“Smoke free” corsi per smettere di fumare per operatori sociosanitari

Stefano Berti,* M.A. Pizzichini, Pamela Barbadoro***, Isidoro Annino******

**Sociologo/Psicologo Responsabile Ufficio Promozione Salute Dipartimento Prevenzione Area Vasta 2 Ancona ASUR Marche*

***Medico Chirurgo,esperto in Promozione della Salute*

****Medico chirurgo, ricercatore presso Dipartimento Scienze Biomediche UNIVPM*

*****Medico chirurgo Specialista in Igiene e medicina preventiva, già Ordinario Igiene UNIVPM*

Nel corso del tempo le rappresentazioni sociali e i significati legati al fumo di tabacco si sono profondamente trasformati. Questo cambiamento sembra essere in gran parte legato all’emergente consapevolezza, non solo della non innocuità di tale comportamento, ma della sua tossicità oltre che per il fumatore anche per chi non fuma ma condivide con lui ambienti di vita e/o di lavoro. Inoltre, l’inserimento del fumo di tabacco nel DSM-IV come ‘patologia da dipendenza’ con l’evidenza degli effetti psicoattivi e tossici della nicotina, della sua capacità di provocare modificazioni comportamentali e organiche, della facoltà di indurre, in caso di privazione, un comportamento finalizzato alla ricerca della sostanza, ha connotato il fumo di sigaretta come una vera e propria patologia, indirizzando l’approfondimento scientifico verso lo sviluppo di possibilità terapeutiche in ambiti diversi – farmacologico, psicologico e comportamentale – e ipotizzando

la possibilità di una loro integrazione.

La combinazione, infatti, degli effetti psicofarmacologici delle numerosissime sostanze contenute nelle sigarette e di quelli psicosociali induce, oltre alla già citata dipendenza, una serie di rinforzi positivi immediati che consolidano il comportamento stesso mentre gli effetti negativi sono dilazionati nel tempo e considerati come probabilistici. Ciò rende particolarmente difficoltosa la disassuefazione dal fumo evidenziando la necessità di un approccio integrato al fumatore e di una sua presa in carico in senso 'olistico'.

Sulla base di tali presupposti e considerato l'elevato impatto che la dipendenza da fumo produce all'interno dell'ambiente di lavoro, sia riguardo la salute del fumatore attivo, sia riguardo quella dei colleghi astinenti, sia in termini di perdita economica e produttiva per le aziende, si è considerato importante incentivare il trattamento terapeutico della dipendenza da nicotina tra gli operatori sanitari e i lavoratori del comparto sanità attraverso la realizzazione di attività di counseling motivazionale di gruppo.

In particolare, nell'ambito del progetto/ricerca 'Applicazione di interventi di counseling per gli abusi da alcol e da fumo in lavoratori del comparto sanità' finanziato dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e attuato in collaborazione con la casa di cura Villa Silvia di Senigallia, sono stati organizzati due corsi per smettere di fumare 'Smoke free'.

Materiali e metodi

I corsi 'Smoke free' si rivolgono a tabagisti di ambo i sessi con priorità di trattamento per le persone affette da patologie fumo correlate.

Per ogni corso è previsto un numero di 15-20

partecipanti.

Ogni fumatore è inserito in un ciclo di attività

comprendenti 9 incontri di gruppo della durata di 2 ore ciascuno, a cui seguono 3 incontri di gruppo (follow-up) a distanza di 3, 6, 12 mesi dall'inizio del corso e una verifica

telefonica a 24 mesi.

All'interno del colloquio e al fine di una migliore definizione diagnostica è prevista la somministrazione del test di Fagerström, del MAC-T, della scala BDS (Beck Depression Scale) e del test 'Perché fumo?' con la compilazione di una cartella clinico-anamnestica. Il trattamento 'Smoke free' prevede, in una fase preliminare, anche una visita medica specialistica con prove di funzionalità respiratoria e misurazione del monossido di carbonio (CO) espirato, che è ripetuta anche nei follow-up previsti.

