



Seminario per i Medici Competenti, Reggio Emilia 17 gennaio 2015

**Prima Parte**

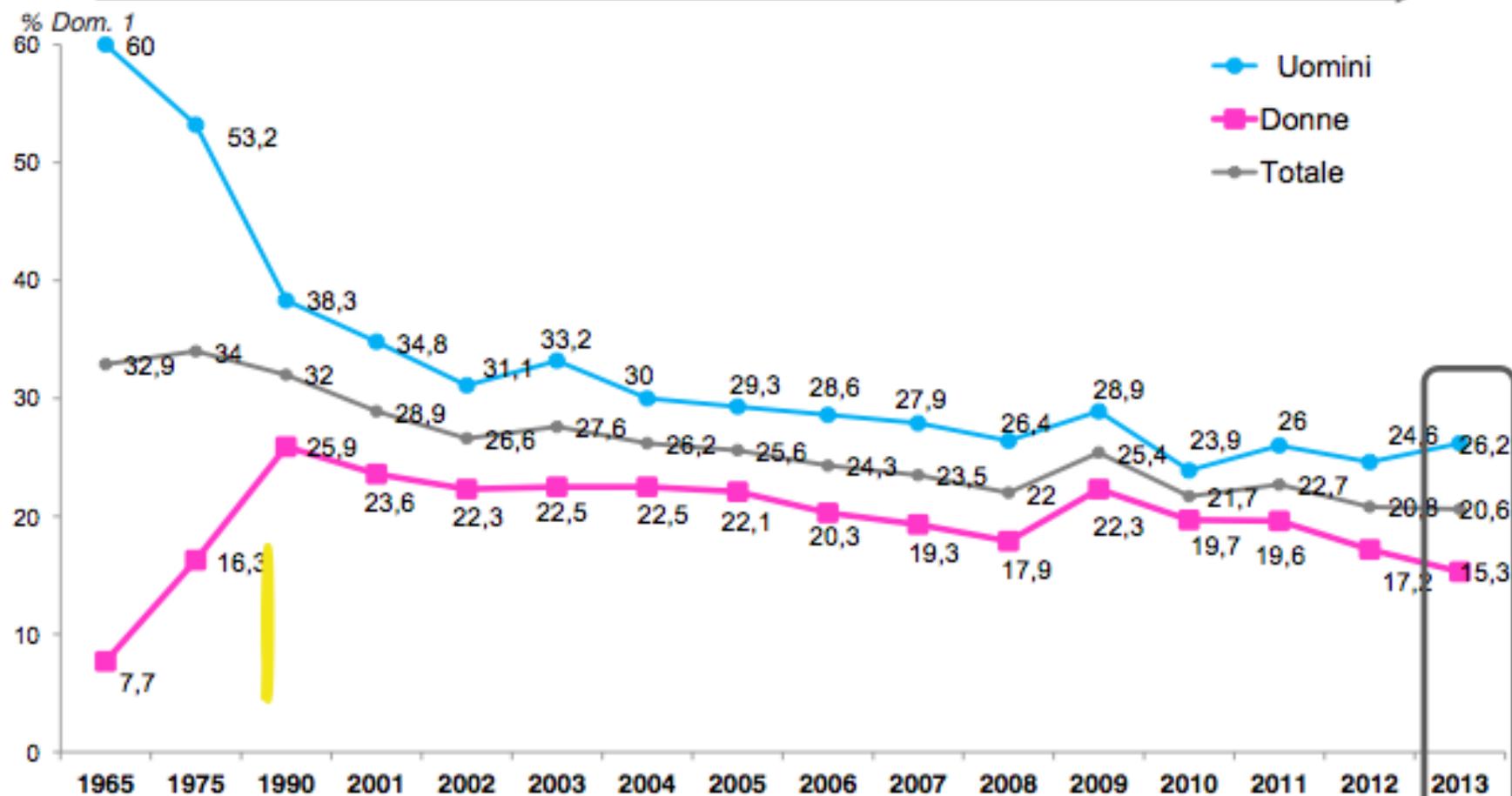
# **CENTRO ANTIFUMO DI REGGIO EMILIA**

## **PERCORSI PER LA DISASSUEFAZIONE DAL FUMO**

*Simone Storani,  
Coordinamento operativo CAF*

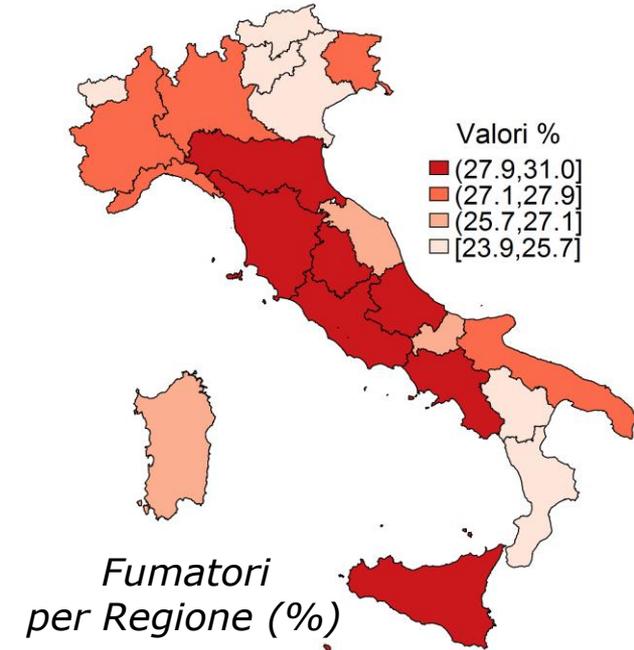
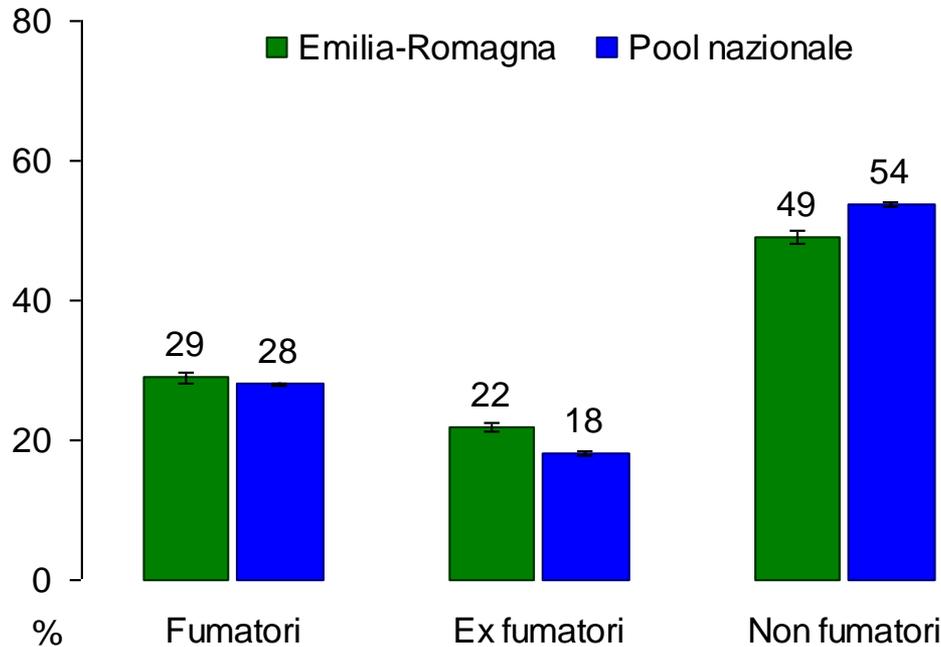
# EPIEMIOLOGIA DEL TABAGISMO

