

## **CORSO DI FORMAZIONE**

**COMUNICAZIONE DEI RISCHI e COUNSELLING PER SOGGETTI CON PREGRESSA  
ESPOSIZIONE AD AMIANTO (Roma 5-6 giugno 2014)**

### **MATERIALI FORMATIVI PER LO SPORTELLO AMIANTO**

**A cura di Pasquale Valente, ASL ROMA G**

**Comitato Editoriale Francesco Forastiere, Laura Ancona e Anteo Di Napoli.**

## AUTORI

- *Laura Amato*, Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio
- *Marco Biocca* , Ex Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna
- *Giuseppe Cimaglia*, A.N.M.I.L. - Roma
- *Massimo D'Angelo*, Centro Sanitario Amianto – Regione Piemonte – Casale Monferrato
- *Marco Dell'Omo*, Università degli Studi di Perugia
- *Fulvio D'Orsi*, S.Pre.S.A.L ASL Roma C - Roma
- *Antonella Granieri*, Università degli Studi di Torino
- *Giacomo Mangiaracina*, Sapienza Università di Roma
- *Dario Mirabelli*, Registro Mesoteliomi Maligni del Piemonte – Torino
- *Giacomo Muzi*, Università degli Studi di Perugia
- *Enrica Pizzi*, ISS - Roma
- *Lucia Prelati* , Università degli Studi di Perugia
- *Benedetto Terracini* , Past director di Epidemiologia & Prevenzione
- *Pasquale Valente*, ASL Roma G- Monterotondo - Roma
- *Anna Maria Virgili*, Comitato Esposti Amianto Lazio – Roma

**Introduzione** pag. 4

## Sezione 1

### Comunicazione dei rischi per la salute da pregressa esposizione ad amianto

- 1.1 **Dario Mirabelli**  
*La relazione dose-risposta tra esposizione ad amianto e tumori* pag. 6
- 1.2 **Marco Biocca**  
*Strategie di comunicazione nei confronti del lavoratore e della comunità* pag. 15
- 1.3 **Benedetto Terracini**  
*Imparzialità e neutralità nella comunicazione del rischio* pag. 18
- 1.4 **Anna Maria Virgili**  
*Le aspettative delle associazioni degli ex esposti* pag. 21
- 1.5 **Massimo D'Angelo**  
*La gestione del rischio attraverso la partecipazione della popolazione* pag. 26
- 1.6 **Antonella Granieri**  
*Una ricerca intervento per i malati e i familiari di Casale Monferrato* pag. 30

## Sezione 2

### Tecniche di counselling

- 2.1 **Giacomo Muzi, Marco dell'Omo, Lucia Prelati**  
*Malattie cronico-degenerative e fumo di tabacco* pag. 33
- 2.2 **Giacomo Mangiaracina**  
*Teorie del cambiamento e modello transteorico motivazionale* pag. 40
- 2.3 **Enrica Pizzi**  
*L'intervento di counselling nella dipendenza da fumo* pag. 50
- 2.4 **Pasquale Valente**  
*Il colloquio motivazionale breve nella promozione degli stili di vita salutari* pag. 57
- 2.5 **Laura Amato**  
*Evidenze scientifiche sull'efficacia del counselling nel trattamento antitabagico* pag. 66
- 2.6 **Giuseppe Cimaglia**  
*I bisogni degli ex esposti professionali ad amianto* pag. 69
- 2.7 **Fulvio d'Orsi**  
*Benefici previdenziali e livelli di esposizione per i lavoratori dell'amianto* pag. 71

## INTRODUZIONE

Coloro che hanno avuto una pregressa esposizione ad amianto (ex esposti) e le loro famiglie costituiscono una popolazione che presenta ben definiti bisogni socio-sanitari quali la necessità di conoscere il grado dell'esposizione pregressa ad amianto, il bisogno d'informazione sui diritti previdenziali, l'assistenza medico-legale nel riconoscimento delle patologie professionali, la fruibilità di programmi di promozione della salute, la presa in carico di soggetti sintomatici da parte del SSR al fine di una corretta diagnosi e cura.

A fronte delle nette evidenze riguardo al nesso causale tra l'esposizione all'amianto e le patologie sopra ricordate risulta invece del tutto insoddisfacente la possibilità di operare per la diagnosi precoce delle patologie neoplastiche da amianto. Per il mesotelioma maligno non si dispone attualmente di adeguati test diagnostici da impiegare quali indicatori della presenza di malattia in fase asintomatica, mentre per il tumore del polmone uno screening rivolto a soggetti asintomatici è oggi proponibile solo come progetto di ricerca. Relativamente alla terapia, esistono limitate possibilità di intervento terapeutico per il tumore polmonare, mentre sono estremamente insoddisfacenti per il mesotelioma. (cfr Atti Seconda Conferenza Governativa, 2012)

Nel passato i comparti maggiormente a rischio amianto nel Lazio sono stati quelli nei quali vi è stato un uso diretto della materia prima, come i cantieri navali di costruzione e riparazione, la produzione e riparazione di rotabili ferroviari, e i comparti nei quali sono stati ampiamente utilizzati prodotti in cemento-amianto come l'edilizia industriale ed in parte minore abitativa, le centrali termiche di produzione di energia elettrica, la metalmeccanica, la difesa nazionale, i trasporti ferroviari e marittimi, l'industria chimica, della plastica, della gomma, della carta e del tessile.

L'attivazione di un *Programma regionale di assistenza agli ex esposti ad amianto* per il quale dovrà prevedersi il mantenimento e la continua implementazione per successivi dieci anni, potrebbe fornire agli aventi diritto prestazioni sanitarie gratuite a tutti gli ex esposti atte a rispondere ai bisogni sopra indicati.

## SPORTELLI

In sintonia con il Piano Nazionale Amianto il Progetto CCM 2012 la Regione Lazio prevede l'apertura di "sportelli amianto" sul territorio, in tutte le ASL. Tali sportelli, **costituiscono** un *anello di congiunzione* tra cittadino/lavoratore ex esposto (o esposto) e Servizio Sanitario Regionale, inserito nell'assetto organizzativo dei Servizi Presal, aperti ad un'utenza ampia e attivamente operanti nei confronti dei sopravvissuti di coorti selezionate dal COR.

Lo sportello svolge funzioni informative, di valutazione del rischio, counselling e presa in carico di lavoratori esposti, ex esposti ad amianto, con eventuale invio ad un centro diagnostico dedicato.

### **Funzioni :**

- **accogliere e prendere in carico** i lavoratori ex esposti
- o **valutare la** pregressa o attuale **esposizione** ad asbesto
- o **informare** sui rischi, sugli aspetti medico-legali e sulla sorveglianza sanitaria
- o fare **counselling** e/o indirizzare ai centri anti-fumo
  - operare nella ricostruzione delle **coorti** locali degli ex esposti
  - curare i rapporti con i MMG

Le attività di comunicazione e gestione del rischio e di counselling costituiscono funzioni rilevanti dello sportello e meritano pertanto di essere trattate più diffusamente. Di seguito si riportano alcuni contributi presentati dagli autori al *Corso di formazione rivolto agli operatori sanitari degli SPRESAL della Regione Lazio del 5-6 giugno 2014*.

## 1.1 LA RELAZIONE DOSE-RISPOSTA TRA ESPOSIZIONE AD AMIANTO E TUMORI

Dario Mirabelli

### Introduzione

La relazione dose-risposta è importante sotto diversi profili: per corroborare il significato causale dell'associazione tra esposizione ed effetto, per assumere decisioni su quali esposizioni ridurre e fino a quale livello o per valutare in un contesto medico-legale l'apporto causale di una specifica esposizione. Nel caso dei tumori da amianto i primi due non sono più di attualità. Da un lato la cancerogenicità dell'amianto è stabilita da tempo e l'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha classificato l'amianto come sicuramente cancerogeno per polmone, laringe, ovaio e sierose.[1] Dall'altro lato ogni impiego dall'amianto è stato proibito in Italia dal 1992 e i materiali contenenti amianto ancora *in situ* dovrebbero essere mantenuti e rimossi in condizioni tali da evitare esposizioni. Il terzo aspetto tuttavia è di drammatica attualità, alla luce dell'incapacità sia del sistema assicurativo sia di quello di giustizia di riconoscere e indennizzare se non una minima parte dei tumori da amianto: un'incapacità che ne rende i casi due volte vittime e determina un vero dramma sociale.

Riassumerò le conoscenze sulla relazione dose-risposta per i mesoteliomi ed i tumori polmonari, le due sedi per le quali sono disponibili informazioni adeguate. Il testo è ampiamente ripreso dalla relazione del Gruppo Epidemiologia e Sanità Pubblica della Seconda Consensus Conference Italiana sul mesotelioma pleurico (d'ora in poi: consensus conference).[2]

### La relazione dose-risposta tra amianto e mesotelioma

Amianto e mesotelioma maligno (MM) costituiscono per molti aspetti un modello di studio della cancerogenesi in cui l'osservazione epidemiologica può avvicinarsi al rigore della sperimentazione.

Uno di questi aspetti è lo studio della relazione quantitativa tra esposizione e risposta.

Alla consensus conference erano state riferite le caratteristiche degli studi per cui almeno un lavoro pubblicato su riviste indicizzate in Medline riporta la mortalità, l'incidenza o il rischio relativo (RR) in funzione della dose di esposizione.[2, supplemento on-line] Si trattava di due studi caso-controllo di popolazione, tre studi caso-controllo innestati su coorti, ed otto studi di coorte. Uno dei tre studi caso-controllo innestati su coorti interessava i minatori di crocidolite di Wittenoom (Western Australia), per i quali era disponibile anche l'analisi della mortalità attraverso un tradizionale approccio di coorte.

Il quadro dei risultati è stato giudicato altamente coerente ed indicativo di proporzionalità tra mortalità, incidenza e rischio relativo con la dose (o “dose cumulativa”)<sup>1</sup>. In uno studio, quello sui minatori di Wittenoom, l’esposizione era stata valutata in termini di intensità e durata separatamente, ed era stata osservata proporzionalità sia con la durata, sia con l’intensità di esposizione.