I sostituti nicotinici e il bupropione sono gli strumenti farmacologici utilizzati come supporti terapeutici; soprattutto il bupropione è consigliato a quei fumatori che presentano particolari difficoltà ad aderire alle indicazioni terapeutiche di tipo cognitivo-comportamentale. È stata proposta anche la possibilità di utilizzo, a carico dei corsisti perché non prevista dal progetto originario, della nuova molecola antifumo (Vareniclina-Champix).

Fondamentale importanza nella strategia terapeutica utilizzata è stata attribuita all'auricoloterapia secondo il protocollo Acudetox. Le applicazioni, in totale 12, vengono eseguite a giorni alterni nelle prime 4 settimane di corso per una durata di 45 minuti l'una. A essa, sempre in campo di medicina non convenzionale, sono stati affiancati esercizi di respirazione/rilassamento (pratica dei 'Cinque tibetani') e preparazioni fitoterapiche (tisane). Durante il trattamento, come strategia di supporto al disagio della disassuefazione,

che spesso assume la forma di modificazione del comportamento alimentare, vengono proposti due incontri di gruppo con un dietologo. Analizzando le abitudini alimentari dei partecipanti, raccolte mediante un apposito questionario, lo specialista fornisce raccomandazioni dietologiche e indicazioni di buona pratica alimentare allo scopo di evitare l'aumento ponderale che spesso inficia il mantenimento dell'astinenza dal fumo. Inoltre si promuove l'attività motoria da svolgere con regolarità in modo strutturato o libero, come rinforzo al cambiamento del proprio stile di vita. Tra gli strumenti operativi impiegati e messi a disposizione dei partecipanti, particolare risalto è stato dato: al 'diario del fumatore', in cui trascrivere le sigarette fumate, l'ora, lo stato d'animo, il grado di bisogno o la motivazione che ne hanno indotto l'accensione o, al contrario, che hanno portato a rinunciarvi; e al 'contratto', in

cui ciascuno sottoscrive il proprio impegno, riconosce di aver sperimentato la propria astinenza e si impegna a continuarla per un periodo di tempo ritenuto idoneo.

In sintesi ogni corso ha avuto la seguente sintetica organizzazione.

1. *Fase di accoglienza*

1 colloquio individuale di valutazione della motivazione al cambiamento con la metodologia del colloquio motivazionale;

somministrazione di test psicodiagnostici ('Perché fumo?', MAC-T, BDS); compilazione della cartella clinico-anamnestica; prove di funzionalità respiratoria; misurazione della dipendenza fisica da tabacco attraverso il test di Fagerström; misurazione del CO espirato.

2. *Fase delle terapie*

9 sedute di terapia di gruppo;

12 applicazioni di agopuntura (auricoloterapia secondo il protocollo Acudetox);

NRT (sostituti nicotinici prescritti per tutta la durata del programma);

bupropione (uso facoltativo a partire dalla quinta seduta per chi mostra particolare difficoltà a ridurre o smettere di fumare).

(follow-up) a distanza di 3, 6, 12 mesi dall'inizio del corso e una verifica

telefonica a 24 mesi.

All'interno del colloquio e al fine di una migliore definizione diagnostica è prevista la somministrazione del test di Fagerström, del MAC-T, della scala BDS (Beck Depression Scale) e del test 'Perché fumo?' con la compilazione di una cartella clinico-anamnestica. Il trattamento 'Smoke free' prevede, in una fase preliminare, anche una visita medica specialistica con prove di funzionalità respiratoria e misurazione del monossido di carbonio (CO) espirato, che è ripetuta anche nei follow-up previsti.

I sostituti nicotinici e il bupropione sono gli strumenti farmacologici utilizzati come supporti terapeutici; soprattutto il bupropione è consigliato a quei fumatori che presentano particolari difficoltà ad aderire alle indicazioni terapeutiche di tipo cognitivo-comportamentale. È stata proposta anche la possibilità di utilizzo, a carico dei corsisti perché non prevista dal progetto originario, della nuova molecola antifumo (Vareniclina-Champix).