# Prevalenza del fumo di sigarette e consumo medio giornaliero secondo le indagini DOXA condotte fra il 1965 e il 2013



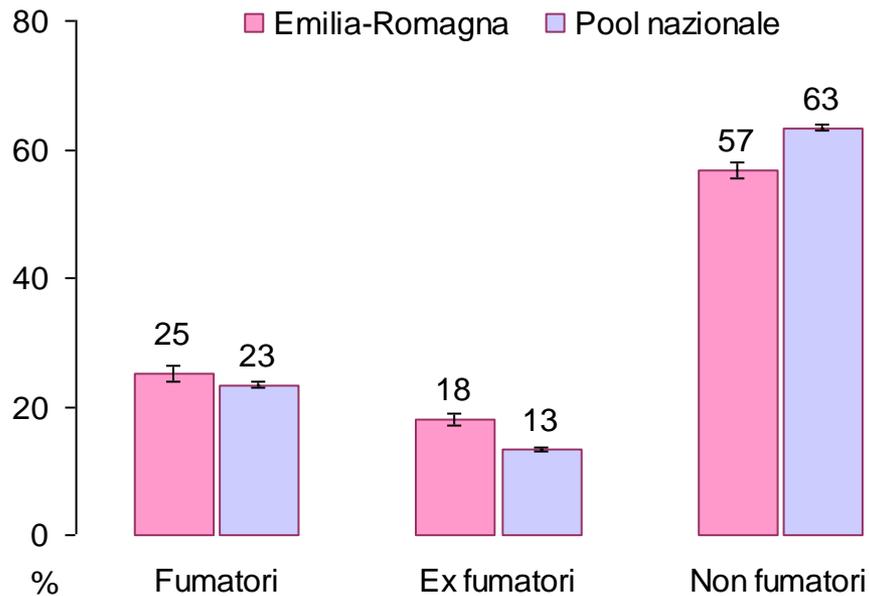
# Abitudine al fumo di sigaretta

## *Persone con 18-69 anni*

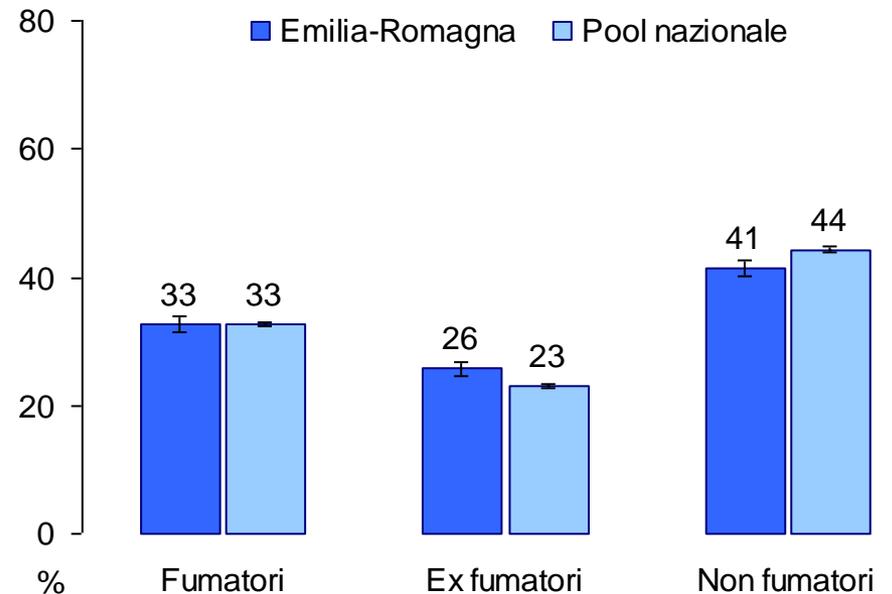


# Abitudine al fumo di sigaretta per genere 18-69 anni

## ***Donne***

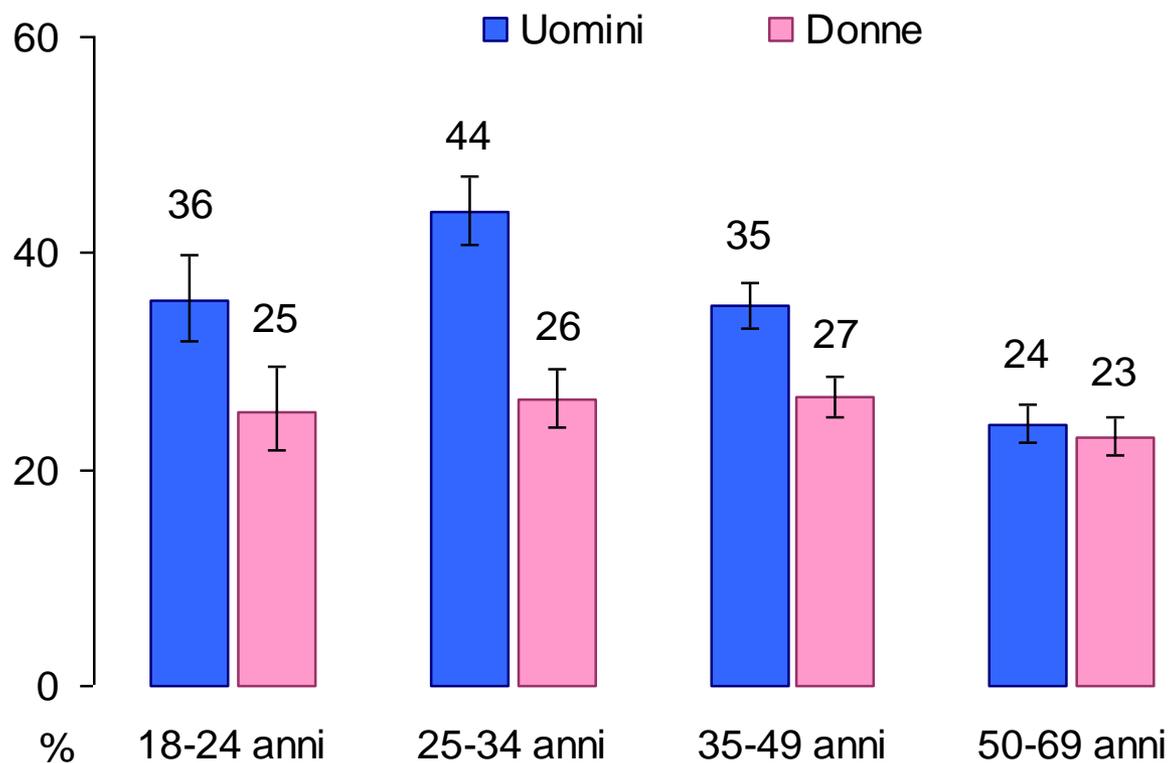


## ***Uomini***



# Fumatori di sigaretta per genere e classe d'età 18-69 anni

## ***Emilia-Romagna***



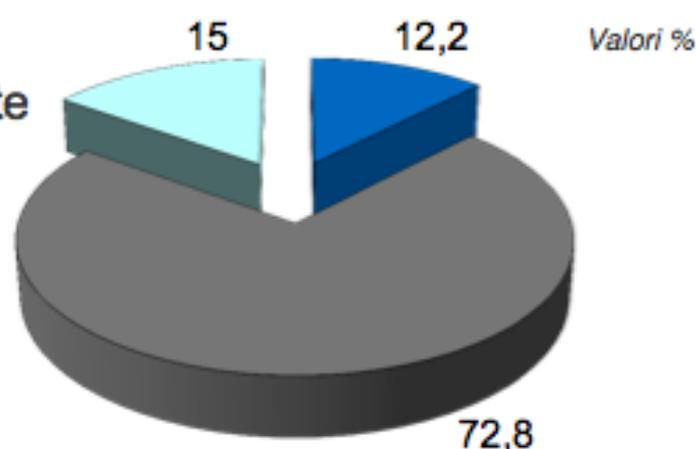
# LA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO

# Intenzione di smettere di fumare

(Analisi sui fumatori attuali)

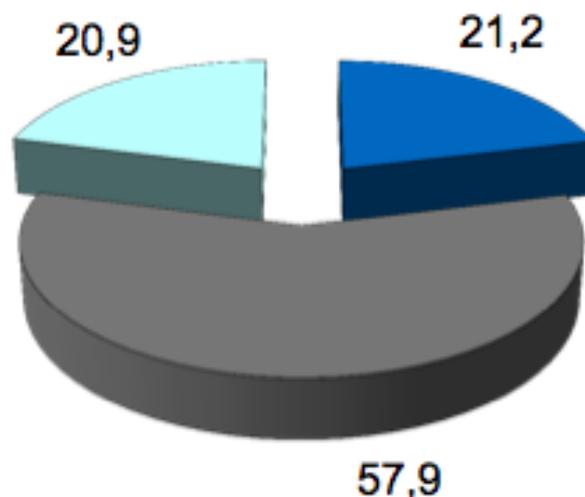
Base: fumatori attuali (620)

