

Valutare il fumatore

Giovanni Forza, Denise Da Ros

SERT 1, Padova, Società Italiana Tossicodipendenze, Gruppo di Interesse sul Tabagismo

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 56-58)

© 2001 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Giovanni Forza

SERT 1

Via Berchet, 16

35131 Padova

E-mail: forza@ux1.unipd.it

Nella ULSS 16-Padova è attiva l'Unità per la Cura e la Prevenzione del Tabagismo. Questa Unità fornisce sia prestazioni dirette agli utenti (ambulatorio, gruppi per smettere di fumare) che supporto e supervisione alle azioni di rete che coinvolgono in particolare medici dei reparti ospedalieri e di medicina generale.

Due parametri, nella nostra esperienza, condizionano la scelta della terapia nei confronti del fumatore: il grado di dipendenza e la motivazione al cambiamento.

In generale la strategia di approccio al paziente è determinata dalla motivazione al cambiamento. Nel paziente determinato è indispensabile pianificare subito una terapia per la cessazione, mentre in quello indeciso (contemplativo) è più importante supportare il processo di decisione.

Il grado di dipendenza condiziona maggiormente l'eventuale scelta di un supporto farmacologico: maggiore la dipendenza, più stringente la necessità di un sostitutivo al fumo (cerotti, gomme, inalatori alla nicotina). Maggiore il rischio di ricaduta, più valutabile anche il ruolo di strumenti recentemente introdotti nel nostro Paese come il bupropione.

Lo strumento più conosciuto per la valutazione del grado di dipendenza è il test di Fagerström^{1,2}. Nonostante il test sia breve e di veloce somministrazione, lo stesso autore sottolinea che anche due soli item possono essere di per sé indicativi:

- la quantità di nicotina assunta nella giornata, che può essere ottenuta moltiplicando il numero di sigarette della giornata per la nicotina contenuta nella singola sigaretta (riportata su ogni confezione o ricavabile da apposite tabelle). Un numero di sigarette/die ≥ 20 , o meglio una quantità di nicotina/die ≥ 10 mg consiglia un approccio immediatamente basato su sostititivi del fumo. Un consumo ≤ 5 mg di nicotina/die può invece far propendere inizialmente per il solo *coun-*

seling od anche per il semplice consiglio di smettere, fissando una verifica a breve termine (1 settimana);

- quanto tempo passa fra il risveglio e l'accensione della prima sigaretta: ovviamente meno tempo passa, più intensa è la dipendenza. Un tempo ≤ 5 min, indicativo di una dipendenza grave, consiglia un approccio più intensivo, associando eventualmente sostititivi al fumo con tecniche di gruppo od una valutazione delle abitudini collegate al fumo. Un tempo > 30 min è indicativo di dipendenze lievi, in cui possono avere un maggior ruolo tecniche cognitive ed un rafforzamento della motivazione.

Per la valutazione della motivazione sono stati sviluppati appositi test³⁻⁶, come ad esempio il MAC/F (Motivazione al Cambiamento/Fumo). Anche in questo caso nell'ambito ambulatoriale si dimostrano ugualmente efficaci degli strumenti più veloci ed immediati, come l'autovalutazione del paziente riportata in tabella I.

La scelta ricalca ovviamente lo stato di motivazione più o meno avanzato del paziente: P - precontemplativo (non ha alcuna motivazione a smettere); C - contemplativo (indeciso); D - determinato (pronto a tentare di smettere); A - in azione (sta già tentando di smettere e va supportato); M - in mantenimento (ha già smesso e va aiutato a non ricadere).

In modo più completo, ma altrettanto rapido, si possono sondare degli aspetti più complessi della motivazione. Un esempio è riportato nella tabella II.

La prima domanda fornisce nuovamente una misura della motivazione al cambiamento, ed è un'espressione numerica degli stadi sopra descritti. In caso di bassa motivazione, è meglio puntare ad aumentare il grado di motivazione della persona, oppure scegliere una strategia più idonea allo stato di motivazione del momento.

