

Resoconto di Tirocinio

di Federica Fabriani

Tesi di Laurea, dicembre 2002

Indice

Resoconto del tirocinio	pag.	2
1. Il Tabagismo come problema	pag.	3
1.1. L'aspetto fisiologico del Tabagismo	pag.	5
1.2. L'aspetto psicologico del Tabagismo	pag.	8
2. Gea, struttura e operatività nel territorio	pag.	13
3. I miei compiti e le mie funzioni nella struttura	pag.	26
4. Partecipare alle terapie di gruppo	pag.	33
4.1. Il GFT (Gruppo di Fumatori in Trattamento)	pag.	33
4.2. La struttura di un GFT	pag.	39
5. Conclusioni	pag.	44
Bibliografie	pag.	50

Resoconto di Tirocinio

Questo resoconto nasce da una mia esigenza di volere esplorare una dimensione organizzativa e operativa del "terzo settore", ossia l'area non istituzionale dei servizi sociali, una realtà organizzata che agisce sul piano economico, sociale e partecipativo promuovendo il valore sociale della sfera privata. Visionando l'elenco delle strutture che accettavano tirocinanti, convenzionate con l'Università "La Sapienza", il mio interesse si è soffermato sull'associazione Gea Progetto Salute (onlus). Dopo un primo contatto telefonico, mi sono recata personalmente nella sede dell'associazione per un colloquio con il direttore scientifico, il dott. Giacomo Mangiaracina, medico specialista in Sanità Pubblica, presidente della SITAB, Società Italiana di Tabaccologia e consulente, per l'area Tabagismo, della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Sin dai primi approcci alla nuova problematica e alla modalità di lavoro di questa struttura, il mio interesse e la mia curiosità si sono notevolmente accresciuti. Quando scelsi di entrare in questa struttura, che si occupa fundamentalmente di prevenzione e tutela della salute, avevo sostenuto un colloquio con il responsabile che mi illustrò le aree fondamentali di interesse di Gea. Il Tabagismo è il perno su cui ruotano le attività di formazione, prevenzione e intervento. Una problematica attuale a mio avviso così vasta da coinvolgere ormai tutti noi, a tal punto da distinguerci in due categorie: fumatori e non fumatori.

1. Il Tabagismo come problema

Frequentare il tirocinio in questa struttura mi ha dato l'opportunità di analizzare la dimensione della problematica tabagica, considerata da me, fino a poco tempo fa, un problema irrilevante sul piano clinico e sociale. E' importante prendere atto che il Tabagismo nel 1999 sia stato inserito nel DSM IV, manuale statistico diagnostico che raggruppa le sostanze psicoattive in 11 classi: oppiacei, alcol, benzodiazepine, cocaina, anfetamina, allucinogeni, fenciclidina, cannabis, tabacco, sostanze volatili, caffeina. Oggi il Tabagismo è considerato una patologia in sé a tutti gli effetti. Le mie limitate conoscenze sulla materia non mi permettevano di avere una stima adeguata dell'ampiezza del problema. L'Italia è tra i primi dieci Paesi al mondo con la maggiore produzione di tabacco (circa 130 mila tonnellate), al quarto posto nella vendita di sigarette (90 miliardi) e nel consumo pro-capite nella Unione Europea (nel 1996 sono state consumate circa 1.550 sigarette pro-capite). I decessi attribuiti al fumo di tabacco nel mondo variano tra i 3 milioni e mezzo e i 4 milioni all'anno, cifra destinata a salire secondo le valutazioni di esperti e della Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa previsione tiene conto dell'attuale profondo divario esistente tra le esigue risorse stanziare dai governi nella ricerca e nei programmi di controllo del Tabagismo e gli ingenti investimenti dell'industria del tabacco per la pubblicità.¹

L'OMS ha coniato il termine "epidemia da tabacco" per due motivi: per rappresentare la vastità del fenomeno tabagico e per la sua crescita devastante. Nel mondo i fumatori sono più di un miliardo e ogni anno si consumerebbero circa 6 miliardi di sigarette. L'indagine Multiscopo dell'ISTAT "Aspetti della vita quotidiana 1999", ha rilevato, su un campione di 24 mila famiglie distribuite su tutto il territorio nazionale, la presenza di una cifra consistente di non fumatori che vivono in famiglie in presenza di almeno un fumatore.

Si stima che il numero dei non fumatori sia di circa 15 milioni (il 26,5% della popolazione), tra loro oltre 4 milioni sono bambini: 1 milione e mezzo hanno meno di 4 anni (il 10,4% di tutti i fumatori passivi) e 2 milioni e mezzo hanno da 6 a 14 anni (17,2%). Un fumatore passivo su quattro (27,6%) ha meno di 14 anni, quindi circa la metà dei bambini italiani da 0 a 14 anni convive con almeno un fumatore.

Il fumo in Italia provoca da 85 mila a 90 mila morti l'anno: 50 mila legati a tumori in generale, 25-30 mila a malattie cardiovascolari, 10 mila tra bronchite cronica ed enfisema polmonare. Se questi dati vengono messi a confronto con le morti in un anno per Alcolismo (30 mila/anno) e per Eroina (1.100/anno) ci si rende conto della necessità di dare priorità al problema, ma anche dell'urgenza delle misure di intervento.

¹ Mangiaracina G. (2001), *I numeri del Fumo*, in La prevenzione del Tabagismo (di prossima pubblicazione).

1.1. L'aspetto fisiologico del Tabagismo

Il fumo non è un vizio, ma una vera e propria dipendenza (Mangiaracina, 2001). La nicotina è una delle 4.000 sostanze presenti nel tabacco e rappresenta l'unica sostanza classificabile tra gli alcaloidi (ne fanno parte anche la stricnina, la caffeina, la morfina e la cocaina), in grado di legarsi con specifici recettori presenti nei neuroni del Sistema Nervoso Centrale. Gli effetti più rilevanti si riscontrano nella funzionalità cerebrale del fumatore in quanto la nicotina induce un miglioramento dei processi cognitivi, dell'attenzione e della performance. Questi effetti sono la conseguenza di un'azione specifica e selettiva della nicotina sui recettori colinergici nicotinici. Nel 1995 è stata dimostrata la relazione tra nicotina e recettori neuronali con l'attivazione del sistema dopaminergico intra e inter-sinaptico a livello delle strutture mesolimbiche. La dopamina è il principale neurotrasmettitore dei circuiti emotivo-motivazionali chiamati anche "vie del piacere". L'azione della nicotina può essere, pertanto, facilmente paragonabile a quella di altre sostanze d'abuso.

Uno degli aspetti più rilevanti nei fumatori in trattamento è la loro difficoltà a gestire il problema dell'astinenza. Fortunatamente la crisi si esaurisce nell'arco di 3 - 4 giorni, ma non si manifesta per tutti allo stesso modo e con uguale intensità. Durante questa fase si riscontrano negli astinenti sintomi fisici e psichici ricorrenti, come, ad esempio, cefalea, aumento del sonno oppure insonnia, vertigini, tremori, sudorazione, forte tentazione di fumare, difetto di concentrazione, depressione, irritabilità e ansia.²

Ancora oggi non si hanno informazioni, su base scientifica, del perché una persona fumi per anni solo 3 - 4 sigarette al giorno mentre un'altra non può fare a meno di fumarne 30 - 40 al giorno. Da un punto di vista fisiologico è stata elaborata una ipotesi per cui si afferma che alla base di questa differenza vi sia una predisposizione biologica all'aumento, o meno, del numero dei recettori della nicotina. Se i recettori, all'arrivo continuo della nicotina, non aumentano di numero, il bisogno di fumare è minore. Se, invece, aumentano in modo considerevole, cresce anche il bisogno di fumare più spesso. Il problema di questo tipo di recettori è che una volta smesso di fumare rimangono silenti ma non scompaiono. Essi si riattivano se solo una minima quantità di nicotina entra in circolo (è sufficiente lo stimolo di una sola sigaretta, dopo aver smesso, per tornare nel meccanismo della dipendenza).