Erano stati anche riportati gli studi sulla relazione tra RR di MM ed il carico polmonare di fibre d’amianto, quale indicatore di esposizione interna. Si trattava di sette studi caso-controllo basati su serie autoptiche di casi e controlli. Il quadro dei risultati è stato giudicato anche in questo caso altamente coerente ed indicativo della proporzionalità tra RR e carico polmonare di fibre.

La dose cumulativa è pertanto risultata una metrica di esposizione rilevante, come accade di regola quando si valuta il rischio di cancro comportato da agenti chimici o fisici.

Vi sono aspetti della relazione dose-risposta che possono essere importanti nel modulare le conseguenze dell’esposizione. Tra questi il rateo di somministrazione della dose, che può differire a parità di dose cumulativa, ed il tempo trascorso dall’esposizione all’evento. Sul primo aspetto poco è noto per amianto e MM, mentre per altri cancerogeni ne è nota l’importanza: ad esempio, un elevato rateo di dose modifica da lineare a quadratica la relazione tra danno al DNA cellulare e radiazioni ionizzanti. Sul secondo invece è noto che l’occorrenza di MM pleurico aumenta in funzione di una potenza del tempo trascorso dall’inizio dell’esposizione durante i primi 40 anni di osservazione. Per il mesotelioma peritoneale l’aumento sembra invece proseguire più a lungo. Pertanto il tempo trascorso dall’esposizione all’evento modula l’effetto della dose. L’argomento è trattato in maggiore dettaglio successivamente.

E’ bene ricordare che la valutazione dell’esposizione in termini di dose cumulativa presenta alcune difficoltà, sia in studi di popolazione, sia in coorti industriali. La principale difficoltà della valutazione retrospettiva dell’esposizione risiede nella limitata disponibilità di misure storiche di concentrazione degli agenti di interesse. Il problema è di portata generale, ma nel caso

---

<sup>1</sup> La dose o “dose cumulativa” è una metrica ampiamente usata negli studi sugli effetti a lunga scadenza di esposizioni croniche ad agenti esogeni, specie quando vi siano basi biologiche per ritenere che gli effetti di interesse dipendano dall’accumulo di danni agli organi bersaglio. Le esposizioni in ambiente di lavoro sono notoriamente caratterizzate da ampie variazioni nella concentrazione di inquinanti per reparto, mansione e periodo storico (cambiamenti nei processi produttivi e nelle stesse materie prime). Inoltre i lavoratori possono cambiare mansione e reparto. La dose cumulativa è per definizione l’integrale di tutte le diverse variazioni di esposizione che un lavoratore ha incontrato. In pratica queste variazioni non sono mai conosciute in dettaglio, ma ad un lavoratore la cui carriera sia ricostruita come successione cronologica di mansioni è attribuibile l’esposizione media di ciascuna mansione nel corrispondente periodo storico; il prodotto dell’esposizione media di ogni combinazione mansione/ periodo per la relativa durata fornisce la dose cumulativa parziale, relativa cioè ad un particolare periodo di lavoro; la sommatoria delle dosi cumulative parziali ricevute dal lavoratore nella sua carriera costituisce la dose cumulativa personale.

dell'amianto esistono ulteriori complicazioni: (i) il conteggio delle fibre in microscopia ottica è stato introdotto solo negli anni '70; (ii) in precedenza era determinato il numero di particelle; (iii) la microscopia ottica (MO) non sempre permette di discriminare agevolmente le fibre di amianto dalle altre; (iv) ad oggi il conteggio delle fibre in MO è limitato a quelle di lunghezza superiore a 5 micron – fibre normate; (v) fibre di amianto patogene possono avere diametro inferiore al limite di rilevabilità in microscopia ottica; (vi) la potenza cancerogena per il MM varia in funzione del tipo di fibra, ma non vi sono mai dati sufficienti a valutare l'esposizione separatamente per tipo di fibra. All'usuale difficoltà di modellazione retrospettiva dell'esposizione si somma perciò quella di modellizzare l'effettivo agente di interesse.

Anche la determinazione del carico polmonare di fibre in microscopia elettronica incontra difficoltà ascrivibili alla tecnica di misura; inoltre si pone la questione di quanto il carico polmonare di fibre al momento dell'analisi sia rappresentativo di quello presente nel corso della vita dell'individuo, nell'arco di tempo della cancerogenesi.

Queste considerazioni suggeriscono che alcune caratteristiche della relazione dose-risposta siano tuttora imperfettamente note, a dispetto del notevole numero di studi disponibili e dei considerevoli sforzi profusi nella ricostruzione dell'esposizione e nell'analisi dei dati.

Ciononostante, la consensus conference non ha avuto dubbi sull'interpretazione dell'evidenza disponibile nel senso dell'esistenza di una proporzionalità tra dose cumulativa e occorrenza di MM, sia pleurico che peritoneale. A questa conclusioni erano già pervenute anche rassegne, revisioni sistematiche e meta-analisi.[3-5]

### **Aspetti particolari della relazione dose-risposta tra amianto e mesotelioma**

L'aumento di incidenza dovuto ad un qualunque periodo di esposizione ad amianto è proporzionale all'esposizione e ad una potenza del tempo trascorso da quando è avvenuta. Il tempo trascorso dall'esposizione assegna un peso maggiore alle esposizioni più remote, a parità di altre condizioni. L'incidenza cresce con la terza o quarta potenza del tempo dall'esposizione.

Per spiegare come si è giunti a questa conclusione, occorre ricordare l'importanza generale della relazione temporale tra esposizione a cancerogeni e l'insorgenza di tumori: i casi indotti si manifestano come un'onda susseguente al verificarsi dell'esposizione stessa.[6]

Sono stati elaborati modelli matematici per prevedere l'incidenza di MM in seguito ad esposizioni ad amianto. Il modello di relazione temporale proposto da Peto et al. [7] è stato adottato in diverse rassegne, come quelle a cura dello Health Effects Institute (HEI) [8] e di Boffetta e Stayner [6]. Denotando con  $I(t)$  l'incidenza di MM al tempo  $t$  dall'esposizione,  $t_1$  il tempo di inizio,  $t_2$  quello di

fine esposizione,  $f$  il livello medio di esposizione durante un periodo di esposizione,  $d$  la durata di esposizione e con  $k_m$  una costante caratteristica del tipo di fibra di amianto, sono state proposte le seguenti relazioni dose-risposta,[8] a seconda che le esposizioni siano:

- Brevi (cosiddetto modello di base):

“L’aumento di incidenza conseguente ad una breve esposizione è proporzionale all’incremento della dose cumulativa moltiplicato per  $t^n$ , dove  $t$  è il tempo trascorso da quell’incremento, ed  $n$  vale 2 o 3”. In questo testo si assume che l’esponente da assegnare a  $t$  sia 3.

- Prolungate, con intensità costante:

$$I(t) = k \cdot f \cdot [(t - t_1)^4 - (t - t_2)^4] \quad (1)$$

- Prolungate, con intensità variabile da un periodo all’altro, ma costante durante ogni periodo:

$$I(t) = k \cdot \sum_j f_j \cdot [(t - t_{1j})^4 - (t - t_{2j})^4] \quad (2)$$

La (1) è l’integrazione del modello di base, nel caso di esposizioni non brevi ed a livello costante <sup>2</sup>. La (2) ha le stesse caratteristiche della (1), ed è la somma ponderata dei diversi contributi di periodi tra loro differenti per livello di esposizione.

Il modello prevede che l’incidenza di MM aumenti illimitatamente al trascorrere del tempo dall’esposizione, ed era stato sviluppato perché capace di descrivere adeguatamente la mortalità per MM fino a circa 40 anni dall’inizio dell’esposizione.[9]

---

<sup>2</sup> Si può dimostrare la derivazione della (2) dalla (1) in questo modo: un’esposizione prolungata e continua di durata  $d = t_2 - t_1$  può essere immaginata come una sequenza continua di esposizioni brevi di durata  $\delta$ . Per ognuna di queste esposizioni brevi, l’incidenza è data da  $I_j(t) = 4k \cdot f \cdot \delta(t - t_{1j})^3$ , dove  $t_{1j}$  è il tempo di inizio del j-simo periodo di esposizione. L’incidenza al tempo  $t$  si ottiene dunque come la somma su  $j$  delle  $I_j(t)$ :

$$I(t) = \sum_j I_j(t) = 4k \cdot f \cdot \sum_j (t - t_{1j})^3 \delta.$$

Nel limite per  $\delta \rightarrow 0$ , la somma diventa un integrale

$$I(t) = 4k \cdot f \cdot \sum_j (t - t_{1j})^3 \delta \xrightarrow{\delta \rightarrow 0} 4k \cdot f \cdot \int_{t_1}^{t_2} (t - \tau)^3 d\tau = -k \cdot f \cdot (t - \tau)^4 \Big|_{t_1}^{t_2} = k \cdot f \cdot [(t - t_1)^4 - (t - t_2)^4]$$

Attualmente sono disponibili i risultati dell'osservazione di molteplici coorti di lavoratori dell'amianto con follow-up di oltre 50 anni dall'inizio dell'esposizione. Per i MM pleurici è emersa sistematicamente un'attenuazione o un arresto dell'aumento previsto dal modello, aumento che invece continua per i MM peritoneali.[10]

Questa peculiarità della relazione dose-risposta è stata utilizzata per sostenere che solo le più remote esposizioni subite da un lavoratore nell'arco della sua vita abbiano rilievo causale per il mesotelioma. La congettura non è coerente né con la letteratura, sintetizzata nel paragrafo precedente, né con lo sviluppo algebrico del modello illustrato in questo paragrafo: non esiste infatti alcuna soglia oltre cui ulteriori esposizioni cessino di contribuire all'incidenza; inoltre, a livello individuale, le plurime esposizioni che spesso si riscontrano nella anamnesi di un esposto ad amianto devono essere concepite come sinergiche e non certo come in competizione per la causalità. La Figura 1 offre una rappresentazione grafica di come la durata di esposizione abbia una palese importanza nel determinare l'incidenza di MM, una volta fissate l'intensità e la latenza e di come l'effetto di differenze di durata sia meglio manifesto proprio al crescere della latenza: ad esempio, la differenza tra le curve relative a durate di 20 e 30 anni è poco spiccata dopo 40 anni di latenza ma diventa ben visibile a 50 e oltre.

