta in quel momento.

1 = importantissima (mi sarebbe mancata molto); 2 = più della media; 3 = mediamente;

4 = sotto la media; 5 = pochissimo

PREVISIONE DI AUTOEFFICACIA

Nome.....

Sesso.....

Età.....

Esprimi con un punteggio da 1 a 7 la fiducia nell'esito positivo del programma	1	2	3	4	5	6	7
Esprimi con un punteggio da 1 a 7 la fiducia nelle sue risorse personali	1	2	3	4	5	6	7
Il programma risponde alle tue aspettative	1	2	3	4	5	6	7
Giudizio rispetto al tuo rapporto col gruppo	1	2	3	4	5	6	7
Giudizio sul rapporto che i conduttori hanno con il gruppo	1	2	3	4	5	6	7

Prova a descrivere questa esperienza utilizzando i parametri sotto indicati (indica da 1 a 3 item):

- divertente
- faticoso
- utile
- inutile

.....

.....

.....

OBIETTIVI DI RIDUZIONE DEL NUMERO DI SIGARETTE FUMATE

La scheda deve essere fotocopiata in 3 copie: una per chi vuole smettere di fumare, una per chi sta svolgendo il ruolo di aiuto e una per il conduttore del gruppo.

Nome compilante:

Nome aiuto:

Descrizione dell'obiettivo della situazione attuale:

Adesso fumo _____ sigarette al giorno.

Le parole emozionali legate al fumo sono:

Gli ambienti e le circostanze che più mi espongono al fumo sono:

Gli ambienti e le circostanze che più mi proteggono dal fumo sono:

Il mio tutor nel gruppo (indicare il nome): _____

Descrizione dell'obiettivo di riduzione:

Fra una settimana fumerò _____ sigarette al giorno.

Fattori protettivi: cosa mi può aiutare a farlo (circostanze, ambienti, emozioni)?

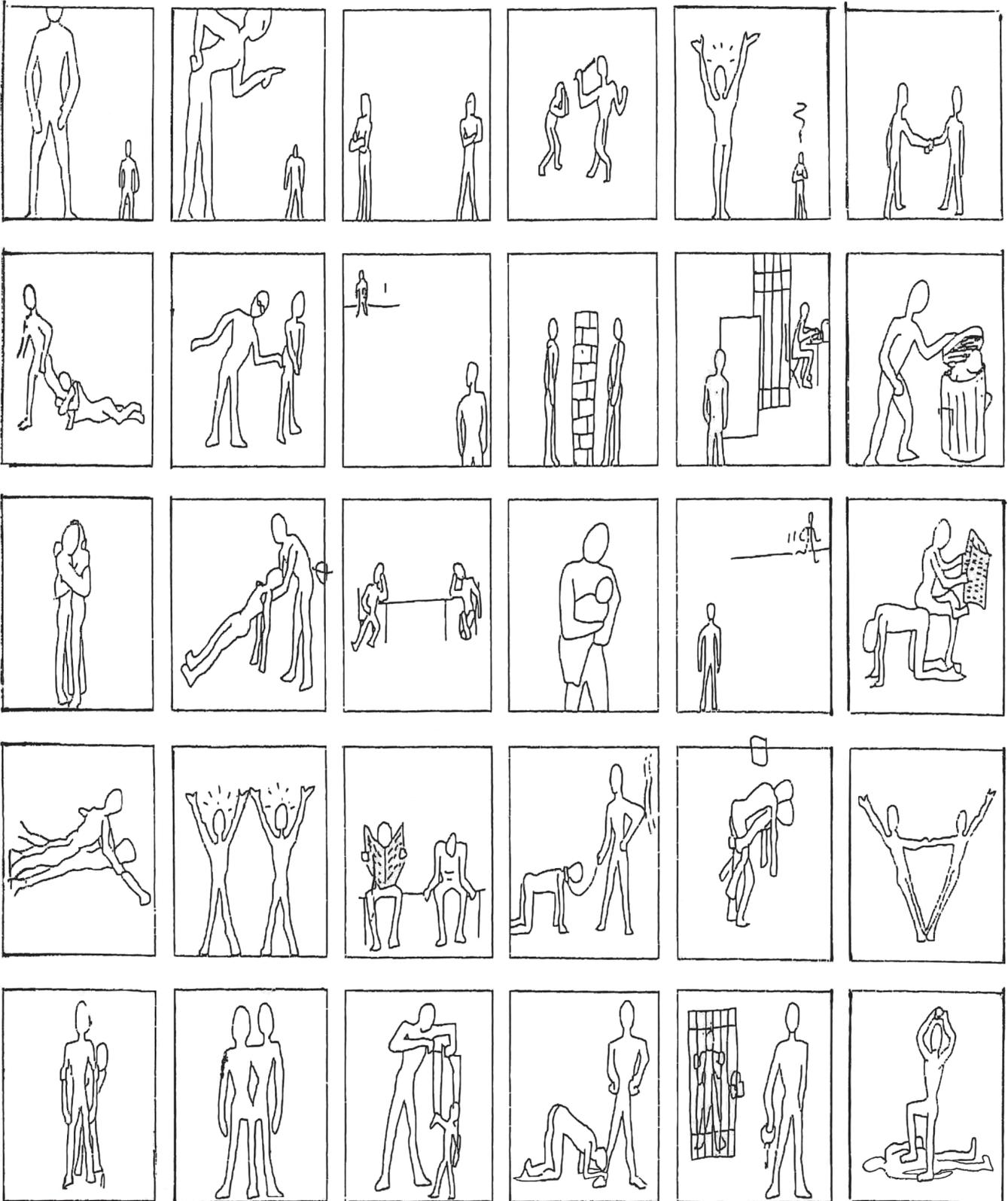
Fattori di rischio: cosa mi può mettere in difficoltà?

Descrizione dell'obiettivo della situazione attuale:

Il mio tutor nel gruppo (indicare il nome): _____

RELAZIONI DI AIUTO

Scheda di comunicazione non verbale: i ruoli nel gruppo



VIAGGIO NEL CORPO DEL NON FUMATORE E DEL FUMATORE

Si comincia con qualche attività propedeutica di rilassamento, visualizzazione e controllo del respiro. Per il rilassamento muscolare un'attività molto semplice che riguarda i polsi e le mani. Un segno di tensione è infatti quello di tenere le mani chiuse a pugno. Il conduttore guida e accompagna i partecipanti nel rilassamento: «Socchiodete gli occhi. Distendete le braccia. Chiudete i pugni. Riapriteli per un attimo. Immaginate di afferrare qualcosa che avete voglia di stringere, di avvolgere, di stritolare. Stringete più che potete. Con forza. Dovete sentire che la tensione agisce gradatamente: dita... mano... polso... La tensione sale a poco a poco, raggiunge il gomito e sale su fino alla spalla. State stritolando qualcosa facendo pressione dalle dita alla spalla. Siete completamente contratti. Adesso stringete, esercitate il massimo della forza. poi rilassatevi. Aprite lentamente le mani. Lasciate andare. Liberare. Abbandonatevi a questa sensazione e poi di nuovo chiudete e contraete. Stritolate. Tenete e abbandonate. State contratti: dita, mano, polso, gomito, spalla. Esercitate il massimo della tensione con la spalla. Adesso lasciatevi andare. Rilassate la spalla, il gomito, il polso, la mano, le dita. Aprite lentamente. Liberare. Lasciate andare».

Dal rilassamento muscolare, passiamo alla concentrazione sul respiro.

Inspiro ed espiro. Ascolto il ritmo, prendo confidenza con il mio ritmo. Inspiro ed espiro. Ripeto mentalmente «Sono calmo e disteso». Associa un'immagine all'espressione «sono calmo e disteso».

Inspiro lentamente (contando fino a 10), resto in apnea (conto fino a 5) ed espiro lentamente (contando fino a 10).

Ripeto mentalmente: «Sono calmo e disteso». Ripeto le respirazioni tre volte.

Mi preparo con lentezza al viaggio nel corpo del fumatore...

«Immagina di essere piccolo piccolo. Stai per incominciare un viaggio: un viaggio dentro il corpo umano. Stai scendendo adagio, lentamente. Stai entrando nel corpo di un ragazzo che non fuma. Passi attraverso la gola, la laringe, viaggi nella trachea. Le ciglia che la rivestono sembrano un prato ondeggiante. Ti stanno accogliendo. Tutto è umido e profumato. Stai per entrare nei bronchi. I bronchi sono larghi e ospitali. Viaggi lentamente. Stai per raggiungere i polmoni: sono rosei e spugnosi. Ti unisci al respiro del ragazzo, fai il pieno di ossigeno. Lì vicino senti battere il cuore. Il cuore è molto ben irrorato, rosso e pulsante.

Tutto intorno funziona bene. Ti senti leggero e fluttuante.

Ti prepari all'uscita, risali e, come in un abbraccio, mescoli aria con l'aria.

Il tuo viaggio è finito. Adesso però ti aspetta la parte più difficile. Stai per entrare nel corpo di un accanito fumatore. Sei nei pressi della laringe. Un colpo di tosse ti respinge verso l'alto. Stai quasi per ritornare fuori. Provi ad andare avanti. Il percorso è molto disagiata. Nella trachea il prato è sparito. Sembra di essere lungo una strada appena asfaltata. Puzza di catrame, grigio, inquinamento. Manca l'ossigeno.

Ti muovi a velocità altissima e finisci contro la parete di un bronco che invece è molto stretta. Prendi una botta in testa. C'è buio e odore. Muco e batteri. È tutto pieno di microbi. Il cuore si vede da lontano. È scuro e ingrossato. Il sangue procede lentamente. Ti senti soffocare, sei in mezzo alla polvere e ai microbi. Il sangue è talmente denso che rischia di intrappolarti. Stai finalmente per uscire, annaspi per conquistarti l'aria... respiro... aria aperta... la libertà... finalmente».

SCRITTURA CREATIVA SUI VISSUTI DELLA FANTASIA GUIDATA

Apparato respiratorio del non fumatore	Apparato respiratorio del fumatore
<p>Sensazioni:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Sensazioni:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Emozioni:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Emozioni:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Immagini:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Immagini:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Colori:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Colori:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Prova a definire con qualche parola il viaggio nel corpo del non fumatore:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Prova a definire con qualche parola il viaggio nel corpo del fumatore:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

ESEMPIO DI CONTRATTO DI NON FUMATORE





CONTRATTO DI NON FUMATORE

Io _____

Mi impegno a rispettare 24 ore di astinenza

A partire dal giorno _____ Ore _____

Data di oggi _____

Firma _____

Il mio primo pensiero da non fumatore:

VERBI DI DIPENDENZA E VERBI DI LIBERTÀ

- Consegna della scheda

abbassarsi galleggiare toccare lanciare seguire attirare passeggiare vagare fuggire rimorchiare fermarsi
 schiacciare partire nascondere tirare volare agitarsi
 evadere tagliare piantare sporgere sdraiarsi sedersi rovesciare camminare aggrapparsi evitare abbracciare
 affondare correre stimolare buttare sussultare remare
 aprire distribuire appoggiarsi allungarsi ballare saltare scontrarsi piegare tremare afferrare ballare spostare
 cogliere gettare alzarsi strappare viaggiare
 raccogliere chiudere scalare atterrare arrampicarsi aprire catturare battere picchiare spezzare crescere
 mescolare raggiungere attraversare spingere stringere navigare
 avvicinarsi isolare scoppiare cacciare avvolgere sbattere versare lottare scavare sciogliere cadere sollevare
 rotolare

- Scegli 3 verbi che esprimono per te l'idea di dipendenza e 3 verbi che esprimono per te l'idea di libertà.

- Associa ai verbi delle 2 liste una immagine delle relazioni di aiuto (scheda "Relazioni di aiuto") e, insieme ad un compagno, riproduci con una scultura corporea il significato dell'immagine.

IL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Molti giovani, soprattutto molte ragazze, utilizzano la sigaretta per tenere a bada l'appetito.

Come si è spiegato nel capitolo dedicato alla dipendenza, la nicotina ha un ruolo specifico nella liberazione dei neuromodulatori che regolano i principi della fame e della sazietà.

La sigaretta libera molte sostanze tossiche e, accelerando il metabolismo corporeo, provoca il consumo di una maggiore quantità di calorie rispetto al consumo medio di chi non fuma.

Brucciare più calorie del dovuto non è un indicatore di salute quanto non lo è per un'automobile consumare più benzina di quanto previsto dalle proprie caratteristiche funzionali.

D'altro canto, è importante segnalare che se è *normale e naturale* che chi smette di fumare aumenti di qualche chilo (da 1 a 3) nei primi tre mesi di astinenza, di solito il peso si riduce spontaneamente muovendosi di più. Può essere comunque più facile a chi sta smettendo di fumare ripensare al proprio rapporto generale con gli stili di vita. Per quanto riguarda il comportamento alimentare abbiamo introdotto un questionario che può essere utile per affrontare il tema della relazione fra persona, cibo e corporeità. Non si tratta di un test, ma di un questionario che può introdurre un approfondimento sul tema del comportamento alimentare come fattore di rischio o fattore protettivo.

Questionario abitudini alimentari:

1. fai colazione in modo regolare? Sì/no/qualche volta
2. usi regolarmente cibi (farine e pasta) integrali? Sì/no
3. consumi ogni giorno da 3 a 5 porzioni di frutta e verdura (per esempio: una banana, una insalata mista, una macedonia, un passato di verdura...)? Sì/no
4. vai al fast food 2 o più volte alla settimana? Sì/no/dipende
5. consumi bevande zuccherate 2 o più volte alla settimana? Sì/no/dipende
6. consumi alcol più di una volta alla settimana? Sì/no/dipende
7. consumi legumi e cereali almeno 3 volte alla settimana? Sì/no
8. consumi snacks dolci e salati fuori pasto in modo regolare? Sì/no
9. bevi almeno 1 litro di acqua al giorno? Sì/no
10. consumi cibi fritti, formaggi e uova più di 3 volte alla settimana? Sì/no

Criteri di lettura e guida al commento:

1. sì = 2; no = 0; qualche volta = 1.
2. sì = 2; no = 0
3. sì = 2; no = 0
4. sì = 0; no = 2; dipende = 1
5. sì = 0; no = 2; dipende = 1
6. sì = 0; no = 2; dipende = 1
7. sì = 2; no = 0
8. sì = 0; no = 2
9. sì = 2; no = 0
10. sì = 0; no = 2

Un punteggio da 16 a 20 rileva un buon rapporto con l'alimentazione (sul rapporto con il cibo si può contare anche come fattore protettivo per la salute in generale).

Un punteggio da 10 a 15 rileva un rapporto abbastanza buono con l'alimentazione su cui, però, non si può contare come fattore protettivo in generale.

Un punteggio da 0 a 9 è un indicatore della necessità di modificare anche le abitudini alimentari per favorire il benessere psicofisico.

Il rapporto con l'alimentazione entra a far parte del programma rivolto ai giovani anche attraverso alcuni suggerimenti specifici che accompagnano le prime 24 ore e la prima settimana senza sigaretta.

Il giorno dell'astinenza è bene consumare acqua, frutta, verdura (cotta e cruda), frullati, yogurt, minestrone, pasta e legumi, riso, succhi di frutta e macedonie naturali evitando insaccati, fritti, caffè, alcol, arrostiti, dolci raffinati ed elaborati. Durante la prima settimana è consigliabile sostituire il caffè con tisane, astenersi da alcolici e bevande zuccherate, evitare fritti e insaccati, bere molta acqua; tenere a portata di mano bastoncini di sedano, carota, liquirizia non zuccherata, per calmare eventuali attacchi di fame e contrastare il desiderio di fumare. È importante che i suggerimenti rispondano a esigenze effettive individuali e/o del gruppo e che non si sovrappongano agli obiettivi di cambiamento rispetto all'abitudine al fumo previsti nel programma.

SINTOMI DELL'ASTINENZA

Elencare l'entità del sintomo rispetto alla gravità percepita in una scala da 1 (non ho avuto il sintomo) a 10 (l'ho avuto in forma grave).

SINTOMI DI ASTINENZA A DISTANZA DI	24 h.	1° gior.	2° gior.	3° gior.	4° gior.	5° gior.	6° gior.	7° gior.	2° sett.	3° sett.	4° sett.
ansia											
agitazione											
depressione											
irritabilità											
difficoltà di concentrazione											
stordimento											
sonnolenza											
insonnia											
aumento dell'appetito											
aumento di peso in kg											
desiderio di fumare											

Cognome e nome:.....

Data inizio astinenza:.....

TEST DI VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE A RESTARE NON FUMATORE
Indicatori positivi presenti

1. Non ho particolari sintomi di astinenza	0	1	2	3
2. Non mi attrae l'immagine della persona che fuma	0	1	2	3
3. Non mi soddisfa più l'immagine di me come fumatore	0	1	2	3
4. Ho avuto benefici fisici e psicologici smettendo di fumare	0	1	2	3
5. Sono orgoglioso del successo ottenuto smettendo di fumare	0	1	2	3
6. In casa con me nessuno fuma	0	1	2	3
7. Ho fatto uso di sostitutivi della nicotina e/o di altri supporti farmacologici e comportamentali	0	1	2	3
8. Da quando ho smesso non mi è capitato di accendere sigarette o fare tiri dalle sigarette altrui	0	1	2	3
9. Riposo bene e sono abbastanza tranquillo	0	1	2	3
10. Non voglio più fumare	0	1	2	3
11. Non mi interessa più fumare	0	1	2	3
12. Non voglio più sottoporre gli altri al fumo passivo delle mie sigarette	0	1	2	3

PUNTEGGIO TOTALE:.....

Indicatori negativi presenti

1. Penso di continuo alla sigaretta	0	1	2	3
2. Sono ingrassato molto e mangio in continuazione	0	1	2	3
3. Vivo un periodo di stress	0	1	2	3
4. Trascorro molto tempo con dei fumatori	0	1	2	3
5. Sono nervoso e irritabile	0	1	2	3
6. Ho molti sintomi di astinenza legati alla cessazione del fumo	0	1	2	3
7. Ho cominciato a fumare prima dei vent'anni	0	1	2	3
8. Non faccio moto né pratico attività sportive.	0	1	2	3
9. Non ho mai smesso di fumare per periodi prolungati	0	1	2	3
10. Ritengo che la sigaretta sia un piacere difficilmente sostituibile	0	1	2	3
11. Di solito faccio fatica a mantenere le decisioni prese che mi riguardano	0	1	2	3
12. In genere ho poca fiducia in me stesso.	0	1	2	3

PUNTEGGIO TOTALE:.....