Lei sta pensando seriamente di smettere di fumare **nei prossimi 6 mesi?**



Dom. A-B

■ Si   ■ No   ■ Non sa/Rifiuta



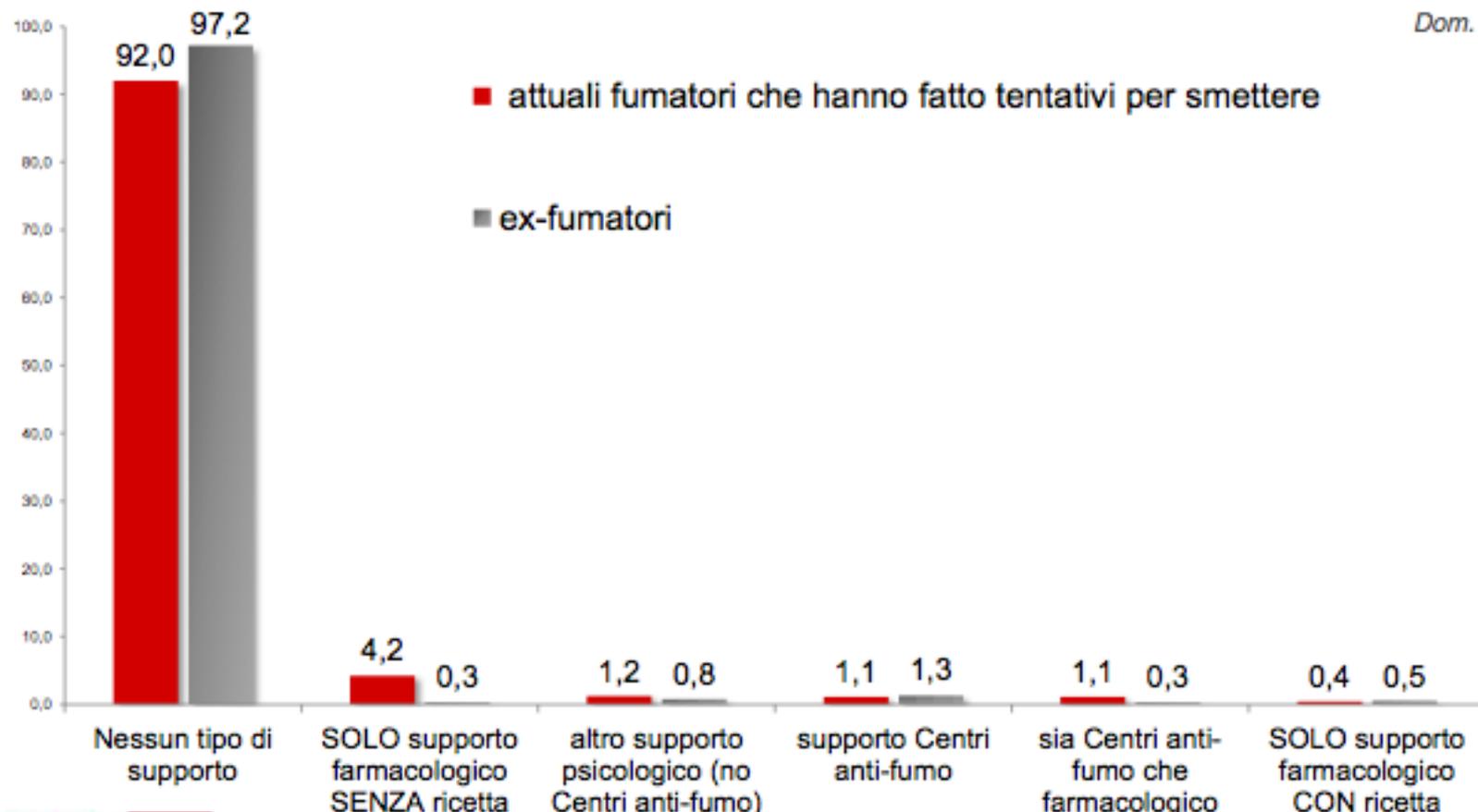
Pensa che smetterà di fumare **nei prossimi 30 giorni?**

Base: % di "Si" alla dom. A

# I tentativi di smettere: si cerca di più il supporto psicologico o farmacologico?

Valori %

Dom. 8-9



# LA “CESSAZIONE ASSISTITA” DAL FUMO DI TABACCO

## **Il dato:**

✓ 92.0% circa dei fumatori ogni anno (DOXA 2013) dichiara di aver smesso di fumare senza alcun aiuto;

## **Tuttavia:**

✓ dopo 12 mesi, solamente l'1-2 % di questi si mantiene astinente (Fiore, 2008)

## **Quindi:**

- È necessario incrementare il supporto della cessazione dal primo livello (MMG, specialisti ambulatoriali e ospedalieri)
- Il secondo livello (Centro per il trattamento del tabagismo) andrebbe riservato a casi “difficili\*” e comunque motivati

\* Fumatori con parecchi tentativi di smettere alle spalle, con comorbidità di natura cardio-cerebro-vascolare, con disagio psichico, fallimento del I livello.

**CONSUELLING ANTITABAGICO  
STRUTTURATO  
(1° livello)**

# Il Counselling strutturato

## Lo schema delle 5 A

**ASK:** chiedere se il paziente fuma

**ADVISE:** raccomandare di smettere

**ASSESS:** identificare i fumatori motivati a smettere

**ASSIST:** aiutare il paziente a smettere

**ARRANGE:** pianificare il follow-up e prevenire le ricadute

# Il Brief Advice come intervento Gold Standard nella prevenzione sul tabagista

<b>INTERVENTION</b>	<b>OUTCOME</b>	<b>NNT</b>
Statins	Prevent one death over five years	107 <sup>1</sup>
Antihypertensive therapy	Prevent one stroke, MI, death over one year	700 <sup>1</sup>
Cervical cancer screening	Prevent one death over ten years	1140 <sup>2</sup>
GP brief advice to stop smoking (five minutes)	Prevent one premature death*	80 <sup>3</sup>
Add pharmacological support	Prevent one premature death*	38-56 <sup>4</sup>
Add behavioural support	Prevent one premature death*	16-40 <sup>5</sup>

\* Over half of all continuing smokers will die prematurely from a smoking-related disease. For every two long term quitters, one premature death is avoided (D and Peto). 1 Bandolier 2 Gates, Amer Fam Phys 2001 3 West 2006 4 Bandolier 2006 5 Cochrane 2007 6 Anthonisen, Ann Inter Med 2005

CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO (CAF) DI  
REGGIO EMILIA:  
PERCORSI E DATI DI EFFICACIA

## IL CAF-RE (1)

Il CAF provinciale di Reggio Emilia è attivo dal 1 gennaio 2011 in modalità di gestione mista fra l'Azienda Ausl di Reggio Emilia e della Lega contro i Tumori-Onlus (LILT-Re).

- E' articolato in una sede centrale a Reggio Emilia facente capo al Servizio per le dipendenze (Ser.T) dell'Azienda Ausl Area Reggio Emilia, più cinque sedi periferiche in ogni Distretto sanitario
- Lo staff è composto da 2 medici, 2 psicologi, 3 infermieri che dedicano al Servizio circa 4 ore settimanali ciascuno; ad essi si affiancano 3 persone con funzione di segreteria le quali alternandosi, garantiscono la funzione organizzativa e di *front office* per cinque giorni settimanali.



## IL CAF-RE (2)

Il metodo di dissuasione si rifà al modello **cognitivo-comportamentale** della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Si realizza attraverso **un'analisi** della **storia del fumatore**, dei suoi **bisogni** (necessari per affrontare al meglio l'astinenza) e degli altri fattori che possono favorire una eventuale ricaduta (strategia cognitiva)

Le terapie comportamentali permettono di **imparare** delle **strategie per fare fronte alla voglia di fumare** (strategia di evitamento, di sostituzione, etc.)..e si compongono di **diversi incontri ben organizzati e strutturati**.

Inoltre, nelle terapie di gruppo, alle strategie cognitive e comportamentali si aggiunge la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori.