### **La relazione dose-risposta tra amianto e tumori del polmone**

Relativamente al tumore polmonare in letteratura viene generalmente riportata una relazione dose-risposta con la dose cumulativa, senza tenere conto dei suoi aspetti temporali, ovvero del tempo trascorso dalla somministrazione della dose stessa.[11, 12]

Questa è una prima differenza rispetto al modo in cui è invece espressa la relazione tra amianto e MM. La variazione del rischio è lineare e la formula che lega rischio ed esposizione è la seguente:

$$RR(t) = 1 + k \cdot CE \quad (3)$$

dove:

*RR*: Rischio Relativo per il tumore polmonare

*CE*: Esposizione cumulativa ad amianto

*k*: coefficiente specifico per il tipo di industria.

Si noti un'ulteriore differenza con l'equazione per il MM: in questa formula il rischio di tumore polmonare è espresso come rischio relativo, più precisamente come rapporto tra il tasso di incidenza negli esposti ad amianto e quello dei non-esposti.

La prima differenza non ha una reale ragione di essere. I fattori temporali modulano anche la relazione dose-risposta tra amianto e tumori del polmone: fino a circa 5 anni da un'esposizione istantanea non vi è effetto, che in seguito si manifesta aumentando fino ad un massimo, raggiunto dopo circa 10 anni dall'esposizione, per decrescere in seguito lentamente e svanire a 20 - 25 anni.[13] Ciò che viene espresso dall'equazione (3) è dunque una relazione quantitativa valida mediamente lungo un arco di tempo di osservazione esteso, durante cui in realtà la relazione stessa ha l'andamento di un'onda.

La seconda differenza esprime il fatto che nella popolazione generale i tumori del polmone hanno un'incidenza di fondo che, a differenza dei MM, non è affatto trascurabile e modella l'incidenza dovuta all'esposizione professionale ad amianto come additiva rispetto a quella di base.

Questo modello non prevede una soglia priva di rischio.

### **Aspetti particolari della relazione tra amianto e tumori del polmone**

La prima segnalazione sull'interazione tra fumo ed amianto quali concause del tumore polmonare risale a Selikoff nel 1968 e la prima rassegna a Saracci nel 1977. Queste prime osservazioni rilevavano come il rischio di tumore polmonare per le persone esposte ad entrambi i fattori fosse molto maggiore della semplice somma dei due effetti e invece fosse prossimo al loro prodotto.

Questa conclusione è tuttora valida. La sintesi più recente dell'evidenza scientifica sulla relazione tra fumo ed amianto nella causazione del tumore polmonare è costituita da una rianalisi con metodi baiesiani dell'insieme degli studi epidemiologici relativi a questo argomento.[14] Nella metanalisi di Wraith e Mengersen sono stati inclusi 18 studi pubblicati prima del 2001 inclusi nelle due rassegne / metanalisi immediatamente precedenti ad opera di altri autori, pervenute a risultati contraddittori. Lee e collaboratori avevano concluso che l'interazione tra amianto e fumo di tabacco non si discosta in modo significativo da un modello moltiplicativo nella scala del rischio relativo. Liddell e coautori avevano invece notato che l'effetto dell'esposizione ad amianto è più forte (circa due volte più forte) tra i mai fumatori; siccome un'interazione moltiplicativa nella scala del rischio relativo implica che l'effetto dell'esposizione ad amianto sia uguale tra fumatori e non fumatori (e viceversa che l'effetto del fumo sia uguale tra esposti e non esposti), essi avevano concluso che un modello moltiplicativo è insostenibile.

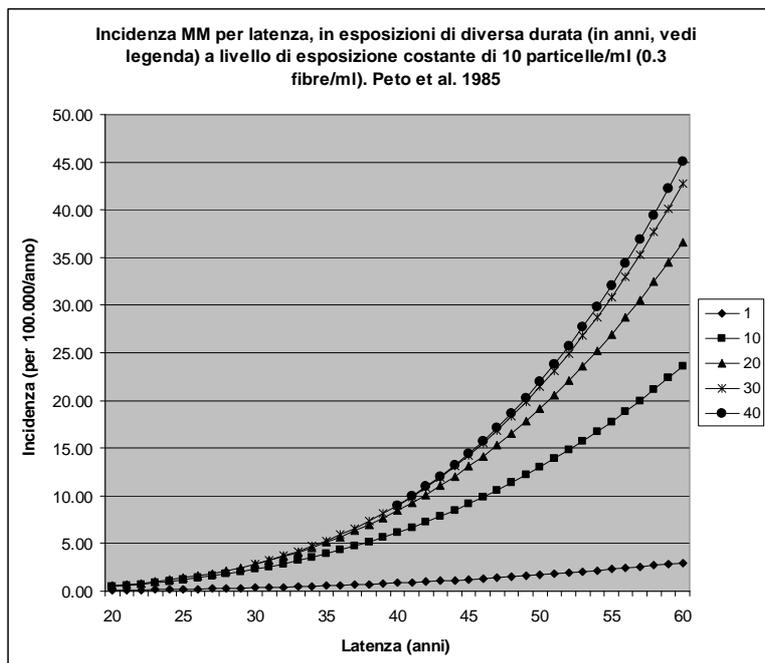
Rispetto a queste due rassegne il lavoro di Wraith e Mengersen ha il vantaggio di indagare contemporaneamente la corrispondenza sia al modello additivo sia al modello moltiplicativo, e non solo una di esse. Wraith e Mengersen hanno infatti calcolato un indice di effetto additivo e uno di effetto moltiplicativo (indici che assumono il valore di 1 in presenza di un effetto perfettamente

additivo o, rispettivamente, moltiplicativo) ed hanno prodotto una stima meta-analitica di tali indici. Nel complesso dei lavori esaminati, l'indice di effetto additivo valeva 1.9 (intervallo di confidenza al 95%: 1.3-2.8), mentre quello di effetto moltiplicativo era pari a 0.8 (0.5-1.4). Le conclusioni degli autori sono state: *"...the relation is closer to multiplicative than additive, a result consistent with recent reviews of the literature."*

Altri tre lavori non inclusi nella revisione presentano una valutazione del rischio per esposizione a fumo ed amianto e tutti hanno valutato l'interazione come 'più che additiva'. [15-17]

In sintesi la letteratura scientifica indica che fumo ed amianto interagiscono aumentando il rischio di tumore polmonare tra i soggetti esposti ad entrambi i fattori rispetto a quanto sarebbe previsto dall'indipendenza dei due fattori di rischio. In altri termini fumo ed amianto sono concause del tumore del polmone che agiscono sinergicamente.

**Incidenza di mesotelioma: le curve rappresentano l'andamento in funzione della latenza (sulle ascisse) e della durata di esposizione (diverse curve, come da legenda, in anni).**



## Bibliografia

- 1) International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. A review of Human carcinogens: Metals, arsenic, dusts, and fibres. 2011, Vol. 100 Part C, WHO, IARC, Lyon
- 2) Magnani C, Fubini B, Mirabelli D, Bertazzi PA, Bianchi C, Chellini E, Gennaro V, Marinaccio A, Menegozzo M, Merler E, Merletti F, Musti M, Pira E, Romanelli A, Terracini B, Zona A. Pleural mesothelioma: epidemiological and public health issues. Report from the Second Italian Consensus Conference on Pleural Mesothelioma. Med Lav. 2013;104:191-202
- 3) Berman, D. Wayne and Crump, Kenny S. Update of Potency Factors for Asbestos-Related Lung Cancer and Mesothelioma. Crit Rev Toxicol 2008;38:1-47
- 4) Hodgson JT, Darnton A. The Quantitative Risks of Mesothelioma and Lung Cancer in Relation to Asbestos Exposure. Ann Occup Hyg 2000;44:565-601
- 5) Boffetta P, Stayner LT. Pleural and peritoneal neoplasms. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF (eds) Cancer Epidemiology and Prevention. Third edition, Oxford University Press 2006. Pp. 659-673
- 6) Hayes RB, Vineis P. Time dependency in human cancer. Tumori. 1989; 75:189-95
- 7) Peto J, Doll R, Hermon C, Binns W, Clayton R, Goffe T. Relationship of mortality to measures of environmental asbestos pollution in an asbestos textile factory. Ann Occup Hyg 1985; 29:305-55
- 8) HEI Health Effects Institute - Asbestos Research. Asbestos in public and commercial buildings. Health Effects Institute - Asbestos Research. Cambridge (MA); 1991

- 9) Peto J, Seidman H, Selikoff IJ. Mesothelioma mortality in asbestos workers: implications for models of carcinogenicity and risk assessment. *Br J Cancer* 1982;45:124-135
- 10) Barone Adesi F, Ferrante D, Bertolotti M et al. Long-term mortality from pleural and peritoneal cancer after exposure to asbestos. Possible role of asbestos clearance. *Int J Cancer* 2008;123:912-16
- 11) Scansetti G, Piolatto G, Pira E. Il rischio da amianto oggi. Regione Piemonte, Istituto di Medicina del lavoro, Università di Torino. Torino, 1985. pp 97-117
- 12) Boffetta P. Health effects of asbestos exposure in humans: A quantitative assessment. *Med Lav* 1998; 89:471-480
- 13) Hauptmann M, Pohlabein H, Lubin JH, Jöckel KH, Ahrens W, Brüske-Hohlfeld I, Wichmann H. The exposure-time-response relationship between occupational asbestos exposure and lung cancer in two German case-control studies. *Am J Ind Med.* 2002;41:89-97
- 14) Wraith D, Mengersen K. A Bayesian approach to assess interaction between known risk factors: the risk of lung cancer from exposure to asbestos and smoking. *Stats Med.* 26: 1150-1169; 2007
- 15) Goldberg M. [Asbestos and risk of cancer: exposure-effect relationships for occupationally exposed populations]. *Rev Mal Respir.* 1999;16:1278-85
- 16) Gustavsson P, Nyberg F, Pershagen G, Schéele P, Jakobsson R, Plato N. Low-dose exposure to asbestos and lung cancer: dose-response relations and interaction with smoking in a population-based case-referent study in Stockholm, Sweden. *Am J Epidemiol.* 2002;155:1016-22
- 17) Yano E, Wang X, Wang M, Qiu H, Wang Z. Lung cancer mortality from exposure to chrysotile asbestos and smoking: a case-control study within a cohort in China. *Occup Environ Med.* 2010;67:867-71

## 1.2 STRATEGIE DI COMUNICAZIONE NEI CONFRONTI DEL LAVORATORE E DELLA COMUNITÀ

**Marco Biocca**

Il National Research Council (1989) definisce la Comunicazione del rischio “un processo interattivo di scambio di informazioni ed opinioni tra individui, gruppi e istituzioni”. Il termine scambio include sia l'obbligo di ascoltare gli altri e sia la piena possibilità di esprimere le proprie idee. A questa definizione andrebbe aggiunto che lo scambio deve avvenire tra "tutti i soggetti che hanno titolo", anche i più deboli e, soprattutto, che deve essere "finalizzato alla gestione del rischio". Va sottolineato che non siamo di fronte a un processo semplice e spontaneo in cui è sufficiente immettere informazioni corrette.