DIFFERENZIALE DI DIFFERENZIALE DI MOTIVAZIONE:.....

Letture dei profili

Da 36 a 15: Quasi certamente resterete non fumatori. La vostra motivazione è ottima.

Da 14 a 10: La motivazione individuale a non fumare è abbastanza buona; restano alcuni fattori di rischio per eventuali ricadute da tenere sotto controllo.

Da 9 a 0: Attenzione a non abbassare le guardie: la motivazione a restare non fumatore è accompagnata da molti fattori di rischio da tenere sotto controllo con molta cura. Può essere utile tenere a portata di mano qualche sostitutivo della nicotina.

Da -1 a -10: L'immagine di voi come fumatore è ancora decisamente prevalente: seguite la terapia che vi è stata assegnata con regolarità e prestate molta attenzione alle eventuali ricadute, anche sporadiche: è con un tiro che si ricomincia.

Da -11 a -20: La vostra motivazione a non fumare è ancora inadeguata. Valutate l'idea di continuare il trattamento farmacologico e comportamentale.

Da -21 a -36: È molto probabile che la vostra motivazione a smettere sia inadeguata per consentirvi di continuare a non fumare. Lavorate in modo specifico sul vostro desiderio di smettere prima di intraprendere un altro tentativo.

Come leggere i risultati del test

I risultati ottenuti nel test sono utili per capire quanto la ricaduta sia da considerarsi un incidente di percorso facilmente risolvibile o il segno di un problema più serio; nel primo caso è importante tranquillizzare e sostenere la ripresa delle nuove abitudini di non fumatore; nel secondo caso invece occorre stimolare la riflessione sulla motivazione a smettere; riconsiderare le situazioni in cui la persona si sente più esposta alla tentazione di fumare, lavori sui sintomi che rendono difficile mantenere l'astinenza.

Il programma Percorsi di libertà: Servizi Sanitari psichiatrici e disassuefazione al fumo

Il programma prevede come prerequisiti la sensibilizzazione degli operatori rispetto al tema, la disponibilità interistituzionale alla realizzazione di Servizi Sanitari Psichiatrici Liberi dal Fumo (con le modalità previste dall'intervento), la differenziazione del setting di disassuefazione al fumo in base alle specificità del comportamento di chi è portatore di disagio psichico, l'introduzione dell'obiettivo "riduzione del numero di sigarette fumate", come obiettivo del trattamento.

Il programma è così articolato:

1. formazione congiunta degli operatori della LILT in un contesto di rete (MMG, personale infermieristico e specialistico, educatori, CAF...),
2. adozione di strumenti comuni per il colloquio individuale con il paziente psichiatrico,
3. adozione di strumenti comuni per il confronto con gli altri Servizi,
4. realizzazione di Servizi Sanitari Psichiatrici Liberi dal Fumo,
5. attivazione di interventi in rete per il trattamento degli utenti,
6. percorsi differenziati di trattamento di gruppo e individuale.

1. **Formazione:** la condivisione di contesto culturale, metodi di intervento, linguaggio, strumenti operativi e di valutazione è fondamentale per confrontare e misurare l'efficacia reale delle azioni messe in campo. Per questo motivo, dopo una revisione della letteratura e delle esperienze in corso sui trattamenti esistenti per fumatori portatori di disagio psichico, si è realizzato un percorso di formazione comune fra educatori, infermieri, professionisti impegnati nel disagio psichico, Medici di Medicina Generale, Operatori dei Centri Antifumo, Servizi di Dipendenze Patologiche e di Salute Mentale. Obiettivo della formazione congiunta è stato il confronto su alcuni concetti chiave: il ruolo del fumo di sigaretta come fattore di rischio nei pazienti psichiatrici, le modalità attraverso le quali i Servizi di Salute Mentale affrontano la tematica, la considerazione dei significati che la sigaretta assume nel paziente psichiatrico, l'interazione fra nicotina e assunzione cronica di farmaci, le procedure organizzative e operative per la gestione in rete delle problematiche correlate al Tabagismo.

2. **Strumenti comuni:** in appendice sono riportati alcuni fra gli strumenti operativi già diffusi nella prassi dei singoli servizi, utilizzabili nel trattamento dei fumatori con problematiche psichiatriche. Le modalità relazionali adottate, il setting di cura, l'attenzione agli obiettivi di cambiamento dell'abitudine al fumo concordati con l'utente sono più rilevanti e produttivi della somministrazione di un numero eccessivo di test. Ogni professionista (anche se non esperto della disassuefazione dal Tabagismo) in contatto con un portatore di disagio psichico dovrebbe decodificare e interpretare i significati che la sigaretta assume per il fumatore, sapere che un obiettivo di riduzione (se non di cessazione) del numero di sigarette fumate è un obiettivo percorribile e vantaggioso per la salute generale della persona, essere inserito in una rete di consulenze qualificate e conoscere le interazioni fra nicotina e farmaci assunti dal proprio assistito.

3. **Confronto fra Servizi:** il percorso è suddiviso in 2 fasi: nella prima l'utente con disagio psichico è stato sottoposto allo stesso questionario somministrato a tutti i fumatori che accedono ai Centri Anti Fumo. Nella seconda le realtà territoriali aderenti alla sperimentazione hanno integrato la valutazione iniziale con una griglia specifica finalizzata alla rilevazione della eventuale modificazione del setting nel contesto del trattamento antitabagico. Obiettivo del confronto fra i comportamenti adottati dai diversi servizi è la rilevazione del momento in cui il paziente tabagista viene riconosciuto (in che parte del percorso di cura) e la descrizione di cosa avviene dopo il suo riconoscimento: aggiustamenti del setting terapeutico, differenziazione delle proposte terapeutiche, azioni di rete previste nelle attività ordinarie.

Primo colloquio:

1. Compilazione scheda di accesso al gruppo;
2. Somministrazione test di approfondimento;
3. Contrattazione dell'obiettivo di salute (obiettivo di cambiamento specifico rispetto al fumo) dei desti-

natari;

4. Descrizione e condivisione trattamento consigliato;
5. Modalità adottate per la comunicazione con il MMG;
6. Comunicazione con il reparto specialistico di riferimento (sia nel caso esistesse già un servizio specialistico di competenza a conoscenza della volontà del paziente di smettere di fumare, sia che si trattasse di una prima informativa, sia nel caso esistesse già un servizio di competenza ma non a conoscenza della volontà del paziente di smettere di fumare).

Presenza in carico del paziente da parte del Centro Antifumo:

1. tipo di trattamento effettuato,
2. durata del trattamento,
3. modalità di collaborazione con le strutture specialistiche di riferimento,
4. setting particolare introdotti (attività di rilassamento, meditazione, visualizzazione, training di autoregolazione del comportamento, inserimento in gruppi di cammino etc...) nell'ambito del trattamento di gruppo.

Fine del trattamento:

1. registrazione del raggiungimento o meno dell'obiettivo di salute contrattato,
2. modalità di raccordo con MMG e servizi specialistici per la presa in carico di un paziente di interesse psichiatrico dopo la disassuefazione, la riduzione programmata o la sospensione temporanea delle sigarette fumate,
3. modalità di programmazione del follow-up.

Il programma è stato oggetto di una ricerca intervento che si è confrontata sui seguenti aspetti:

1. Rilevazione del numero di pazienti presi in carico dopo la fine del periodo di osservazione guidata dalla griglia
2. Osservazioni personali rispetto alla ricerca sul campo

L'utilizzo di una griglia comune ha consentito agli operatori dei Centri Antifumo di condividere questi aspetti:

- a) Miglioramento dell'attenzione nella registrazione dei portatori di disagio psichico: dall'inizio alla fine della Ricerca il numero di persone a cui è stato riservato un setting differenziato è aumentato del 30% circa;
- b) adozione di modalità ordinarie di comunicazione con i Medici di Medicina generale, qualora avessero loro in carico il trattamento farmacologico del paziente, o attivazione di comunicazioni con lo psichiatra di riferimento;
- c) adozione di procedure di presa in carico condivise fra CAF, Dipartimenti di Salute Mentale e Dipartimenti di Dipendenze patologiche;
- d) considerazione della differenza fra "disturbi psichiatrici maggiori" e "disturbi psichiatrici minori" nel trattamento del Tabagismo;
- e) riconoscimento specifico della dipendenza da nicotina in una persona affetta da disturbi del comportamento.

4. **Servizi Sanitari Psichiatrici Liberi dal fumo:** l'adozione di raccomandazioni educative da parte del contesto in cui si situa l'intervento è fondamentale per ogni programma di promozione della salute. Nel caso di pazienti psichiatrici ospedalizzati il tema è di rilievo ancora maggiore perché riguarda luoghi in cui, talvolta, viene richiesta addirittura la deroga rispetto alla adozione dei regolamenti di base previsto a norma di legge. Al tema è dedicato un capitolo della seconda parte del quaderno.

5. **Rete dei servizi:** condivisione dei percorsi formativi degli operatori, di procedure di comunicazione e di strumenti di informazione di base.

Approfondimenti tematici

Riferimenti culturali

Fumo di sigaretta e problematiche di interesse psichiatrico

Il meccanismo d'azione della nicotina rende evidente come sia improprio parlare di dipendenza fisica e dipendenza psicologica; è preferibile usare le espressioni "effetti fisici e psicologici della dipendenza patologica".

Allo stesso modo risulta inadeguata la differenziazione fra effetti "cognitivi" ed effetti "emozionali" provocati da una sostanza. A questo proposito già da qualche anno si è messa in crisi la definizione stessa di "sistema limbico", parte di tessuto cerebrale che la letteratura scientifica tradizionale aveva individuato come "sede fisiologica" del cervello emozionale: in realtà strutture come l'ippocampo, riconosciute per l'appartenenza al sistema limbico, si sono rilevate fondamentali nell'organizzazione della memoria (che svolge notoriamente compiti con forti implicazioni cognitive). La stessa suddivisione in rombencefalo (deputato al controllo delle funzioni vitali garantite in modo automatico), mesencefalo (in grado di controllare lo stato di allerta e le reazioni comportamentali semplici), proencefalo (deputato al controllo di processi comportamentali complessi) è difficilmente sostenibile. Non esiste nell'uomo un primato del proencefalo (della corteccia cerebrale, sede fisiologica della cosiddetta "coscienza di sé"). Ogni informazione complessa è rielaborata da tutti i livelli del cervello.

Gli orientamenti neurobiologici più attuali, infatti, descrivono una interconnessione fra i tre livelli già nelle specie filogeneticamente meno evolute. La specificità dell'intelligenza e della coscienza umana non sarebbe pertanto biologicamente riferibile allo spessore della corteccia, ma alla numerosità e complessità delle connessioni sinaptiche. L'"architettura" delle sinapsi riproduce fisiologicamente ciò che un individuo è fisicamente, biologicamente, psicologicamente, socialmente e culturalmente.

Secondo questa impostazione la struttura cerebrale è organizzata in tre sistemi: *cognitivo*, *emotivo*, *motivazionale*.

Le connessioni sinaptiche associano generalmente pensieri, emozioni e motivazioni attraverso la liberazione di neurotrasmettitori. La nicotina, come le altre sostanze psicoattive, si inserisce nei circuiti di connessione.

Questo spiegherebbe, fra l'altro, perché sia impensabile risolvere il problema del fumo di sigaretta solo attraverso la somministrazione di un farmaco o con una psicoterapia.

L'interazione fra i *tre sistemi*, il "luogo senza spazio" in cui sembra essere localizzata la modalità d'integrazione dei tre sistemi, potrebbe essere la *memoria di lavoro*.

Le più recenti ricerche neurobiologiche mettono in primo piano la *memoria di lavoro* come unità funzionale operativa delle azioni coscienti.

Le osservazioni costituiscono un'importante modificazione dello schema di riferimento sulla organizzazione della memoria proposto da Baddeley che prevedeva la suddivisione in memoria sensoriale/istantanea, memoria a breve termine, memoria di lavoro e memoria a lungo termine, senza prevedere una gerarchia degli stadi di rielaborazione, ma profilando un legame più stretto della memoria a lungo termine con la modulazione delle caratteristiche dell'identità personale.

Come funziona la memoria di lavoro a livello di cellule e sinapsi secondo, per esempio, le ipotesi di Le Doux? I suoi circuiti cerebrali eccitatori e inibitori sono risultati essere regolati dalla produzione di dopamina: l'assunzione di sostanze che modulano la produzione di dopamina (di cui la nicotina è un esempio), condiziona fortemente la qualità della *memoria di lavoro* che i progressi neurobiologici descrivono come caratterizzante gli aspetti coscienti dell'identità.

Il ruolo della *memoria di lavoro* come sistema di rielaborazione integrata delle informazioni contribuisce a dar conto della frequenza maggiore di coesistenza di altri comportamenti di dipendenza da parte dei fumatori. In effetti chi fuma è più soggetto all'uso di alcol e altre sostanze psicoattive.

Rispetto al consumo di alcol, la prevalenza di fumo fra gli alcolisti è alta e i fumatori con una storia pregressa di abuso di alcol incontrano maggiori difficoltà nella disassuefazione.

Più in generale persone con problematiche di interesse psichiatrico fumano quasi il doppio di fumatori rispetto alla popolazione generale (studio di prevalenza su popolazione 4.000 persone. Lasser et al, JAMA, 2000).

L'associazione tra la dipendenza grave da nicotina e i disturbi psichiatrici gravi sembra simile nei diversi paesi (De Leon et al, J. Clin. Psychiatry, 2002).

Uno studio di particolare interesse è stato effettuato in California.

Lo studio prende in esame le differenze nei comportamenti rispetto al fumo di adulti con e senza problemi psichiatrici gravi (Hai Yen Sung, Ludith Prochaska, Michael K. Ong, Yanling Shi, Wendy Max, Cigarette Smoking and serious Psychological Distress: a population-based study of California adults, Nicotine & Tobacco Research, Vol. 13, Number 12, 2011, 1183-1192).

La conclusione dello studio è che le persone con disturbi mentali comprendano la maggior parte e la parte più vulnerabile dei fumatori.

I pazienti psichiatrici probabilmente fumano di più per cause neurobiologiche, psicosociali e fattori sistemici (effetti della nicotina sull'umore, maggiore vulnerabilità agli effetti collaterali nella cessazione, accesso limitato a modalità di trattamento specifico, Dursum e Kutcher, 1999, Kendler e altri, 1993, Zedonis e al. 2008) - Schroder, 2010).

Lo studio ha utilizzato i risultati derivati dalla somministrazione di una intervista del 2007 (California Health Interview Survey) a 50.880 soggetti adulti; l'intervista analizzava la prevalenza del comportamento del fumo, il consumo medio di sigarette e la percentuale di fumatori disponibili alla cessazione del fumo.

Gli intervistati con disturbo psichiatrico grave sono stati individuati rispetto al campione totale attraverso la scala K6 (in origine prodotta da Kessler et al, 2002). Si tratta di uno strumento validato come screening per l'identificazione dei disturbi mentali gravi.

La K6 approfondisce le risposte alle domande "quante volte le è capitato di avvertire i seguenti sintomi: sentirsi nervoso, disperato, affaticato o incapace di riposare, triste, depresso, negli ultimi trenta giorni?"

Ad ogni domanda è possibile attribuire un valore da 0 a 4: 0= mai; 1= molto di rado; 2=qualche volta; 3=per la maggior parte del tempo; 4= sempre.

Le risposte prevedono un range da 0 a 24 in cui sono collocabili i diversi livelli di gravità dei problemi di interesse psichiatrico.

Lo studio ha portato alla conclusione che in California, persone con SPD (serious psychological distress) sono molto più frequenti tra i fumatori regolari e i fumatori pesanti e meno disposti a smettere di fumare degli intervistati senza SPD.

Lo studio contribuisce a definire le caratteristiche che differenziano chi è soggetto a SPD acuta (manifestatasi nei trenta giorni precedenti l'intervista) e chi è soggetto a SPD recente (relativa al passato in un periodo oscillante dai 2 ai dodici mesi).

È indubbiamente di rilievo considerare che la prevalenza dei fumatori varia dal 13,1% degli intervistati senza SPD al 30,1% dei fumatori con SPD in fase acuta.

Risulta pertanto prioritario, sulla base delle conclusioni dello studio, l'adozione di una policy dei contesti che diminuisca l'esposizione al fumo e favorisca la possibilità di accedere a programmi specifici per i fumatori soggetti a SPD.

La considerazione vale soprattutto per i fumatori con SPD ospedalizzati che dovrebbero usufruire di interventi finalizzati alla riduzione della loro esposizione (attiva e passiva) al fumo di sigaretta.

Diversi studi segnalano correlazioni fra fumo di sigaretta e depressione maggiore, severità della condotta suicidaria, schizofrenia, attacchi di panico, ansia sociale, disturbo post traumatico da stress, disturbo iperattivo e deficit dell'attenzione, sindromi da comportamenti a rischio (binge drinking, uso di droghe, sesso non protetto, assenteismo scolastico).

A titolo di esempio prendiamo in considerazione le correlazioni fra fumo di sigaretta e depressione e fumo di sigaretta e ansia sociale.

Dalle affermazioni di Daniele Pieralli nel contributo Tabagismo e psicopatologia, si rileva che persone con depressione fumano di più delle altre (studio su 12.000 individui, Khalida el al., An. J Epidemiology, 2000).

I fumatori rispetto ai non fumatori hanno percentuali di depressione superiore (studio di popolazione Vickers et al., Health Psychol, 2003) alla media della popolazione generale.

Le donne fumatrici in gravidanza sono a maggior rischio di depressione post partum (studio longitudinale Homish et al., Alcohol Clin, Exp, Res, 2004).

Posizioni affini sono riportate nell'articolo di Giuliano Giucastro, Alessia Verduri Mario del Donno (Dipendenza da nicotina e malattie psichiatriche in Tabaccologia, 2004, 1: 34/37).

Si legge "Tra le malattie psichiatriche, la depressione maggiore sembra influire sulla compliance ai trattamenti di disassuefazione: coloro che non si presentano alla sessione di valutazione in vista di trattamenti per la disassuefazione sono in maggioranza femmine, fumano sigarette con un contenuto di nicotina più alto e hanno una anamnesi positiva per uso di farmaci psicotropi; i dropouts precoci presentano percentuali di fumo più elevate rispetto ai dropouts tardivi e riportano in misura maggiore sintomi di depressione rispetto

ai dropouts tardivi e a coloro che completano il trattamento” (11 Curtin L, Brown R.A, Sales SD, Determinants of attrition from cessation treatment in smokers with a history of major depressive disorders. *Psychology of addictive behaviours*, 2000, 14(2): 134-142).