Tabella I. Autovalutazione dello stato di motivazione.

“Scelga l’affermazione che meglio descrive la sua situazione attuale ...”

- P Non mi interessa smettere di fumare e comunque non penso di smettere entro i prossimi 6 mesi
- C Ho pensato di smettere di fumare ed è possibile che lo faccia entro i prossimi 6 mesi
- D Mi interessa smettere e penso che sicuramente proverò entro il mese prossimo
- A Ho appena smesso di fumare
- M Ho smesso di fumare già da un certo tempo e intendo continuare così

La fiducia a smettere è una misura del senso di autoefficacia⁷⁻⁹ che la persona si attribuisce nel proprio tentativo di smettere. In generale è meglio che la persona abbia un grado medio di fiducia. Un’estrema autosvalutazione porta a “cedere” alle prime difficoltà, ed il paziente si rafforza nella propria convinzione di essere “debole” e di essere quindi condannato a fumare per tutta la vita. D’altra parte un’estrema fiducia in sé stessi è spesso indice di una sottovalutazione del problema: quanti fumatori affermano di poter smettere di fumare quando vogliono! È infatti caratteristico della dipendenza negare anche a sé stessi il problema.

Uno scopo della terapia è quindi aumentare il senso di autoefficacia nelle persone più scoraggiate, con affermazioni supportive come: “Smettere di fumare è certamente impegnativo, ma già il fatto che lei si proponga di smettere è un primo passo, ed è segno che ce la possiamo fare! Cosa o chi le potrebbe essere di aiuto nel tentare di smettere?”. Di converso bisogna rendere più realistico un senso troppo alto di autoefficacia: “Non sottovalutiamo le possibili difficoltà: fumare è pur sempre un piacere a cui è difficile rinunciare. A suo avviso quali potrebbero essere le situazioni di maggiore rischio?”.

La terza domanda va a misurare quanto il paziente accetta di pensarsi come un fumatore¹⁰. Se l’immagine di sé come fumatore è piacevole sarà più difficile tentare di smettere. Si tratta allora di individuare quali sono gli aspetti dell’essere fumatore che la persona non accetta: “Se ho ben capito, anche se fumare l’aiuta nei mo-

menti di stress, non riesce proprio ad accettare che il suo alito sappia di bruciato e che tutti gli amici le facciano notare che l’odore della sua auto sia irrespirabile ...”. Questo aspetto viene tecnicamente chiamato “frattura interiore”.

Nell’ambito del lavoro di rete con i colleghi dei reparti, degli ambulatori territoriali e della medicina generale¹¹, abbiamo concordato un protocollo di intervento che metta assieme gli aspetti motivazionali e la valutazione del grado di dipendenza. Il protocollo prevede un tempo variabile da 3 a 15 min per ogni paziente, e riteniamo che possa essere facilmente integrato nella pratica ambulatoriale. Lo riportiamo di seguito:

1. rilevare i pazienti fumatori man mano che si presentano per una visita: si tratta quindi di chiedere a tutti i pazienti se fumino o meno;
2. ricostruire l’anamnesi:
 - a) quando ha iniziato a fumare;
 - b) quante sigarette fuma al giorno;
 - c) marca delle sigarette (dosaggio di nicotina per sigaretta);
 - d) quantità totale di nicotina assunta ogni giorno = n. sigarette per dosaggio;
 - e) quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta;
3. Chiedere al paziente se ha desiderio o meno di smettere di fumare: “Ha mai pensato o tentato di smettere? Le piacerebbe smettere di fumare?”
 - se il paziente risponde “No” passiamo alle strategie per gli “irriducibili” (precontemplativi);
 - se il paziente risponde “Sì” domandare: “Potrebbe tentare di smettere nel corso di questo mese?”
 - se il paziente risponde in modo positivo passiamo alle strategie per i “determinati”;
 - se il paziente risponde “No” passiamo alle strategie per gli “indecisi”;
4. strategia per gli “irriducibili”: insinuare dubbi. Amplificare i rischi connessi al fumo ed inerenti alla salute, soprattutto nel presente e nel futuro prossimo. Frase tipo: “Fumare è certamente un piacere. Lei può decidere di continuare, ma deve sapere che ...” (aggiungere una frase inerente allo stato di salute del paziente, tipo: “questo anno ha già sofferto di molta tosse, e le è stato

Tabella II. Autovalutazione di diverse componenti della motivazione (vedi testo).