In ogni processo comunicativo si effettuano delle semplificazioni, tra l'altro in merito alle caratteristiche dei partecipanti, alla complessità dei problemi, alla ricchezza degli argomenti, al linguaggio da utilizzare. Semplificare permette di selezionare, mettere in luce, concentrare l'attenzione, standardizzare operazioni, confrontare. Ma può anche essere un'azione distorsiva, che taglia connessioni, elimina aspetti rilevanti, fa perdere opportunità. Nelle attività che riguardano gruppi, la semplificazione (che si chiama standardizzazione, segmentazione, ..) è difficile ma necessaria. Nella comunicazione individuale è miope, perchè la dimensione soggettiva dei problemi è determinante.

E' impossibile, infatti, non considerare la dimensione soggettiva dei problemi di rischio per la salute. Anche chiamandola percezione, forse per darle un connotato di inferiorità rispetto alla dimensione oggettiva, questa condiziona in modo determinante comportamenti, scelte, decisioni. Nel caso dei rischi da amianto è evidente perchè sono molto gravi, assai diffusi, spesso non misurati, non solo per lavoratori, a lungo sottovalutati, con una lunga latenza, con prospettive ancora lunghe, ma anche perchè sono stati causati dagli esseri umani, perchè esistono efficaci misure di prevenzione, cure inefficaci, incertezze nella utilità della diagnosi precoce, costi elevati per le bonifiche e i risarcimenti. Gli studiosi della comunicazione del rischio hanno riunito questi aspetti con una sola parola inglese: *outrage*. Oltraggio è la traduzione letterale, ma è termine arcaico e forse non ha proprio lo stesso significato. L'esposizione ad amianto non è solo un gravissimo rischio per la salute, lo è anche per la dignità di chi è coinvolto e questa dimensione non si può semplificare.

La comunicazione del rischio ha regole abbastanza precise (esistono eccellenti manuali e consulenti esperti), ma prima è necessario analizzare le situazioni soprattutto, come si era detto,

in funzione delle possibilità di gestione del rischio. Si potranno riconoscere così almeno tre contesti che richiedono strategie comunicative profondamente diverse.

Contesto A - Lavorare (o vivere) in un ambiente contaminato con amianto in cui si conosce il rischio o doversi trovare in futuro in una situazione analoga.

Forse non rientra nella casistica prevista per gli Sportelli, ma va citato. In questo caso, infatti, non c'è comunicazione del rischio per decidere cosa fare. Qui prevale l'informazione prescrittiva e l'applicazione delle norme in quanto situazioni non negoziabili.

Contesto B - Essere ammalati a causa (vera o presunta) dell'amianto.

Anche in questo caso non c'è comunicazione del rischio propriamente detta. C'è una funzione di supporto e di guida in un percorso doloroso. Un dovere morale che questa società dovrebbe sentire al massimo grado verso componenti della comunità ai quali è stata inflitta una pena tremenda e assolutamente ingiusta. Vanno studiati e organizzati adeguati e specifici percorsi assistenziali integrati con le procedure per la stima delle esposizioni e per il risarcimento. La comunicazione in questo contesto è utile solo se agisce a supporto di tali percorsi e non in sostituzione. Le persone non vanno lasciate con un depliant in mano a ricercare solo una strada mal definita.

Contesto C - Avere lavorato (o vissuto) in un ambiente contaminato con amianto in cui il rischio non è ben conosciuto o trovarsi tuttora in una situazione analoga.

Il peso dell'oltraggio e l'alto grado di incertezza sul rischio e sulle misure per la sua riduzione rendono queste situazioni terribilmente difficili da affrontare. Vi sono elementi comuni a intere collettività e altri specifici delle singole persone. Non vi sono soluzioni buone per tutti, né ragioni scientifiche o normative prevalenti. La mancanza di fiducia tra le parti coinvolte è un ostacolo insormontabile per il dialogo. Il silenzio è la peggiore delle scelte. La ricerca delle responsabilità si intreccia spesso con l'offerta di soluzioni palliative.

E' questo il contesto in cui c'entra la comunicazione del rischio nel senso dato all'inizio e in cui lo scambio tra i soggetti coinvolti al fine di arrivare a decisioni condivise non garantisce il risultato, ma è la strada che offre il massimo delle possibilità di successo, a certe condizioni. Si tratta di costruire scenari in cui le conoscenze tecniche, i bisogni e gli interessi dei soggetti coinvolti e le possibilità di soluzione dei problemi diventino ingredienti di processi decisionali.

Sono processi complessi, costosi e fragili in cui gli aspetti comunicativi agiscono da lievito, nella consapevolezza tuttavia che non debbono sostituire nè coprire le responsabilità di chi ha il compito di decidere. Lo sviluppo delle tecnologie ha profondamente inciso anche sul panorama della comunicazione del rischio, in particolare per due aspetti un tempo assolutamente critici: ha enormemente facilitato l'accesso alle informazioni e l'espressione e la diffusione delle proprie idee. E' molto più difficile di prima tenere nascosti i dati ed è molto più facile avere voce anche per i più deboli.

Si sente, però, il bisogno di soggetti autorevoli capaci di svolgere un ruolo condiviso di garanzia delle condizioni di fiducia, trasparenza, utilità e accountability necessarie. Perchè non affidare agli Sportelli un compito significativo anche in questo senso ?

### **Bibliografia**

National Research Council. Improving Risk Communication. National Academy Press. Washington, D.C. 1989.

### 1.3 IMPARZIALITÀ E NEUTRALITÀ NELLA COMUNICAZIONE DEL RISCHIO

**Benedetto Terracini**

Molte delle cose che avevo in programma di dire sono già state dette, soprattutto da Marco Biocca. Pensavo di aggiungerne tre, ma l'arrivo di Michele Grandolfo mi induce a dirne quattro. Sono in debito culturale con Michele, che ha recentemente portato alla mia attenzione un confronto tra quello che veniva chiamato alfabetizzazione in salute e di quello che ora viene chiamato alfabetizzazione in salute pubblica (health literacy e public health literacy nel testo originale di Freedman et al. Amer J Prev Med 2009). La prima, di vecchia concezione, veniva definita come "il grado con cui le persone hanno capacità di ottenere, gestire e comprendere l'informazione sanitaria ... necessaria per prendere decisioni appropriate riguardo la salute ". La seconda, più consona con il nuovo concetto di comunicazione che è stato approfondito questa mattina, è definita come "il livello di competenza delle persone e delle comunità nell'ottenere, comprendere, gestire e valutare le informazioni e trarne conseguenze per l'azione necessaria ad assicurare beneficio alla comunità con azioni di sanità pubblica". Le sottolineature sono mie, ma l'assunzione in prima persona (singolo e comunità) delle responsabilità e dei diritti da parte degli utenti della salute mi sembra molto importante, compresa la valutazione del dato e dell'informazione scientifica e sanitaria.

Avevo pensato di dire qualcosa sulle funzioni dello scienziato esperto, che viene spesso chiamato ad esprimersi su problemi specifici. E' una circostanza in cui mi sono ripetutamente trovato nel corso della mia vita. Io ritengo che l'esperto che viene posto nelle condizioni di comunicare dovrebbe mettere da parte la sua autoreferenzialità e porsi al servizio del suo interlocutore. Quindi, ha una funzione se, prima di comunicare, cerca di capire il contesto in cui si trova il suo interlocutore e con questi definisce e negozia i contenuti dell'interscambio di messaggi (rileggete le dichiarazioni in televisione del vicescapo della protezione civile il 31 marzo 2009 come ottimo esempio di cosa non deve essere la comunicazione del rischio ad una popolazione che vive sotto la minaccia di un grave evento, che nel caso specifico poi si è realizzato).

Penso inoltre che la "comunicazione del rischio" dovrebbe essere sostituita con la "comunicazione della incertezza", dato che soltanto in una piccola parte delle circostanze dei confronti tra "esperto" e la gente normale si è fortunati abbastanza da disporre di stime della probabilità che un evento si verifichi. Per lo più ci si trova di fronte ad incertezze, cioè di circostanze in cui è stata identificata la potenzialità di una esposizione di produrre effetti avversi ma non vi sono elementi per stimare la probabilità di tali eventi. E il retroterra scientifico di

“potenzialità” copre tutta la gamma che va dalla congettura, alla possibilità, alla probabilità alla certezza. Per non parlare infine di circostanze in cui l’incertezza lascia il posto alla ignoranza, in cui non solo mancano elementi per stimare la probabilità di effetti avversi, ma alcuni degli effetti non sono neppure stati svelati.