## Legge Regionale N.17 - 27 luglio 2007

### “Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo”

Prevede l'attuazione di un Piano triennale di contrasto del tabagismo con rilevanti novità :

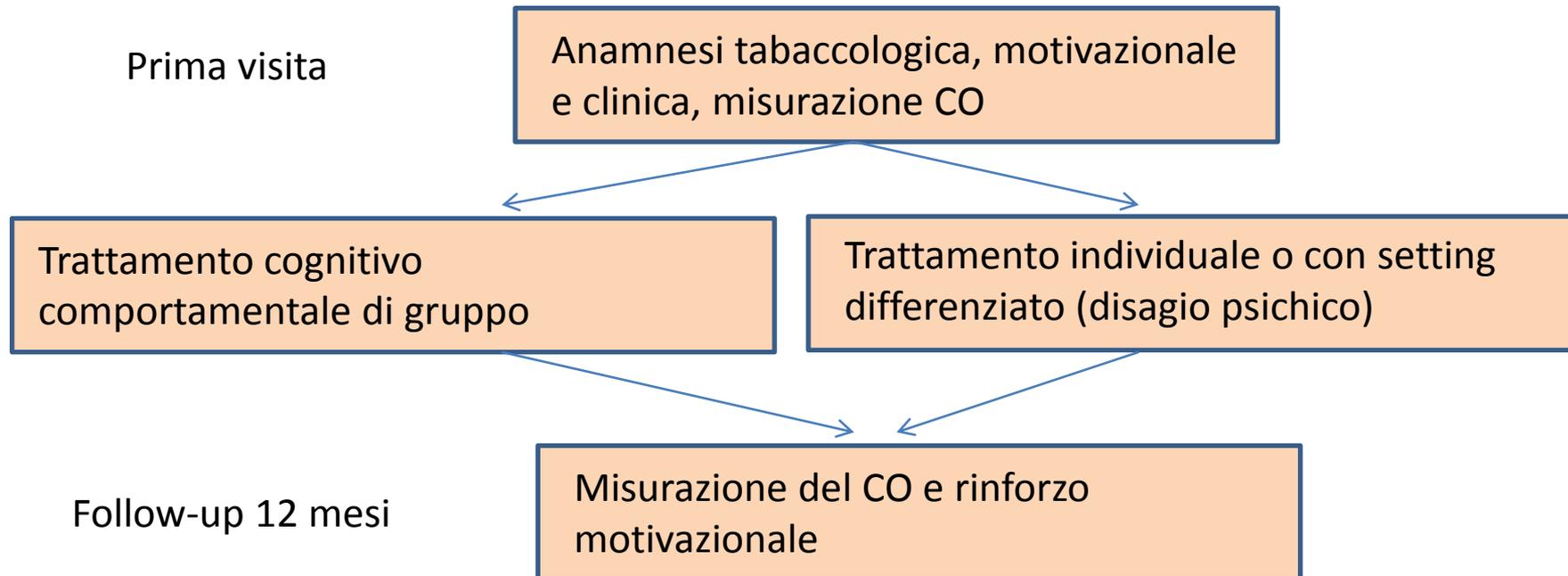
1. agevolazione **dell'accesso ai Centri antifumo**, aumentandone la visibilità e rendendo gratuito il percorso di disassuefazione;
2. interventi di **counselling e percorsi di disassuefazione** rivolti a pazienti fumatori ricoverati negli ospedali;
3. estensione del divieto di fumo a determinate **aree esterne** di pertinenza degli ospedali, dei servizi sanitari (aree aperte immediatamente limitrofe agli accessi e ai percorsi sanitari) e delle scuole;
4. riduzione dei rischi da fumo passivo, perseguita in coerenza a quanto disposto dalla normativa vigente in materia di prevenzione e protezione da rischi negli ambienti di lavoro, considerando **luoghi di lavoro anche gli ospedali**, i servizi sanitari e gli istituti scolastici.



## CAF-RE: MODALITA' DI ACCESSO

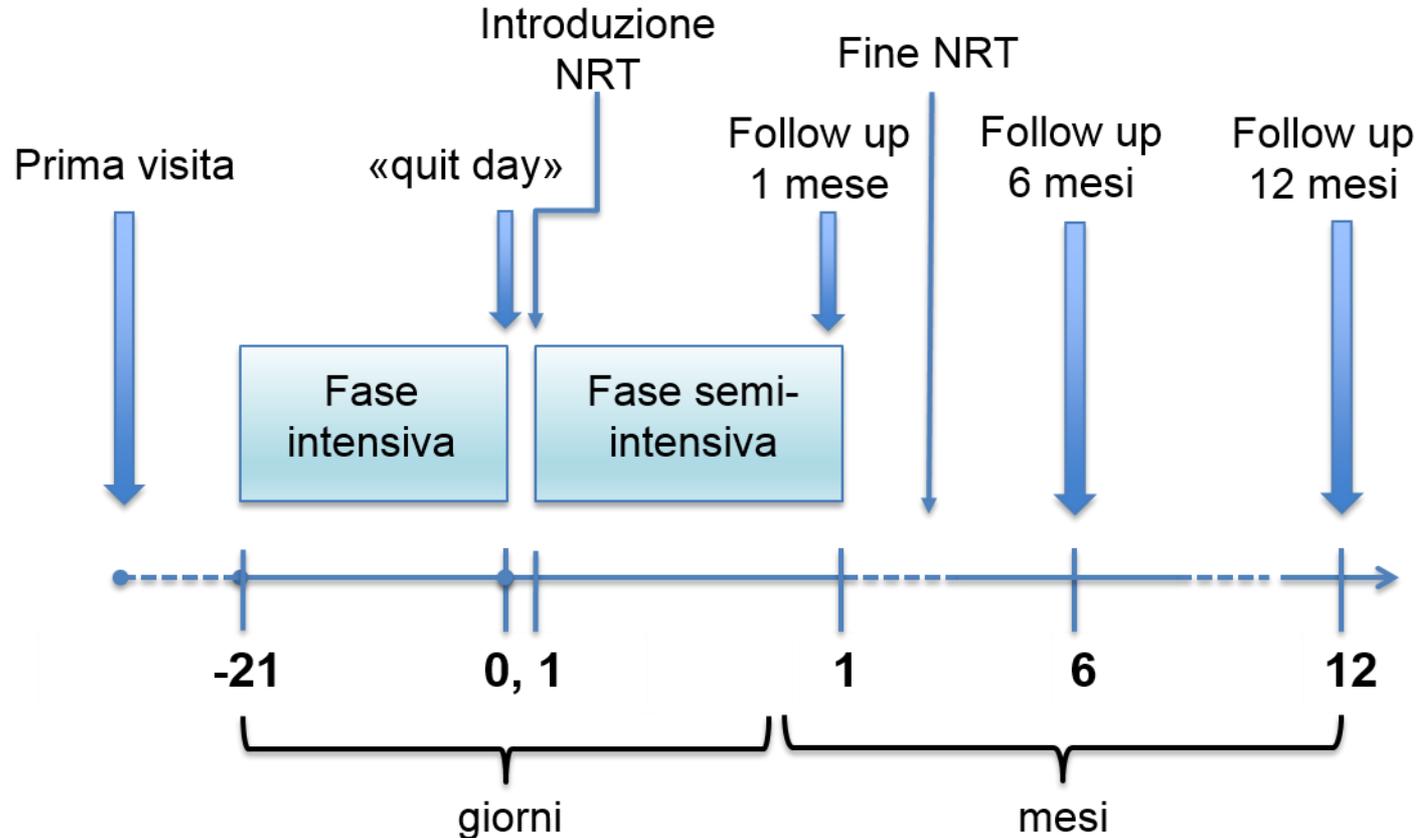
- 1) Diretta: telefono . Numero unico provinciale **0522.320655**
- 2) Impegnativa del Medico Curante: «visita presso il centro di trattamento del tabagismo»
- 3) Invio da Specialisti ambulatoriali e ospedalieri AUSL e ASMN-IRCCS

NESSUN TICKET PER L'ACCESSO E IL TRATTAMENTO



## MODELLO E PERCORSO TERAPEUTICO DEL CAF-RE

Trattamento di tipo cognitivo- comportamentale a prevalente modello di gruppo chiuso.