“La depressione”, continuano Giucastro et al., “sensibilizza i pazienti agli effetti avversi degli stimoli stressanti e ciò può essere alleviato da sostanze che stimolano il rilascio di dopamina nel cervello. L’aumentato craving verso il fumo in fumatori astinenti esposti a tali stimoli potrebbe essere il risultato di un condizionamento all’uso di questa proprietà della nicotina per produrre un rapido sollievo degli effetti avversi allo stress”. Nonostante esistano anche osservazioni di segno contrario, “si indicherebbero i soggetti con depressione come più inclini a divenire fumatori dipendenti, a sperimentare difficoltà nello smettere di fumare e ad esperire sintomi di astinenza più severi in fase di disassuefazione (14 CoveY LS, Tobacco cessation among patients with depression. *Primary care* 1999, Vol 26(3):691/ 706). Inoltre, tali soggetti sembrerebbero maggiormente a rischio di andare incontro ad una depressione severa una volta che abbiano smesso di fumare, per cui sarebbe raccomandata una valutazione sulla vulnerabilità alla depressione nei confronti dei fumatori intenzionati a smettere (14 vedi sopra e, 15 Tsoh JY, Humfleet GL, Munoz RF, Reus VI, Hartz DT, Hall SM, Development of mayor depression after treatment for smoking cessation, *The American Journal of PSychiatry* 2000, 157 (3), 368/374)”.

La relazione fra depressione e fumo potrebbe essere legata a vulnerabilità individuale comune fra le due problematiche, sia a meccanismi causali diversi riconducibili ad un intervento di automedicazione del depresso e a un eventuale effetto farmacologico della nicotina sui neurotrasmettitori legati alla depressione. “L’ansia sociale, scrivono Giucastro et al, è stata valutata come predittiva per un accesso precoce al fumo di sigaretta da parte degli adolescenti, così come al fumare regolarmente e allo sviluppare dipendenza da nicotina” (17 Sontag H, Wittchen Hu, Hofler M, KesslerRc, Stein MB, Are social fears and DSM-IV social anxiety disorders associated with smoking and nicotine dependance in adolescents and young adults? *Eur. Psychiatry* 2000, 15 (1) 67/74) e ciò in relazione al fatto che il fumare è un comportamento socialmente accettato che attenua l’ansia in particolari situazioni sociali.

Tra i pazienti schizofrenici la % di fumatori è compresa fra il 58% e l’88%. Il fumo di sigaretta ridurrebbe il parkinsonismo indotto dai neurolettici, ma peggiorerebbe la discinesia tardiva.

La sintesi delle principali relazioni esistenti fra disturbi di interesse psichiatrico e fumo di sigaretta conferma la necessità di impostare ogni trattamento integrando componenti cognitive, affettive e motivazionali, per meglio intervenire nella rimodulazione di quello che LeDoux descrive come il “sé sinaptico”.

Sarebbe il “sé sinaptico”, caratteristica emergente della neuroplasticità che, con la complessità della sua organizzazione, a descrivere biologicamente ciò che siamo e come cambiamo (attraverso l’architettura e la rimodulazione nel tempo delle reti sinaptiche). La valutazione di chi è portatore di un disagio psichico non può che collocarsi nel contesto complessivo degli stili di vita, favorendo una adeguata esplorazione dei vissuti rispetto al fumo, l’attenzione al comportamento alimentare e alla promozione della attività fisica, l’utilizzo di tecniche che favoriscano espressività e rilassamento.

Fumo di sigaretta e corporeità nelle problematiche psichiatriche

In un quaderno di strumenti di lavoro sulla relazione fra persona con problemi psichiatrici e abitudine al fumo, un approfondimento dedicato ai temi della individualità e della identità personale, potrebbe risuonare come ridondante.

In effetti non è il tabagismo che fa riconoscere socialmente la persona con sofferenza psichica.

Il fumo spesso non viene considerato come la priorità di intervento per le persone che presentino problemi di interesse psichiatrico.

Tuttavia, è evidente che la relazione con la sigaretta è una modalità espressiva non facilmente sostituibile per il malato psichiatrico grave e, talvolta, sottovalutata per chi ha problemi di ansia e depressione.

Nella relazione fra uomo e sigaretta si gioca uno dei modi di esprimere l’individualità e uno dei territori di confini fra la psichiatria come scienza e la psichiatria come uno dei risultati della fenomenologia del comportamento.

Lo statuto di scienza richiede che i dati acquisiti siano “oggettivi”. Il dato di cui si occupa la scienza medica è il corpo.

Il soggetto che si ammala sfugge alle categorie della diagnosi e della terapia; resta intrappolato in una alie-

nazione che nella sofferenza psichiatrica si esprime con particolare intensità.

Come scrive Franco Basaglia in *Utopia della realtà*, “L’individualità è un bene da conquistare. L’uomo che tende ad individualizzarsi è dunque un uomo che sceglie sé stesso nella lotta per il proprio progetto...”.

L’uomo inautentico non può dunque che proiettare fuori di sé la zona oscura che non riesce ad individuare per potersi realizzare nella propria scelta, non può soggettivarsi e oggettivizza sé stesso negli altri, si aliena, si dà al mondo, si rende accessibile, preda del mondo, si fa cosa, oggetto, dunque non sceglie.

Il raggiungimento della individualità è la meta dell’uomo autentico.

La situazione di malattia è un ostacolo all’affermazione della propria individualità e lo è soprattutto da quando i protocolli terapeutici in ogni ambito patologico hanno considerato corpo, sintomi, diagnostica strumentale come quasi unici dati necessari alla conduzione dell’intervento.

Scriva ancora Basaglia “Tre comportamenti, intesi come risposta ad una data situazione rivelano i modi con cui l’individuo va incontro alla sua scelta, accetta o non accetta la propria responsabilità e la propria angoscia, sceglie sé stesso in vista del suo fine o si rifiuta...”.

Nel comportamento della scelta l’uomo si limita a tendere verso la sua libertà: la scelta non è fatta una volta per tutte, ma si rinnova nel rinnovarsi del dato verso un nuovo fine. L’uomo vive con l’ansia che ha accettato nella scelta come parte della sua situazione... l’ansia è con lui e non attorno a lui: non lo determina, ma lo accompagna con una nuova funzione di spinta verso il suo progetto, verso il suo impegno...”.

Un altro modo di rispondere è il comportamento di malafede. La non scelta determina inquietudine che può essere colmata cercando di distrarsi, di vivere senza sentire e senza sentirsi. “La malafede cerca l’appagamento della inautenticità che si manifesta vivendo alla giornata”.

La terza risposta è data dal comportamento nevrotico: non accetta il confronto con l’ansia, non dilaziona la scelta con compensi immediati. Il soggetto sceglie di non scegliere; vive l’ansia come stato di attesa”.

La persona con problemi di tipo psichiatrico spesso non è in grado di esprimere un comportamento di scelta; non sa reggere la sfida dell’ansia. Si fissa nella inautenticità della malafede o della risposta nevrotica che il percorso di cura favorisce e alimenta.

La relazione con il proprio corpo, “il Corpo: presente e dimenticato, soggetto e oggetto delle percezioni” di cui parla Merleau Ponty in *Phenomenologie de la perception*, è drammatica, causa sofferenza e non accettazione di sé.

“I sentimenti di vergogna, pudore, disagio sono modi di difesa della propria intimità di fronte all’intrusione dell’altro; il nevrotico li vive come costante stato ansioso” scrive ancora Basaglia. L’ansia può assumere le due funzioni di facilitare e rendere ineludibile il processo di scelta come accettazione di sé o bloccare ogni capacità di risposta.

È evidente quanto sia difficile pensare in questi termini la relazione con la corporeità, espressione del corpo vissuto.

“Il corpo - continua Basaglia - perché sia vissuto è nella relazione di una particolare distanza dagli altri, distanza che può essere annullata o aumentata a seconda della nostra capacità di opporvisi. Noi desideriamo che il nostro corpo sia rispettato; tracciamo dei limiti che corrispondono alle nostre esigenze, costruiamo un’abitazione al nostro corpo... Solo quando invitiamo qualcuno ad entrare, questo qualcuno è molto vicino a noi: si crea così una gerarchia di vicinanza, da più vicino che è il più familiare, al più lontano che è l’ostile per il quale la distanza è massima. Ma quando la distanza si abbrevia e scompare, l’ostile entra in noi e i limiti del nostro habitat cadono. È dunque necessario che conservi per vivere con gli altri, delle distanze, che crei degli intervalli perché la prossimità e la vicinanza con l’altro non degeneri in promiscuità... La possibilità di comunicare, di costituire una modalità di alterità, di creare un dialogo presuppone una spazialità distanziata, un silenzio da cui nasca la parola, uno sguardo da cui nasca il vedere”.

Nelle problematiche di interesse psichiatrico la dimensione della corporeità entra in modo prepotente e immediato attraverso la relazione con la sigaretta.

L’atteggiamento di fumare è anche modo di porsi del proprio essere sociale, la relazione conflittuale fra il corpo considerato, sopravvalutato nella sua valenza di “oggetto”, di organismo, penetrabile, opaco, passivo (il corpo di cui si occupa il medico durante la malattia, il corpo delle tavole anatomiche, il corpo che alimentiamo, muoviamo, facciamo riposare) e il corpo soggetto.

La sigaretta fumata nei bagni, sui balconi, nelle verande delle strutture di ricovero non è un gesto senza importanza ma un tentativo di definire l’esperienza profonda, fragile, ambigua di ricerca della propria individualità sempre più inaccessibile.

Nella corporeità si iscrive il rapporto dell’“Io” con il proprio corpo, la cui immagine ideale, prescinde con difficoltà dagli schemi culturali dell’ambiente vissuto.

Fra le espressioni prioritarie della corporeità si inserisce “il gesto”. Il gesto che non è movimento involontario, ma comunicazione consapevole; il gesto che è peculiarità umana, perché proprio delle mani.

Il gesto del fumo è l'impronta di un cammino ad ostacoli in cui le mani vorrebbero stabilire relazioni: contatto sessuale e conoscenza.

La sigaretta è un ponte simbolico perfetto per questo transitare verso l'autenticità di una corporeità negata come meta di libertà; consente di succhiare, manipolare, sentirsi in una relazione e facilita l'assunzione di atteggiamenti e gesti che comunicano identità ed essere sociale.

La sigaretta aiuta a traghettare l'ansia insostenibile nello spazio angusto della cura; è il gesto di apertura del corpo verso l'ambiente.

Fumare dice qualcosa della persona che assiste alla cura della propria malattia, che percepisce come oggetto di cura i pensieri, i desideri, le emozioni, i comportamenti.

Le manifestazioni di identità personale nell'ammalato psichiatrico sono considerate dei sintomi, si interpretano con la logica dei dati oggettivi.

La sigaretta racconta la voragine dell'inquietudine che nessun farmaco riesce a spegnere.

Le braci accese, sono simbolo del fuoco che ancora alimenta la percezione della scelta tradita, rinnegata, resa impossibile. Attorno a quel fuoco, il falò privato di ogni sigaretta fumata, la mano conduce la propria danza ritmica, lenta, dall'alto verso il basso e dal basso all'alto. Sono queste le sigarette della tensione verso la libertà, del desiderio di diventare quel soggetto che assiste, spesso impotente, sia alla malattia che alla cura.

Dice qualcosa della persona anche il fumo frenetico, vorace, nascosto, inappagato, ingordo, impotente, compulsivo. È il fumo che non lascia scampo dalla solitudine, la resa all'ansia che blocca.

Quella è la sigaretta che si vorrebbe spegnere il più presto possibile, per smettere di bruciare di angoscia. Il gesto è nervoso, rapido, nevrotico, insistente. Non c'è danza, solo un grido di dolore muto trattenuto dalla gola infiammata.

È la sigaretta della nevrosi e del disagio psichico, spogliata di ogni significato relazionale. L'immaginario è escluso dalla ripetizione stereotipata di un gesto.

Se il fumo solitario, lento, riflessivo è contatto, calore, relazione, rito; il fumo nevrotico è solitudine, bruciatura, ansia intollerabile.

Ritornano “le passioni tristi”: vergogna, pudore, disagio, sostengono l'atteggiamento passivo, l'immobilità, il tradimento al compito di raggiungere l'individualità.

Si usa l'espressione “passione” per sottolineare l'assenza di un pensiero preciso e chiaro che le accompagna; esistono passioni felici che consentono istintivamente la conservazione e il miglioramento del proprio essere e passioni tristi che ne diminuiscono le potenzialità espressive.

La relazione fra sigaretta e fumatore, soprattutto nel caso di chi ha problemi di interesse psichiatrico, esprime bene questa ambivalenza.

Il gesto del fumare (gesto della mano e dunque simbolicamente portatore del significato di umanità) racconta sempre di una passività, di una risposta istintiva dell'uomo inautentico. Tuttavia, può dare voce alla passione felice del rito, della danza, della nostalgia, della incompiuta percezione di appartenenza a qualcosa di più ampio o può cristallizzare la sensazione di impotenza, la schiavitù verso le passioni tristi.

La sigaretta attenua la vergogna, vince il pudore, sciogliendo il disagio nell'abbraccio bruciante di gola, testa, bocca, mani. Il gesto consente le relazioni e afferma qualcosa di primitivo, immediato, di quello che si prova ad essere sé stessi.

La sigaretta facilita esibizione e nascondimento: protegge le inadeguatezze personali nel guscio in cui ci sente inafferrabili; restituisce il calore di un nido forse mai abitato, solo desiderato con struggimento e lacerazione. È il segno della aspirazione alla relazione promessa da ogni finestra aperta, del desiderio di appartenenza a un gruppo, a un luogo, a un tempo vissuto.

Il gesto di fumare, come ogni altro gesto, non vuole e non può afferrare; il gesto sfiora, insinua, disegna, allude, racconta la dimensione del desiderio.

Come scrive Basaglia “chi non è disperato è un soggetto intimamente desiderante. Desiderio e amore nascono dalla percezione di una carenza, di una povertà”.

Il fumo della sigaretta è simbolo della nebbia che avvolge la meta, le braci sono il calore del passato abitato, sognato, trasfigurato, vuoto; ma la sigaretta accesa è l'espressione dell'essere desiderante, incompiuto ma vivo, vitale, aperto al futuro: fra sguardi e silenzi il corpo racconta esuberanza mal trattenuta, impacci, tensione, illusione, disillusione, ricerca di complicità.

Forse non è un caso che gli operatori dei servizi psichiatrici sembrino più tolleranti rispetto al fumo e risulti-

no fumare in misura maggiore rispetto agli altri operatori sanitari.

La richiesta di complicità trova risposta nella condivisione esperita (fumare insieme) o pensata (anch'io fumo proprio come fuma lui) del gesto del fumo che avvicina con il linguaggio immediato delle passioni.

Per capire fino in fondo i significati della seduttività della sigaretta che ha contagiato letteratura, storia dell'arte, cinema potrebbe essere utile approfondire la storia dei modi con cui il tabacco è stato portato in Occidente e dei suoi significati originari.

Nel Centro America di Maya e Atzechi, presso i popoli dell'antico Perù, nella pratica dello sciamanesimo, fumare era una pratica di iniziazione, un rito religioso, un modo per facilitare il contatto con l'oltre.

Non c'erano dipendenza e tossicità, ma trascendenza, preghiera e cura. Il tabacco era un farmaco potente e una sostanza dai poteri misteriosi.

I passaggi delle usanze da una cultura all'altra ne deformano i significati, li rendono irriconoscibili.

Il tabacco è arrivato in Europa con la colonizzazione di Colombo; figlio dell'impresa che ha portato alla dissoluzione di una civiltà, alla schiavitù di un popolo.

Attraverso il corpo, natura e cultura si manifestano in modo ambivalente, intrecciato, non consapevole: la sigaretta esprime questa ambiguità fra tensione verso l'oltre e finitezza; desiderio di trasformare il fumo in una immediata uscita di sé per raggiungere quell'altrove che resta imperscrutabile e inaccessibile ai sensi. Il viaggio non provoca alienazioni, spaesamenti, pericolose perdite di controllo: è la trasgressione, la via di uscita, la ribellione, alla portata di chiunque, forse anche per questo la più praticata, difesa e vilipesa.

La relazione fra sigaretta e corporeità e la consapevolezza dei significati che l'atto del fumare ha assunto nel tempo sono fondamentali per la differenziazione dei setting di trattamento. Quando il fumatore è portatore di disagio psichico l'approfondimento del valore che la sigaretta assume per lui, l'analisi dei suoi vissuti rispetto al fumo, l'osservazione di "come fuma" sono aspetti di estremo rilievo nell'anamnesi e nel primo colloquio per valutare l'effettiva disponibilità al cambiamento e la fattibilità dell'obiettivo di salute che la persona può realisticamente raggiungere. L'osservazione del processo e la registrazione dei vissuti dovrebbe, del resto, accompagnare tutto il percorso di disassuefazione dal fumo o riduzione del numero di sigarette fumate. Solo se la sigaretta e il gesto del fumare cambia significato la persona riesce a modificare in modo duraturo il proprio comportamento.

La dimensione della cura

In "L'utopia della realtà", scrive Franco Basaglia "l'uomo è condannato" (ma forse ha il profondo privilegio, verrebbe la tentazione di obiettare), "ad accettarsi e a scegliersi, se vuole essere libero...Escluso perché incomprensibile, escluso perché pericoloso, il malato mentale continua ad essere mantenuto oltre il limite dell'umano, come espressione della nostra disumanizzazione, della nostra incapacità a comprendere".

Sono parole dure, amare, crude, con cui è necessario confrontarsi per capire meglio cosa significhi entrare nella dimensione della cura senza alibi, senza scorciatoie (il fumo di sigaretta non è una priorità in psichiatria; il portatore di disagio psichico si pensa non sia in grado di smettere di fumare).

Aprire la porta della dimensione della cura significa inserire la relazione umana nella relazione terapeutica, favorire il coinvolgimento attivo dell'individuo e dunque una adeguata attenzione alla valorizzazione dei percorsi di scelta, come modalità di affermazione della autenticità della persona. Questo vale in particolare quando la persona è portatrice di una sofferenza dello spirito che lo confonde e separa dagli altri.