1.2. L'aspetto psicologico del Tabagismo

Perché una persona inizia a fumare? Perché persiste questo comportamento? La prima esperienza della sigaretta non è piacevole, nessuno riesce a fumare al primo colpo, nessuno ama le sue prime sigarette, esse hanno tuttavia una funzione simbolica importante:

rappresentano per l'adolescente il passaggio all'età adulta, attraverso il tentativo di affermare la propria autonomia³. Per molto tempo si fuma solo nel gruppo come se la sigaretta possa servire ad "affrontare lo sguardo degli altri": può offrire un aiuto prezioso ai ragazzi che cercano con angoscia di darsi una identità, di farsi riconoscere nella loro singolarità. Come tutti i "sintomi", il fumo di sigaretta rimanda a un disagio più profondo, spesso è un senso di inadeguatezza, di fragilità, di desiderio di conformismo, il bisogno di appartenenza al gruppo o il desiderio di trasgredire. Talvolta è anche un bisogno di affermare la propria identità personale e di rafforzare l'autostima anche sul piano sociale.

² Mangiaracina G.(1999), *GFT, Manuale per operatori dei programmi antifumo*, Gea Progetto Salute, Roma

³ AA.VV. (1999), *Il fumo fa male, scuola senza fumo*, Officina Grafica San Matteo, Bologna.

E' possibile che si tratti dunque di un comportamento reiterato, quasi compulsivo, generato da dinamiche conflittuali, evidenti soprattutto in età adolescenziale. Solitamente si inizia a fumare a 13-14 anni. Le fasi evolutive adolescenziali di individuazione, di separazione, di ricerca di una nuova immagine di sé socialmente accettata, sono stimoli forti che spingono alla ricerca di risorse esterne per affrontare i propri limiti e le proprie emozioni. Alla domanda: "perché si fuma?", la risposta è: "perché mi piace!". Il grande fumatore, afferma la psicoanalista francese Odile Lesourne (1986)⁴, trae dalla sua abitudine più sofferenza che piacere perché si sente umiliato dal fatto di non riuscire a dominarla, si sente colpevole di fumare troppo e, non potendo cambiare il proprio comportamento, lo sopporta senza gioia, quasi con rassegnazione. Ipotesi della Lesourne è che la *scissione*, uno dei meccanismi di difesa più arcaici, è rappresentata nell'attività tabagica ed opera a livello dell'abitudine stessa. Probabilmente il Tabagismo non viene vissuto come un comportamento indesiderabile, ma viene tenuto ai margini delle preoccupazioni del soggetto, considerato come secondario. Non è possibile neanche ricondurlo a un tratto della personalità perché quando si affronta l'argomento, il fumatore riconosce in lui il conflitto nei riguardi della sigaretta e la sofferenza che ne deriva. La sigaretta è ritenuta buona mentre la si fuma, rilassa, distende, risponde ad un bisogno e quindi fa bene. In compenso, una volta fumata è cattiva, perché provoca un gran numero di mali, dalla tosse al cancro. La possibilità di effettuare una scissione tra gli aspetti buoni e quelli cattivi della sigaretta è quindi contenuta nella sigaretta stessa.

Ciò che mi ha sorpreso, osservando i fumatori, è la *necessità* di raddoppiare questa scissione: prima distinguendo le buone dalle cattive sigarette, poi scindendo le conseguenze del Tabagismo, nel senso di considerare il cancro come una cosa a parte. Qualsiasi fumatore conosce il rischio del cancro. Ma quando fuma, nella sua mente, mette da parte la "cattiva" sigaretta.

Per il fumatore, quindi, esistono le "buone sigarette" e le "cattive sigarette". Quelle buone oltre ad essere molto piacevoli, sono anche fumate in piena coscienza, lentamente in uno stato di pace, accompagnate da un senso di riposo, di calma. Le buone sigarette sono considerate come un piacere permesso, una ricompensa meritata. Probabilmente se il fumatore si limitasse a questo tipo di sigarette non avrebbe conflitti, sarebbe un fumatore felice: sono le cattive sigarette, quelle non volute, non assaporate e soprattutto automatiche, che corrispondono ad un bisogno e non ad una voglia. Colmano un vuoto ma non danno piacere. Le si fuma per abitudine, senza volerlo e sono associate a situazioni sgradevoli: tensione, nervosismo, inquietudine, collera, oppure attesa, solitudine, noia. Nonostante si fumi quasi senza rendersene conto, si fuma sempre di più quando "qualcosa non va". Agli occhi dei fumatori, sono le sigarette meccaniche la causa e l'espressione del problema di fumare troppo, perché sono le più numerose, perché sono associate a un contesto sgradevole, "perché su di esse non si ha nessun potere, non le si domina". Espressioni che lette da un punto di vista psicologico clinico sono fortemente evocative di dimensioni che rimandano alla sfera relazionale, sollecitando domande come "cos'è che non si controlla? Chi non si domina?".

L'effetto che produce il fumo viene descritto dai fumatori essere "sedativo", in quanto "rilassa e attenua la tensione e l'ansia", soddisfacendo anche il "bisogno di affetto".

Il fumo all'inizio è un atto volontario, ma con il passare del tempo diventa un'abitudine, un automatismo ed è sempre più difficile rinunciarvi. Uno dei motivi è legato al rinforzo dato dalle circostanze socio-culturali. Fino a qualche tempo fa lo stereotipo sociale del fumatore era privo di connotazione negativa e fumare era considerato un comportamento socialmente accettato soprattutto per la convinzione, più o meno inconscia, che un'abitudine così diffusa e approvata non potesse essere dannosa. Questo comportamento, inoltre, è fortemente rinforzato da modelli socio-culturali, miti dello spettacolo, valori trasmessi dall'ambiente e dai quali il giovane è particolarmente suggestionato.

⁴ Lesourne O. (1986), *Il grande fumatore e la sua passione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

E' anche per questo motivo che la scelta di fumare, proveniente dall'esigenza di appartenenza ad un gruppo, porta ad acquisire una gestualità a cui i messaggi della pubblicità associano attitudini corrette, proiettando nel fumo i bisogni e i desideri della maggior parte delle persone.

2. Gea, struttura e operatività nel territorio

Gea Progetto Salute venne fondata nel 1997 per dare un nuovo impulso al no-profit, quello del professionismo e delle progettualità su patologie emergenti e di larga prevalenza sociale, in ambito di carenza di servizi istituzionali. Internet è diventato immediatamente lo strumento di comunicazione privilegiato, organizzando, inoltre, la redazione delle news-letter via e-mail "Tabagismo & PFC", dove per PFC si intendono i problemi Fumo-correlati. Gea ha sviluppato e consolidato nell'arco di molti anni un'attività di lavoro nell'ambito delle dipendenze da droghe legali, in particolare il Tabagismo.