Fondamentale importanza nella strategia terapeutica utilizzata è stata attribuita all'auricoloterapia secondo il protocollo Acudetox. Le applicazioni, in totale 12, vengono eseguite a giorni alterni nelle prime 4 settimane di corso per una durata

di 45 minuti l'una. A essa, sempre in campo di medicina non convenzionale, sono stati affiancati esercizi di respirazione/rilassamento (pratica dei 'Cinque tibetani') e preparazioni fitoterapiche (tisane). Durante il trattamento, come strategia di supporto al disagio della disassuefazione, che spesso assume la forma di modificazione del comportamento alimentare, vengono proposti due incontri di gruppo con un dietologo. Analizzando le abitudini alimentari dei partecipanti, raccolte mediante un apposito questionario, lo specialista fornisce raccomandazioni dietologiche e indicazioni di buona pratica alimentare allo scopo di evitare l'aumento ponderale che spesso inficia il mantenimento dell'astinenza dal fumo. Inoltre si promuove l'attività motoria da svolgere con regolarità in modo strutturato o libero, come rinforzo al cambiamento del proprio stile di vita. Tra gli strumenti operativi impiegati e messi a disposizione dei partecipanti, particolare risalto è stato dato: al 'diario del fumatore', in cui trascrivere le sigarette fumate, l'ora, lo stato d'animo, il grado di bisogno o la motivazione che ne hanno indotto l'accensione o, al contrario, che hanno portato a rinunciarvi; e al 'contratto', in

cui ciascuno sottoscrive il proprio impegno, riconosce di aver sperimentato la propria astinenza e si impegna a continuarla per un periodo di tempo ritenuto idoneo.

In sintesi ogni corso ha avuto la seguente sintetica organizzazione.

1. *Fase di accoglienza*

1 colloquio individuale di valutazione della motivazione al cambiamento con la metodologia del colloquio motivazionale;

somministrazione di test psicodiagnostici ('Perché fumo?', MAC-T, BDS); compilazione della cartella clinico-anamnestica; prove di funzionalità respiratoria; misurazione della

dipendenza fisica da tabacco attraverso il test di Fagerström; misurazione del CO espirato.

2. *Fase delle terapie*

9 sedute di terapia di gruppo;

12 applicazioni di agopuntura (auricoloterapia secondo il protocollo Acudetox);

NRT (sostituti nicotinici prescritti per tutta la durata del programma);

bupropione (uso facoltativo a partire dalla quinta seduta per chi mostra particolare difficoltà a ridurre o smettere di fumare).

I risultati di efficacia a 6 mesi per il Gruppo A (50%) e per il Gruppo B (53,8%) e a 12 mesi per il Gruppo A (30%) e per il Gruppo

B (46%) mostrano, nel Gruppo B una maggiore tenuta del tasso di ricaduta nel tempo. Raggiungere e mantenere la condizione di non fumatore sono i due obiettivi prioritari di un programma di trattamento antifumo.

Numerosi sono i fattori che vengono chiamati in causa affinché tali obiettivi si realizzino, e molti sono i determinanti ancora non chiariti soprattutto relativamente alla possibilità di evitare le ricadute. Ormai indiscussa è la capacità della nicotina di indurre dipendenza con un’azione sia centrale sia periferica.

Tali proprietà sembrerebbero, però, risultare rilevanti se inserite all’interno di un complesso contesto di fattori ambientali e individuali che, associati agli stimoli neurobiologici, sarebbero responsabili della formazione di uno schema cognitivo proprio del fumatore. Tra i trattamenti di cosiddetto secondo livello, il counseling è ritenuto da molti primario nei processi di disassuefazione e il colloquio

motivazionale presenta caratteristiche tali da risultare particolarmente appropriato per i fumatori. Tra gli strumenti di supporto, l'agopuntura, in particolare il metodo Acudetox, è una delle tecniche della medicina tradizionale cinese maggiormente usata e, nonostante i risultati a volte contraddittori, è provato che agisca sulle basi neurobiologiche delle tossicomanie, con una funzione lenitiva della crisi di astinenza grazie al rilascio di endorfine.