Il rito del ricovero è emblematico del passaggio da una situazione di attività, proposta, partecipazione, autorevolezza e responsabilità verso la propria vita a uno stato di abbandono in cui c'è qualcuno che si prende cura del corpo della persona e si preoccupa (quando va bene) di recare conforto, assistenza, guarigione o remissione temporanea dei sintomi.

Scrivendo Basaglia: "In medicina, l'incontro fra medico e paziente si attua nel corpo stesso del malato. Questo corpo sofferente, che si offre al medico per essere curato, non corrisponde al "corpo vissuto", al "corpo proprio", con tutte le modalità e le implicazioni soggettive inerenti a questa appropriazione corporea, ma viene considerato dal medico nella sua nuda materialità, opacità ed oggettualità. Che il corpo visitato dal medico appartenga al soggetto specifico che lo vive e lo significa, esula dalla finalità del rapporto che viene ad instaurarsi...non si tratta dunque di un incontro reale...ma di un incontro fra un soggetto (il medico) e un corpo cui non viene data altra alternativa oltre quella di essere oggetto agli occhi di chi lo esamina..."

La relazione terapeutica facilita l'abbandono della persona rispetto alle sue capacità di determinarsi, favorisce il precipitare nello stato di alienazione come "perdita... della possibilità di appropriarsi del corpo,

abbandonato in una promiscuità in cui l'altro mi urge senza tregua, da tutti i lati e mi invade”.

La cura “dovrebbe tendere alla riconquista di una libertà perduta, di una individualità sopraffatta: il che è esattamente l'opposto di ciò che significa il concetto di tutela, difesa, separazione, segregazione”, implicito nelle regole non scritte non solo delle costrizioni forse, superate a cui erano costretti gli ammalati psichiatrici, ma che coinvolge ogni individuo che cada per un periodo non breve in uno stato di malattia, che riguarda molta parte dell'impostazione dei processi educativi, in cui sono altri che decidono cosa devo imparare, come devo impararlo e dove posso spingermi con il coinvolgimento per non essere “di disturbo” agli altri. Il percorso educativo e di cura in cui inserire il trattamento della disassuefazione al fumo per chi ha problematiche di interesse psichiatrico dovrebbe darsi alcuni obiettivi di fondo:

- trasformare la passività dell'**emozione** nella attività della **motivazione al cambiamento**: prevedere tempo dedicato ai vissuti emozionali (tempo dedicato al riconoscimento, definizione, ascolto, accettazione e comunicazione delle proprie emozioni), affinché sia possibile acquisire la consapevolezza che l'emozione che non si può né contrastare, né eliminare deve essere superata da un movimento, da un percorso in grado di elaborare e accogliere proposte di cambiamento. Le emozioni possono essere buone o cattive, ma non dipendono dall'individuo e non sono in grado di modificarlo se non per periodi di tempo molto brevi. La motivazione è la tensione all'agire, la leva della vitalità in grado di guidare i processi di trasformazione;
- il superamento del livello emozionale non ne comporta né l'annullamento, che del resto sarebbe impossibile, né la razionalizzazione. Le emozioni si ascoltano, si trasformano in desiderio che facilita il cambiamento e si approfondiscono attraverso la dimensione del sentire. Il **sentimento** è una emozione complessa, una emozione attiva. La differenza fra emozione e sentimento è che la prima modifica brevemente uno stato dall'esterno all'interno, il secondo modifica a lungo, qualche volta molto a lungo uno stato, dall'interno all'esterno. L'emozione attraversa, il sentimento qualifica, definisce, “umanizza”. Lavorare sul livello emozionale significa accompagnare l'individuo a immaginare, descrivere, scrivere, riconoscere, la propria dimensione del sentire. Da questo passaggio di stato deriva la vera possibilità di scelta che si può realizzare solo quando la dimensione del sentire si è costituita in piena consapevolezza di sé, il processo di **autenticità**, a cui si riferisce Basaglia;
- i processi decisionali e di scelta non si fondano prevalentemente sugli aspetti razionali, ma hanno la necessità di ancorarsi su una adeguata **conoscenza** dei problemi in gioco. La differenza esistente fra conoscenza e **pensiero** può essere paragonata a quella prima introdotta fra emozione e sentimento. Il fatto che una persona con disturbi psichiatrici non pensi ad affrontare il tema del fumo, non significa che non sia in grado di farlo se qualcuno la aiuta a considerarlo importante per il miglioramento del suo benessere psicofisico generale;
- il passaggio dalla sudditanza alla considerazione del **corpo** oggetto, all'esercizio attivo della **corporeità**: il passaggio da compiere è fra l'atteggiamento passivo di esaltazione, accettazione o rifiuto del “corpo che si ha”, all'esperienza della propria corporeità, del “corpo che si è”, che ha a che fare con le sfere dell'attrazione, della curiosità, della conoscenza, dell'attenzione ai propri stili di vita, del pudore, della vergogna, della sessualità, della bellezza, della riproduzione, della morale, del gusto, della fisicità, della spiritualità, della carnalità, della tensione verso il miglioramento di sé, della socialità, della accettazione della propria diversità, del diritto al rispetto della propria individualità, della capacità di prendersi cura di sé. La dimensione della **corporeità** è un indicatore del processo di percezione ed espressione del proprio corpo nella trasformazione veicolata e vincolata dal tempo e dall'abitare luoghi diversi

Attraverso questo percorso, dovrebbe essere orientato ogni intervento di educazione e cura. Acquisirne consapevolezza da parte degli operatori, di tutti gli operatori (MMG, assistente sociale, personale infermieristico, specialista della disassuefazione, psichiatra, cardiologo, educatore) che incontrano il fumatore con disagio psichico, significa collocare l'abitudine al fumo nel contesto delle problematiche da affrontare, inserire il tema in un setting differenziato, legarlo ad una attenzione più ampia verso gli stili di vita.

Il contesto

È importante che i Servizi di Salute mentale siano effettivamente Servizi sanitari liberi dal fumo: ogni servizio dovrebbe essere dotato di apposita cartellonistica, non dovrebbe disporre di posacenere nei propri ambienti e dovrebbe fornire materiale informativo sui vantaggi della riduzione e della cessazione per chi ha

problemi di interesse psichiatrico.

Il personale dei Servizi di Salute Mentale dovrebbe astenersi rigorosamente dal fumo durante il lavoro. L'attività educativa e sanzionatoria degli agenti accertatori dovrebbe essere molto scrupolosa e orientata a sostenere un processo di considerazione dell'abitudine a non fumare come un fattore protettivo per la salute dell'individuo.

Il personale sanitario dei Servizi di Salute Mentale non dovrebbe fumare in camice, nemmeno negli spazi in cui è ammesso dalla legge. Nessun sanitario può fumare in presenza di un assistito.

Le strutture residenziali per persone con problemi psichiatrici dovrebbero considerare il fumo come un fattore di rischio per la salute, non consentire l'abitudine al fumo negli spazi interni e condividere l'evidenza che la riduzione del numero di sigarette fumate è un obiettivo di salute molto importante anche per una persona con problemi psichiatrici gravi.

Fumo di sigaretta e interazioni farmacologiche

Persone con problematiche psichiatriche fumano mediamente quasi il doppio della popolazione generale. Poiché la maggior parte di questi soggetti assume con regolarità psicofarmaci è importante tenere conto nel loro trattamento delle possibili interazioni fra fumo di sigaretta, attività e tossicità di alcuni farmaci, attraverso la modificazione della loro biodisponibilità. L'interazione può modificare la risposta attesa dal paziente rispetto all'assunzione del farmaco stesso.

Le interazioni riguardano il processo di assorbimento, metabolismo e eliminazione di alcune sostanze modificandone l'emivita e la concentrazione massima.

Non tutti gli effetti del fumo di sigaretta sulla farmacocinetica dei farmaci sono clinicamente significativi.

Alcune interazioni farmacocinetiche clinicamente di rilievo riguardano: il propranololo: i fumatori possono avere un aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca; l'eparina: i fumatori possono richiedere un dosaggio leggermente più alto dei non fumatori; nei fumatori l'emivita del farmaco è più breve e c'è una eliminazione più rapida; i diabetici insulino-dipendenti forti fumatori possono richiedere un aumento delle dosi di insulina del 15, 30% in più rispetto ai non fumatori.

Per quanto riguarda gli psicofarmaci esiste una interazione clinicamente significativa con benzodiazepine e antidepressivi triciclici.

I fumatori possono necessitare di dosaggi maggiori di benzodiazepine per avere gli stessi effetti sedativi. Non è stato ancora chiarito se questo effetto sia dovuto all'alterazione farmacocinetica o a una alterata risposta d'organo (Schein R. Cigarette smoking and clinical significant drug interactions. Ann. Pharmacother 1995;) L'induzione degli enzimi epatici determina un aumento del metabolismo e una diminuzione delle concentrazioni plasmatiche di imipramina, clomipramina, fluvoxamina, trazodone e una aumentata clearance di tioxene, flufenazina, aloperidolo e olanzapina (Desal HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking inpatients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. CNS Drugs 2001; 15(6).

Criteri di presa in carico del fumatore con problemi psichiatrici da parte del Centro Antifumo

Se il paziente è già in trattamento presso il Dipartimento di Salute Mentale per un disturbo psichiatrico è necessario contattare lo psichiatra di riferimento e il MMG per metterli al corrente della presa in carico e per concordare le modalità di intervento.

Anche nel caso in cui il CAF avesse uno psichiatra fra il proprio personale è opportuno che la presa in carico dei fumatori con patologia psichiatrica maggiore venga mantenuta dal Dipartimento di Salute Mentale a cui il Caf offre un sostegno individuale e/o, ove ci siano le condizioni, di gruppo per la riduzione del numero di sigarette fumate.

Di norma è difficile sostenere per una persona con problemi riconducibili alla psichiatria maggiore, un percorso terapeutico di gruppo.

Quando ci si trova di fronte ad una persona stabilizzata con trattamento psicofarmacologico può essere presa in considerazione la presa in carico da parte del CAF, previa informazione periodica con MMG e psichiatra di riferimento.

Indicazioni generali per lo psichiatra e/o l'operatore sanitario del Servizio di Salute Mentale che ha in carico una persona che fuma

- Non fumare in presenza dell'utente.
- Non accettare che l'utente fumi durante un colloquio o dove vige il divieto di fumo e comunque mai accettarlo senza parlare preventivamente del comportamento specifico.
- Mantenere vie di comunicazioni ordinarie con i CAF: per es. organizzazione di formazioni comuni, condivisione di materiale informativo, scambio di informazioni sui percorsi di disassuefazione.
- Controllare che nel proprio ambiente di lavoro il personale rispetti il divieto di fumo. Qualora questo non accadesse, preparare un percorso infoeducativo in collaborazione con il CAF per il personale sanitario.
- Garantire all'utente la possibilità di essere aiutato in un percorso di riduzione del numero di sigarette fumate.

Indicazioni generali per l'operatore CAF che si occupa del primo colloquio con i fumatori

- Segnalare in cartella l'uso di psicofarmaci e i riferimenti del medico che li prescrive.
- Comunicare la necessità di contattare il medico che prescrive i farmaci e procurarsi l'assenso (preferibilmente scritto) per il contatto con il sanitario di riferimento. Il contatto dovrebbe verificarsi tramite comunicazione scritta consegnata all'assistito e comunicazione telefonica e-mail diretta. Il contatto si ritiene effettuato dopo aver avuto una risposta del sanitario di riferimento.
- Se si tratta di una persona con problemi psichiatrici maggiori, la presa in carico non può essere effettuata da un Centro Antifumo anche se dispone di competenze psichiatriche avanzate. La presa in carico per chi vuole smettere o, più realisticamente, ridurre il numero di sigarette fumate, deve essere del Dipartimento di Salute Mentale, a cui il CAF offre una consulenza diretta (informazioni specialistiche sui vantaggi e le modalità per ottenere efficacia e efficienza in un percorso terapeutico di riduzione o disassuefazione, dove è possibile) e una consulenza indiretta (compartecipando al trattamento di riduzione del danno da fumo o disassuefazione dal tabagismo, con incontri individuali e/o di gruppo a sostegno del programma del Dipartimento di Salute mentale).
- Se si tratta di una persona che assume occasionalmente o cronicamente psicofarmaci, contattare il sanitario che li prescrive, chiarire il motivo della prescrizione e, se necessario, approfondire la valutazione, poi concertare con il sanitario che prescrive la terapia farmacologica (che, in genere, è il MMG) l'opportunità dell'inserimento della persona in un gruppo di disassuefazione. Prevedere contatti periodici con il medico curante durante il trattamento.
- Qualora si utilizzino degli psicofarmaci per il trattamento dei disturbi psichiatrici concomitanti bisogna tenere conto della loro possibile interazione con l'eventuale trattamento con farmaci specifici per il trattamento di disassuefazione dal fumo.
- La persona che assume da tempo ansiolitici e/o antidepressivi può essere inserita in un percorso di gruppo e presa in carico dal CAF, previo contatto e collaborazione periodica con il Medico che prescrive i farmaci al fumatore.

Indicazioni generali per il MMG che ha in carico persone con problematiche di interesse psichiatrico

Il ruolo del MMG nel trattamento del paziente psichiatrico fumatore è determinante, soprattutto perché spesso è anche il solo specialista di riferimento ai servizi.

I fumatori (di interesse psichiatrico e non) tendono a consumare psicofarmaci regolarmente, soprattutto benzodiazepine e antidepressivi, insieme a maggiori quantità di caffè, alcol, analgesici e sedativi rispetto alla popolazione generale.

Inoltre, il forte fumatore è spesso portatore di patologie cardiovascolari.

È importante, quindi, che ogni MMG sia a conoscenza del meccanismo d'azione della nicotina e della sua interferenza con benzodiazepine e antidepressivi triciclici. Il fumatore, infatti, come si è già spiegato, potrebbe necessitare di posologie superiori dei farmaci prescritti. D'altro canto, la presenza di disturbi a carico dell'apparato cardiovascolare nel paziente psichiatrico potrebbe giustificare un cambiamento delle posologie di propranololo, eparina, oppure di insulina, nel caso si trattasse di un soggetto diabetico.

Per effettuare una corretta prescrizione farmacologica nel tempo è necessario che il MMG conosca in modo

adeguato il fenomeno.

Il rilievo della sua posizione potrebbe pertanto motivare il MMG ad inserire nel setting ordinario di consultazione una attenzione specifica al tema dell'abitudine al fumo, almeno in quei pazienti che assumono cronicamente psicofarmaci.

La raccolta di informazioni sull'abitudine al fumo potrebbe facilmente condurre alla contrattazione della riduzione del numero di sigarette fumate (qualora MMG e paziente non ritenessero possibile programmare la cessazione) e facilitare un invio concordato al Centro Antifumo di riferimento. Come è stato spiegato in precedenza, è importante che la contrattazione sia inserita in un breve intervento educativo che includa la valutazione della dipendenza fisica da nicotina con la somministrazione del test di Fagerström, la misurazione del monossido di carbonio, la somministrazione di un test che valuti l'interesse a modificare comportamento da parte del fumatore e l'esplorazione dei vissuti rispetto al fumo con una bilancia decisionale che evidenzi vantaggi e svantaggi legati al cambiamento.

Raccomandazioni per il trattamento

1. Fumatori con patologia psichiatrica maggiore (Schizofrenia, Disturbo Schizoaffettivo)

Presa in carico da parte del Centro di Salute mentale in collaborazione con il Centro Antifumo

Il Centro Antifumo dovrebbe valutare i pazienti su invio del Medico di Medicina Generale o dello specialista del Centro di Salute Mentale.

I pazienti dovrebbero arrivare al Centro Antifumo con diagnosi già formulata.

Obiettivo di salute per il Centro Antifumo

1. Contrattazione della riduzione del n° di sigarette quotidiane, inserito in un intervento educativo/ motivazionale sufficiente a consentire un minor rischio di patologia cardiovascolare (i pazienti psicotici si ammalano raramente di cancro). La nicotina contrasta in parte l'efficacia dei farmaci antipsicotici, anche di quelli atipici ed inoltre rende più sopportabile la sofferenza dovuta al disturbo (strumenti motivazionali: bilancia motivazionale, training di autoregolazione del comportamento per la contrattazione degli obiettivi di salute).
2. Comunicazione scritta e/o telefonica dell'obiettivo di salute e della proposta di trattamento al MMG e allo specialista psichiatra di riferimento.

Il trattamento di questi pazienti, al di là di valutazioni clinico internistiche e/o pneumologiche (misurazione del CO, spirometria, Rx torace, ecc) deve essere attuata da personale appartenente al profilo dello psicologo o dello psichiatra molto esperto. Con un sostegno continuo è possibile ottenere una riduzione graduale dell'abitudine al fumo senza rischio di destabilizzazione dal punto di vista psichiatrico.)

In letteratura è descritto l'uso del bupropione nei tabagisti psicotici.

3. Collaborazione del Centro Antifumo con lo specialista di riferimento per il mantenimento della riduzione del numero di sigarette fumate e la prevenzione della ricaduta.

2. Fumatori con patologia psichiatrica non psicotica.

I disturbi più frequentemente associati al tabagismo che possono rendere difficile il trattamento disintossicante sono quelli della serie depressiva e della serie ansiosa.

In questi casi può essere importante preventivamente o contestualmente alla disintossicazione tabagica procedere al trattamento del disturbo psichiatrico.

Fasi del trattamento da parte del Centro Antifumo

Il CAF può gestire la presa in carico direttamente, in collaborazione con il Medico di Medicina generale del paziente e/o con il Dipartimento di Salute Mentale. È, di solito da consigliare in modo privilegiato la gestione del paziente con il MMG se si tratta di una persona con disturbi di ansia e depressione (già trattati dal medico curante), in collaborazione con il MMG e la presa in carico e la supervisione del Servizio di Salute Mentale (in tutti gli altri casi, in particolare nei casi di psicosi, schizofrenia, condotte suicidarie).

Il trattamento del Paziente di interesse psichiatrico da parte degli operatori (specialisti e non) con funzioni di cura, richiede, comunque, i seguenti passaggi:

Ask: tempo dedicato ad ogni utente rispetto al suo comportamento rispetto al fumo: fuma/ non fuma/ ha smesso/ ha intenzione di smettere. Quali sono le emozioni che lega alla sigaretta, Perché per lei è così importante fumare? C'è qualcosa che modificherebbe del suo rapporto con le sigarette, se potesse farlo?