La struttura, operativa nel sociale, è in grado di sviluppare progettualità specifiche nell'ambito delle dipendenze ed è collegata con organismi istituzionali e non governativi, nazionali ed internazionali. Un ufficio per i rapporti esteri mantiene i contatti con le varie realtà estere, soprattutto attraverso la sezione italiana del forum "GLOBALink International". Il GLOBALink è il network mondiale dei maggiori specialisti nei programmi di controllo del Tabagismo ("Tobacco Control"), la sua sede è a Ginevra ed è sostenuta dall'Unione Europea. E' uno strumento che permette, in tempo reale, lo scambio di informazioni, di pareri tecnici, la divulgazione, l'aggiornamento, la prevenzione e la terapia.

Dal 1998, il sito www.gea2000.org è stato eletto a sito del progetto "Roma senza Fumo", inserito nel Progetto Città Sane OMS del Comune.

Gea si muove fundamentalmente attraverso quattro punti:

- **FORMAZIONE:** corsi per medici, psicologi, operatori socio-sanitari e scolastici (multidisciplinarietà).
- **PREVENZIONE:** informazione, documentazione, lavoro di rete, interventi nelle scuole, partecipazione a campagne di sensibilizzazione sociale e comunicazione.
- **TERAPIA:** partecipazione a programmi di intervento multimodale nel trattamento della dipendenza tabagica.
- **RICERCA:** in collaborazione con la SITAB e la cattedra di Farmacologia dell'Università di Roma "La Sapienza". Monitoraggio e valutazione dei programmi antifumo.

L'associazione realizza vari progetti nell'area del Tabagismo e delle dipendenze. A Roma ha organizzato e tutt'ora organizza servizi di assistenza ai fumatori presso il Policlinico Umberto I, l'ospedale S. Spirito, il CTO, il San Filippo Neri, e il Fatebenefratelli. In queste strutture pubbliche generalmente vengono organizzati i programmi GFT.

I progetti formativi di cui si occupa Gea sono realizzati in collaborazione con la Società Italiana di Tabaccologia, sia residenziali che a distanza, via Internet. Ho avuto l'opportunità di seguire un corso di formazione per operatori e conduttori dei programmi antifumo, realizzato con il Policlinico Umberto I. Il corso ha una struttura didattica di quattro moduli, e di quattro lezioni per ciascun modulo per un totale di 16 ore formative. I docenti che conducono le lezioni didattiche sulle tematiche inerenti al corso sono tutti esperti nei settori trattati, dalle patologie e problemi fumo-correlati alla multidimensionalità della dipendenza, dalle dinamiche interattive nei gruppi antifumo all'aspetto legislativo del tabacco, dagli aspetti psico-sociali del Tabagismo alle prove pratiche di conduzione. Gli aspetti più propriamente normativi e legislativi vengono trattati da consulenti legali del Codacons. Le tematiche riguardanti il potere e i limiti dell'operatore fanno da giusto corollario per chi, tra figure professionali mediche e non mediche, desidera impegnarsi nella terapia del Tabagismo.

I progetti formativi sono rivolti principalmente a gruppi target precisi, come medici, infermieri, psicologi e operatori dei servizi socio-sanitari.

Gea lavora a progetti che riguardano anche altre figure professionali che rivestono un ruolo importante nella prevenzione nella terapia del tabagismo. Una di queste è il farmacista. Per questo motivo ha realizzato il progetto "Farmacie Senza Fumo", un evento formativo a distanza, con assistenza di tutor assegnati per ogni venti farmacisti iscritti al corso. Obiettivo è quello di informare e sensibilizzare il cliente fumatore ed indirizzarlo ad un approccio terapeutico integrato. Le lezioni vengono date via Internet attraverso la piattaforma di *web learning* di Telecom Italia. Il corso consiste in sei lezioni e alla fine di ognuna i farmacisti compilano un questionario di valutazione necessario per passare al livello successivo. Qualsiasi difficoltà incontrassero nella loro formazione potranno contattare il tutor che gli è stato assegnato. Questo corso gode di crediti formativi assegnati dal Ministero della Sanità.

Il 4 giugno 2002 ho partecipato alla conferenza stampa della prima campagna dell'Unione Europea contro il fumo indirizzata ai giovani: "*Feel Free to Say No*", di cui Gea Progetto Salute è l'associazione referente per l'Italia. Scopo della campagna è quello di aumentare la consapevolezza degli adolescenti circa gli effetti negativi del consumo di tabacco. E' basata su una strategia di comunicazione integrata che fa ricorso alla pubblicità classica, a spot televisivi, cinematografici e radiofonici.

Un altro aspetto della campagna è costituito da un esauriente sito web in undici lingue, www.feel-free.info, che contiene anche collegamenti a *quit lines* (centri cui si può telefonare e chiedere aiuto per smettere di fumare), ad autorità nazionali e a siti web dell'Unione Europea. I messaggi chiave della campagna non sono comunicati sottoforma di divieto o di avvertimento. Essi puntano piuttosto sul richiamo emotivo e sulla comunicazione creativa.

Gea lavora anche al progetto OMS "Roma Senza Fumo" con gli assessorati alla sanità e i servizi sociali del Comune di Roma. Questo progetto, che ha alla base un Comitato Tecnico Scientifico per la Prevenzione del Tabagismo e delle Dipendenze, si pone fundamentalmente due obbiettivi:

1. la riduzione del numero di giovani che acquisiscono l'abitudine al fumo,
2. l'incremento del numero di soggetti che cessano l'abitudine al fumo.

In particolare costituisce un gruppo di pressione e di sensibilizzazione in ambito sanitario e sociale sul problema del consumo di tabacco nella città di Roma, in grado di promuovere iniziative mirate alla prevenzione e al trattamento delle patologie e dei problemi legati al fumare. Il suo scopo è anche quello di sensibilizzare e coinvolgere i medici di Medicina Generale e le Istituzioni Sanitarie coinvolgendo le Strutture Amministrative locali, mettendo in rete ogni risorsa sociale territoriale ed offrendo ogni possibile collaborazione nella lotta al Tabagismo. Inoltre offre l'opportunità di una formazione specifica nel campo del Tabagismo per medici, psicologi ed operatori socio-sanitari.

All'interno del progetto "Roma Senza Fumo", Gea si sta adoperando per introdurre in tutte le scuole romane lo "Smoke Free Class Competition". E' un progetto europeo per la prevenzione del consumo di tabacco nelle scuole. Nato in Finlandia nel 1989, è in parte finanziato dalla Commissione Europea e vi partecipano centinaia di classi e migliaia di alunni. Le valutazioni svolte indicano che questo concorso contribuisce realmente alla prevenzione del fumo di tabacco nelle scuole. I suoi obiettivi sono: prevenire o ritardare l'inizio dell'abitudine al fumo tra i giovani ed eliminare o ridurre il consumo di sigarette negli alunni che fumano affinché non diventino fumatori abituali. Gli alunni si impegnano a smettere di fumare e chi non fuma a rimanere tale. Il primo premio consiste in un viaggio in una capitale europea.

La struttura è attiva nell'organizzazione dei servizi per i fumatori. Si può facilmente usufruire, ad esempio, dello Sportello Legale Tabagismo, dei programmi educativi scolastici e delle terapie di gruppo per i fumatori. Viene creato il primo servizio via Internet con programmi self-care assistiti per i fumatori che vogliono smettere. Una equipe di operatori assistono, con un programma graduale, quei fumatori che non avrebbero altra possibilità di avere contatti con gli specialisti.