## FLUSSO DATI DEL CAF

Per ciascun fumatore si raccolgono i seguenti dati :

### 1. Modalità di contatto:

- I Accesso diretto. II Invio da parte del MMG. III Invio tramite procedure ambulatoriali e ospedaliere AUSL. IV Altri tipi di invio

### 2. Anamnesi tabaccologica e psichiatrica

Numero degli anni di fumo; numero medio di sigarette fumate al giorno (sig/die) al momento attuale; punteggio al test di Fagerström (FTND); comorbidità psichiatrica (disturbi psichici non psicotici) anche se in fase di compenso; utilizzo attuale di psicofarmaci (ansiolitici, antidepressivi, stabilizzanti dell'umore).

### 3. Caratteristiche del trattamento

- Tipo di trattamento: Cognitivo-comportamentale di gruppo; cognitivo-comportamentale individuale.
- *Compliance* del trattamento: Conclusione della fase semi-intensiva: presenza per almeno il 70% degli incontri previsti dal trattamento.
- Protocollo farmacologico: farmaci sostitutivi della nicotina (NRT), Vareniclina,

### 4. Esito del trattamento: a 1 mese a 6 e 12 mesi dalla data limite prevista per la cessazione

### 5. Dati relativi alla celerità dell'intervento.

- Tempo di attesa per l'accesso; tempo di attesa per il trattamento

# Materiali informativi

## ALCUNI CONSIGLI PER SMETTERE DI FUMARE DA SOLI:

- 1. Decidete di smettere e stabilite una data precisa in cui farlo.
- 2. Riducete giorno per giorno il numero delle sigarette, eliminando prima quel che vi è più facile rinunciare e tenendo per ultime quelle più difficili. Fate in modo che fumare vi sia scomodo, per esempio non tenendo a portata di mano sigarette ed accendino.
- 3. Soprattutto nei primi tempi, evitate situazioni ed ambienti che associate alla sigaretta (per esempio: pausa per caffè e sigaretta, relax davanti alla TV col sigaretta, ecc...).
- 4. Cambiate un po' le vostre abitudini.
- 5. Al mattino ripetete a voi stessi "IO OGGE NON FUMO", vi aiuterà a superare le difficoltà giorno per giorno. Non pensare al domani, pensa al oggi.
- 6. Aumentate l'attività fisica: tense mentalmente e fisicamente impegnati, riduce la fame e fa smettere calorie.
- 7. Seguire una dieta leggera con molta frutta e verdura. Bevete almeno 2 litri di liquidi al giorno (acqua, succhi di frutta non zuccherati). Evitate bevande alcoliche e caffè.
- 8. Se la voglia di fumare è molto forte, interrompete subito quello che state facendo e cercate di distrarvi: bevete due bicchieri di acqua e piccoli sorsi, fate qualche respirazione profonda, uscite dall'ambiente in cui vi trovate e fate una breve passeggiata, cercate di rilassarvi. In genere, la tentazione dura solo alcuni minuti, basta avere un po' di pazienza!
- 9. Scrivete dei bigliettini: "HO DECISO DI SMETTERE DI FUMARE" e lasciateli bene in vista: in casa, in ufficio, nel portafoglio ecc...
- 10. I sintomi di astinenza da nicotina (desiderio di fumare, aumento dell'appetito, nervosismo, ansia, insonnia, difficoltà a concentrarsi, mal di testa) non si presentano necessariamente in tutte le persone, e, quando compaiono, durano di solito per qualche settimana, attenuandosi man mano che passano i giorni. Fino al sopraggiungere.
- 11. Nel caso dovessero persistere più a lungo, il vostro medico potrà aiutarvi con una terapia farmacologica specifica, e, se necessario, inviarti per un maggior sostegno a un Centro antifumo.
- 12. Se ricordate e fumate una sigaretta, non vi scoraggiate e non siete troppo severi con voi stessi: la ricaduta non significa fallimento né che voi siete un "caso impossibile". Non arrendetevi e pensate che anche questo ricaduto vi aiuterà ad avvicinarvi al traguardo. Ricordatevi e ricordate che "NON È UN BUONI CAVALLIERE CHE NON È MAI RICADUTO DA CAVALLO".

## MISURAZIONE DELLA DIPENDENZA DA NICOTINA (test di Pagerstrom)

	Punti
1) Al mattino fumo una sigaretta dopo:	
0-30 minuti	3
31-60 minuti	2
61-90 minuti	1
> 90 minuti	0
2) Trovo difficile non fumare dove il pro-	
ibito?	0-1
2-3	0
3) Questo sigaretta trovata difficile non la prima del mattino?	1
2	0
4) Quante sigarette fumo al giorno?	
0-10	1
11-20	2
21	3
5) Punto di più nella giornata dopo il	
risveglio che mi capita dalla giornata?	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

**Interpretazione**  
 da 0 a 2 dipen-  
 da da 3 a 4 dipen-  
 da da 5 a 6 dipen-  
 da da 7 a 8 dipen-

**INDICAZIONI**

di fumo

di fumo

di fumo e consumo tabacchi

di fumo

di fumo e consumo tabacchi

di fumo e consumo tabacchi

di fumo e consumo tabacchi

**DATA:** \_\_\_\_\_  
**Nome Cognome** \_\_\_\_\_

Vuoi ricevere un aiuto per smettere di fumare?

Per informazioni contatta:  
 segreteria@luoghiidiprevenzione.it  
 www.luoghiidiprevenzione.it  
 Per prenotazioni pomeridiane  
 Telefonare dalle 15.00 alle 18.00  
 al numero **0522 320655**

### CENTRI ANTIFUMO nella PROVINCIA di REGGIO EMILIA

#### AUSL RE - Distretto di Reggio Emilia

Luoghi di Prevenzione  
 Telefonare dalle 9.00 alle 13.00  
 al numero **0522.320655**

#### AUSL RE - Distretto di Scandiano

Luoghi di Prevenzione  
 Telefonare dalle 9.00 alle 12.00  
 al numero **0522.320655**

#### AUSL RE - Distretto di Guastalla

Referente Rita Bassi  
 Telefonare dalle 9.00 alle 12.00  
 al numero **0522.837780**

#### AUSL RE - Distretto di Correggio

Referente Rita Bassi  
 Telefonare dalle 9.00 alle 12.00  
 al numero **0522.837780**

#### AUSL RE - Distretto di Carolei nuovo ne' Monti

Referente Vanda Colombani  
 Telefonare dalle 9.00 alle 12.00  
 al numero **0522.617177**

#### AUSL RE - Distretto di Montecchie Emilia

Referente Milo Rocci  
 Telefonare dalle 9.00 alle 12.00  
 al numero **0522.860193**



# Nicotine replace therapy (NRT)

PRODOTTO	COMPRESSE SUBLINGUALI	GOMME	INALATORI	CEROTTI
Durata minima del trattamento	Almeno 12 settimane, poi ridurre gradualmente	Almeno 4 settimane poi continuare al bisogno	Fino a 8 settimane poi ridurre la dose alla metà per due settimane	Preferibilmente 8 settimane, non meno di 4 settimane
DOSI	16-24 compresse al gg per forti fumatori Da 8 a 12 per fumatori più leggeri	1 gomma per 1 sigaretta. 4mg per i forti fumatori, 2 mg per quelli «leggeri»; 10-15 gomme al gg	Il paziente fa una o più inalazioni tutte le volte che lo desidera. Dalle 6 alle 12 cartucce/dì	15 mg almeno per i forti fumatori; 10 mg per i fumatori leggeri; riservare il cerotto da 24 h a chi soffre di notte o al mattino di sintomi da astinenza
VANTAGGI	Può essere usata senza dare nell'occhio ; facilmente adattabile alle necessità del singolo; scarsi effetti collaterali	Facilmente adattabile alle necessità individuali; contrasta con la bulimia ;	Simula gestualità e sensazioni abituali; facilmente adattabile secondo le necessità; contrasta la bulimia frequente nel periodo di disassuefazione	Di uso semplicissimo, viene ceduta automaticamente la dose necessaria
LIMITI	Si deve imparare ad usare correttamente, se inghiottita è sprecata	Difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale; non adatto ai portatori di protesi; di uso non semplicissimo	Difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale; poco adatto ai forti fumatori	Non fornisce un picco di nicotina; non simula sensazioni orali né gestualità familiari al fumatore