“Valuti con un punteggio da 0 (per nulla) a 10 (moltissimo) queste domande ...”

Quanto si sente <i>disponibile</i> e <i>pronto</i> a smettere di fumare?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Per nulla Poco Abbastanza Molto Moltissimo
Quanto si sente <i>fiducioso</i> di riuscire a smettere di fumare?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Per nulla Poco Abbastanza Molto Moltissimo
Quanto la <i>disturba</i> essere un fumatore?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Per nulla Poco Abbastanza Molto Moltissimo

difficile venire fuori dall'influenza. Fumare le fa correre dei gravi rischi, come ad esempio il tumore al polmone. Come suo medico le consiglio di smettere al più presto"). Reiterare il tentativo ad ogni accesso del paziente. Se la persona soffre di malattie che sono aggravate dal fumo, inviarlo con decisione all'Unità per il Tabagismo: "Sono costretto, poiché lei soffre di (...) e con il fumo rischia di aggravarsi, ad inviarla da uno specialista";

5. strategia per gli "indecisi": ascoltare e motivare. Rafforzare la parte psicologica del paziente che vorrebbe smettere. Domandare quali sono i motivi che lo portano a continuare e quali sono i motivi che lo indurrebbero a smettere di fumare. Lasciarlo parlare per qualche minuto. Far pendere la bilancia verso la decisione di smettere. Frase tipo: "Ha dei validi motivi per tentare di smettere. Forse ha solo paura di non farcela. Si metta alla prova: non è facile, ma assieme ce la possiamo fare." Se la persona accetta di provare, passare alle strategie per i "determinati". Altrimenti tornare alle strategie per gli "irriducibili";

6. strategia per i "determinati": pianificare l'intervento:
a) fissare una data di cessazione: "Dal 01/01/01 lei ha deciso di non fumare più";

b) chiedere al paziente chi o cosa potrà essergli di aiuto;

c) chiedere al paziente quali potranno essere i momenti più critici, gli ostacoli;

d) ipotizzare come affrontare questi momenti e questi ostacoli;

e) fornire materiali (un depliant) con alcuni suggerimenti pratici di comportamento. Valutare una possibile terapia sostitutiva o con bupropione. Fissare una data di verifica.

Bibliografia

1. Fagerström KO. Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. *Br J Addict* 1991; 86: 543-7.
2. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
3. Prochaska JO, Velicer W, DiClemente CC, Fava J. Measuring process of change: application to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 520-8.
4. Etter JF, Pernger TV. A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction* 1999; 94: 1881-9.
5. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict* 1992; 87: 743-54.
6. Heather N, Rollnick S, Bell A. Predictive validity of the readiness to change questionnaire. *Addiction* 1993; 88: 1667-77.
7. De Vries H, Backbier E. Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke: the Φ pattern. *Prev Med* 1994; 23: 167-74.
8. Sklar SM, Turner NE. A brief measure for assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction* 1999; 94: 723-9.
9. Rollnick S, Morgan M, Heather N. The development of a brief scale to measure outcome expectations of reduced consumption among excessive drinkers. *Addict Behav* 1996; 21: 377-87.
10. Etter JF, Humair JP, Bergman MM, Perneger TV. Development and validation of the Attitude Towards Smoking Scale (ATS-18). *Addiction* 2000; 95: 613-25.
11. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kramer K, O'Connor M, Kelley ME. Factor structure of the SOCRATES in a sample of primary care patients. *Addict Behav* 1999; 24: 879-92.