I progetti realizzati dalla struttura, quindi, sono diversi, tra cui anche:

- 32.000 presenze di fumatori ai programmi di trattamento.
- Formazione di 1.100 operatori tra medici, psicologi, operatori socio-sanitari, insegnanti.
- Congressi e Giornate di studio.
- Ufficio Rapporti Esteri e partecipazione al comitato internazionale dell'ICAT, International Commission Against Tobacco.
- Creazione della SITAB, Società Italiana di Tabaccologia, e segreteria centralizzata.
- Consulta Italiana Tabagismo (Regione Emilia Romagna).
- Giornata nazionale per i diritti dei non-fumatori (5 Novembre).
- Intesa con la Federazione Medico Sportiva Sanitaria.
- Intesa con la Federazione Nazionale per le Malattie Polmonari Sociali.
- Editoria via Internet: e-News.

Il primo giorno di tirocinio mi invitarono a studiare in maniera approfondita il sito web di Gea perché considerato il mezzo più efficace ed esaustivo nel fornire informazioni e assistenza agli utenti. "Gea2000.org" è un portale divulgativo e tecnico-scientifico, che informa e documenta attraverso un link apposito e gestisce anche una chat che permette di dialogare on line con degli specialisti. Una sezione è dedicata all'OSSFAD (Osservatorio sul Fumo, l'Alcol e la Droga) dell'Istituto Superiore della Sanità il quale presenta le linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Il link "Rivista di Tabaccologia" mette a disposizione il primo numero in formato zip.

La rivista si occupa principalmente di Tabagismo e problemi fumo-correlati. La sua home page contiene delle immagini che permettono una migliore fruibilità, facilitandone la navigazione. Il sito racchiude tutti gli argomenti contenuti anche negli altri siti creati dalle organizzazioni che collaborano con Gea.

Il sito "Nonfumatori.it", diviso in vari argomenti, è rivolto ad un target molto ampio di fruitori e offre un elenco completo di Centri per la Prevenzione e la Cura del Tabagismo con una serie di lezioni per capire e prevenire. Le lezioni sono indirizzate principalmente agli studenti, ai quali viene fornita un'assistenza. Una sezione è dedicata all'associazione "Aria Pulita, Respirare è un Diritto", in cui si segnalano proposte per incontri, congressi ed eventi. Un link interessante è lo sportello legale che si occupa di cause collettive delle vittime da tabacco (risarcimento dei danni da fumo).

Il sito più specializzato è "Tabagismo.it", rivolto ad un preciso target adulto: i fumatori. E' il primo sito che si propone di aiutare a smettere di fumare on line con il programma "Internet No Smoke", il primo self-help assistito, elaborato e varato da Mangiaracina nel 1997. Il programma di assistenza ai fumatori si articola in tre fasi: preparazione, cessazione e mantenimento. Il servizio aiuta i fumatori ad uscire dalla dipendenza dal tabacco, fumatori che non hanno la possibilità di partecipare di persona ad un programma terapeutico strutturato presso un centro specialistico. Il sito si collega al web-ring di Gea, offre documentazioni e collegamenti ad un vasto materiale, dal servizio informativo sul Tabagismo alla legislazione sul tabacco a livello nazionale e regionale, dalla formazione ai problemi socio-sanitari, alle strategie anti-tabacco 1998. Il link "Provare a Smettere" rimanda ad una pagina informativa dei Centri di assistenza, generalmente ospedali, e i rispettivi numeri telefonici per un appuntamento ed un colloquio gratuito.

"Tabaccologia.org" è il portale gestito dalla SITAB, Società Italiana di Tabaccologia, il suo contenuto ha una funzionalità tecnico-scientifica ed è rivolto ad un target più definito, i medici, i ricercatori, gli psicologi, ed in genere i professionisti della salute. Vi si promuove la ricerca, la documentazione e la formazione. Il servizio offre orientamenti scientifici nel campo della prevenzione primaria, del trattamento del Tabagismo e delle patologie fumo-correlate.

Medici e psicologi, interessati alla problematica tabagica, collaborano per attuare progetti volti al trattamento e alla prevenzione. Uno degli obiettivi della struttura, oltre la prevenzione, è sostenere e aiutare tutti i soggetti che vogliono smettere di fumare, proponendo la terapia cognitivo comportamentale o il counselling professionale individuale. Tra gli interventi maggiormente efficaci alcuni, ad esempio, forniscono indicazioni pratiche di comportamento per risolvere problemi e gestire situazioni di difficoltà, forniscono un supporto sociale come parte del trattamento e aiutano ad ottenere supporto sociale al di fuori del trattamento. Tali interventi possono essere realizzati sia a livello individuale che come terapia di gruppo. Nella terapia di gruppo, alle strategie comportamentali si aggiunge la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori e la presenza di ex-fumatori può fornire un rinforzo positivo. Tali trattamenti, comunque, devono essere condotti da operatori appositamente formati. Questi tipi di interventi vengono solitamente realizzati presso centri specializzati (ambulatori specializzati, centri anti-fumo). I concetti di motivazione e di cambiamento hanno una parte rilevante nel metodo utilizzato. La motivazione ha portato ad attribuire un grande significato all'esperienza del cambiamento non solo su un piano comportamentale e cognitivo, ma soprattutto emotivo e dell'esperienza, in cui l'abbandono del fumo è unito al cercare e trovare esperienze differenti e gratificanti, inserite in un cambiamento più ampio del proprio stile di vita.

L'uso del gruppo è considerato un luogo privilegiato per favorire l'approfondimento delle personali motivazioni, le fasi di questo cambiamento, il confronto e l'aiuto reciproco.

Seguendo questo tipo di modello è possibile aiutare il fumatore a motivarsi e a decidere, attraverso un intervento che è simile ad una terapia focale breve, tesa alla modifica di atteggiamenti e comportamenti relativi all'uso di tabacco. Il vantaggio probabilmente è dato dalle caratteristiche del tipo di terapie brevi che permettono una soluzione del sintomo quasi immediata e un costo in tempo e denaro significativamente più basso.

I fumatori hanno la possibilità di aderire alla terapia sostenendo prima un colloquio motivazionale preliminare, in cui si affrontano varie tematiche che, oltre a renderli più consapevoli del loro atteggiamento nei confronti del fumo, approfondiscono anche le motivazioni personali. L'operatore ha il compito di verificare quanto l'idea di smettere di fumare risponda a motivazioni personali o quanto invece nasca da stimoli esterni non interiorizzati o se ci siano delle situazioni (ad esempio lutti recenti, depressione, cambiamenti di lavoro,...) che suggeriscano di effettuare il tentativo di smettere in un altro momento emotivamente più tranquillo. E' anche una occasione per fornire alcune informazioni generali sulla terapia e per un chiarimento di false informazioni e di attese non realistiche che il gruppo non potrebbe soddisfare.