## CAF- RE: DATI DI UTENZA 2012 - 2014

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
DISTRETTO	NUMERO NUOVI ACCESSI	NUMERO NUOVI ACCESSI	NUMERO NUOVI ACCESSI
Castelnovo Monti	33	20	24
Correggio	21	0	31
Guastalla	15	38	41
Montecchio	37	23	21
Reggio Emilia	63	65	89
Scandiano	32	33	26
<b>TOTALE</b>	<b>201</b>	<b>179</b>	<b>232</b>

## **EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL TABAGISMO: ANALISI DEI RISULTATI DEL CENTRO ANTIFUMO DI REGGIO EMILIA**

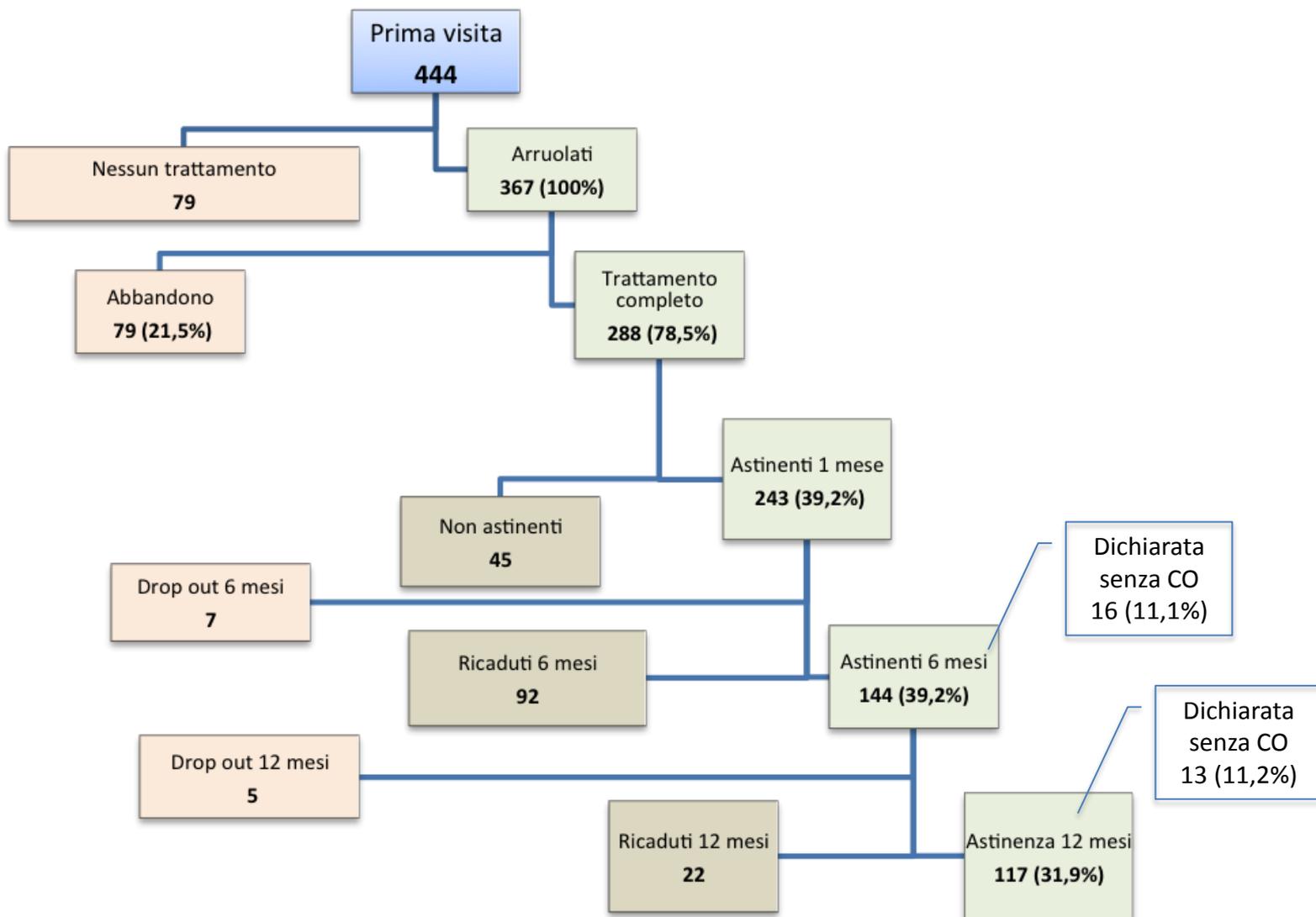
Studio longitudinale prospettico sulla coorte dei pz afferenti al CAF-RE tra il 01/06/11 e il 31/05/2013

### Obiettivi

1. Determinare i tassi di cessazione a 6 e 12 mesi
1. Individuare gli elementi clinici del trattamento antitabagico e le caratteristiche dei percorsi terapeutici che rappresentano fattori predittivi di successo della cessazione dal fumo per contribuire al miglioramento degli esiti assistenziali degli utenti afferenti al CAF.

# EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL TABAGISMO: ANALISI DEI RISULTATI DEL CENTRO ANTIFUMO DI REGGIO EMILIA

## RISULTATI (1): POPOLAZIONE IN STUDIO E TASSI DI ASTINENZA (N. 367)



EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL TABAGISMO:  
ANALISI DEI RISULTATI DEL CENTRO ANTIFUMO DI REGGIO EMILIA

**RISULTATI (2): FATTORI PREDITTIVI DI ASTINENZA  
IN BASE ALLE CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI (N. 367)**

	tot	astinenza 1mese					astinenza a 12 mesi				
		n.	%	RR	IC	p-value	n.	%	RR	IC	p-value
<b>genere</b>											
M	159	105	66,04	1,00			55	34,6	1,00		
F	208	138	66,35	1,01	0.72-2.59	0.928	62	29,8	0.8	0.44- 1.23	0,330
<b>età</b>											
<35	24	16	66,67	1,00			5	20,8	1,00		
35-44	50	31	62,00	2,00	0.10-2.98	0,210	13	26,0	1,33	0.44-5.68	0,628
45-54	119	73	61,34	1,75	0.13-3.32	0,272	39	32,8	1,97	0.84-8.57	0,207
>54	174	123	70,69	2,32	0.14-3.10	0,088	60	34,5	2,01	0.68-6.38	0,189
<b>anni di fumo</b>											
<=10	4	4	100,00	1,00			2	50,0	1,00		
11-30	97	63	64,95	0,54	0.07-4.0	0.546	27	27,8	0,38	0.09-5.66	0,353
>=30	266	176	66,17	0,68	0.09-4.9	0,706	88	33,1	0,49	0.13-7.25	0,485
<b>punteggio del fagerstrom test: dipendenza da nicotina</b>											
0-6: dip. bassa e media	279	195	69,89	1,00			94	33,7	1,00		
7-10: dip. alta e molto alta	88	48	54,55	0,52	0.31-0.84	0,008	23	26,1	0,70	0.52-1.85	0,186
<b>disurbi d'ansia e d'umore</b>											
no	343	233	67,93	1,00			115	33,5	1,00		
si	24	10	41,67	0,33	0.14-0.78	0,011	2	8,3	0,18	0.041-0.77	0,022
<b>uso attuale di psicofarmaci</b>											
no	287	197	68,64	1,00			98	34,1	1,00		
si	80	46	57,50	0,62	0.37-1.02	0,064	19	23,8	0,60	0.33-1.06	0,080

EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL TABAGISMO:  
ANALISI DEI RISULTATI DEL CENTRO ANTIFUMO DI REGGIO EMILIA