Advice: raccomandazione personalizzata di smettere o ridurre il numero di sigarette fumate sulla base di:

Disturbo psichiatrico pregresso.	Trattamento di disassuefazione
Disturbo psichiatrico in compenso.	Trattamento disassuefazione e contatto con MMG e/o specialista
Disturbo psichiatrico in atto.	Contatto con MMG e/o specialista e attesa del parere prima del trattamento disassuefazione.

Assess: valutazione della relazione fra persona e fumo di sigaretta anche attraverso la somministrazione di semplici test.

In questa fase può essere utile l'uso di test agili, autosomministrabili quali lo Zung per l'ansia e per la depressione (si tratta di test di rapida compilazione, eseguibili in punteggi che aiutano a descrivere la situazione dell'assistito).

Questi test si dovrebbero somministrare il giorno del primo incontro, insieme ad altri test (i principali sono quello di Mondor per la valutazione delle motivazioni a smettere di fumare e quello di Fagerström per misurare il livello della dipendenza), ritenuti utili dall'operatore che conduce il colloquio.

Per un ulteriore contributo alla valutazione della situazione ansiosa si può usare anche lo State-Trait Anxiety Inventory – STAI di Spielberger che si articola in due sub-scale, la STAI T-Anxiety Scale e la STAI S-Anxiety Scale che esplorano l'ansia di tratto (caratteristica stabile della personalità) e l'ansia di stato (condizione emotiva acuta che insorge interrompendo un continuum, caratterizzata da sensazione soggettiva di tensione, apprensione, nervosismo, inquietudine) È importante ripetere che i test non devono essere considerati gli "ingredienti essenziali dell'intervento".

Qualora dal colloquio emergesse la presenza di problemi di interesse psichiatrico non ancora diagnosticati e trattati, sarebbe bene inviare il fumatore all'attenzione di uno psichiatra, previa informazione concordata con la persona e il Medico curante.

Lo psichiatra potrebbe far parte del team degli operatori del "Centro Antifumo", in tal caso la presa in carico può essere automatica (i Centri antifumo dei Dipartimenti di Dipendenze Patologiche spesso hanno degli psichiatri nell'organico). Se non c'è uno psichiatra in equipe (come spesso succede nei "Centri Antifumo" operanti nei Dipartimenti di pneumologia) è buona norma prevedere accordi di rete con riferimenti esterni che garantiscano al CAF consulenze periodiche.

Nelle situazioni in cui si abbia personale esperto e disponibile in organico, si può somministrare il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Il test è abbastanza impegnativo, la compilazione richiede quasi un'ora di tempo ma può dare molte informazioni per la valutazione generale della persona.

Altro test utilizzabile è l'Eating Disorder Inventory che consente di indagare le relazioni tra la dipendenza da nicotina e alcuni tratti rilevanti per i disturbi alimentari psicogeni.

Assist: disponibilità e aiuto concreto a modificare l'abitudine al fumo del paziente attraverso programmi specifici.

Se il paziente è già in trattamento presso il Servizio di Salute Mentale per un disturbo psichiatrico è opportuno contattare lo psichiatra di riferimento (oltre il MMG) per metterlo al corrente della presa in carico e per concordare le modalità di intervento.

Se nel CAF è presente uno psichiatra questi può gestire entrambi i disturbi, previa informazione del MMG. I tempi di cessazione sono più lunghi se il paziente non ha già in corso un trattamento psicofarmacologico specifico per il disturbo psichiatrico. A paziente stabilizzato dal punto di vista psichiatrico si procede con il trattamento disintossicante. Qualora si utilizzino degli psicofarmaci per il trattamento dei disturbi psichiatrici concomitanti bisogna tenere conto della possibile interazione con l'eventuale ricorso a farmaci specifici nella terapia. Se durante il percorso di disassuefazione, riduzione programmata o sospensione temporanea delle sigarette, insorgono sintomi di possibile ricaduta è importante farne comunicazione tempestiva al MMG o allo specialista di riferimento.

Arrange: Rivalutazione della persona dopo il trattamento e, eventuale riadattamento del percorso.

La rivalutazione comprende una relazione al MMG e/o allo specialista di riferimento, dopo 2 settimane dal quit day e una comunicazione a fine trattamento (da inviare sempre al MMG e/allo specialista di riferimento).

Poiché in questi pazienti è fondamentale la presa in carico in un contesto di rete, nonostante fra i servizi sia bene prevedere contatti formali e informali è importante usare un format scritto e una comunicazione telefonica sui seguenti aspetti:

- a) tipo di trattamento consigliato: intervento individuale/intervento di gruppo; prescrizione farmacologica; obiettivo di salute contrattato.
- b) rischio di ricaduta del disturbo di comorbidità con il fumo, (la maggior difficoltà a smettere di fumare e il maggior rischio di ricaduta nel fumare). Si deve chiedere contestualmente la valutazione o, se già seguito per tale motivo, la rivalutazione del disturbo di comorbidità e la terapia prescritta.
- c) richiesta di una gestione del trattamento in rete.

Il setting differenziato per pazienti con disagio psichico nei gruppi di trattamento cognitivo-comportamentale

La struttura del percorso, che riprende la strategia dell'Approccio cognitivo comportamentale, è suddivisa in più fasi; la **fase di accoglienza** (primo e secondo incontro di gruppo e colloquio individuale) è finalizzata ad accertare la reale disponibilità dei partecipanti a concentrarsi sul tema dell'abitudine al fumo con l'obiettivo di ridurre il numero di sigarette fumate e, preferibilmente, arrivare all'astinenza; la **fase di preparazione** (dal terzo al quinto incontro) è finalizzata alla preparazione dei partecipanti al distacco dalla sigaretta; il **quit day** è il modo per condividere in gruppo aspetti positivi e negativi dell'astinenza; la **prevenzione delle ricadute** è riferita al ciclo di interventi dedicati alla relazione fra sospensione del fumo di sigaretta e gli altri stili di vita. Sono previsti 2 incontri individuali: uno all'inizio del percorso, l'altro in prossimità del quit day (subito prima o subito dopo la programmazione della astensione di 24 h dalle sigarette). È possibile prevedere incontri individuali facoltativi di supporto agli obiettivi di salute dei singoli partecipanti.

Il programma è così articolato:

- **Primo incontro:** presentazione del programma e intervento di motivazione del gruppo attraverso una attività di approfondimento espressivo sui vissuti individuali rispetto al fumo (Allegato F).
- **Secondo/terzo incontro:** contrattazione degli obiettivi di salute, attraverso la compilazione del training di autoregolazione del comportamento. Si realizza un approfondimento sui vissuti emozionali legati al fumo con il laboratorio espressivo legato ai verbi di dipendenza e ai verbi di libertà (Allegato G). I partecipanti, dopo il laboratorio e la compilazione della bilancia decisionale (Allegato H), condividono il proprio obiettivo di modificazione del comportamento rispetto al fumo.
- **Quarto e quinto incontro:** il Gruppo lavora con il diario comportamentale e le attività di approfondimento sulla relazione fra identità personale, corporeità e significati della sigaretta.
- **Sesto incontro:** l'incontro del Quit Day dura 4 ore in cui i partecipanti condividono l'astinenza. La seduta è dedicata ad esercizi di rilassamento, respirazione, comunicazione non verbale.
- **Settimo incontro:** dopo 2 giorni dal Quit Day, ci si incontra per la ricontrattazione dell'obiettivo di salute. I partecipanti possono decidere di restare astinenti o di riprendere il consumo di sigarette programmando un numero massimo di sigarette consumate nel corso della giornata.
- **Ottavo incontro:** monitoraggio dei sintomi legati all'astinenza e confronto sulle strategie individuali per la prevenzione della ricaduta.
- **Nono incontro:** cambiamento dell'abitudine al fumo e comportamento alimentare.
- **Decimo incontro:** cambiamento dell'abitudine al fumo e attività di rilassamento, respirazione e promozione dell'attività fisica.
- **Undicesimo incontro:** cambiamento dell'abitudine al fumo e attività espressive.
- **Dodicesimo incontro:** valutazione dell'obiettivo di salute contrattato e programmazione del follow-up.

Primo incontro: Accoglienza e motivazione al cambiamento.

- Presentazione della struttura del programma con l'articolazione nei 2 gruppi (gruppo motivazionale e gruppo di disassuefazione al fumo) da parte dei conduttori.

- Consegna modulo sulla privacy (obbligatorio per tutte le iniziative che prevedano il trattamento di dati personali) e registrazione dei partecipanti.
- Raccolta delle motivazioni individuali sull'adesione a un gruppo per la modificazione del comportamento individuale legato al fumo.
- Attività interattiva "I Vissuti rispetto al fumo"
- Rielaborazione espressiva di gruppo (in base alla affinità riscontrata nel momento di confronto) dei vissuti guida.
- Attività creativa sul tema "Reveries" (immagini, fantasticherie) su fumo e non fumo.
- Lettura a voce alta di qualche elaborato, da parte di partecipanti volontari.
- Ritiro dei lavori anonimi che vengono ridistribuiti casualmente. La richiesta è di commentare con una parola o una espressione emozionale l'elaborato esaminato. Tutti leggono e commentano gli elaborati anonimi dei colleghi.
- Condivisione delle espressioni emozionali.

Secondo e terzo incontro: training di autoregolazione del comportamento

Compilazione del grafico sulla disponibilità al cambiamento, della bilancia decisionale e contrattazione degli obiettivi di salute.

Quarto e quinto incontro: il diario comportamentale

1. Attività espressiva e di comunicazione non verbale sul tema "**Sigarette ed emozioni**": libere associazioni di gruppo sui vissuti delle parole emozionali.
Attività creativa sulle 3 parole emozionali (positive o negative) più vicine alla propria identità, che raccontano qualcosa della dimensione del sentire che non cambia facilmente, anche dopo sollecitazioni esterne.
Condivisione dei prodotti.
Raccolta delle parole di commento alla lettura.
2. Consegna del "**Diario Comportamentale**" e spiegazioni delle modalità di utilizzo.

Quarto incontro: relazioni di auto aiuto e aiuto fra pari negli obiettivi di cambiamento

1. Attività di comunicazione non verbale: ogni partecipante propone agli altri il commento al risultato soddisfacente o meno dell'obiettivo di salute contrattato attraverso la corporeità, lo sguardo, i gesti. Durante l'esercizio di comunicazione non verbale, gli altri partecipanti annotano quello che percepiscono e lo restituiscono al destinatario alla fine dell'esercizio.
2. Confronto sulle compilazioni dei diari comportamentali: il conduttore presta particolare attenzione alle associazioni fra sigarette fumate e parole emozionali; annotazioni sui taccuini, comunicazioni rispetto a eventuali trasgressioni.
3. Dopo il confronto sui diari, ogni partecipante sceglie un compagno che può aiutarlo a mantenere il suo obiettivo, specificando perché lo ha scelto.
4. (La situazione dovrebbe essere impari: qualcuno potrebbe essere percepito come risorsa d'aiuto per più di un partecipante. Se chi è stato individuato come risorsa ritiene di non essere in grado di svolgere bene il suo compito per più di una o due persone, può rifiutare e indicare il suo sostituto, motivando sia la ragione del rifiuto che la ragione della sua scelta). Le coppie sono asimmetriche; coppie simmetriche non sono accettate: in ogni coppia ognuno esercita il suo ruolo. È importante che i componenti definiscano nell'ambito della scheda le modalità precise attraverso cui si definisce il supporto.
5. Il conduttore ritira le schede, che utilizzerà per l'incontro successivo.

Quinto incontro: preparazione del quit day

1. Il conduttore del gruppo chiama, ad uno ad uno, tutti i partecipanti che hanno svolto funzioni di aiuto. Ognuno comincia raccontando la situazione del suo partner e finisce descrivendo come si è sentito.
2. Dopo la presentazione di tutti i partecipanti e il confronto sul raggiungimento o meno degli obiettivi

di salute, il conduttore propone, l'attività "Relazioni di aiuto", sull'esperienza di aiutare e essere aiutato (se nel gruppo ci fosse chi ha sperimentato solo il ruolo di essere aiutato, si concentra su quel ruolo).

Ognuno sceglie due immagini: una per rappresentare il concetto di chi aiuta, l'altra per rappresentare il concetto di chi riceve aiuto.

3. Attività di comunicazione non verbale a coppie sulle immagini del non fumo: ogni coppia immagina il giorno dell'astinenza e prepara un lavoro grafico, commentato con un approfondimento di dialogo sulle parole chiave dell'esperienza e una improvvisazione non verbale.
4. Ogni coppia spiega il proprio lavoro e lo commenta attraverso improvvisazioni di comunicazione non verbale. Di fianco al lavoro si riportano i contributi di lettura che il gruppo ha dato integrando le improvvisazioni.
5. Il dialogo sulle parole chiave dell'esperienza è il punto conclusivo di descrizione delle attese rispetto al quit day.

Sesto Incontro: "Quit day"

1. Attività di confronto sul diario comportamentale.
2. Consegna delle bottigliette d'acqua (2 per ogni partecipante) che tutti potranno bere durante il tempo trascorso insieme.
3. Attività di rilassamento e fantasia guidata "**Viaggio nel corpo del non fumatore e del fumatore.**"
4. Rielaborazione individuale della fantasia guidata.
5. Consegna e firma del "*Obiettivo di cambiamento sul fumo*"
6. Percorsi di attività motoria scanditi in 4 tempi: 1) ascoltare il ritmo del proprio respiro da seduti; 2) ascoltare il proprio respiro camminando; 3) proporre un esercizio di attività fisica che si trova rilassante; 4) sequenza di gesti ripetuti rallentando e accelerando, che l'operatore suggerisce al gruppo.

Settimo incontro: La ricontrattazione degli obiettivi di salute

1. Discussione su vantaggi e svantaggi nello stare senza sigarette;
2. Ricontrattazione degli obiettivi di cambiamento rispetto al fumo: continuare l'astinenza o riprendere a fumare qualche sigaretta al giorno?

Ottavo incontro: Fattori di protettivi e fattori di rischio di ricaduta

Discussione sui sintomi di astinenza, ricostituzione delle coppie di aiuto, attività di comunicazione non verbale a coppie "come ci sente da non fumatore"

Nono incontro: Obiettivi di salute e comportamento alimentare

1. Approfondimento della relazione fra benessere psicofisico e comportamento alimentare.
2. Approfondimento del rapporto fra cibo ed emozioni.

Decimo incontro: obiettivo di salute e promozione della attività fisica

1. Confronto sui sintomi dell'astinenza.
2. Attività di rilassamento
3. Esercizi di respirazione e guidata e visualizzazione
4. Programma di base di promozione dell'attività fisica

Undicesimo incontro: obiettivo di salute e espressività

1. Riproposta degli esercizi di rilassamento.
2. Laboratori espressivi per il mantenimento dell'obiettivo di salute contrattato.

Dodicesimo incontro: il follow-up

1. Attività di congedo dal gruppo
2. Programmazione del follow-up dei partecipanti e dei colloqui individuali di supporto.

La differenziazione del setting nei trattamenti di gruppo, sia prevedendo interventi all'interno dei Dipartimenti di Salute mentale, sia modificando la struttura del gruppo di disassuefazione, non pretendono di essere accolti come opportunità per migliorare sensibilmente la cura dei portatori di disagio psichico. Assolvono, tuttavia, a un importante compito educativo che, anche la letteratura internazionale più recente, sembra sottolineare.

È infatti fondamentale che la relazione fra fumo di sigaretta e disturbo mentale sia riconosciuta come priorità nella cura dei pazienti; che le strutture residenziali si adottino di regolamenti interni per ridurre l'esposizione al fumo degli ospiti; che ad ogni paziente sia offerta la possibilità di modificare il suo rapporto con la sigaretta attraverso collaborazioni in rete e programmi specifici.

Bibliografia

Fumo di sigaretta e farmaci

- Garrison G.D., Dugan S.E., *Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation*, Clin Ther. 2009 Mar;31(3):463-91.
- Cahill K., Stead L., Lancaster T., *A preliminary benefit-risk assessment of varenicline in smoking cessation*, Drug Saf. 2009;32(2):119-35.
- Rao J., Shankar P.K., *Varenicline: for smoking cessation*, Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2009 Apr-Jun;7(26):162-4.
- Gunnell D., Irvine D., Wise L., Davies C., Martin R.M., *Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database*, BMJ. 2009 Oct 1;339:b3805. doi: 10.1136/bmj.b380.

La dipendenza da fumo e la cessazione

- Tan L., Tang Q., Hao W., *Nicotine dependence and smoking cessation*, Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2009 Nov;34(11):1049-57.
- Covey L.S., *Tobacco cessation among patients with depression*, Primary care 1999, Vol 26(3),:691/ 706.
- Curtin L., Brown R.A., *Sales SD, Determinants of attrition from cessation treatment in smokers with a history of major depressive disorders*, Psychology of addictive behaviours, 2000, 14(2):134-142.
- Desal H.D., Seabolt J., Jann M.W., *Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective*, CNS Drugs 2001; 15 (6).
- Tsoh J.Y., Humfleet G.L., Munoz R.F., Reus V.I., Hartz D.T., Hall S.M., *Development of major depression after treatment for smoking cessation*, The American Journal of Psychiatry 2000, 157 (3), 368/374.
- Hays J.T., Schroeder D.R., Offord K.P., Crhogan I.T., Pattern C.A., Hurt R.D., Jorenby B.E., Fiore M.C., *Response to nicotine dependence treatment in smokers with current and past alcohol problems*, Ann. Behav. Med. (United States), Summer 1999,21 (3):244-50
- Vazquez F.L., Becona E., *Depression and smoking in a smoking cessation programme*, Journal of affective disorders 1999, 55 (2-3): 125-132.
- Mitchell S.H., *Measures of impulsivity in cigarette smokers and non smoker*, Psychopharmacology (Berl) 1999, 146 (4):455-64.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *Tobacco smoke and involuntary smoking*. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 2004; 83: 1-1438.
- Callinan J.E., Clarke A., Doherty K., Kelleher C., *Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption*. Cochrane Database Syst Rev 2010.
- Prochaska J.J., *Smoking and mental illness--breaking the link*. N Engl J Med 2011; 365: 196-8.
- Ratschen E., Britton J., McNeill A., *Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England*. Br J Psychiatry 2009; 194: 547-51.
- Kroon L.A., *Drug interactions with smoking*. Am J Health Syst Pharm 2007; 64: 1917-21.
- Fiore M.C., Jaén C.R., Baker T.B. et al., *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

Fumo e problemi di interesse psichiatrico

- Emerson E., *Health status and health risks of the "hidden majority" of adults with intellectual disorders*, Intellect Dev. Disability, luglio 2011.