Di fronte alle incertezze scientifiche sui rischi ambientali nella vita reale, vi sono tra gli scienziati, e anche tra gli epidemiologi (scienziati e operatori) due possibili atteggiamenti. Si può preferire concentrarsi sulla preservazione della credibilità della disciplina mediante una stretta adesione alle regole della inferenza causale, e quindi affermare, magari giustificatamente, che le circostanze non dimostrano inequivocabilmente l’esistenza di un rapporto causa-effetto, punto e basta. Oppure, si può scegliere di fare uno sforzo in più per vedere se i dati e le informazioni – spesso frammentari, confusi e contraddittori – suggeriscono la possibilità di interventi intesi a proteggere la gente da possibili (non necessariamente provate) nocività. Qualche anno fa, da parte di Jack Syemiaticki, era stata posta provocatoriamente la domanda se l’epidemiologia deve stare dalla parte degli angeli oppure delle persone.

Veniamo quindi alla questione della imparzialità e (non) neutralità del ricercatore. Su questo, vi raccomando di leggere l’intervento di Rodolfo Saracci sul prossimo numero di Epidemiologia e Prevenzione, dal quale riprendo quasi alla lettera i seguenti concetti.

Ci si attende che il professionista e/o il ricercatore in salute pubblica sia:

imparziale, cioè prenda in considerazione con criteri uniformi tutta la evidenza disponibile sul problema sul quale deve decidere;

non neutrale rispetto alla salute, cioè risolva l’incertezza residua (che c’è, almeno nella stragrande maggioranza dei casi) della evidenza in senso favorevole alla salute della popolazione esposta.

Essere neutrali rispetto al valore salute non vuol dire essere “scientificamente oggettivi”, come l’arrogante mistificazione largamente diffusa nel mondo scientifico ... vuol fare credere. Vuole piuttosto

dire che altri valori, scientifici, etici, economici vengono presi prioritariamente in considerazione e nell’orientamento generale della ricerca e nella risoluzione delle incertezze. ...

L’oggettività scientifica è possibile solo al livello della scienza come impresa collettiva, si fonda sul controllo reciproco di metodi e risultati ... e consiste nella validità intersoggettiva dei risultati.

L’ultimo argomento che avrei voluto toccare è quello dei conflitti di interesse. Avrei voluto portare i risultati delle meta analisi che sono state fatte a proposito dei rischi occupazionali, degli effetti dei campi elettromagnetici, del fumo passivo, del beneficio apportato da farmaci. In tutte

queste circostanze si è verificato come, complessivamente, studi finanziati dalla industria, rispetto a studi finanziati da altre fonti (per lo più pubbliche) forniscono risultati utili ad assolvere l'industria stessa da eventuali responsabilità ambientali o a documentare il beneficio apportato dai farmaci. Il finanziamento da parte dell'industria aumenta il rischio di risultati distorti. Con questo non voglio in alcun modo dire che ogni studio finanziato dall'industria sia necessariamente distorto. Anzi, è ben documentato come sia ' possibile, da parte del mondo della ricerca, mettere in opera strumenti che garantiscono indipendenza, obiettività e trasparenza. Tanto per citare un esempio, questo lo ha fatto in ripetute occasioni l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro.

### **Bibliografia**

Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med. 2009 May;36(5):446-51.

## 1.4 LE ASPETTATIVE DELLE ASSOCIAZIONI DEGLI EX ESPOSTI

**Anna Maria Virgili**

Il tema su cui trattare limita il campo agli ex esposti, ovvero, in base alle norme vigenti, a coloro che sono stati esposti all'amianto prima del 1992, ovvero i lavoratori. Tutte le associazioni invece comprendono e prendono in considerazione "tutti" gli esposti, ex esposti (per lo più lavoratori) esposti familiari (membri della famiglia che ha vissuto a contatto degli ex esposti), ambientali (coloro che vivono in un luogo di vita in cui vi è presenza di amianto), esposti attuali (che svolgono lavori di bonifica, manutenzione, smaltimento ...).

L'obiettivo principale che si pose la prima associazione degli esposti nata nell'89 a Casale Monferrato fu la cessazione dell'impiego dell'amianto e l'approvazione di una legge che lo mettesse al bando.

Ciò che è avvenuto, come è noto, nel '92 con la legge n. 257.

Nonostante la copiosa legislazione che ne è seguita, ritardi, omissioni, responsabilità diffuse hanno contribuito a rendere sempre più lontana la fuoriuscita dall'amianto.

Non è stata attuata completamente la legge n. 257 e sono stati ignorati principi costituzionali che avrebbero dovuto guidare verso scelte politiche e amministrative tempestive ed efficaci.

Il *cahier de doléances* è un rosario che le associazioni recitano fin da troppo tempo, inascoltate.

Quindi oggi ritorniamo a far presente, in estrema sintesi, ciò che si dovrebbe fare ai vari livelli di governo:

**L'Unione Europea** dovrebbe farsi promotrice della messa al bando internazionale dell'amianto con il coinvolgimento di Nazioni Unite, O.M.S. e O.I.L.

L'U.E. dovrebbe finanziare la ricerca per la cura delle malattie asbesto-correlate, in particolare il mesotelioma, trattandosi di un tema comune a tutti i paesi dell'unione, con un finanziamento europeo. I singoli Stati dovrebbero sollecitare e proporre un programma in tal senso. Già a suo tempo la U.E. non concesse il finanziamento a 100 scienziati che l'avevano chiesto, con la motivazione che il mesotelioma è una malattia rara: ciò non è più sostenibile oggi a fronte dei dati che, in particolari casi, superano il rapporto 1:100.000. I Governi dei singoli Stati, l'Italia *in primis*, dovrebbero riconoscere l'urgenza e la necessità di risolvere il problema amianto sotto tutti gli aspetti, cercando di avere una visione d'insieme.

In Italia il legislatore del '92 scelse la dismissione graduale dell'amianto: dato il ritardo accumulato e la notevole presenza di questo materiale nei territori e negli edifici, occorrerebbe

adottare misure cogenti per favorire una accelerazione al fine di giungere al completamento della mappatura d'area in tutte le regioni e alle conseguenti bonifiche. Si potrebbe porre espressamente il divieto di utilizzo dell'amianto (e relative sanzioni) oppure stabilire un termine entro il quale adottare le misure di bonifica.

Esiste un Piano Nazionale Amianto che, nonostante tratti in particolare l'aspetto sanitario e marginalmente quello ambientale, è comunque un programma da cui partire. Purtroppo al momento non è ancora stato finanziato e quindi resta una promessa di buone intenzioni.

Il riconoscimento della malattia professionale e l'ottenimento dei benefici previdenziali da parte degli enti competenti, compresa la richiesta di risarcimento del danno alle imprese, sono stati spesso la causa di ricorso giudiziale da parte dei lavoratori. Le associazioni, da tempo, hanno sollecitato la riapertura dei termini per i benefici previdenziali (fissata al 13 giugno 2003), così come la modifica di norme peggiorative per gli esposti (esposizione per 10 anni, 8 ore lavorative, 100ff/l) nonché una modifica circa la dimostrazione dell'onere della prova a carico del lavoratore anche in presenza di aziende dismesse. Ad esempio, in Francia se viene diagnosticato il mesotelioma, che è una malattia sentinella circa la presenza di amianto, non occorre dimostrare il nesso causale.

Il governo centrale dovrebbe rivedere l'impostazione del Fondo vittime amianto che era stato pensato dalle associazioni per risarcire gli esposti amianto non coperti da contributi assicurativi (ovvero gli esposti familiari, domestici, ambientali) e che invece è destinato ad integrare le rendite Inail.

Inoltre, la riforma amministrativa del Titolo V non ha aiutato bensì ha contribuito ad aumentare la confusione. Le Regioni hanno legiferato e sono intervenute con modalità differenti creando così una disparità di trattamento. Pur riconoscendo una specifica competenza delle Regioni, sarebbe necessario attivare un coordinamento a livello centrale al fine di accelerare i tempi, standardizzare le prestazioni, uniformare protocolli, adottare le migliori pratiche, coordinare la ricerca.

**La Regione Lazio**, dovrebbe urgentemente approvare e attuare il Piano Regionale Amianto. Siamo in forte ritardo sia con il completamento della mappatura d'area che con i censimenti degli edifici (e di conseguenza con le bonifiche), nonostante la buona volontà e la preparazione degli operatori. Occorre accelerare l'iter legislativo e finanziare adeguatamente i singoli progetti.

Alcune proposte di legge regionale che sono state depositate nel corso del tempo presso le Commissioni competenti della Regione Lazio contengono nel dettaglio i temi su cui dovrà

svilupparsi la discussione nella sede appropriata, per giungere ad una definizione del Piano Regionale Amianto.

Il Piano Regionale Rifiuti dovrebbe comprendere anche una parte dedicata allo smaltimento dei rifiuti pericolosi, nonché stabilire norme per disciplinare la raccolta dei piccoli quantitativi di amianto.

Un coordinamento tra i diversi enti e istituzioni potrebbe accelerare i tempi e contenere la spesa. I Comuni anche se non hanno compiti specifici in materia, hanno comunque la responsabilità in materia di salute pubblica, nonché il compito di intervenire in caso di abbandoni di manufatti in amianto, siti dismessi e abbandonati con presenza di amianto, ecc., pertanto sono chiamati ad interagire con gli organi di vigilanza oltreché con la regione e le altre amministrazioni pubbliche.

Sarebbe auspicabile giungere ad un "Piano regionale per le bonifiche" che includa l'elenco dettagliato dei siti regionali da bonificare e non solo quelli riguardanti l'amianto. Inoltre, l'attivazione e la pubblicizzazione di una banca dati delle ditte di bonifica, dei piani di lavoro, degli addetti, delle diverse fasi e tempi potrebbe supportare l'attività di monitoraggio e ovviare a varie forme di corruzione e lavoro nero.

Abbiamo potuto verificare una significativa carezza di organico nei Dipartimenti di prevenzione Ausl, che contano un numero inadeguato di ispettori. Ovviamente occorre porre rimedio e questo stato di cose che la dice lunga sull'idea di fare prevenzione. Ciò però giustifica solo in parte il loro operato. Spesso le associazioni che segnalano la presenza di amianto deteriorato non solo non hanno subitanea risposta da parte delle Ausl, ma soprattutto nella maggior parte dei casi, la risposta consiste nel consiglio diretto al proprietario (pubblico o privato che sia) di monitorare il materiale ogni tre anni. Di questo passo non solo non si fuoriesce dall'amianto ma non è neppure il caso di parlare di prevenzione che, nel nostro caso, vuol dire non continuare più a respirare fibre di amianto aerodisperse.