Partendo da questi presupposti, nella presente sperimentazione, si è dunque osservato che il fumo di sigaretta e la dipendenza che esso produce rappresentano un sistema complesso in quanto caratterizzato da numerosi elementi, non solo biochimici o neurobiologici, ma anche psicologici, comportamentali, ambientali e sociali che interagiscono in modo non lineare e che non è possibile prevedere una condizione causa-effetto nel produrre la disassuefazione, bensì è necessario considerare le relazioni dei singoli elementi tra loro e con l'ambiente.

La raccolta e lo studio degli strumenti efficaci sulla pratica clinica ha portato quindi alla scelta

di un'integrazione tra strumenti 'tradizionali' e 'non convenzionali' con l'obiettivo di massimizzare l'efficacia delle prestazioni, rendere appropriato il consumo di farmaci e aumentare il livello della compartecipazione dei fumatori alla gestione della propria salute. Tale approccio si inserisce a pieno titolo in quello della medicina integrata, cioè una medicina orientata alla salute, che mette in primo piano il rapporto medico-paziente e integra il meglio delle medicine cosiddette 'alternative' con il meglio della medicina convenzionale. I corsi 'Smoke free' si collocano, appunto, come una sperimentazione dell'integrazione di varie tecniche centrate il più possibile sulla persona che è cuore e motore del proprio cambiamento, sia nell'utilizzo del colloquio motivazionale come stile di counseling, sia nella scelta del protocollo Acudetox e degli esercizi di respirazione, senza

dimenticare l’importanza dell’approccio farmacologico nella triplice forma dei sostituti nicotinici, del bupropione, della vareniclina, per permettere una scelta individualizzata sulla base del grado di dipendenza, delle caratteristiche personali, relazionali e ambientali di ciascuno.

Analizzando le dinamiche osservate nei due gruppi e i risultati ottenuti in seguito all’utilizzo dell’approccio sopra descritto, è possibile sostenere che l’importanza dei fattori ambientali è stata elevatissima. In primo luogo la distribuzione oraria del lavoro: la turnazione e soprattutto il lavoro in orario notturno, con alternanza di momenti di ‘emergenza’ ad altri di ‘attesa’, attivano come risposta immediata il ricorso al fumo di sigaretta come modalità elettiva sia rilassante sia stimolante. Questi meccanismi, associati alla ritualità del gesto, al ripetersi delle stesse situazioni e la già citata dipendenza, risultano difficoltà da non sottovalutare nel mantenimento dello stato di non fumatore anche una volta sperimentata e superata l’astinenza. A ciò va ad aggiungersi l’elevatissima presenza di colleghi di lavoro fumatori (sottolineata da tutti i partecipanti del secondo gruppo) che hanno un significato di rinforzo al comportamento di consumo e alla ricaduta, di trasgressione condivisa rispetto alle norme e di ostacolo alla disassuefazione, in quanto la mancanza della sigaretta va ad associarsi a una modificazione del significato dei momenti di pausa e socializzazione. Altro fattore importante emerso può essere identificato nella situazione affettiva del partecipante con particolare riferimento alla presenza di persone conviventi: sia che essi condividano e supportino il fumatore nel suo tentativo, sia che ne rimangano indifferenti, svolgono comunque un’importante funzione di contenimento delle ansie, dei malesseri, delle difficoltà che s’incontrano nella primissima fase di dismissione, soprattutto in età matura. Tra le persone che nella nostra esperienza hanno avuto maggiore difficoltà a mantenere la cessazione si segnalano almeno 3 persone che vivono da sole. Su questa linea, e in accordo a