- Giucastro G., Verduri A., del Donno M., *Dipendenza da nicotina e malattie psichiatriche*, Tabaccologia, 2004, 1: 34/37.
- Hai Yen Sung, Prochaska, Michael K. Ong, Yanling Shi, Wendy Max, *Cigarette Smoking and serious Psychological Distress: a population-based study of California adults*, Nicotine & Tobacco Research, Vol. 13, Number 12, 2011, 1183-1192.
- Khalida I. et al., *Correlazione tra disturbi psichiatrici e fumo di sigarette*, Am J Epidemiol 2000, 152.
- Sontag H., Wittchen Hu., Hofler M., Kessler R.C., Stein M.B., *Are social fears and DSM IV social anxiety disorders associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults?* Eur. Psychiatry 2000, 15 (1) 67/74.
- Regier D.A., Farmer N.E., Rae D.S. e al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study* June 1990.
- Gonzales-Pinto A., Gurierrez M., Ezcurra J., Aitzpura F. et al., *Tobacco smoking and bipolar disorders*, J Clin. Psychiatry, 1998.
- Malone e al., AQm J.Psichiatria, 2003.
- Thony P., George M.D., and Jennifer C. Vessicchio, M.S.W., *Nicotine addiction and schizophrenia*, Psychiatric Times, feb. 2001, vol. XVIII.
- Aubin H.J., Tilikete S., Barrucand D., *Depression, and smoking*, Encephale 1996, Jan-Feb 22 (1).
- Breslau N., Klein D.F., *Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation*, Arch. Gen. Psychiatry 1999, 56 (12).
- Covey L.S., Glassman A.H., Stetner F., *Cigarette smoking and major depression*, J Addict dis 1998, 17 (1).
- De Leon J., Becona E., Gurpegui M., Gonzales-Pinto A., Diaz F.J., *The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries*, J Clin Psychiatry 2002, Sep 63 (9).
- El-Guebaly N. et al., *Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders*, Psychiatr Serv 2002, Sep 53 (9).
- Lisa C. Dierker et al., *Smoking and depression: an examination of mechanism of comorbidity*, American Psychiatric Association 2002, 159.
- Drach L.L., Morris D., Cushing C., Romoli C., Harris R.L., *Promoting smoke-free environments and tobacco cessation in residential treatment facilities for mental health and substance addictions*, Oregon, 2010. Prev Chronic Dis 2012; 9: E23.
- Lasser K., Boyd J.W., Woolhandler S., Himmelstein D.U., McCormick D., Bor D.H., *Smoking and mental illness: A population-based prevalence study*. JAMA 2000; 284: 2606-10.
- Ballbè M., Nieva G., Mondon S. et al., *Smoke-free policies in psychiatric services: identification of unmet needs*. Tob Control 2011; Sep 20. Epub ahead of print.
- McNally L., Oyefeso A., Annan J. et al., *A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings*. J Public Health (Oxf) 2006; 28: 192-6.
- Siru R., Hulse G.K., Tait R.J., *Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review*. Addiction 2009; 104: 719-33.
- Willemsen M.C., Gorts C.A., Van Soelen P., Jonkers R., Hilberink SR., *Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings*. Tob Control 2004; 13: 180-5.
- De Hert M., van Winkel R., Silic A., Van Eyck D., Peuskens J., *Physical health management in psychiatric settings*. Eur Psychiatry 2010; 25 Suppl 2: S22-8.
- Jill M. Williams, Mia Hanos Zimmermann, Marc L. Steinberg, Kunal K. Gandhi, Cris Delnevo, Michael B. Steinberg, Jonathan Foulds, *A Comprehensive Model for Mental Health Tobacco Recovery in New Jersey*, Administration and Policy in Mental Health, 2010.
- Jill M. Williams, Douglas Ziedonis, *Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction*, Addictive Behaviors 29 (2004) 1067–1083.
- Jill M. Williams, *Addressing the Importance of Tobacco Treatment for Mental Health Consumers*, After The Smoke Clears: Facing the Next Challenges in Tobacco Control Hilton Waikiki Prince Kuhio, Hawaii 2008.
- Jill M. Williams, M.D., Jonathan Foulds, Ph.D., *Successful Tobacco Dependence Treatment in Schizophrenia*, Clinical Case Conference, Am J Psychiatry 164:2, February 2007
- JILL M. Williams, M. Douglas Ziedonis, *Snuffing out tobacco dependence*, Behavioral Healthcare, May 2006.
- Jill M. Williams, Marc L. Steinberg, Mia Hanos Zimmermann, Kunal K. Gandhi, Brooke Stipelman, Patricia Dooley Budsock, Douglas M. Ziedonis, *Comparison of two intensities of tobacco dependence counseling in schizophrenia and schizoaffective disorder*, Journal of Substance Abuse Treatment 38 (2010) 384–393.
- F.L. Lopes, I. Nascimento, W.A. Zin, A.M. Valença, M.A. Mezzasalma, I. Figueira and A.E. Nardi, *Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey*, Braz J Med Biol Res, August 2002, Volume 35(8) 961-967.
- M. Millera, G. Borgesb, R. Orozcoc, K. Mukamald, E.B. Rimme, C. Benjetb, M.E. Medina-Morab, *Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: Findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey* Drug and Alcohol Dependence 113 (2011) 110–117.
- Tamara DeHay, Chad Morris, Mandy Graves May, Karen Devine, Jeanette Waxmonsky, *Tobacco use in youth with mental illnesses* J Behav Med, 2011.
- Joy L. Johnson, Leslie A. Malchy, Pamela A. Ratner, Shahadut Hossain, Ric M. Procyshyn, Joan L. Bottorff, Marlee Groening e, Peter Gibson, Marg Osborne, Annette Schultz, *Community mental healthcare providers' attitudes and practices related to smoking cessation interventions for people living with severe mental illness*, Patient Education and Counseling 77 (2009) 289–295.
- Kelly P. Arbour-Nicitopoulos, Guy E. Faulkner, Agnes Hsin, Peter Selby, *A pilot study examining the acute effects of exercise on*

- cigarette cravings and affect among individuals with serious mental illness*, *Mental Health and Physical Activity* 4 (2011) 89 e 94.
- Kelly P. Arbour-Nicitopoulos, Guy E. Faulkner, Tony A. Cohn, and Peter Selby, *Smoking Cessation in Women With Severe Mental Illness: Exploring the Role of Exercise as an Adjunct Treatment Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 1 (February), 2011: pp 43–52.
- Chizimuzo T.C. Okoli, Milan Khara, Iris Torchalla, Mary H.H. Ensom, John L. Oliffe, Joan L. Botorff, Paul J Stanley, *Sex differences in smoking cessation outcomes of a tailored program for individuals with substance use disorders and mental illness*, *Addictive Behaviors* 36 (2011) 523–526.
- Brian Hitsman, Taryn G Moss, Ivan D Montoya, Tony P George, *Treatment of Tobacco Dependence in Mental Health and Addictive Disorders*, *La Revue Canadienne de psychiatrie*, vol 54, no 6, juin 2009.
- Sally McManus, Howard Meltzer and Jonathan Campion, *Cigarette smoking and mental health in England*, Data from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007, National Centre for Social Research.
- Adalberto Campo-Arias, Luis A. Diaz-Martinez, German E. Rueda-Jaimes, Mauricio Rueda-Sanchez, Daniel Farelo-Palacin, Francisco J. Diaz, Jose de Leon, *Smoking is associated with schizophrenia, but not with mood disorders, within a population with low smoking rates: A matched case-control study in Bucaramanga, Colombia*, *Schizophrenia Research* 83 (2006) 269– 276.
- Carlo C. DiClemente, Janine C. Delahanty, Miranda G. Kofeldt, Lisa Dixon, Richard Goldberg, Alicia Lucksted, *Stage movement following a 5A's intervention in tobacco dependent individuals with serious mental illness (SMI)*, *Addictive Behaviors* 36 (2011) 261–264.
- Marsha Snyder, Judith McDevitt, and Susan Painter, *Smoking Cessation and Serious Mental Illness*, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 22, No. 5 (October), 2008: pp 297–304.
- Mental Illness and Tobacco Use Fact Sheet, Tobacco Prevention and Cessation Program, Arkansas Department of Health Campaign for Tobacco-free Kids, http://www.tobaccofreekids.org/facts_issues/toll_us/arkansas
- Henri-Jean Aubina, Hans Rollemad, Torgny H. Svenssone, Georg Winterer, *Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review*, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 36 (2012) 271–284.
- Judith J. Prochaska, *Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: A form of harm reduction?* *Drug and Alcohol Dependence* 110 (2010) 177–182.
- Shawna L. Carroll Chapman, Li-Tzy Wu, *Substance abuse among individuals with intellectual disabilities*, *Research in Developmental Disabilities* 33 (2012) 1147–1156.
- Brett T. Hagman, Cristine D. Delnevo, Mary Hrywna, Jill M. Williams, *Tobacco use among those with serious psychological distress: Results from the national survey of drug use and health, 2002*, *Addictive Behaviors* (2007).
- Elena Ratschen, John Britton, Gillian A. Doody, M.Phil. Jo Leonardi-Bee, Ann McNeill, *Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitude*, *General Hospital Psychiatry* 31 (2009) 576–582.
- Ann McNeill, *Smoking and patients with mental health problem*, Health Development Agency 2004.
- Lawn S, Pols R., *Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research*. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:866-85.
- Le Houezec J, Sawe U, *Soking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation*, *J Mal Vasc*, 2003 Dec;28(5):293-300
- Olivier D., Lubman D.I., Fraser R., *Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: a biopsychosocial perspective*, *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2007, vol. 41, no7, pp. 572-580 (review).
- Price J.H., *Tobacco Intervention Training in Graduate Psychiatric Nursing Education Programs*, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, Vol. 14, No. 2, 117-124, 2008.
- Prochaska J.J. et al., *Treatment of Tobacco Use in an Inpatient Psychiatric Setting*, *Psychiatr Serv* 55:1265-1270, November 2004.
- Rodu B., Godshall W.T., *Tabacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers*, *Harm reduction Journal*, 2006,3:37.
- Stead L.F., Lancaster T., *Interventions to reduce harm from continued tabacco use*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 3.
- Williams J.M., Steinberg M.L., Steinberg M.B., *A Comprehensive Model for Mental Health Tobacco Recovery in New Jersey*, *Adm Policy Ment Health*, 2010.
- Dalack G.W., Becks L., Hill E. et al., *Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia*. *Neuropsychopharmacology* 1999;21:195-202.
- De Leon J., Becona E., Gurpegui M., Gonzales M., Gonzales-Pinto A., Diaz F.J., *The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries*, *J Clin Psychiatry* 2002, Sep 63 (9).
- Hempel A.G., Kownacki R., Malin D.H. et al., *Effect of a total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital*. *Behav Sci Law* 2002;20:507-22.

Corso online per la disassuefazione dal fumo – Esperienza pilota

Proposta di corsi di 8 incontri di 1:30 ore di trattamento intensivo + 1/2 incontri di follow-up e comprensivi di colloquio online individuale preliminare di circa 30 minuti, utile a valutare l'adeguatezza del candidato al corso ipotizzato.

Il corso si basa sull'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali per la cessazione dell'abitudine tabagica. Lo scopo del trattamento è quello di smettere di fumare; all'interno del corso verrà proposto ai partecipanti l'utilizzo di sostitutivi nicotinici (come inalatori di nicotina) nella fase iniziale della disassuefazione, di solito acquistato in autonomia dal partecipante.

Il trattamento prevede in linea di principio una prima fase con appuntamenti più ravvicinati (2 incontri la settimana per 2 settimane/2 incontri la settimana per 3 settimane) e una seconda fase con appuntamenti più distanziati (1 incontro la settimana per 4 settimane/1 incontro la settimana per 2 settimane).

Vengono di solito proposti due ulteriori incontri, uno a un mese e il secondo a 3-6 mesi, per mantenere la motivazione e supporto in caso di ricadute.

I corsi verranno effettuati attraverso l'utilizzo della piattaforma internet ZOOM.

Adesione e raccolta partecipanti

Contatto diretto tramite degli iscritti in lista di attesa e campagna pubblicitaria tramite mezzi idonei alla popolazione di riferimento (social network..).

Destinatari: 8-10 partecipanti.

Richieste ai partecipanti

I partecipanti riceveranno sulla loro mail personale i materiali da firmare e rispedire e, nel corso del percorso, riceveranno materiali di approfondimento.

Materiale da firmare: accordo di non divulgazione di quanto verrà riferito dagli altri partecipanti all'interno del gruppo, per facilitare un clima di confidenza tra i partecipanti; privacy e autorizzazione al trattamento dei dati; accordo all'elaborazione dei dati anonimizzati a fini di miglioramento del percorso e eventuali studi scientifici finalizzati al miglioramento dei percorsi antifumo (senza l'esposizione di nessun dato riconducibile al singolo individuo).

Istruzioni da fornire per utilizzo della piattaforma ZOOM:

- Per iscriverti vai su www.zoom.us oppure scarica l'App Zoom Cloud Meeting dal tuo telefono, dal computer la visualizzazione è migliore.
- Occorre una buona connessione
- Vi chiediamo di essere in un luogo il più silenzioso possibile e di utilizzare gli auricolari per ridurre i rumori ambientali
- Vi preghiamo di spegnere il microfono se non direttamente coinvolti nella discussione
- Se si riscontrano difficoltà nella connessione può essere utile provare a spegnere la videocamera

Colloquio preliminare

Utilizzo "Scheda d'accesso Centro Antifumo" e Test di Fagerström.

Durante il colloquio preliminare risulta necessaria una valutazione delle capacità di utilizzo degli strumenti online necessari.

Durata 30 minuti circa.

1° Incontro

Avviene una prima fase di presentazione personale, in cui vengono richiamate le motivazioni individuali espresse durante il colloquio individuale e sono analizzate aspettative, dubbi, preoccupazioni rispetto la decisione di smettere.

Vengono richiamati i punti fondamentali del percorso esposti al momento dell'iscrizione.

Utilizzo dello strumento della "**Bilancia Decisionale**" in gruppo per analizzare i pro e contro del fumo di sigaretta.

Viene discusso il significato di dipendenza farmacologica dalla Nicotina e la sua azione bivalente in senso sedativo-stimolante.

Vengono, infine, date le indicazioni per il proseguo del percorso ed assegnati i compiti per l'incontro successivo, e nello specifico:

- Comprare un solo pacchetto per volta;
- Fumare esclusivamente le proprie sigarette dal proprio pacchetto, evitando di offrirle o di farsele offrire da altri;
- Consegna e spiegazione di utilizzo del **Calendarietto** per l'automonitoraggio delle sigarette.

Il Calendarietto, accompagnato dalle istruzioni, viene utilizzato per favorire un utilizzo più consapevole e meno automatico della sigaretta, così da provare a romperne gli automatismi; ai partecipanti viene richiesto, infatti, di avvolgere il proprio pacchetto di sigarette all'interno di questo foglio.

L'indicazione non è di fumare meno, quanto piuttosto di compilare questo diario prima di iniziare a fumare: vanno riportate, infatti, tutte le sigarette fumate durante la giornata indicando l'ora, la situazione in cui questa viene fumata (con attenzione al contesto esterno ed interno), il grado di bisogno, la motivazione per smettere e se la sigaretta viene effettivamente fumata o meno.

2° Incontro

Vengono prese in esame le esperienze avute con l'utilizzo del calendarietto ed analizzati i primi risultati.

Vengono richiamati alcuni argomenti trattati nell'incontro precedente: la durata dei sintomi d'astinenza, i vantaggi dello smettere, il concetto che smettere è un processo graduale, l'importanza delle motivazioni personali.

Anche al termine del secondo incontro, il compito assegnato ai partecipanti è la compilazione del Calendarietto, con una modifica: come al termine del primo incontro, ogni volta che viene voglia di fumare vanno seguite le indicazioni date in precedenza, ma in questo caso con un'attesa aggiuntiva di 5 minuti.

3° Incontro

Sono verificati gli obiettivi concordati nell'incontro precedente ed i relativi vissuti.

Iniziano ad essere più chiari, per i partecipanti, gli antecedenti esterni ed interni che portano all'utilizzo della sigaretta e quali sigarette sono (o sono state) più semplici da eliminare.

Viene condiviso come parte dello scopo di questa attesa dei 5 minuti sia iniziare a prendere consapevolezza, maneggiare e superare le prime esperienze di craving, rinforzando quindi la capacità dei partecipanti di fronteggiare queste difficoltà.

Il compito assegnato alla fine del terzo incontro, come nei precedenti, non richiede una riduzione del numero di sigarette fumate; la scelta di riduzione, in questo caso, viene posta su una fascia oraria.

Nello specifico, viene chiesto ai partecipanti di scegliere una fascia oraria (mattino 7-13; pomeriggio 13-20; sera/notte 20-7) in cui si asterranno completamente dal fumare (figura 4).

Viene ribadito che, nelle fasce restanti, l'utilizzo della sigaretta sarà sempre libero (con solito utilizzo del calendarietto), ed è importante scegliere la fascia ritenuta più semplice da gestire; vengono ripresi, nell'ottica di una scelta consapevole e non troppo aversiva, i calendarietti in modo da selezionare la fascia in cui le sigarette consumate sono quelle meno importanti.

4° Incontro

Compito, al termine di questo incontro ed in funzione del prossimo in cui verranno concordate le prime 24 ore di astinenza, sarà la scelta di un'altra fascia oraria tra quelle rimaste libere alla fine del terzo incontro.

5° Incontro

È l'incontro di preparazione alle 24 ore di astinenza completa.

Vengono spiegate e consegnate le schede contenenti le istruzioni per monitorare e superare le prime ore di astinenza.

L'indicazione per il gruppo è quella di continuare a fumare nella fascia rimasta libera fino alle 24 ore precedenti il 6° incontro; la richiesta è, quindi, di arrivare all'incontro fissato senza aver fumato per un intero giorno. Viene concessa l'ultima sigaretta anche a chi si trova fuori dalla propria fascia libera.

Viene chiarito che, al termine delle 24 ore, non si tornerà a fumare, ma che questa tappa rappresenta lo "spartiacque" del percorso.