3. I miei compiti e le mie funzioni nella struttura

Appena iniziato il tirocinio sono stata subito coinvolta nelle sue iniziative, in particolare nell'organizzazione delle terapie di gruppo identificate con la sigla GFT, Gruppo di Fumatori in Trattamento, che Mangiaracina e collaboratori sviluppano e conducono dal 1975 sul territorio nazionale e nel caso specifico a Roma, in alcune strutture ospedaliere. Rendere operativi questi servizi non è cosa facile, soprattutto perché non sempre si ha la fortuna di avere un finanziamento e solo di rado si può contare su un appoggio finanziario concreto proveniente dalle istituzioni. E' necessario, inoltre, avere contatti con le strutture ospedaliere e le ASL, con le quali Gea stipula un contratto di collaborazione, queste mettono a disposizione l'ambiente fisico in cui operare e permettono di attivare gli invii delle persone ai servizi. Per avvicinare i fumatori è fondamentale che le figure professionali degli ospedali e delle ASL, a cui i pazienti si rivolgono, siano preparati per fornire un'adeguata informazione sull'esistenza di questi servizi.

Il fumatore che chiede di partecipare al trattamento per smettere di fumare, viene sottoposto gratuitamente a controlli medici specifici e, successivamente, contattato telefonicamente per il Colloquio clinico preliminare, che introduce al primo incontro di gruppo e ai successivi cinque giorni intensivi di trattamento. Il colloquio, condotto da esperti adeguatamente formati, permette di selezionare i futuri corsisti, coloro che parteciperanno al programma, ed è fondamentale per comprendere chi sia abbastanza motivato a smettere o per identificare la presenza di chi abbia disturbi come depressione o aggressività latente, i quali potrebbero non permettergli la partecipazione alla terapia di gruppo. Per queste persone, infatti, viene consigliata la terapia individuale.

Durante il colloquio preliminare, l'operatore consegna al fumatore una scheda da compilare. I dati ottenuti verranno poi elaborati dal dipartimento di Farmacologia dell'Università "La Sapienza" per una ricerca attualmente in corso.

Il mio arrivo a Gea coincide proprio con questa fase di preparazione di un GFT e mi venne chiesto, seguendo precise istruzioni, di contattare telefonicamente i fumatori che avevano partecipato al colloquio preliminare un mese prima.

E' stato un lavoro molto complesso, utile nella raccolta delle "informazioni preliminari" (Montesarchio, 1998)⁵: gli utenti volevano essere rassicurati continuamente e molti di loro delegavano la riuscita del trattamento esclusivamente all'operatore che conduce il programma o al programma stesso, in modo da non doversi assumere la responsabilità della propria scelta. Non si percepivano insomma come attori coinvolti in prima persona nella presa in carico del problema. Il loro *stile di domanda* (Grasso, 2002)⁶ sembrava orientato a una forte delega, rendendo evidente la scissione operata tra sé e il problema ("la sigaretta" incontrollabile). Dimostravano una certa resistenza e una ambiguità rispetto al cambiamento che si manifestavano in rotture del *setting* (Montesarchio, 1998), nella loro difficoltà a mantenere l'impegno preso durante il primo colloquio, o meglio, a rispettare il contratto stipulato precedentemente con l'operatore.

Le risposte ottenute nelle conversazioni telefoniche rispondevano ad una funzione prettamente organizzativa: disporre della lista completa e aggiornata dei futuri corsisti. Prima di recarmi alle sedute preparo il materiale formato soprattutto da dispense, che vengono consegnate alla fine di ogni incontro. Le dispense sono ritenute utili per continuare a sostenere i partecipanti anche durante l'arco della giornata successiva e contengono alcune indicazioni comportamentali e rinforzi positivi per agevolare il loro compito di disassuefazione dal fumo.

All'interno della struttura, quindi, ho svolto mansioni di vario tipo, generalmente organizzative e di servizio.

Gea mi ha offerto però anche l'opportunità di poter seguire incontri e convegni che si sono dimostrati di grande utilità per l'apprendimento della completa dimensione del fenomeno tabagico. Generalmente la prima fase di lavoro viene definita dagli operatori di Gea "effetto Voyager", in quanto, osservando gli operatori con esperienza, viene "registrato" tutto ciò che è necessario sapere (e anche qualcosa di più) per poter operare nel settore in maniera efficiente. Successivamente, dopo aver dimostrato una conoscenza teorica, si passa alle prove pratiche di conduzione dei gruppi antifumo, affiancati sempre da operatori con maggiore esperienza.

Come tirocinante ho potuto seguire un corso di formazione per operatori e conduttori dei programmi antifumo. Un corso organizzato in collaborazione con il Policlinico Umberto I e che fornisce gli strumenti necessari per operare nel settore della dipendenza tabagica. Personalmente ho trovato questo corso interessante e concreto perché permette una presa di coscienza dell'ampiezza e della gravità del problema e i temi trattati durante le lezioni sono funzionali nell'affrontare la problematica tabagica, introducono al problema fornendo dati e informazioni necessari per una maggiore comprensione da vari punti di vista. Vengono affrontati i problemi legati alle patologie fumo-correlate e alla dipendenza psicologica e fisiologica da tabacco, si espone l'aspetto legislativo ed economico (compreso il tema del contrabbando), viene fornita anche una comprensione delle dinamiche nei gruppi antifumo, mostrando esempi pratici di conduzione dei gruppi e dei colloqui preliminari attraverso il role playing. Le figure professionali che hanno preso parte al corso comprendono medici, psicologi, infermieri e operatori socio-sanitari. I partecipanti interessati al problema sono rimasti entusiasti di avere frequentato il corso probabilmente per la molteplicità degli argomenti trattati, per l'ampiezza e la complessità di un'unica dimensione, quella tabagica.

Un compito a cui mi dedico volentieri è la collaborazione nella redazione mensile delle newsletter "Tabagismo & PFC", un modo veloce e diretto di divulgare le informazioni.

⁵ Montesarchio G. (1998), *Il colloquio: il setting*, in G. Montesarchio (a cura di), *Colloquio da manuale*, Giunti, Firenze

⁶ Grasso M. (2002), *Dinamica del colloquio e dimensione dell'intervento in psicologia clinica*, in G. Montesarchio (a cura di), *Colloquio in corso*, FrancoAngeli, Milano.

Fondamentalmente le mie funzioni consistono nella preparazione della base strutturale (l'impaginazione) su cui vengono inseriti gli articoli, la selezione del materiale raccolto e l'inserimento di alcuni pezzi scelti in base all'argomento portante del mese. Gli articoli sono di varia natura: informativi, critici, ironici e a volte di denuncia.

Il lavoro è revisionato e corretto da Giacomo Mangiaracina, il quale procede al completamento delle news che vengono poi spedite, attraverso una mailing list, a tutti gli indirizzi di posta elettronica degli utenti che hanno precedentemente fatto richiesta del servizio.

Il lavoro nella struttura è molto impegnativo ma i responsabili dimostrano nei miei confronti piena fiducia. Inizialmente mi accolsero con molto calore e tuttora sono disponibili nei miei riguardi, rispettando le mie esigenze e facendomi capire quanto sia fondamentale per loro creare e mantenere un clima di collaborazione. E' a questo punto che i rapporti affettivi e professionali si equivalgono: se non esistesse rispetto per l'altro, il clima di lavoro che si viene a creare non sarebbe adeguato per un buon apprendimento ed una efficace collaborazione. Io credo, inoltre, che essere professionali nel proprio lavoro non significhi essere rigidi con gli altri ed eludere i rapporti affettivi con i tirocinanti o con i collaboratori. Ho avuto modo di conoscere alcuni operatori di Gea che si dedicavano totalmente al loro lavoro e con molta umanità non smettendo perciò di essere, al tempo stesso, anche molto professionali.