Oltre alla chiara definizione dei compiti da parte delle Ausl – Dip. di prevenzione.- quali organi di vigilanza, si ritiene indispensabile introdurre nel Piano Regionale Amianto una norma che stabilisca un criterio univoco e valido per tutte le Ausl della stessa regione circa la valutazione del rischio amianto. Si nota infatti una tendenza a minimizzare il problema della vetustà dei MCA. La norma del '94 infatti dovrebbe essere aggiornata dal legislatore ma, in assenza di questo, è possibile dare una interpretazione attuale considerando l'anno in cui è stato prodotto un manufatto, ovvero applicare il principio di vetustà dei MCA, oltre all'esame visivo che è quello più ricorrente. Quanto alle metodiche analitiche sarebbe raccomandabile ricorrere sia al MOCF che al SEM e non solo al primo. Siamo comunque lontani dalla pratica di un controllo effettivo anche per

l'introduzione nell'ordinamento di norme che non hanno aiutato in tal senso, compreso un sistema di sanzioni inefficace e assai poco deterrente.

Anche l'Arpa potrebbe essere coinvolta nella questione amianto relativamente agli aspetti ambientali.

Una nota positiva è data dall'attività svolta dal **C.R.A. (Centro Regionale Amianto)** e dal **C.O.R. (Centro Operativo Regionale)** nella nostra regione.

Questi centri andrebbero tuttavia potenziati nell'organico e nei compiti e adeguatamente finanziati se si vogliono recuperare i ritardi e mirare alla qualità. Occorre assicurare la migliore sorveglianza sanitaria nei confronti degli addetti alle opere di bonifica e degli altri addetti potenzialmente esposti, garantire la ricerca epidemiologica, la raccolta dei dati, l'istituzione di una banca dati, la pratica costante di studi di coorte negli ex distretti industriali e nei siti contaminati. Il Registro dei mesoteliomi è assai importante e sarebbe ancor meglio poter prevedere l'istituzione di un Registro degli esposti intesi come coloro che sono stati esposti all'amianto in un luogo di lavoro o di vita (vicino a capannoni, industrie o altro) e possono potenzialmente ammalarsi.

Apprezzabile che siano aperti gli **Sportelli amianto**, tante volte sollecitati. L'informazione ai lavoratori e ai cittadini è indispensabile per la corretta gestione del rischio amianto così come la formazione degli operatori.

Lo Sportello Amianto è un punto di riferimento territoriale in materia di amianto. Ne sono stati aperti nel nostro paese su iniziativa di enti diversi e con compiti che talvolta si differenziano.

Alcuni che già operano danno informazioni a lavoratori e cittadini sul rischio amianto; forniscono informazioni sullo smaltimento rifiuti amianto e sullo smaltimento dei piccoli quantitativi, assistono i lavoratori e i cittadini sotto ogni profilo burocratico. Altri ancora supportano i cittadini con riguardo alla presenza amianto e ne inviano segnalazione agli organi competenti. Mettono a disposizione l'elenco delle imprese di bonifica amianto. Inoltre organizzano seminari informativi in materia di amianto. Quasi tutti acquisiscono i dati possibili sulle malattie asbesto-correlate degli ex esposti e degli esposti familiari e ambientali, compreso il tumore al polmone, per avere un quadro completo e dettagliato della situazione epidemiologica territoriale e li trasmettono agli organi competenti. Promuovono campagne contro il fumo. Danno informazioni sull'obbligo, da parte dei medici che effettuano la diagnosi, di referto all'Autorità giudiziaria e la successiva segnalazione dei casi di mesotelioma maligno al COR (ex art 244 D.lgs. 81/2008) . Collaborano all'istituzione di una banca dati.

Ci auguriamo che la definizione dei compiti degli Sportelli Amianto possa includere molte delle attività su elencate e che siano assicurati finanziamenti certi e adeguati per il loro svolgimento e per garantire la presenza di operatori formati e motivati.

**Le associazioni degli esposti** in alcuni casi sono un supporto, ma non possono e non devono sostituire enti o istituzioni che hanno doveri ben precisi. Esse hanno una funzione di raccordo, semmai, laddove una corretta partecipazione e interazione va posta tra realtà sociali e amministrazioni pubbliche per il raggiungimento di obiettivi comuni.

## 1.5 LA GESTIONE DEL RISCHIO ATTRAVERSO LA PARTECIPAZIONE DELLA POPOLAZIONE

Massimo D'Angelo

La gestione del rischio consiste in un processo decisionale che prende in considerazione fattori socio-economici, politici e tecnici insieme ad informazioni sull'accertamento del rischio riguardanti un pericolo, al fine di sviluppare e confrontare diverse opzioni e selezionare ed implementare risposte regolatorie adeguate (WHO – IPCS 2004).

La gestione del rischio comprende l'intero processo per l'individuazione del fattore di pericolo, la stima del rischio, la sua valutazione, la comunicazione, le decisioni finalizzate a mitigare/abbattere la probabilità di esposizione della collettività ad uno o più agenti nocivi.

Il processo si articola in specifiche fasi:

- individuazione del fattore di pericolo;
- stima del rischio: probabilità di effetti negativi e stima della frequenza attesa, gravità, estensione e distribuzione;
- valutazione del rischio: analisi comparativa dei rischi attesi con altri rischi accettati o con rischi volontari; accettabilità o meno del rischio sul piano politico, della responsabilità degli organi di governo, della percezione pubblica;
- comunicazione della stima e della valutazione del rischio;
- gestione del rischio tramite decisioni partecipate con acquisizione di consenso: controllo, riduzione o eliminazione tramite interventi tecnologici, modifiche dell'esposizione, sostituzione delle fonti o dei prodotti da cui originano i fattori di pericolo; valutazione della fattibilità dei provvedimenti anche sulla base del bilancio vantaggi/svantaggi e costi.

Identificazione del fattore di pericolo e stima del rischio rappresentano le fasi del processo che contemplano attività di tipo tecnico-scientifico; la valutazione del rischio, per evolvere nella fase di gestione, presuppone un'analisi, oltre che di dati tecnico-scientifici, anche di variabili (accettabilità e percezione del rischio) che prevedono il coinvolgimento del pubblico mediante la partecipazione della comunità. Similmente la pianificazione e adozione di provvedimenti (fase della gestione del rischio) necessitano della partecipazione della collettività per garantire, attraverso la condivisione, l'efficacia degli interventi da porre in essere.

L'adozione di decisioni come effetto della partecipazione alle stesse da parte della comunità sottintende la fondamentale rilevanza che sempre più assume la comunicazione nell'ambito dell'intero processo finalizzato alla gestione del rischio; la comunicazione si differenzia dalla mera informazione sul rischio, che è un processo a carattere unidirezionale che trasmette notizie sui

pericoli e rischi fornite dalle istituzioni e/o dagli esperti. Comunicare significa mettere insieme, scambiare informazioni, conoscenze, bisogni, atteggiamenti, emozioni, percezioni tra soggetti coinvolti in un determinato contesto spazio-temporale su tematiche comuni; la comunicazione, pertanto, è un processo interattivo per lo scambio di informazioni, conoscenze, esperienze, opinioni e percezioni dei partecipanti al processo di gestione del rischio, che coinvolge decisori politici, istituzioni pubbliche e private, imprese e gruppi industriali, sindacati, mass media, esperti, associazioni, gruppi di interesse, singoli cittadini.

Costituiscono, pertanto, obiettivi della comunicazione il miglioramento delle conoscenze della comunità, la partecipazione attiva della comunità alle decisioni, la valutazione dell'accettabilità o meno del rischio, l'acquisizione, da parte delle istituzioni, del maggior consenso possibile ai provvedimenti per la gestione del rischio. Per il raggiungimento di tali obiettivi occorre garantire il rispetto di specifiche regole che rappresentano la base solida per un corretto approccio alla comunicazione; tra queste, il coinvolgimento della comunità come partner legittimo nel processo decisionale, l'ascolto dei bisogni, timori e preoccupazioni del pubblico, l'essere esaurienti nel processo comunicativo, l'utilizzo di un linguaggio semplice, chiaro ed empatico (capacità di comprendere cosa gli altri stanno provando), il coordinamento e la collaborazione con altre fonti affidabili, il costante soddisfacimento e l'orientamento dei mass media, la pianificazione e la valutazione della comunicazione da parte di chi la promuove. Il processo di gestione del rischio nel corso degli anni ha subito una notevole evoluzione, passando da un modello top down ad un modello partecipativo. Il modello top down prevede che le decisioni rilevanti per la gestione di un rischio siano assunte dal gruppo degli esperti (che rappresentano i protagonisti attivi del processo di comunicazione e la fonte esclusiva dell'informazione); il pubblico indifferenziato costituisce esclusivamente il recettore dell'informazione. L'impatto di tale approccio comunicativo, di sovente, è risultato inefficace e comunque i risultati erano di breve durata con una frequente delegittimazione dell'operato degli esperti. Nel secondo modello (partecipativo) le decisioni rilevanti per lo sviluppo delle attività finalizzate alla gestione del rischio vengono prese dalla comunità scientifica in compartecipazione con una serie fluida e sempre più allargata di persone esterne alla comunità, con un pubblico di "non esperti"; tale modello offre migliori risultati dell'intervento, con effetti sostenibili e duraturi e empowerment della comunità con ricadute positive anche sul funzionamento del sistema di salute.

L'intervento di comunicazione, inoltre, per essere efficace deve presupporre:

- la determinazione degli obiettivi della stessa (Perché comunicare e cosa si spera di ottenere dalla comunicazione),

- l'analisi del pubblico (Determinare le caratteristiche e i bisogni del pubblico),
- lo sviluppo dei messaggi (Descrizione del rischio, le conseguenze del rischio, i livelli di controllo del rischio e le caratteristiche dell'esposizione).