**RISULTATI (3): FATTORI PREDITTIVI DI ASTINENZA  
IN BASE ALLE CARATTERISTICHE DEI PERCORSI (N. 367)**

	tot	astinenza 1mese					astinenza a 12 mesi				
		n.	%	RR	IC	p-value	n.	%	RR	IC	p-value
<b>tipo di trattamento</b>											
gruppo	361	238	65,93	1,00			114	31,6	1,00		
individuale	6	5	83,33	2,60	0.29-22.36	0,389	3	50,0	2,17	0.43-10.90	0,348
<b>terapia farmacologica</b>											
nessuna	170	69	40,59	1,00			22	12,9	1,00		
si	197	174	88,32	11,07	6.5-18.84	<0,001	95	48,2	6,26	3.69-10.62	<0,001
<b>modalità di accesso</b>											
diretto	161	110	68,32	1,00			55	34,2	1,00		
MMG	110	78	70,91	1,00	0.66-1.91	0,973	37	33,6	0,98	0.50-1.61	0,729
procedura AUSL	67	37	55,22	0,68	0.31-1.02	0,217	20	29,9	0,82	0.55-2.48	0,529
altro	29	18	62,07	0,63	0.33-1.72	0,287	5	17,2	0,40	0.12-1.15	0,079
<b>tempo di attesa richiesta-visita</b>											
<=30 gg	85	58	68,24	1,00			33	38,8	1,00		
>30 gg	282	185	65,60	0,89	0.52-1.49	0,653	84	29,8	0,66	0.4-1.1	0,118
<b>tempo d'attesa visita-trattamento</b>											
<=30 gg	288	185	64,24	1,00			92	31,9	1,00		
>30gg	79	58	73,42	1,53	0.88-2.67	0,128	25	31,6	0,98	0.57-1.68	0,960

EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL TABAGISMO:  
ANALISI DEI RISULTATI DEL CENTRO ANTIFUMO DI REGGIO EMILIA

**CONCLUSIONI (1)**

1. Indice di astinenza continuativa: **39,2%** a 6 mesi (standard di riferimento delle *Linee guida europee Ensp 2012* : > 35%) e **31,9%** a 12 mesi.
2. Fattore predittivo di successo principale a 12 mesi: utilizzo NRT: **RR = 11,7** nel sottogruppo che comincia il trattamento e **RR= 2,6** nel gruppo che conclude la fase semi-intensiva.
3. La comorbidità di natura psichiatrica rappresenta un fattore ostacolante per il mantenimento dell'astinenza a 12 mesi (**RR 0,18**).
4. Tempestività dell'intervento. Il tempo di attesa maggiore di 30 giorni, tra la richiesta di accesso al CAF-Re e il primo colloquio, ha effetto negativo sulla cessazione del fumo a 12 mesi (**RR: 0,66**; IC 95% **0,9-1,1**; **p=0,118**)
5. Ritenzione all'iter terapeutico. Assenza al primo trattamento e abbandono: **21,6%**
6. Indici di accesso al CAF. Accesso diretto: **42,3%**; accesso tramite MMG: **32,6%**; procedure ambulatoriali e ospedaliere Ausl: **17,1%**.

# EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL TABAGISMO: ANALISI DEI RISULTATI DEL CENTRO ANTIFUMO DI REGGIO EMILIA

## CONCLUSIONI (2)

7. Introduzione di elementi di personalizzazione nel percorso di gruppo per diminuire la quota di abbandono: momenti individuali di supporto di tipo motivazionale.
8. Aumento dell'*appropriatezza*\* del Servizio tramite il potenziamento della rete degli operatori socio-sanitari per la cura del tabagismo; monitoraggio della crescita progressiva degli indici di accesso attraverso le modalità "MMG" e "percorsi socio-sanitari consolidati".

*\*Appropriatezza: intervento sanitario correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costo (Glossario del Ministero della Salute)*



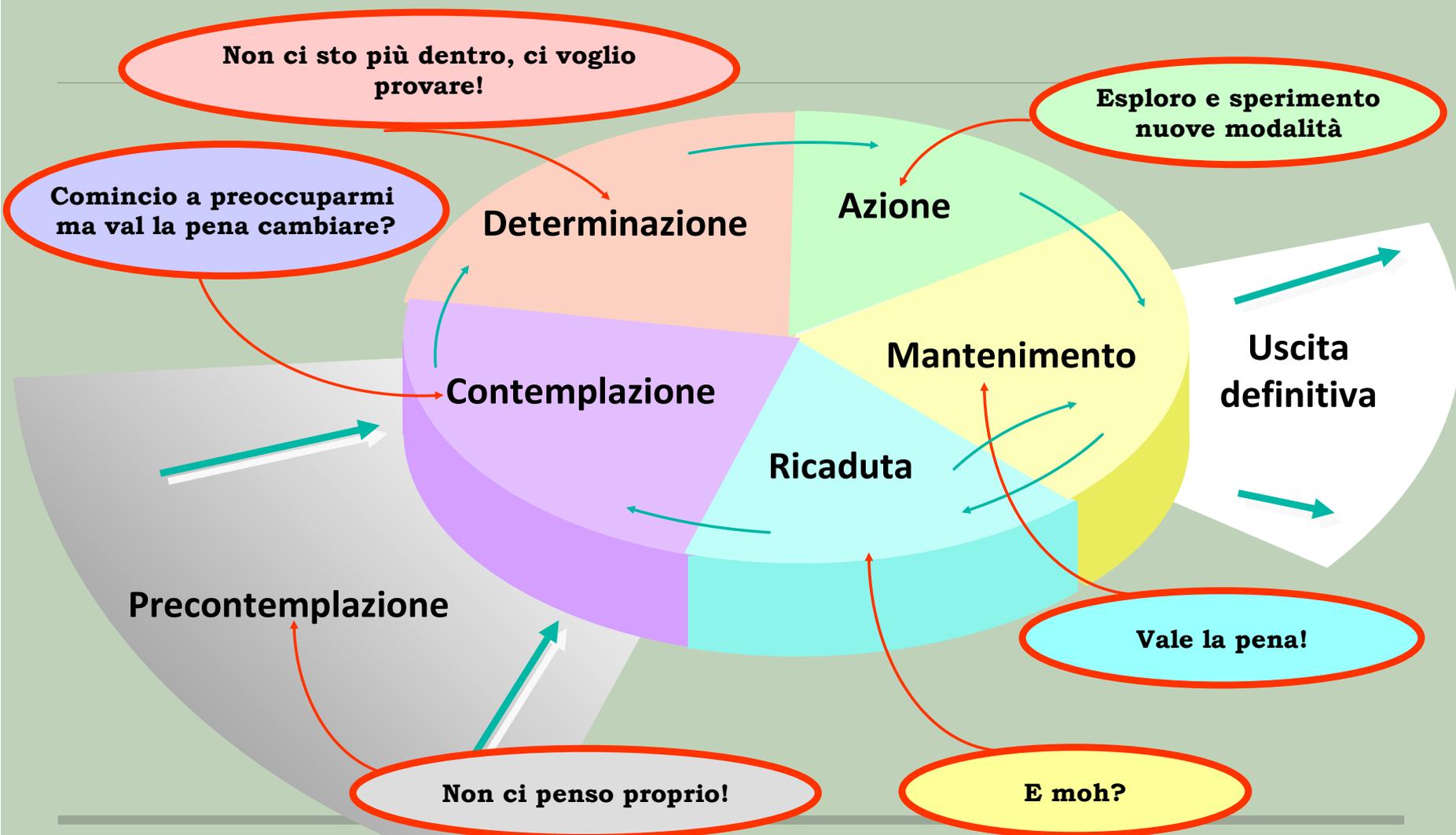
Seminario per i Medici Competenti, Reggio Emilia 17 gennaio 2015

## Seconda Parte

# APPROCCIO MOTIVAZIONE PER IL CAMBIAMENTO DEGLI STILI DI VITA:

## II MODELLO TRANSTEORICO DEL CAMBIAMENTO E IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

# Stadi di cambiamento e caratteristiche del paziente



*... Tale modello ha una forza catturante anche in virtù della sua caratteristica di contenere una strutturazione narrativa: essa raffigura il passaggio da una condizione di miseria inconsapevole ad una di liberazione consapevole passando attraverso una fase di lotta dall'esito non scontato. Insomma, il modello sembra raccontare una storia affascinante, a lieto fine, passando per sofferenze e incertezze...*

# Colloquio Motivazionale

Definizione:

Stile di counselling centrato sulla persona per affrontare e risolvere l'ambivalenza in vista di un cambiamento del comportamento.