4. Partecipare alle terapie di gruppo

4.1. Il GFT (Gruppo di Fumatori in Trattamento)

Le terapie di gruppo organizzate da Gea utilizzano un programma antifumo con approccio cognitivo-comportamentale. Questo programma è un riadattamento del "Piano dei 5 Giorni" (Five-Day Plan) di Mc. Farland e Folkenberg (1950), elaborato da Mangiaracina.

Il "Five-Day Plan" di Mc. Farland e Folkenberg è caratterizzato da un esordio drammatico, con una sollecitazione emozionale forte causata dalla visione di filmati ad effetto terroristico, da un dialogo minimo, da un momento di preghiera collettiva al terzo giorno, da assoluta direttività e da cinque sedute serali consecutive di un'ora e mezza ciascuna con proiezione di filmati, dimostrazioni, lezioni.

Dal 1984 Mangiaracina ha iniziato ad apportare dei cambiamenti al programma che riguardano in particolare cinque punti:

1. Incentivazione delle dinamiche interattive.
2. Creazione della fase preparatoria.
3. Strutturazione e sviluppo della fase di mantenimento.
4. Coinvolgimento.
5. Formazione dei conduttori.

Fondamentalmente il programma si svolge su due livelli: fisiologico e psicologico. Il primo per disintossicare la persona dai residui del tabacco, il secondo per sostenerla nel periodo più critico del suo cambiamento. Il punto cardine di questo programma è combattere la dipendenza dal tabacco attraverso sollecitazioni e proposte per l'adozione di uno stile di vita positivo, ma soprattutto di una migliore qualità della vita. Questo tipo di esperienza, breve e intensiva, acquisisce le caratteristiche di una terapia, ad esempio, dando molta importanza alla creazione di un clima di fiducia, di coesione e di accettazione.

I membri del gruppo si rapportano al partecipante in difficoltà considerandolo unicamente e autenticamente come persona, cercando di astenersi da qualunque tipo di valutazione e critica. L'obiettivo del gruppo è unico e così i membri condividono anche le proprie esperienze ed emozioni, i propri vissuti. I partecipanti alla terapia sono molto solidali e si scambiano i numeri di telefono tra loro perché in qualunque momento avessero bisogno di aiuto possono contattarsi telefonicamente per ricevere un sostegno.

Un'altra caratteristica del programma è guidare la persona ad acquisire maggiore consapevolezza e a diventare protagonista attivo del cambiamento. Il setting di gruppo serve ad offrire un luogo di sicurezza e di protezione dall'angoscia e dall'ansia inevitabili nel processo di cambiamento.

La scelta di smettere di fumare avviene in un momento particolare della propria vita ed è estremamente soggettiva, ma nel momento in cui il fumatore inizia a pensare di smettere di fumare, il suo processo decisionale viene fortemente condizionato dal modo in cui considera i costi e i benefici personali associati allo smettere e dal timore dell'astinenza fisica. Il fumatore che aderisce ad un percorso terapeutico integrato, molto presto si rende conto che smettere implica un notevole impegno e che il successo ottenuto è proporzionale a tale sforzo.

In questa struttura, i conduttori dei GFT (Gruppi di Fumatori in Trattamento) sono considerati veri operatori e promotori di cambiamento. Per questo motivo vengono formati in modo specifico e sperimentano su loro stessi il processo di cambiamento in modo tale da sentirsi in grado di annullare le proprie resistenze nei confronti del nuovo e del diverso. Ai conduttori dei programmi antifumo viene insegnato l'approccio motivazionale incentrato sul cambiamento, utilizzato anche per il trattamento delle dipendenze. Tale approccio è strutturato secondo il modello motivazionale transteorico di Prochaska e DiClemente⁷, secondo cui la motivazione passa attraverso un processo evolutivo, che comprende cinque fasi (il processo è rivolto, nello specifico, alla situazione del fumatore):

1. **PRE-CONTEMPLAZIONE:** il soggetto non ha alcuna intenzione di smettere, il fumare non è considerato un problema.
2. **CONTEMPLAZIONE:** il soggetto considera il fumare come un problema, emergono in lui dubbi e contraddizioni.
3. **DETERMINAZIONE o PREPARAZIONE:** vi è una presa di coscienza rispetto alla necessità del cambiamento e la motivazione si rafforza.
4. **AZIONE o DECISIONE:** i cambiamenti vengono concretamente sperimentati, nel senso che la decisione si traduce finalmente in un atto volontario finalizzato al perseguimento dello scopo.
5. **MANTENIMENTO:** in cui le nuove abitudini hanno il tempo di consolidarsi fino ad un eventuale abbandono del problema.
6. Questo processo non è lineare ma ciclico in quanto in qualsiasi punto può verificarsi una **RICADUTA** che riporta il soggetto agli stadi precedenti. I fumatori che si rivolgono a questa struttura, si trovano nella fase Contemplativa e, avendo preso coscienza del problema, cercano un aiuto negli operatori e nel trattamento.

⁷ Di Clemente C. (1997), *Glistadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza*, comunicazione via Internet.

Oltre agli stadi di cambiamento dell'approccio transteorico, per una buona riuscita del programma, viene data importanza anche all'Autoefficacia e alla Bilancia Decisionale, che possono servire come indicatori per prevedere il passaggio da uno stadio del cambiamento a quello successivo. L'Autoefficacia si riferisce alla fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito. Si tratta di un insieme di valutazioni del soggetto rispetto alla propria possibilità di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato. Nel campo della dipendenza dal fumo di tabacco una serie di ricerche sperimentali ne hanno verificato l'utilità come "variabile predittiva ed esplicativa del cambiamento". Rappresenta, infatti, il livello di fiducia di un individuo rispetto le proprie capacità di resistere alla tentazione di usare determinate sostanze in situazioni critiche che potrebbero portare ad una ricaduta.

Con la Bilancia Decisionale è possibile mettere a confronto gli aspetti positivi e negativi, i pro e i contro, percepiti di un particolare comportamento e spesso funziona da promotore del cambiamento. Generalmente nei confronti del cambiamento una persona sviluppa degli atteggiamenti di ambivalenza, da un lato c'è la necessità di un cambiamento, dall'altro c'è la paura del non conosciuto che costringe ad adottare gli stessi comportamenti anche se non più funzionali.

Nelle terapie della dipendenza, il superamento dell'ambivalenza nei confronti del cambiamento è uno dei problemi fondamentali da affrontare. L'ambivalenza porta ad un conflitto interno tra i costi e i benefici del comportamento di dipendenza, creando una situazione di instabilità. Durante i GFT ho potuto osservare che i momenti critici spesso si presentano nel passaggio dallo stadio di Contemplazione a quelli di Determinazione e Azione, secondo il modello transteorico.

Nel gestire le relazioni all'interno della terapia e nel prendere consapevolezza del livello di scambio relazionale tra operatori e utenti, i conduttori del GFT si avvalgono dell'Analisi Transazionale di Berne. Questo modello offre una ipotesi sul perché il fumatore è un soggetto dipendente, non autonomo: egli non avrebbe risolto nella primissima infanzia il rapporto simbiotico con la figura di accudimento (generalmente la madre). I fumatori si trovano in uno stato di simbiosi in quanto sentono il bisogno di qualcosa che dà appoggio: la sigaretta, una compagnia continua.

Il lavoro che viene insegnato agli operatori è di portare le persone ad una responsabilità di sé e della propria vita.