Una variabile fondamentale da considerare nell'intero processo di comunicazione e gestione del rischio è rappresentato dalla percezione dello stesso, che può essere definito come un processo cognitivo che porta alla consapevolezza soggettiva di un effetto negativo per la salute, influenzato dall'età, sesso, istruzione, cultura, che contribuiscono alla formazione di un giudizio di accettabilità o non accettabilità del rischio anche in considerazione del bilancio rischio/beneficio o costo/beneficio. La valutazione del rischio basata su evidenze scientifiche solitamente si differenzia da quella soggettiva (percepita) prodotta da fattori non oggettivabili tecnicamente.

La percezione di un rischio, infatti, è particolarmente elevata quando (Mary Douglas, 1991):

- l'esposizione è involontaria e determinata da decisioni e comportamenti di altri;
- gli effetti dell'esposizione non sono equi, con vantaggi per alcuni e svantaggi per altri;
- il controllo delle istituzioni sulle fonti del pericolo è ritenuto insufficiente;
- l'informazione sulle sorgenti di pericolo, sui caratteri di questo e sulla disponibilità di evidenze scientifiche è mancante o ritenuta parziale o renitente;
- si temono malattie con elevato carico di drammaticità (tumori).

Lo sviluppo del processo comunicativo deve prevedere degli elementi fondamentali che garantiscano un approccio di tipo partecipativo al processo, tra cui, il dialogo e l'integrazione fra gli Enti e le componenti sociali, che garantisce la formazione di reti "tecnico-sociali", una chiara definizione e riconoscimento di ruoli/funzioni/compiti e di responsabilità, l'attenzione alla percezione del rischio, la condivisione di obiettivi e creazione del consenso, il continuo scambio di informazioni, l'utilizzo di mezzi di comunicazione integrabili.

L'esperienza di Casale Monferrato costituisce un esempio di gestione del rischio fondato sui principi della comunicazione partecipata in un contesto sanitario caratterizzato da un elevatissimo impatto di patologie amianto correlate; infatti, sulla base di progressivi momenti di confronto tra Enti, parti sociali e gruppi di interesse ha avuto origine un vero e proprio "Sistema Amianto", costruito sulla comunicazione attraverso cui è stata definita una rete tra soggetti tecnici, parti sociali, gruppi di interesse, con conseguenti scambi di informazione, momenti di incontro e condivisione di obiettivi che hanno portato alla definizione di strategie fondamentali alla lotta all'amianto, tra cui la definizione di un piano di azione contro l'amianto, la definizione di un modello assistenziale ai casi che presuppone la presa in carico globale dei pazienti affetti da

mesotelioma, compreso il supporto psicologico ai malati ed ai familiari, la definizione strutturata delle attività di ricerca biomedica.

### **Bibliografia**

- 1) Biocca M. "La comunicazione del rischio per la salute". Centro Scientifico Ed., Torino 2002
- 2) CDC (Centers for Disease Control and Prevention) – PAHO (Pan American Health Organization). Risk Communication, 2005
- 3) IPCS Harmonization project Document N. 1. IPCS Risk Assessment Terminology. WHO, Geneve 2004
- 4) OMS. La comunicazione dei rischi ambientale e per la salute in Europa, 1998 (a cura di Philip Gray, Richard M. Stern, M. Biocca). Edizione italiana del Centro di documentazione per la salute delle Aziende ASL delle Città di Bologna e Ravenna. Regione Emilia-Romagna. Franco Angeli Editore, Milano 1999
- 5) Regione Veneto. ARPAV (2008). Linee Guida per la stima del rischio sanitario determinato da fonti di inquinamento ambientale.
- 6) Rockelhoff-Dangel C., Petersen D. Risk Communication in Action. The risk communication workbook. EPA/625/R – 05/003. August 2007

## **1.6 UNA RICERCA INTERVENTO PER I MALATI E I FAMILIARI DI CASALE MONFERRATO**

**Antonella Granieri**

Obiettivo del mio intervento è cercare di far luce sugli aspetti psicologici connessi all'esposizione ad amianto, a partire dal mio percorso di ricerca e intervento a Casale Monferrato. La prima fase della ricerca, finanziata dall'ASL20-21-22 di Casale Monferrato per il biennio 2006-2008, ha avuto come obiettivo individuare, in un ambito di promozione e tutela della salute psicologica, fattori di diagnosi, prognosi e cura per individui e famiglie segnati direttamente dal mesotelioma. Come noto, tale patologia è presente nell'intera comunità casalese con fattori di rischio esponenziali rispetto alla media nazionale, a causa dell'esposizione ad amianto. Sebbene questo aspetto fosse riconosciuto dalla popolazione a livello consapevole, la storia traumatica di Casale Monferrato è stata per decenni negata e mai affrontata: un non voler vedere né sapere, spesso in nome di logiche e interessi economici. Solo battaglie estenuanti dei sindacati, delle associazioni e delle stesse amministrazioni comunali hanno lentamente portato alla consapevolezza di un pericolo che riguardava e riguarda la salute di tutti. Salute fisica, ma anche salute psicologica per quel attiene l'impatto dell'evento traumatico sulla vita delle singole persone.

La ricerca effettuata nel biennio 2006-2008 ha evidenziato la presenza di peculiari espressività nelle dimensioni di personalità sia nei malati, sia nei loro familiari (Granieri, 2008; 2013; Granieri et al., 2013). In particolare è emerso come i pazienti mostrassero in misura maggiore disturbi fisici, preoccupazioni per la propria salute, ansia, pessimismo, disperazione e una certa tendenza a negare i propri problemi. Per contro i familiari tendevano a percepire le persone intorno a loro come poco affidabili e poco propense a fornire aiuto e sostegno. Pazienti e familiari erano accomunati dalla sensazione di non avere energia e risorse sufficienti per fronteggiare le circostanze della quotidianità. A partire da sentimenti naturali e comprensibili correlati alla malattia si era dunque venuto a creare un vero e proprio stile di pensiero. Tali risultati erano in sintonia con la valutazione clinica della presenza di alcune dimensioni di personalità che caratterizzano il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD).

Krystal (1968, 1984, 1988) ha associato al trauma psichico una menomazione nell'espressione e nella tolleranza degli affetti: i soggetti con Disturbo Post-Traumatico da Stress soffrono di alessitimia, vale a dire l'incapacità di identificare o verbalizzare stati affettivi. Questi pazienti, dunque, non possono usare gli affetti come segnali: qualunque potente emozione viene vista come una minaccia del ritorno del trauma originario, pertanto essi tendono o a somatizzare gli affetti, o a cercare di curarli abusando nell'assunzione di farmaci, o a negarli. Sempre secondo

Krystal, negli stati post-traumatici questi soggetti possono soffrire di una menomazione della loro capacità di occuparsi di loro stessi e di svolgere funzioni di auto-consolazione e di protezione di sé. Le difficoltà che i Casalesi mostravano a livello emozionale si declinavano per l'appunto in alessitimia: essi vivevano una situazione psichica in cui emergeva un'incapacità, più o meno marcata, di identificare o verbalizzare stati affettivi ed era per loro più comune esprimere i disagi sottoforma di sintomi somatici o psicosomatici. Inoltre, la sensazione di aver fallito nella propria storia di vita e soprattutto di poter fallire ancora in futuro conduceva spesso la popolazione a una forma di introversione che si esprimeva nella difficoltà a prendere decisioni sia individuali sia gruppalì. Ciò non escludeva la presenza di una forma di resilienza, che tuttavia si esprimeva a livello comportamentale senza essere supportata dalla capacità psichica di significare l'evento traumatico (Rozenfeld, *In press*).

I risultati ottenuti hanno dunque evidenziato come la comunità casalese avesse bisogno di servizi in grado di accogliere e curare gli aspetti psicopatologici peculiari della patologia cancerogena provocata dall'esposizione all'amianto. Il gruppo sociale, modificato dall'intensità dello stimolo traumatico, quindi necessitava di protocolli di intervento che permettessero l'articolarsi di un pensiero non scisso dai pericoli che il corporeo può trovarsi a dover affrontare.

Per la seconda fase del progetto, finanziata dall'ASL AL e dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte nel 2010-2011, è stato realizzato un percorso integrato di cura psicologica che ha previsto:

- un gruppo corporeo rivolto al personale medico e infermieristico;
- un gruppo multifamiliare rivolto a pazienti, familiari e operatori socio-sanitari.

Questo modello di intervento somato-psichico integrato (Granieri, 2008) ha permesso di accogliere e curare, in maniera multidimensionale e di conseguenza più efficace, il disagio psichico che il singolo soggetto e la comunità si trovavano a dover affrontare. Parallelamente il gruppo multifamiliare ha potuto offrire alla popolazione uno spazio di espressione per elaborare la propria condizione di rischio e mentalizzare il proprio disagio, prevenendo il manifestarsi di una franca psicopatologia (Granieri, & Borgogno F.V., *In press*). Poiché la mancanza di programmazione nell'affrontare una contaminazione ambientale sottopone le strutture sanitarie a un supplemento lavorativo che crea condizioni di emergenza, per il biennio 2013-2015 il Centro Sanitario Amianto ha finanziato una ulteriore fase del progetto, volta a ripensare il modello di cura: un modello che non può risolversi in interventi individuali e settoriali a partire dalla specificità di un ambito scientifico. Lo scopo prioritario del progetto è quello di realizzare una programmazione di servizi (previa un'analisi delle condizioni socio-ambientali delle aree

interessate) sulla scorta di una ricerca quantitativa e qualitativa degli aspetti psicologici riscontrabili a livello clinico nei diversi siti contaminati. Il percorso rivolto agli individui e famiglie toccati direttamente da tali realtà patologiche si propone di:

- individuare fattori di diagnosi, prognosi e cura psicologica;
- realizzare e sperimentare un nuovo protocollo multilivello del percorso di cura psico-oncologico integrato;
- produrre nuove culture politiche per realizzare servizi più efficaci nel rispetto dei budget previsti dall'economia sanitaria.