# Definizione tecnica: è uno stile di comunicazione

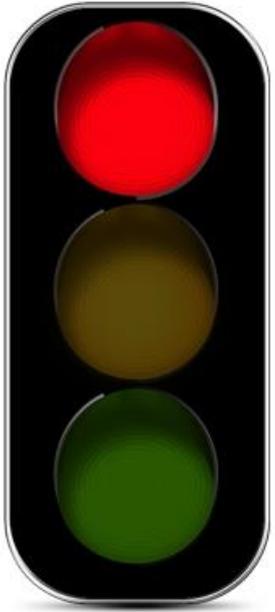
- Collaborativo e orientato
- Che presta particolare attenzione al linguaggio del cambiamento.
- Progettato per rafforzare la motivazione personale e l' impegno verso un obiettivo specifico
- Attraverso la facilitazione e l' esplorazione delle ragioni proprie della persona

# Il colloquio motivazionale

- È un approccio basato su evidenze empiriche che si è dimostrato efficace per aiutare a superare l'ambivalenza tipica che frena le persone nel realizzare i cambiamenti desiderati e facilitare il processo di cambiamento.
- Il C. M. ha rappresentato un profondo cambiamento del pensiero una vera e propria rivoluzione copernicana in quanto rimette al centro la persona non come soggetto da rieducare ma come portatrice di valori propri.

MODELLO TRANSTEORICO DEL  
CAMBIAMENTO E COLLOQUIO  
MOTIVAZIONALE NELLA PRATICA  
CLINICA

## La diagnosi motivazionale

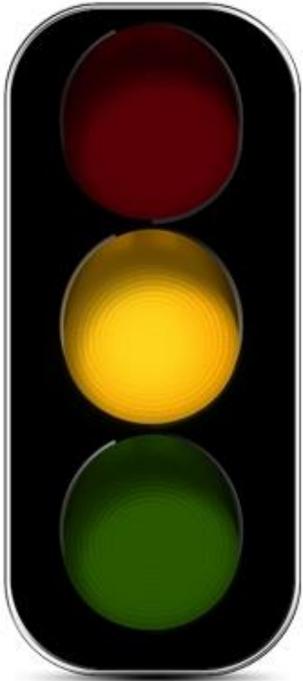


Non interessato o non preoccupato per  
cambiare:  
**precontemplazione**

La persona in questo stadio non riferisce alcuna intenzione di cambiare il suo comportamento in un arco temporale visibile.

- Può **non essere cosciente dell'importanza** del problema, oppure negarlo del tutto.
- Può anche essere **demoralizzata** o sentirsi incapace di cambiare.

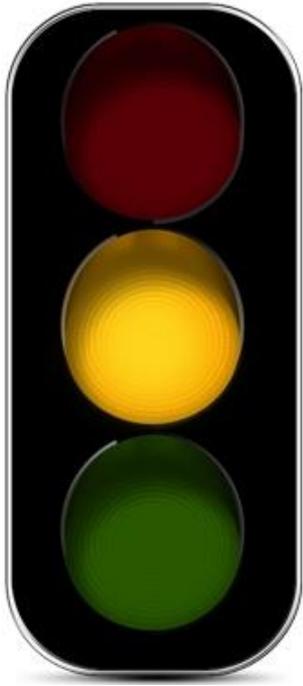
# La diagnosi motivazionale



## Ci sta pensando: contemplazione

- La persona riferisce l'intenzione di cambiare in un futuro, ma non nell'immediato (6 mesi)
- vede i benefici di un cambiamento ma questi non bilanciano a sufficienza i costi preventivabili
- Appare **ambivalente** ad un osservatore esterno

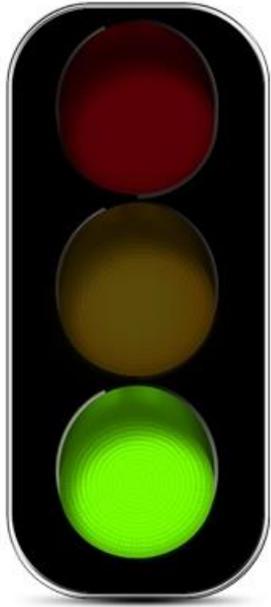
# La diagnosi motivazionale



In preparazione:  
determinazione

- La persona sta pianificando un cambiamento nell'immediato futuro (30 giorni)
- La persona sta facendo dei **progetti concreti**
- Questa è una fase finestra

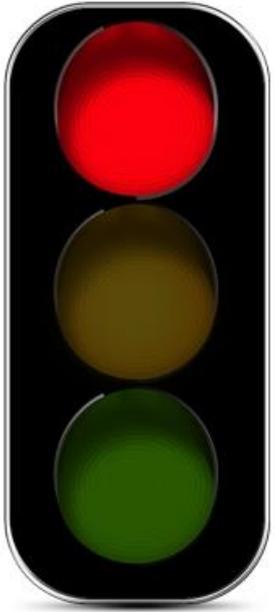
# La diagnosi motivazionale



Sta cambiando:  
**azione**

- La persona in azione ha appena conseguito il cambiamento desiderato (nel corso degli ultimi 6 mesi)
- **Sta facendo qualcosa di oggettivamente benefico per la propria salute**

## La diagnosi motivazionale



Ha tentato di cambiare ma non ce l'ha  
fatta  
ricaduta

La persona in questo stadio vive la frustrazione del fallimento e l'incapacità di cambiare

- E' fondamentale, per l'operatore, considerare la ricaduta come fase integrante del cambiamento.

# Gli elementi del Colloquio Motivazionale

## Lo spirito del CM

- Accettazione
  - Valore assoluto della persona
  - Sostegno
  - Valorizzazione dell'autonomia
- Collaborazione
- Evocazione
- Propensione all'aiuto

## I processi

- Stabilire una relazione
- Focalizzare
- Evocare
- Pianificare

## Le abilità

- Ascolto riflessivo
- Domande aperte
- Riassumere
- Sostegno
- Dare informazioni

## L'obiettivo del Colloquio Motivazionale

Suscitare affermazioni orientate al cambiamento

# Affermazioni orientate al cambiamento

A fronte della **resistenza** a cambiare sono importanti le **Affermazioni Orientate al Cambiamento**, che il CM punta ad evocare, e **che sono predittive dell'effettivo transito della persona attraverso gli stadi del cambiamento.**

Esempi:

- Prima me ne fregavo del divieto di fumo ma ora mi fa pensare
- Se smettessi di andare al bar la domenica sera sarei più in forma il lunedì al lavoro
- Prima o poi dovrò decidermi a riprendere a camminare
- Mi immagino la gioia di mio figlio se smettessi di fumare
- Se smetto di fumare nei turni di lavoro cosa faccio durante le pause?

## Tecniche del Colloquio Motivazionale

- **Ascolto attivo**

Riformulazione

Delucidazione

Capacità di indagine (domande aperte? Chiuse?)

Messaggi in prima persona

- **Empatia**

Comprensione razionale e emotiva della situazione dell'altro (E' diversa dalla simpatia)

- **Comunicazione non verbale**

- **Autoconsapevolezza dell'O.S.:** vedo, penso, immagino, provo

- **stile comunicativo ASSERTIVO**
  - E' orientato
  - Manifesta autorevolezza
  - Sostiene
  - Evita contrapposizioni
- Non è aggressivo, giudicante, direttivo né paternalistico

*... Tale modello ha, tuttavia, una forza catturante anche in virtù della sua caratteristica di contenere una strutturazione narrativa: essa raffigura il passaggio da una condizione di miseria inconsapevole ad una di liberazione consapevole passando attraverso una fase di lotta dall'esito non scontato. Insomma, il modello sembra raccontare una storia affascinante, a lieto fine, passando per sofferenze e incertezze...*

# TAKE HOME MESSAGES

1. L'intervento di primo livello del Medico Competente è la strategia più efficiente e appropriata per il supporto alla cessazione dal fumo, il secondo livello (specialistico) deve essere gestito dal primo livello
2. Il MODELLO TRANSTEORICO DEL CAMBIAMENTO costituisce il riferimento teorico di fondo imprescindibile per la corretta gestione del paziente
4. Le tecniche di comunicazione più efficaci si rifanno al modello di colloquio MOTIVAZIONALE e non CONFRONTAZIONALE