Vengono concordati anche le azioni per chi decide di ricorrere ad una terapia farmacologica sostitutiva,

utile nella gestione dei sintomi. Le persone che decidono di utilizzare una terapia farmacologica sono reindirizzate presso il medico di base con una lettera di invio e notifica.

È specificato, a tal proposito, che la terapia sostitutiva andrà iniziata solo dopo le 24 ore di astinenza; questa precisazione risulta importante per ribadire come lo sforzo ed il successo rispetto lo smettere di fumare siano merito della persona che li mette in atto e non della terapia.

Si invitano, infine, i partecipanti a firmare l'impegno scritto (contratto) per le 24 ore di astinenza che viene redatto in duplice copia, una per il partecipante ed una per il conduttore.

6° Incontro

I partecipanti riferiscono sulle prime 24 ore di astinenza.

Risulta estremamente importante il sostegno reciproco di gruppo in questa fase, in particolare verso i partecipanti che non sono riusciti nel tentativo di smettere definitivamente; si può conceder loro una proroga, facendo leva sulla motivazione e la capacità di scegliere.

I partecipanti nelle fase più avanzate del percorso sono invitati a descrivere come sono riusciti a trasformare le loro prime 24 ore in un processo continuo.

Viene utilizzata la **scheda dei sintomi d'astinenza**; all'interno del gruppo vengono discussi i possibili sintomi e ad ognuno di loro viene assegnato un punteggio da 1 a 10 per queste prime 24 ore.

Sono infine date le indicazioni sulla compilazione, da effettuarsi a fine giornata, in modo da ottenere delle misurazioni e valutazioni il più possibile oggettive e confrontabili nel tempo per ogni partecipante.

Viene, infine, fornita la scheda con i **“consigli per rimanere non fumatori”**.

7°-8° Incontro

Gli ultimi due incontri si sviluppano e si muovono dall'esperienza dei partecipanti.

Vengono presi in esame più approfonditamente i sintomi di astinenza.

La condivisione della sintomatologia comune risulta utile, all'interno del gruppo, sia per normalizzarli che per avvalersi dell'esperienza altrui nella gestione, con condivisione di strategie e supporto del gruppo.

Sulla base di queste esperienze, viene introdotto il tema della ricaduta come ostacolo e possibile “incidente di percorso”, che può presentarsi ma da cui è possibile tornare indietro.

Sono sperimentate alcune abilità pratiche relative alle “azioni sostitutive”: sono condivise all'interno del gruppo le tecniche respiratorie da mettere in atto per lavorare sulla consapevolezza.

Vengono fornite, inoltre, alcune informazioni ed indicazioni su una corretta alimentazione (**Piramide alimentare**) ed una sana attività fisica (**Piramide dell'attività fisica**), utili a lavorare sulla disassuefazione e prevenire il possibile aumento ponderale.

Verifica al 2° Mese e Conclusioni

Il fine degli incontri di verifica è quello di offrire opportunità di rinforzo periodico per prevenire le ricadute. Viene valutata, contemporaneamente, l'efficacia terapeutica del programma a scopi statistici.

Appendice.

Il Progetto di ricerca

“Analisi dei meccanismi d’azione psico-comportamentali con cui la proposta di adesione alla TAC spirale agisce sulle abitudini tabagiche e sulla disassuefazione al fumo”.

Finanziamento 5x1000 da LILT nazionale.

Anni 2019-2022.

Strumenti valutativi di tipo quantitativo, materiale informativo e procedure operative.

Il progetto è stato cofinanziato dalla Sede Centrale della Lega italiana per la lotta contro i Tumori attraverso il Fondo 5 per mille del Ministero della Ricerca, ed ha capofila la LILT di Firenze. Il Progetto prevede una raccolta dati su **cessazione del fumo e eventuale offerta di Tac spirale per screening per tumore del polmone nella pratica corrente** ed è realizzato in parallelo al progetto di ricerca qualitativo che è stato autorizzato dal Comitato Etico di Reggio Emilia (Responsabile Scientifico Paolo Giorgi Rossi) da parte dei Comitati Etici dei Centri Partecipanti.

I centri partecipanti garantiscono di integrare nel trattamento di disassuefazione al fumo gli strumenti valutativi che sono stati predisposti dal coordinamento al fine di valutarli al termine dello studio. Obiettivo è verificarne la fattibilità di uso nella pratica corrente. È inoltre prevista la possibilità di offrire ai soggetti in trattamento e eleggibili, la possibilità di partecipare allo studio qualitativo, secondo specifiche procedure che saranno decise dai responsabili dello studio (vedi Manuale procedure studio qualitativo).

Non si prevede in questa raccolta di dati un trattamento di dati nominativi al di fuori di quelli previsti nella autorizzazione all’uso firmata da soggetto all’atto dell’inizio del trattamento di disassuefazione. Tutti i dati raccolti saranno trasmessi al Centro Coordinatore della Ricerca (UO Epidemiologia di Reggio Emilia) in forma anonimizzata ed elettronica e saranno diffusi e pubblicati solo in forma aggregata.

Responsabili scientifici del progetto LILT: Eugenio Paci, Sandra Bosi, Paolo Giorgi Rossi

RACCOLTA DATI - STRUMENTI QUANTITATIVI

1. **Setting:** Interventi Individuali e di Gruppo per la cessazione al fumo.
2. **Formazione:** i conduttori dovranno conoscere il progetto avendo partecipato alle riunioni organizzative e a eventuale formazione specifica.
3. **Soggetti eleggibili: sono considerati eleggibili i soggetti che sono avviati a trattamento per cessazione del fumo e abbiano dichiarato la loro disponibilità a partecipare in quanto forti fumatori (>15 pacchetti /anno), di entrambi i sessi e di età compresa tra i 50 e i 75 anni.**
4. **Procedura di arruolamento degli eleggibili:**
 1. i soggetti avviati a trattamento di cessazione fumo sono informati della possibilità di partecipare alla raccolta dati su cessazione del fumo e TAC spirale e della sua finalità ricevendo un foglio informativo sul progetto e sulla Tac Spirale se eleggibili.
 2. Viene richiesta agli eleggibili, fino a saturazione del numero, la disponibilità a partecipare, dopo la fine del percorso individuale o di gruppo, allo studio di ricerca qualitativa, che prevede uno specifico consenso informato all’atto dell’intervista.
5. **Procedura di trattamento:**
 1. Ogni centro partecipante può prevedere proprie, specifiche modalità di esecuzione o organizzazione della procedura di trattamento. Procedure che sostanzialmente modifichino quelle usuali e già discusse negli incontri comuni dovranno essere concordate e approvate dai responsabili scientifici del Progetto
 2. Il trattamento di cessazione potrà essere svolto solo da un conduttore che sia stato informato delle procedure di raccolta dati
 3. Il trattamento potrà essere condotto o in presenza o in remoto, secondo modalità condivise e approvate dai responsabili scientifici.
 4. Il conduttore nel primo incontro individuale o di gruppo procede a rivalutare l’eleggibilità
 5. Verifica che il soggetto abbia avuto disponibilità del materiale informativo sugli strumenti previsti

- (TAC spirale) e li abbia letti.
6. Il conduttore deve compilare o chiedere al soggetto di compilare la scheda anagrafica (scheda O)
 7. Verificare che su ognuno dei questionari (A, B, C) venga riportato il numero progressivo del soggetto e il Codice del Centro Partecipante.
 8. Saranno utilizzabili (preferibile) i PDF che permettono inserimento dati che saranno inviati ai centri partecipanti dai responsabili prima dell'inizio dello studio.
 9. Nel corso del primo incontro di trattamento viene somministrato il Questionario A.
 10. Il Questionario B viene somministrato nel secondo o terzo incontro.
 11. Il Questionario C viene somministrato in occasione degli ultimi incontri, di norma almeno il 5 incontro dell'intervento di cessazione.
 12. I Questionari NON devono essere inseriti nella cartella CAF locale, ma raccolti in una cartella cartacea e/o elettronica (preferibile) individuale con il numero progressivo della raccolta dati presente nella scheda O
 13. Tutti i questionari (moduli A, B, C e la scheda anagrafica O, anonimizzata) in formato pdf o scan resteranno localmente raccolti in fascicolo elettronico come file pdf o scan
 14. Il conduttore trasferisce tutto il fascicolo individuale con i questionari compilati con cancellazione del nome, in formato elettronico, al Centro di Riferimento regionale (LdP di Reggio Emilia o LILT Firenze), rispettivamente per la Regione Emilia Romagna o Regione Toscana) che ne verifica la qualità.
 15. Al termine della valutazione di qualità, il fascicolo completo con i moduli compilati sarà trasferito dal Centro Partecipante all'UO di Epidemiologia di Reggio Emilia in formato elettronico anonimo.
 16. Una prima valutazione della raccolta dati verrà realizzata dopo circa 1 mese e periodicamente dall'avvio dello studio nel singolo centro partecipante in collaborazione con il referente regionale., al fine di apportare eventuali aggiustamenti nelle procedure.
 17. Tutti i moduli cartacei e elettronici saranno conservati solo a fine di necessità di valutazione di qualità fino al termine dello studio e cancellati o distrutti dopo 1 anno dalla pubblicazione dei risultati dello studio.

SCHEDA 0 - anagrafica e identificativo dello studio

(NUMERO CARTELLA CENTRO ILOCALE) PARTECIPANTE	XXXX da conservare solo a livello locale numerico
CHIAVE Centro partecipante e di trattamento	CODICE/Stringa
CHIAVE NUMERO STUDIO (progressivo per centro)	
CHIAVE di nascita:	
CHIAVE di compilazione questionario	Gg/mm/AAAA
CHIAVE data di inizio trattamento di disassuefazione	Gg/mm/AAAA
Sesso	M /F
Titolo di studio:	elementari / medie / superiore / laurea o altra scuola superiore
Condizione lavorativa	Casalinga / lav. dipendente / lav. tempo determinato / pensionato / disoccupato
Eleggibilità- ETA'	NUMERO
Eleggibilità- Fumatore >15 giorno	NUMERO SG/giorno medio
Note (testo)	

QUESTIONARIO A

NOTA: Il conduttore del gruppo di disassuefazione al fumo o dell'intervento individuale, dopo aver esposto gli obiettivi e le modalità di conduzione dello studio, propone il questionario A. Lo ritira al termine dell'incontro e ne verifica la completezza del dato identificativo e la compilazione.

Tempo di somministrazione 5 minuti , più 5 minuti per presentazione scheda informativa).

Questionario A: le principali ragioni per smettere

Fra quelle sottoelencate indichi con una crocetta le tre ragioni che sono più rilevanti per lei o ne aggiunga un'altra, se non si riconosce in quelle proposte.		
· perché ho problemi di salute	· perché vorrei proteggere la mia salute	· perché nella mia famiglia nessuno fuma
· perché comincio a sentirmi troppo dipendente dalla sigaretta	· perché mi rendo conto che fumo di più e meno volentieri	· perché comunque fumando si spendono parecchi soldi
· perché delle sigarette che fumo al giorno, me ne gusto davvero poche	· perché al mattino ho tosse e catarro	· perché vorrei cominciare a cambiare stili di vita e muovermi di più
· perché sono trent'anni che fumo e sono stanco	· Altro (domanda aperta)	

Indichi tra le TRE che ha segnalato quella che ritiene più importante (la principale) sottolineandola o facendoci un cerchio intorno

QUESTIONARIO B

NOTA: Il Conduttore introduce questo secondo questionario con una certa flessibilità al secondo o terzo incontro, in maniera da non turbare il percorso di trattamento. Lo ritira al termine dell'incontro e ne verifica la completezza del dato identificativo e della compilazione.

Setting: Secondo/Terzo incontro individuale/gruppo –. Tempo di somministrazione: 15 minuti).

Bilancia decisionale su vantaggi e svantaggi rispetto ad eventuali possibilità di monitoraggio dei risultati ottenuti con il trattamento di disassuefazione fumo. Obiettivo è indicare cosa la potrebbe meglio facilitare nel restare non fumatore In base alle priorità che hanno per lei, sistemi le affermazioni sotto riportate nella tabella. La stessa affermazione può ricorrere anche in entrambe le colonne (non è necessario che le usi tutte):

- 1) Possibilità di avere un incontro trimestrale con il conduttore del Gruppo
- 2) Possibilità di partecipare ad un incontro trimestrale con le persone che hanno smesso di fumare insieme a me
- 3) Partecipare a un gruppo specifico per la gestione delle tematiche reattive a eventuali ricadute
- 4) Partecipare a incontri su temi relativi alla nutrizione ed eventuale aumento di peso alla cessazione del fumo
- 5) Sottoporsi a controlli periodici, cioè screening come la tac spirale a bassa dose, di cui ci si sono date indicazioni durante il percorso di cessazione del fumo.
- 6) Avere periodiche misurazioni del monossido di carbonio
- 7) Continuare ad usare la terapia anti-tabagica
- 8) Iscrivermi a un gruppo di cammino o comunque fare più movimento
- 9) Partecipare a studi che possano essere utili all'analisi dei meccanismi per cui si smette di fumare.

Può riscrivere le priorità o scrivere solo il numero di quelle che vuole segnalare

Vantaggi	Svantaggi

3) Altro (domanda aperta):

Le sue indicazioni ci saranno utili per perfezionare il sistema di monitoraggio dei fumatori che hanno smesso di fumare.

QUESTIONARIO C

NOTA: Propensione alla adesione ad una eventuale proposta di screening per la diagnosi precoce del tumore del polmone con TAC spirale.

Tempo di somministrazione 20 minuti. Setting: Si suggerisce di somministrare nelle ultime fasi del trattamento di disassuefazione al fumo (circa incontro 5).

Quanto reputa che sarebbe importante per lei diagnosticare un tumore del polmone nella sua fase iniziale (cosiddetto screening), cioè quando si presume possa essere trattato più facilmente, se questo esame le fosse raccomandato e offerto dal servizio sanitario nazionale?

	Come valuta lo Screening, è favorevole?				
	Per nulla	poco	non so	abbastanza	molto
Cosa ne pensa dello screening per il tumore del polmone					
Quanto la preoccupa che eseguendo lo screening					
a) Possa ricevere un falso allarme	per nulla	poco	indifferente	abbastanza	molto
b) dover fare altri test se risulta positivo allo screening	per nulla	poco	indifferente	abbastanza	molto
c) essere esposto a radiazioni per lo screening	per nulla	poco	indifferente	abbastanza	molto
d) essere trattato per un cancro che non le avrebbe mai dato problemi	per nulla	poco	indifferente	abbastanza	molto
e) soffrire gli effetti collaterali dei trattamenti per il cancro del polmone	per nulla	poco	indifferente	abbastanza	molto

ALLEGATO I FOGLIO INFORMATIVO

Questa raccolta dati, promossa dalla Lega Italiana Lotta ai Tumori, sezioni di Firenze e Reggio Emilia dalla USL– IRCCS di Reggio Emilia, e da diversi centri che svolgono trattamenti di cessazione del fumo è finalizzata a valutare la fattibilità di prevedere l'eventuale opportunità per chi si sottopone al trattamento di cessazione e ha certe caratteristiche di età e abitudine al fumo di accedere a uno screening per tumore del polmone con TAC Spirale, una tecnica ancora in fase di valutazione scientifica. Le sue opinioni ci saranno utili per migliorare l'eventuale opportunità di collegare cessazione del fumo e eventuale pratica dello screening. Questa raccolta di informazioni avviene nell'ambito di un progetto dal titolo **“Analisi dei meccanismi d'azione psicocomportamentali con cui la proposta di adesione alla TAC spirale agisce sulle abitudini tabagiche e sulla disassuefazione al fumo”**, finanziato ex 5x mille dalla LILT nazionale ed è parte integrante del trattamento per la cessazione del fumo cui lei ha deciso di partecipare. Tutte i questionari che le saranno proposti fanno parte del trattamento previsto e sono finalizzati a migliorare le informazioni utili che verranno offerte a chi partecipa a questi interventi. Tutte le informazioni e opinioni saranno valutate nell'ambito della usuale pratica di valutazione del nostro lavoro di qualità con l'obiettivo di migliorare la nostra offerta di servizio. I dati personali saranno trattati come altri che vengono registrati durante il trattamento e in modo strettamente aderente alla protezione e al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, c.d. GDPR, e della normativa italiana attualmente in vigore in materia di Privacy. Ai fini valutativi delle opinioni raccolte, tutti i dati individuali saranno utilizzati esclusivamente in forma anonimizzata e per il solo tempo necessario per il completamento della valutazione. Questo significa che i dati personali saranno associati a un codice, dal quale sarà impossibile risalire alla sua identità: solo il centro coordinatore che la segue nel suo trattamento potrà collegare il codice al suo nominativo al fine di evitare errori nella gestione dei dati. I risultati di questa valutazione di qualità saranno quindi disponibili solo in forma aggregata, mai individuale, e utilizzati in tale forma al fine di rapporti e pubblicazioni scientifiche. Al termine della valutazione di qualità così condotta, potrà chiedere allo sperimentatore di prendere visione dei risultati aggregati.

ALLEGATO II

Nella raccolta delle sue opinioni che verrà effettuata durante il ciclo di trattamento di cessazione del fumo a cui ha deciso di partecipare, le chiediamo, attraverso appositi moduli che le saranno sottoposti dal conduttore, di esprimere la sua opinione su una eventuale proposta di partecipare allo screening per il tumore del polmone, un tumore ad elevata frequenza nei forti fumatori. Nel testo a seguire trova alcune, essenziali informazioni sulla diagnosi precoce che viene fatta con l'uso di una TAC Spirale, un test di screening che è stato studiato sperimentalmente, ma non è ancora approvato come livello essenziale di assistenza, come invece sono quelli per il tumore del seno, del colonretto e della cervice uterina. Questa raccolta delle sue opinioni ci servirà, qualora prossimamente dovesse essere proposto alle persone a rischio per la loro abitudine al fumo, di valutare l'accoglienza della proposta da parte di persone che hanno deciso di smettere di fumare.

Perché uno studio sull'“Analisi dei meccanismi d'azione psicocomportamentali con cui la proposta di adesione alla TAC spirale agisce sulle abitudini tabagiche e sulla disassuefazione al fumo”

Alcuni studi condotti negli USA e in Europa, hanno dimostrato che, in persone che abbiano un alto rischio di tumore del polmone, uno “screening” con TAC a bassa dose, cioè l'effettuazione di un esame radiologico in assenza di sintomi, può ridurre la mortalità per tumore del polmone.