4.2. La struttura di un GFT

La prima parte del programma di un GFT consiste in una seduta preliminare, generalmente collocata a distanza di una settimana o qualche giorno prima dei cinque giorni intensivi. Permette al corsista di iniziare ad ambientarsi e di stipulare un contratto con l'operatore, in cui ci si accorda sugli obiettivi e il percorso da seguire per raggiungerli.

Nella fase di preparazione il conduttore spiega al corsista la dinamica del programma, cominciando ad instaurare un rapporto che cercherà di caratterizzare su un piano alla pari (non un rapporto del tipo insegnante – alunno). Seguendo questo tipo di modalità, nella dimensione della relazione di aiuto, gli operatori assumono le funzioni sociali di *helper*.

Durante la fase di predisposizione viene chiesto al corsista di ridurre il numero di sigarette, o di fumare sigarette a basso contenuto di nicotina fino alla settimana successiva. Questo modo di operare permette l'instaurarsi di un rapporto, tra operatore e corsista, più sereno, permettendo di attenuare la crisi che si verifica quando si chiederà di smettere di fumare totalmente.

L'approccio *soft*, pacato e sereno, aiuta i conduttori e i corsisti a ritrovarsi su uno stesso piano, in una forma di cooperazione per il cambiamento e la crescita.

Nella seduta introduttiva, prima dei cinque giorni intensivi, i membri del gruppo si conoscono per la prima volta. L'arrivo di ognuno è caratterizzato fondamentalmente da atteggiamenti di circospezione, timidezza, curiosità e sospetto sulla reale efficacia del trattamento. Si siedono in modo sparso (le sedie sono disposte in cerchio o in semicerchio per avere un contatto diretto, vis à vis), non socializzano. Gli operatori, con il loro comportamento pacato, cordiale e rassicurante nei modi e nelle parole, mettono le persone a proprio agio creando un clima rassicurante e di fiducia.⁸

Per agevolare la comunicazione nel gruppo ogni partecipante indossa una targhettina con il proprio nome già scritto e la applica sul davanti in modo che tutti possano leggerlo. La stessa cosa viene fatta dai conduttori. Il nome in evidenza vuole fare sentire tutti su un piano di parità e sottolineare il diritto di appartenenza al gruppo.

Durante questo primo incontro vengono valutati il problema e le aspettative, ribadendo che non sarà il conduttore a liberarli "magicamente" del loro problema ma che saranno essi stessi i protagonisti assoluti della loro scelta e del loro cambiamento. In questo modo i fumatori del GFT non andranno incontro a delusioni ma impareranno ad utilizzare e gestire le proprie risorse.

La seconda parte rappresenta il corpo centrale del programma, i cinque giorni intensivi. La dinamica di conduzione, in questi cinque giorni, è molto attiva e direttiva per permettere di seguire un punto focale, perché il tempo di contatto e di rapporto con il gruppo e l'operatore è di breve durata.

Il terzo giorno, dei cinque intensivi, è molto interessante perché si osservano delle situazioni opposte. Alcuni hanno già superato la fase critica, mentre altri la stanno ancora affrontando. Qualcuno è più determinato ad essere un non fumatore, mentre qualcun altro prova molta rabbia o molta tristezza. Comunque la tensione nel gruppo è meno pesante rispetto al giorno prima e si comunica con maggiore facilità. In questa fase si pone l'accento sul conseguimento di una migliore qualità della vita, obiettivo primario di un programma GFT.

Il quarto e il quinto giorno sono caratterizzati dall'attivazione motivazionale. Il gruppo viene invitato a lavorare sulle motivazioni a non fumare e a rinforzarle.

Nella fase di Mantenimento il conduttore assume un ruolo più marginale per favorire il più possibile l'interazione tra i membri del gruppo, la libera espressione di emozioni e di bisogni, lo scambio di esperienze in un mutuo sostegno. Gli incontri si hanno una volta a settimana per quattro settimane, con la durata di un'ora o poco più. L'operatore, in questo periodo, cerca di essere molto empatico per poter comprendere l'astinenza da fumo e avere rispetto della sofferenza che l'accompagna. In seguito si prepara per organizzare la fase di sostegno in funzione di questo trauma iniziale.

Essere motivati sicuramente aiuta ma non permette di evitare la crisi di astinenza. Sembra che il gruppo abbia un valore terapeutico anche nella gestione della crisi. Il gruppo infatti allevia la tensione in quanto la sofferenza del singolo viene condivisa e successivamente consolida l'autostima nel momento in cui si è riusciti a superare la crisi. E' possibile che nei primi tre mesi si verifichino delle ricadute e sarà necessario un sostegno soprattutto nel periodo più a rischio, per questo motivo la fase di mantenimento, che di solito dura quattro settimane, può essere ampliata anche fino a 8-10 settimane.

⁸ Mangiaracina G.(1999), *GFT, Manuale per operatori dei programmi antifumo*, Gea P.S., Roma

5. Conclusioni

Quando iniziai il tirocinio, la mia motivazione alla conoscenza era molto forte, capire la psicologia del fumatore, che cosa comunica con i suoi gesti, sapere cosa si nasconde dietro l'atteggiamento del fumare e quali sono, realmente, i danni che provoca il fumo di tabacco. Fui molto entusiasta quando mi comunicarono che il problema del Tabagismo veniva trattato con la terapia di gruppo.

Poter osservare un gruppo che apprende ed evolve, capire le caratteristiche e le funzioni terapeutiche del *setting* gruppale, è stata per me una grande occasione. La mia soddisfazione non è stata limitata al gruppo, infatti l'occasione di poter partecipare al corso di formazione per operatori e conduttori dei programmi antifumo mi ha permesso di acquisire le tecniche per poter operare nel gruppo. La mia preparazione psicologica mi serve come base per avere una maggiore sensibilità e sicurezza nel relazionarmi con i partecipanti delle terapie antifumo, per comprendere più a fondo il ruolo dell'operatore e osservare alcune delle dinamiche che scaturiscono all'interno del gruppo. In questi sei mesi di formazione, che il tirocinio mi ha offerto, ho avuto modo di acquisire alcune delle capacità e delle tecniche richieste come operatore, per collaborare con Gea, insieme alle altre figure professionali presenti nel servizio, nella lotta contro l'uso del tabacco.

Credo che sia nella conduzione dei gruppi che l'operatore si avvicina maggiormente alle competenze necessarie per uno psicologo. Personalmente mi è difficile definire il ruolo di psicologo basandomi unicamente sulla mia attuale preparazione e formazione, che non ritengo sufficiente in tal senso. Ho avuto modo di studiare diversi approcci metodologici da un punto di vista strettamente teorico e alcuni di essi, non avendo avuto la possibilità di effettuare alcuna esperienza pratica, avrei delle difficoltà ad applicarli.

Comunque, in riferimento al ruolo di psicologo, riporto una definizione della competenza psicologico-clinica sostenuta da Grasso come "capacità di assumere e analizzare, in specifici contesti, i problemi e la domanda dell'utenza, di progettare interventi e di strutturare *setting* funzionali allo stesso lavoro di riflessione" (Grasso, 2001)⁹. Inoltre lo psicologo clinico nel suo lavoro può avvalersi dell'analisi della domanda (Carli, 1993)¹⁰, una prassi che permette di analizzare gli agiti emozionali che si manifestano attraverso la domanda dell'utenza, perché essa tende a riportare i processi collusivi nel rapporto con lo psicologo all'interno della relazione.