quanto verificatosi in precedenti esperienze, le persone che intraprendono un percorso di dismissione dal fumo di sigaretta difficilmente comprendono fin dall'inizio la necessità di investire nel cambiamento per un periodo di tempo sufficientemente lungo e considerano il momento della dismissione come quello più difficile, dimenticando, o non volendo considerare e tollerare, la fase della mancanza nel medio periodo e la possibilità che episodi di 'memoria' del piacere della sigaretta sono possibili, in forma intensa anche a distanza di tempo. In questo senso la frequenza costante alle sedute di counseling in gruppo rappresenta, anche secondo quanto affermato dai partecipanti, un elemento di rinforzo della motivazione e del sostegno reciproco e lo scoprirsi a vivere situazioni difficili in compagnia permette uno scambio di risposte,

strategie e risorse a cui attingere. D'altra parte la fase relativa al mantenimento della cessazione, presenta forse un minor numero di strumenti di aiuto da utilizzare soprattutto per chi sceglie di non fare ricorso ai supporti farmacologici. In tale fase anche il protocollo di agopuntura auricolare Acudetox è di fatto concluso e, nonostante la disponibilità dei terapeuti a procrastinarlo per chi ne avesse fatto esplicita richiesta, la possibilità di aderirvi si scontra spesso con problemi

pratici di disponibilità a livello organizzativo e di tempo. Resta il fatto che quello dell'agopuntura ha

rappresentato un importante supporto alle sedute. Nonostante l'impegno richiesto ai partecipanti in termini di tempo, 20 persone sulle 23 che sono giunte a fine trattamento si sono sottoposte con assiduità a tale protocollo dichiarando di ottenerne benefici in termini di serenità e gestione dei 'momenti difficili', specie durante la fase di riduzione del numero di sigarette.

In conclusione l'esperienza effettuata evidenzia l'importanza

di un approccio di trattamento integrato in cui strumenti diversi possono essere più facilmente accettati e insieme produrre, come dimostrato da revisioni cliniche e progetti di ricerca, un'efficacia maggiore rispetto al loro utilizzo singolo. Tale sperimentazione riafferma inoltre la necessità di proseguire nella conoscenza sempre più accurata dei fattori neurobiologici che stanno alla base della dipendenza da nicotina e della migliore definizione dei fattori socio-demografici, clinici e di tipo cognitivo che sembrano poter essere in relazione tra loro nel favorire oppure ostacolare il processo di cessazione, mantenendolo nel tempo.

Bibliografia

AGOSTINI L., STELLA M. (ed.), Il grande fumatore e la sua passione: come smettere di fumare? Dalle caratteristiche psicologiche ai corsi per smettere di fumare dell'Azienda Usl di Cesena, *Sestante on line n. 16 luglio 2002*.

BANDURA A. (ed.), *Il senso di autoefficacia*, Erickson, Trento, 1999.

BERTOLOTTI, G., BETTINARDI O., GREMIGNI P., Approccio psicologico nell'intervento di disassuefazione dal fumo di tabacco, *Rassegna di Patologia dell'apparato respiratorio*, 2002;17: 293-297.

FAGERSTRÖM K.O., SCHNEIDER N., Measuring nicotine dependence: a review of Fagerstrom Tolerance Questionnaire, *J Behav Med*, 1989; 12: 159-182.

MACKENZIE R.K., *Psicoterapia breve di gruppo*, Erickson, Trento, 2002.

MILLER W.R., ROLLNICK S., *Il colloquio motivazionale*, Erickson, Trento, 2004.

PROCHASKA J., DI CLEMENTE C., Stages and processes of self-

change of smoking: toward an integrative model of change, *J Consult Clin Psychol*, 1983; 51: 390-395.

SPILLER V., SCAGLIA M., GUELFI G.P., *Il colloquio motivazionale: uno stile di lavoro per aumentare la motivazione al cambiamento*, in

Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I., *Alcol e medico di famiglia*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998, pp. 59-71.

WHITE A.R., RAMPES H., ERNST E., *Acupuncture for smoking cessation*, The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update software, 2001. 364