Questi studi sono stati condotti però in contesti sperimentali in cui tutte le condizioni e l'esecuzione dei test si sono svolte in ambienti controllati. Siamo ora in una fase di valutazione della trasferibilità dei risultati degli studi alla pratica.

Per capire come potrebbe funzionare uno screening con TAC a bassa dose nella pratica, è importante anche conoscere chi sarebbe interessato ad aderire, fra i fumatori che hanno un rischio sufficientemente elevato di tumore del polmone, ma soprattutto se l'adesione possa influenzare, in modo positivo o negativo, la loro propensione a smettere di fumare. Infatti, se lo screening avesse un effetto negativo sulle intenzioni di smettere di fumare, il vantaggio effettivo in termini di salute per l'individuo sarebbero molto minori se non nulli.

Qui di seguito riportiamo un breve schema dei possibili vantaggi e svantaggi dello screening del tumore del polmone a bassa dose. Le informazioni sono tradotte dal materiale informativo messo a punto dall'Agencia per la ricerca e la qualità nell'assistenza sanitaria (Agency for Healthcare Research and Quality) degli USA. Per qualsiasi ulteriore informazione di cui avesse bisogno, può rivolgersi al coordinatore del trattamento che la indirizzerà, se necessario, a esperti di screening per il tumore del polmone. Come specificato, l'offerta di usame TAC non è prevista in Italia, se non all'interno di progetti pilota e non è contemplata in questa raccolta dati.

Quali sono i possibili benefici e danni dello screening del cancro del polmone con TAC a bassa dose?

BENEFICIO: maggiore possibilità di non morire per cancro del polmone

Se seguiamo 1000 persone fra i 55 e 65 anni, ad alto rischio di tumore del polmone per 6 anni e mezzo:

- se non fanno screening, 21 moriranno di cancro del polmone, nei prossimi 6 anni e mezzo.
- se fanno screening con TAC a bassa dose annualmente per tre anni, 18 moriranno di cancro del polmone.

Cioè si possono evitare tre decessi per cancro del polmone.

BENEFICIO: maggiore possibilità di non morire per qualsiasi causa (non solo cancro del polmone)

Se seguiamo 1000 persone per 6 anni e mezzo:

- se non fanno screening, 75 moriranno, nei prossimi 6 anni e mezzo.
- se fanno screening con TAC a bassa dose annualmente per tre anni, 70 moriranno.

Cioè si possono evitare cinque decessi.

DANNO: falsi allarmi e test aggiuntivi non necessari

Un falso allarme avviene quando una persona riceve un risultato che riporta qualcosa di anomalo in un test di screening, non ha un cancro del polmone.

Se 1000 persone sono screenate annualmente per 3 anni, circa 356 avranno un falso allarme.

Di questi 356, 18 subiranno un test invasivo come la biopsia (il prelievo di un piccolo pezzo di tessuto polmonare per controllare se c'è un cancro)

Di questi 18, meno di uno andrà incontro a una complicazione grave conseguente alla biopsia, come sanguinamento nel polmone, collasso del polmone o infezione.

DANNO: Sovradiagnosi

Lo screening del tumore del polmone può trovare cancri del polmone che non avrebbero mai causato sintomi o p creato problemi al paziente in tutta la vita se il cancro non fosse stato trovato. Ciò può portare a trattare delle persone che non avrebbero avuto bisogno di alcun trattamento.

Al momento della diagnosi non c'è nessun modo per i medici per capire se il cancro del polmone trovato potrà dare problemi nel corso della vita del paziente. Per questa ragione praticamente tutte le persone che ricevono una diagnosi di cancro del polmone sono trattate.

I ricercatori hanno stimato che ogni 10 persone che ricevono una diagnosi di cancro del polmone nello screening, circa 1 o 2 viene trattata per un cancro che non avrebbe mai arrecato loro problemi.

DANNO: esposizione alle radiazioni

L'esposizione a radiazioni aumenta la probabilità di sviluppare un cancro. Lo screening con TAC a bassa dose espone a radiazioni. Se il test è positivo, possono essere necessari altri test che implicano dosi maggiori. I ricercatori non sanno che effetto possa aver l'esposizione a TAC a bassa dose e altri test radiologici.

I benefici dello screening del cancro del polmone possono essere maggiori se il rischio di cancro è più alto: per esempio un fumatore che fuma attualmente un pacchetto al giorno ha un rischio più alto di un uno che ha smesso da 10 anni.

I danni dello screening possono essere maggiori se si hanno altri problemi di salute, come problemi cardiaci, altre patologie respiratorie come l'asma o la broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO). Il rischio di complicanze nelle biopsie potrebbe essere maggiore.

Il ritrovamento di altre anomalie che non sono cancro del polmone

Lo screening può trovare malattie del cuore o modifiche del tessuto polmonare dovute a cicatrici. I ricercatori non sanno i possibili benefici e danni che possa comportare il ritrovamento e la segnalazione di queste anomalie per la tua salute.

In cosa consiste lo screening del cancro del polmone con TAC a bassa dose?

Durante una TAC a bassa dose, dovrai sdraiarti su di un lettino e una macchina userà dei raggi-x a bassa dose di radiazioni per ottenere un'immagine dettagliata dei tuoi polmoni. L'esame richiede pochi minuti e non è doloroso.

Modificato da <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/decision-aids/lung-cancer-screening/patient.html>

Conclusioni

L'abitudine al fumo è fattore di rischio per l'insorgenza di molte malattie, causa di dipendenza patologica, stile di vita, comportamento voluttuario, è una droga ancora socialmente piuttosto tollerata; ha una natura bio-psico-sociale.

È probabilmente l'unico caso in cui il trattamento, la disassuefazione al fumo come modalità per affrontare e superare la dipendenza patologica, coincide con l'intervento di prevenzione primaria che è la strategia più efficace per evitare patologie fumo correlate e la condizione di assuefazione e dipendenza.

Non cominciare a fumare, smettere di fumare e non esporsi al fumo passivo sono i soli modi per evitare il confronto con le problematiche del tabagismo.

Il manuale per conduttori di Gruppi per la disassuefazione dal fumo si è soffermato su alcuni punti specifici:

- L'affermazione del ruolo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori a fianco del Servizio Sanitario Nazionale negli interventi di contrasto al fumo: i Centri Antifumo dovrebbero operare in contesti di reti intelligenti e alleanze fra professionalità pluridisciplinari che facilitano la diffusione di Ambienti Liberi dal fumo. Autorevolezza, esperienza, riconoscibilità, impegno sociale e in ambito preventivo della LILT, sono tratti che ben si adattano a funzioni di indirizzo, coordinamento, contributo al monitoraggio e alla valutazione di efficienza, efficacia, sostenibilità, trasferibilità dei servizi dedicati al fumo.
- L'inserimento degli interventi di disassuefazione dal fumo nell'ambito di progetti di rete e comunità agevola l'attuazione di azioni di integrazione fra sorveglianza, prevenzione e cura.
- Il progetto 5 per mille in cui è stata inserita la produzione del Manuale sembra indicare che la propensione a smettere di fumare sia un fattore motivante per la partecipazione a programmi di screening con Tac spirale sul Ca polmonare. D'altra parte è evidente che ogni adesione allo screening dovrebbe essere strettamente correlata o vincolata dalla accettazione di un intervento di disassuefazione.
- Astenersi dal fumo nel lungo periodo resta l'obiettivo principale di ogni intervento di cura, ma è importante prevedere per chi si trova nello stadio che il Modello Transteorico del Cambiamento, descrive come "contemplazione", un percorso motivazionale che includa azioni volte a diminuire il numero di sigarette fumate
- I gruppi per smettere di fumare, con il supporto di terapia farmacologica, sono considerati in letteratura il miglior intervento ; per chi ha problemi di forte dipendenza fisica spesso il gruppo da solo non basta; per chi ha una forte dipendenza psicologico-relazionale non è sufficiente il farmaco . La LILT struttura i suoi percorsi con la metodologia cognitivo-comportamentale, inserita nel quadro più ampio delle applicazioni del Modello Transteorico dei Cambiamenti intenzionali.
- La diversificazione dei percorsi di cura dipende dalla tipologia dei destinatari. E pertanto utile prevedere e organizzare più setting di intervento in grado di intercettare i bisogni dei fumatori intenzionati a modificare il loro comportamento: il testo ne ha presentati due. Con i giovani, è essenziale affrontare il tema dell'uso della sigaretta in rapporto a corpo, corporeità, gestualità, socialità. È il tema dell'identità personale e delle relazioni il nucleo centrale di un intervento di contrasto al fumo che, per il significato formativo e educativo, ha come luogo privilegiato una Scuola libera dal fumo, per il suo svolgimento allo stesso modo chi fuma e nel contempo ha problematiche di tipo psichiatrico ha bisogno di un monitoraggio specialistico, di un'attenzione particolare alla interazione fra farmaci e alla possibilità di avere come obiettivo della cura, la riduzione del numero di sigarette fumate, comunque vantaggiosa per la situazione clinica personale.
- La maggior parte degli ex fumatori dichiara di aver smesso di fumare da solo, Per questo è importante favorire l'uso appropriato dell'intervento motivazionale breve da parte dei professionisti di tutti i servizi, perché chi fuma abbia più possibilità di essere informato e incoraggiato sulle reali possibilità di smettere. A tal scopo sono di ausilio i servizi di assistenza telefonica, come lo sportello SOS attivato dalla Sede Centrale della LILT e le proposte di gruppi on line per chi è fortemente determinato. Le esperienze attuate durante la pandemia hanno riportato esiti incoraggianti.

La pervasività dell'abitudine al fumo, molto diffusa fra tutte le classi sociali e incoraggiata dalle abitudini relazionali dei giovanissimi, richiede uno sforzo decisamente più ampio di quanto le è dedicato in termine di risorse umane, professionali, sociali e finanziarie.

Il ruolo della LILT è pertanto anche quello di segnalare la priorità del tema in ambito di sanità pubblica che potrebbe individuare fra i tanti argomenti cardine da affrontare, la diffusione di campagne validate di interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo dei giovani, di servizi di supporto alla disassuefazione in tutto il territorio nazionale e di monitoraggio continuo dell'efficienza delle misure di controllo e sorveglianza soprattutto nelle scuole, negli ambienti sanitari e di lavoro.

Solo con politiche sostenibili e integrate, azioni di rete in contesti di comunità, si può mantenere e diffondere la "cultura del non fumo" che la LILT promuove e facilita nella maggior parte delle proprie attività.

Postfazione

Un'esperienza di quasi vent'anni unisce il laboratorio Habits Lab, dell'Università del Maryland, diretto dal prof. Carlo DiClemente e il gruppo di lavoro di Luoghi di Prevenzione, Centro di Ricerca-intervento sui temi della Promozione della salute e di formazione sulle applicazioni del Modello Transteorico del Cambiamento (MTC), in riferimento alla diffusione dell'intervento motivazionale breve.

Diversi gli ambiti di collaborazione fra Habits Lab e Luoghi di Prevenzione: un confronto culturale sulle applicazioni del modello nella Formazione, nella gestione dei gruppi e nella pianificazione degli interventi di Promozione della Salute, mettendo a valore l'empowerment motivazionale; nella gestione della piattaforma di formazione a distanza www.luoghidiprevenzione.it; nel contributo a diversi progetti di rilievo nazionale.

Un traguardo significativo è stato la revisione e risistemazione degli interventi di disassuefazione al fumo secondo i principi del MTC.

È un'occasione perché i percorsi di contrasto al Tabagismo in cui la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori è all'avanguardia, siano di stimolo per rinnovare e integrare le attività dei Centri Anti Fumo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il manuale presenta ai professionisti un più ampio punto di vista sull'uso del metodo cognitivo-comportamentale e favorisce la consapevolezza dei conduttori del gruppo sul loro ruolo nel far emergere la percezione dell'intenzionalità nella cessazione al fumo e nella gestione del percorso di cura.

È di estremo interesse la valutazione iniziale dello stadio in cui si trova il fumatore per la costituzione di gruppi i cui partecipanti siano negli stadi motivazionali di Determinazione - Pre Azione - Azione rispetto al fumo.

Gruppi omogenei rispetto ad un obiettivo comune facilitano le dinamiche interpersonali, contribuiscono a creare il clima che diminuisce l'emergere delle resistenze al cambiamento e favorisce le relazioni di aiuto.

La valutazione iniziale consente di inserire gli individui in stadio di contemplazione in gruppi info motivazionali in grado di attivare i processi del cambiamento, il motore che conduce al completamento efficace dei compiti propri di ogni stadio lungo la strada della modificazione del comportamento. Nello stadio di contemplazione prevale la necessità di attivare i processi relativi all'autoconsapevolezza e auto rivalutazione per mezzo dei quali la persona inizia a riflettere su come il fumo influisca sulla sua vita.

Mentre negli stadi iniziali del percorso di disassuefazione dal fumo i processi sono ben distinti, negli stadi più avanzati tendono a funzionare in modo sincronico e costituiscono la base della terapia comportamentale: il controllo dello stimolo (compilazione del calendarietto per eliminare le sigarette fumate automaticamente), il contro condizionamento e la gestione del rinforzo (dalla preparazione allo stop al fumo al mantenimento dell'astinenza).

Rivisitare la struttura dei gruppi di disassuefazione al fumo alla luce del modello ha contribuito a dare un nuovo significato alle molte schede operative e alla loro collocazione precisa nelle diverse fasi del percorso, a rendere chiaro quando e perché si deve usare la bilancia decisionale, quando l'analisi dei contesti protettivi o a rischio rispetto al fumo, quando i supporti di approfondimento informativo.

Questa lettura modifica enormemente la relazione fra individuo e conduttore, individuo e gruppo e gruppo e conduttore.

La persona che fuma ed è determinata a smettere è coinvolta attivamente nel processo di disassuefazione, comprende meglio che la ricaduta non è un insuccesso, una sconfitta, ma uno degli aspetti normali del cambiamento intenzionale, che la motivazione non è sempre univoca, che l'autoefficacia è molto legata al contesto in cui avviene il cambiamento (valori di riferimento, aspettative, vissuti e sentimenti). Non si aspetta che il conduttore dei gruppi produca il cambiamento, ma attivi il motore che lo facilita. È più responsabile.

Il conduttore, a sua volta, quando è in grado di descrivere il suo ruolo con la lente del MTC evita eccessi di protagonismo e di volontà di farsi carico, spesso causa di frustrazione. Perdono di senso pensieri come "dipende da me il fatto che la persona riesca o non riesca a smettere di fumare", "la persona ha smesso, perché io sono bravo".

Ognuno smette di fumare perché vuole, desidera e è in grado di farlo. Il gruppo facilita il lavoro legato al mantenere una decisione presa, il conduttore aiuta a ottenere l'obiettivo prefissato incanalandolo con un metodo che non esclude l'ambivalenza e le resistenze, ma le affronta nel percorso comune.

L'applicazione del MTC nella lettura del programma cognitivo comportamentale chiarisce anche i motivi per cui la disassuefazione in gruppo è più facile e duratura: il percorso di disassuefazione viene pensato

e amplificato dalle emozioni, convincimenti, pensieri di più partecipanti; la relazione con gli altri favorisce l'emergere di obiettivi concreti e realizzabili, rende meno probabili gli alibi e rinforza il desiderio di smettere. Queste considerazioni hanno indotto ad inserire nel manuale anche strumenti per la differenziazione dei setting di intervento rispetto alla tipologia dei destinatari, prendendo in considerazione la relazione fra fumo e giovani e il problema dell'abitudine al fumo in persone con problematiche psichiatriche.

Anche l'inserimento di strumenti di valutazione dei gruppi compilati dai partecipanti alla fine del percorso per monitorarne l'efficacia in base alle aspettative, al ruolo del conduttore, al metodo, alle dinamiche del gruppo e alla qualità dell'ambiente, è scaturito dalla applicazione del MTC come orientamento per la rivisitazione del programma.

È un manuale innovativo che si spera possa essere un riferimento utile agli operatori della Lega Italiana per la lotta contro i tumori e del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nella disassuefazione al fumo. Concilia caratteri di flessibilità che ne consentono l'utilizzo alla luce della propria esperienza professionale, con caratteri di orientamento consapevole che si auspica contribuiscano alla appropriatezza e all'efficacia metodologica dell'operatore di un Centro Antifumo.

*Carlo DiClemente
Giovanni Forza
Sandra Bosi*

Il fumo è un tema e una problematica sfidante per la ricerca scientifica, la sanità pubblica, le dipendenze patologiche, i luoghi di vita e di lavoro, perché la sigaretta è abitudine sociale, sostanza psicoattiva, causa di plurimi effetti sulla salute legati all'esposizione diretta o indiretta.

Il contrasto al Tabagismo è, pertanto, un obiettivo comune a più servizi.

Il Manuale si rivolge ai professionisti che si occupano della disassuefazione. La Lega italiana per la Lotta contro i Tumori, all'avanguardia e pioniera in questo ambito, ha risistemato le raccomandazioni operative validate, alla luce dei progressi della ricerca scientifica e metodologica. In particolare, l'approccio metodologico cognitivo-comportamentale, è sviluppato attraverso l'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento di C. DiClemente e J. Prochaska.

Gli interventi di gruppo per promuovere la cessazione dal fumo sono orientati dal percorso che attraversa i diversi stadi del cambiamento, attiva i processi che sostengono la motivazione e analizza il ruolo del contesto come fattore protettivo e fattore di rischio per la salute.

Il contesto è determinante nel caso in cui il contrasto al Tabagismo abbia luogo in setting particolari come i servizi di salute mentale che richiede una declinazione specifica degli interventi e i servizi rivolti ai giovani in ambito scolastico in cui la disassuefazione è collegata alla prevenzione dell'abitudine al fumo e all'approfondimento della relazione fra sigaretta, corporeità e identità personale in adolescenza.

Il ruolo e l'impegno della LILT nella diffusione delle raccomandazioni operative vuole essere di orientamento e supporto formativo per chi si occupa professionalmente di Tabagismo e, contemporaneamente, ribadire la priorità del tema del fumo come causa di morbilità diffuse legate ad un comportamento a rischio ancora socialmente molto accettato e non prioritario negli interventi di sanità pubblica.

Il Manuale si prefigge, pertanto, di contribuire alla realizzazione di una cultura diffusa di "no al fumo".

In collaborazione con:

Associazione provinciale
LILT di Reggio Emilia



Associazione provinciale
LILT di Firenze