Ho trovato un riscontro molto forte tra il modo di operare di Gea durante le terapie di gruppo e il modello di intervento mutuato dalla psicoterapia, gli operatori hanno molta cura dei membri del gruppo cercando di essere empatici con loro, sostenendoli e guidandoli ma è anche vero che gli operatori intervengono soprattutto sul "sintomo", in questo caso la dipendenza da tabacco. Questo tipo di intervento riproduce il modello medico in cui, alla base, vi è una diagnosi come conoscenza eziopatogenetica, in stretta relazione con "l'iniziativa terapeutica volta ad eliminare la causa della condizione patologica e/o aumentare le difese organismiche" (Grasso, 2001).

A mio avviso l'uso del modello medico di intervento per il trattamento della dipendenza da tabacco e la scelta di adottare la terapia focale breve hanno portato dei vantaggi per la riuscita del programma antifumo GFT, in virtù delle loro stesse caratteristiche.

E' vero anche che il modello medico della relazione fra un "malato" ed un "esperto della salute" risulta inadeguato rispetto alla vasta gamma di richieste di intervento psicologico clinico, ad esempio di consulenza riguardo tematiche quali gravidanza, aborto, adolescenza, sessualità, oppure problematiche proprie delle malattie terminali, all'interno di una operatività psicologica

⁹ Grasso M. (2001), *Psicologia clinica e Psicoterapia*, Edizioni Kappa, Roma.

¹⁰ Carli R. (1993), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.

definita come "consultazione psicologica clinica". In questi casi seguire un modello medico di intervento, "diagnosi" e "terapia", non è possibile perché ciò che viene chiesto non è da considerarsi come una richiesta di cura. All'interno della eterogeneità delle richieste di intervento psicologico è possibile porre in risalto tre elementi comuni: *relazione, contesto e richiesta*. In ogni caso infatti ci si occupa di relazioni tra due o più persone, che hanno luogo in contesti diversi e sono orientate da richieste diverse. Analizzare il rapporto reciproco tra le tre variabili è il criterio fondante la competenza dello psicologo clinico. In riferimento a ciò la competenza dello psicologo clinico "si esplica nell'orientare un processo di significazione di specifiche relazioni in specifici contesti, in funzione di specifiche richieste, al fine di produrre conoscenza e in virtù di essa, cambiamento" (Grasso, 2002). In conclusione, obiettivo della psicologia clinica è di quello di considerare valutazione e terapia come "momenti diversi di un processo di significazione dell'esperienza sostenuta da una comune teoria del cambiamento".

Tuttavia, il lavoro di un operatore che conduce le terapie antifumo è simile al lavoro di uno psicologo. Ad esempio, per instaurare una relazione terapeutica efficace, l'operatore crea un clima di sostegno, esprimendo empatia, accurata comprensione e considerazione positiva incondizionata (approccio rogersiano). Il conduttore GFT è un operatore molto motivato e ciò lo porta ad essere più empatico e più coinvolto a livello emotivo. Durante la formazione degli operatori viene data importanza ad una caratteristica in particolare, assumere un atteggiamento rilassato e calmo, necessario per creare un clima accogliente e di fiducia e per gestire le aggressioni e le sfide che arrivano dai membri del gruppo. Viene insegnato quanto sia importante essere attenti agli scambi tra i partecipanti alla terapia, poiché, in base alle osservazioni, il suo ruolo sarà talvolta più direttivo, talvolta più marginale. Se qualcuno monopolizza troppo la seduta, l'operatore ferma la comunicazione, ridefinendo il "focus" e riformulando la domanda al gruppo. In virtù della sua brevità, in una terapia di durata limitata, è necessario richiamare continuamente l'attenzione sul focus problematico. L'operatore si rivolge ai partecipanti non ponendo mai domande indagatorie o insistenti, né adottando atteggiamenti di rassicurazione paterna o consolatoria, cerca di avere sempre il massimo rispetto per gli altri astenendosi da giudizi e da critiche.

Fondamentalmente il compito del conduttore è sostenere e guidare la persona nel suo personale processo di cambiamento, perché chiunque può provare paura e smarrimento nei momenti di cambiamento, talvolta non riconoscendo più neppure se stesso.

Bibliografia

1. AA.VV. (1999), *Il fumo fa male, Scuola Senza Fumo*, a cura dell'Ufficio Progetto Città Sane – OMS del Comune di Bologna, Officina Grafica San Matteo – Decima (BO).
2. Badolato G., Di Iullo M.G. (1979), *Gruppi terapeutici e gruppi di formazione*, Bulzoni Editore, Roma.
3. Bion W.R. (1971), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma.
4. Carli R. (1986), *Il resoconto clinico in psicoterapia*, in Colamonic P., Lombardo G.P., Lo Verso G., Montesarchio G. (a cura di), *Modelli psicologici e psicoterapia*, Bulzoni, Roma.
5. Carli R. (a cura di) (1993), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
6. Di Clemente C. (1997), *Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza*, Comunicazione via Internet.
7. Di Maria F., Lavanco G., Varveri L., Montesarchio G. (2002), *Colloquio di gruppo: istruzioni per l'uso*, in Montesarchio G. (a cura di), *Quattro crediti per un colloquio*, Franco Angeli, Milano.
8. Grasso M. (2001), *Psicologia clinica e Psicoterapia, Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*, Edizioni Kappa, Roma.



9. Grasso M. (2002), *Dinamica del colloquio e dimensione dell'intervento in psicologia clinica*, in Montesarchio G. (a cura di), *Colloquio in corso*, Franco Angeli, Milano.
10. Istituto Superiore di Sanità, ISS (2001), *Fumo: quali strategie per il prossimo millennio*, Interventi al III Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, Convegno a cura di R. Pacifici e P. Zuccaro (Osservatorio Fumo Alcol e Droga), Prestampa del volume.
11. Lesourne O. (1986), *Il grande fumatore e la sua passione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
12. Mangiaracina G. (1992), *Uscire dal Fumo*, Edizioni ADV, Firenze.
13. Mangiaracina G. (1999), *GFT, Manuale per operatori dei programmi antifumo*, Gea Progetto Salute, Roma.
14. Mangiaracina G. (2000), *Percorsi sociali e strategie non istituzionali*, in ISS, Istituto Superiore di Sanità (2001), *Fumo: quali strategie per il prossimo millennio*, pre stampa del volume.
15. Mangiaracina G. (2001), *I Numeri del Fumo*, in Autori Vari, *La Prevenzione del Tabagismo* (di prossima pubblicazione).
16. Montesarchio G. (1998), *Il colloquio: il setting*, in Montesarchio G. (a cura di), *Colloquio da manuale*, Giuffrè, Milano.
17. Montesarchio G., Margherita G.V. (1998), *Il colloquio: le strutture narrative*, in Montesarchio G. (a cura di), *Colloquio da manuale*, Giuffrè, Milano.
18. Zuccaro P., Mortali C., Martucci L., Modigliani G., Pizzi E., Di Pucchio A., Pacifici R., (2000), *Rapporto sul Fumo in Italia - 2000*, in ISS (2001), *Fumo: quali strategie per il prossimo millennio*, Prestampa del volume.

Siti Internet di riferimento:

www.gea2000.org

www.nonfumatori.it

www.tabagismo.it

www.legatumori.it

www.tabaccologia.org

www.feel-free.info

www.ossfad.it