Supportata dal lavoro multidisciplinare dei Servizi, tale riprogrammazione consentirebbe di affrontare il disagio di un territorio lavorando anche sul fronte della collaborazione attiva tra paziente e rete sanitaria. I Servizi Sanitari Regionali e Locali possono, in questo senso, rappresentare il motore per la realizzazione di interventi integrati attraverso l'informazione, la formazione e il supporto dei servizi territoriali.

### **Bibliografia**

1. Granieri, A. (2008). *Amianto, risorsa e dramma di Casale: risvolti psicologici nelle persone affette da mesotelioma e nei loro familiari*. Genova: Fratelli Frilli.
2. Granieri, A. (2013). *L'amianto, la double peine. Casale Monferrato: atteintes physiques, traumatismes psychologiques, résistances*. Fréjus: Sudarenes.
3. Granieri, A. et al. (2013). Quality of Life and Personality Traits in Patients with Malignant Pleural Mesothelioma and Their First-Degree Caregivers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment Journal*, 9, 1193-202.
4. Granieri, A. & Borgogno, F.V. (*In press*). Pensabilità e dissociazione in una popolazione colpita da trauma massivo: una ricerca intervento di matrice psicoanalitica. *Il Vaso di Pandora*.
5. Krystal H. (1968) (Ed.). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
6. Krystal H. (1978), Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 36, 81-116.
7. Krystal H. (1988). *Affetto, trauma, Alessitimia*. Roma: Ma.Gi., 2007.
8. Rozenfeld, A. (*In press*). *La resilienza*. Edizione Italiana a cura di Antonella Granieri. Genova: Fratelli Frilli.

## 2.1 MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE E FUMO DI TABACCO

**Giacomo Muzi, Marco dell'Omo, Lucia Prelati**

Il fumo di sigaretta si genera dopo l'accensione, sia quando il fumatore inspira dall'estremità della sigaretta che pone in bocca (fumo attivo), sia per la combustione dell'estremità opposta durante le aspirazioni; le due modalità di combustione generano diverse componenti del fumo: il fumo diretto o centrale (mainstream smoke), quello inspirato ed espirato dal fumatore, ed il fumo indiretto o laterale (sidestream smoke), prodotto dalla combustione dell'estremità accesa della sigaretta. Il mainstream smoke espirato dal fumatore ed il sidestream smoke si diluiscono nell'aria ambientale, formando il fumo di tabacco ambientale (environmental tobacco smoke o secondhand smoke, SHS)<sup>(1)</sup> che può essere involontariamente inalato dai non fumatori (fumo passivo). Recentemente è stata usata l'espressione "third hand smoke" (fumo di terza mano) per indicare le componenti dell'SHS che, dopo essersi depositate su superfici di ambienti indoor, possono persistere a lungo ed essere suscettibili di trasformazioni chimiche<sup>(2)</sup>.

Il fumo di sigaretta è un aerosol complesso costituito per il 95% del suo peso da una fase gassosa e per il restante 5% da una fase corpuscolata. Nella prima fase sono presenti gas (ad esempio azoto, ossigeno, monossido e biossido di carbonio, metano) e composti organici altamente volatili (tra cui benzene, acido cianidrico e formaldeide); nella seconda si ritrovano oltre 50 cancerogeni e molte altre sostanze tossiche, tra cui la nicotina, il benzo[a]pirene ed altri idrocarburi policiclici aromatici, il nichel, il cadmio, le ammine aromatiche ed eterocicliche.

La nicotina è l'alcaloide presente in maggiore quantità nel fumo di tabacco. Durante l'inalazione del fumo di sigaretta la nicotina raggiunge gli alveoli polmonari, dove viene assorbita e quindi distribuita nell'organismo. Dopo circa 10 secondi dall'assorbimento raggiunge il sistema nervoso centrale dove si lega a recettori colinergici, attivandoli. L'attivazione di tali recettori, a livello di specifiche aree cerebrali, provoca il rilascio di dopamina e di altri neurotrasmettitori che inducono la comparsa degli effetti di rinforzo positivo (sensazione di piacere, aumento della memoria, facilitazione nello svolgimento di compiti) e negativo (riduzione di ansia, sollievo dai sintomi di astinenza). Con il tempo, nella maggior parte dei

fumatori, la stimolazione dei recettori colinergici nicotinici a livello del sistema nervoso centrale provoca uno stato di dipendenza fisica e psicologica<sup>(3)</sup>, di variabile entità.

Il tabagismo rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Il fumo di tabacco è un rilevante fattore di rischio per numerose malattie, neoplastiche e non neoplastiche, tra cui 6 delle 8 principali cause di morte in tutto il mondo: cardiopatie ischemiche, malattie cerebrovascolari, infezioni delle vie respiratorie distali, broncopneumopatia cronica ostruttiva, tubercolosi e neoplasie dell'apparato respiratorio<sup>(4)</sup> Si stima che i decessi attribuibili al fumo di tabacco ogni anno siano quasi sei milioni. Il fumatore non rischia soltanto una diminuzione dell'aspettativa di vita, in quanto l'abitudine al fumo determina anche ad una riduzione degli anni di vita vissuti in condizioni di buona salute. I rischi per la salute sono incrementati nei fumatori ma anche nei non fumatori esposti al fumo passivo. Il fumo di tabacco rappresenta pertanto la principale causa prevenibile di mortalità e disabilità nel mondo<sup>(5)</sup>.

### **Effetti del fumo attivo sulla salute**

**Neoplasie:** il fumo di sigaretta è considerato un fattore di rischio certo per l'insorgenza di neoplasie:

- del polmone; la mortalità per tumore polmonare è proporzionale al numero di sigarette fumate ed alla durata dell'abitudine al fumo. Dopo la cessazione dell'abitudine al fumo, la mortalità diminuisce rispetto a quella dei soggetti che continuano a fumare, ma non diviene mai pari a quella di coloro che non hanno mai fumato;
- delle cavità nasali e dei seni paranasali;
- del cavo orale (soprattutto neoplasie delle labbra e della lingua, prevalentemente in soggetti che masticano tabacco), del faringe, della laringe, dell'esofago, dello stomaco, del fegato, del pancreas e del colon-retto;
- del rene, della vescica, degli ureteri, della cervice uterina e dell'ovaio (tumori mucinosi);
- ematologiche (leucemia mieloide).

Alcune evidenze suggeriscono inoltre, in modo non conclusivo, che il fumo attivo sia associato ai tumori della mammella<sup>(6,9)</sup>. Nei fumatori il rischio di sviluppare neoplasie polmonari può essere accresciuto dalla concomitante esposizione a cancerogeni professionali (tra cui l'asbesto, il cromo esavalente, il cadmio, il nichel, gli idrocarburi policiclici aromatici, il radon e le radiazioni ionizzanti). Studi epidemiologici condotti oltre 30 anni fa, avevano documentato un effetto sinergico con l'abitudine tabagica, mentre ricerche più recenti hanno fornito risultati in parte discordanti<sup>1</sup>. Il rischio di tumore del polmone è elevato in lavoratori affetti da silicosi, in particolare se fumatori. Il rischio di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali dei fumatori, può aumentare per effetto dell'esposizione professionale a polveri di legni duri, cromo esavalente, nichel e suoi composti. L'esposizione professionale ad amine aromatiche (quali la 1- e 2-naftilamina, il 4-aminobifenile e la benzidina) o a benzene e l'abitudine al fumo possono concorrere alla comparsa, rispettivamente, di neoplasie vescicali e di leucemie mieloidi.

**Malattie cardiovascolari:** il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio prevenibili per le patologie cardiovascolari. Le sostanze inalate con il fumo di sigaretta determinano vari effetti tossici; ad esempio:

- mediante la produzione di radicali liberi, l'ossidazione delle *low-density lipoproteins*, responsabili dell'instaurarsi del processo aterosclerotico e della sua progressione;
- aumentando l'attivazione e l'adesione piastrinica ed inducendo disfunzioni endoteliali, con un maggior rischio tromboembolico;<sup>(8)</sup>
- la nicotina induce effetti simpatico-mimetici, aumentando la frequenza e la contrattilità cardiaca, la pressione arteriosa e provocando vasocostrizione coronarica;
- il monossido di carbonio, legandosi all'emoglobina, compromette il trasporto di ossigeno ai tessuti e provoca ipossia ed eventi vascolari acuti<sup>(9)</sup>.

Il fumo determina diverse patologie cardiovascolari, tra le quali la cardiopatia ischemica. Si stima che il 20-30% delle coronaropatie sia attribuibile all'abitudine al fumo, che può interagire in modo additivo o sinergico con altri fattori di rischio specifici. Il rischio relativo di morire per una coronaropatia ischemica acuta è più elevato tra i fumatori rispetto ai non fumatori, in particolare nelle classi di età più giovani e

quello di un secondo infarto è più elevato nei fumatori che continuano a fumare dopo il primo evento. Dopo circa 15 anni dalla sospensione del fumo il rischio di infarto del miocardio e la mortalità per cardiopatie ischemiche sono simili a quelli dei soggetti che non hanno mai fumato.

L'abitudine al fumo può determinare inoltre l'insorgenza e la progressione della tromboangiite obliterante (morbo di Buerger); incrementa il rischio di aneurisma dell'aorta addominale e di sue complicanze e di trombosi venosa ed embolia polmonare nelle donne che assumono contraccettivi orali. Il fumo di tabacco è anche un importante fattore di rischio per patologie cerebrovascolari acute (ictus cerebri ischemico ed emorragico) <sup>(6,10,11)</sup>. Le informazioni sull'interazione tra l'abitudine al fumo di tabacco ed esposizione lavorativa a fattori di rischio cardiovascolare (monossido di carbonio, solfuro di carbonio, particolato fine, stress e lavoro a turni) sono limitate. È tuttavia plausibile che gli effetti dei rischi lavorativi possano risultare maggiori nei lavoratori che fumano. In uno studio svolto su vigili del fuoco, l'abitudine al fumo è risultata tra i fattori predittivi di decesso per eventi cardiovascolari acuti durante l'attività lavorativa<sup>(12)</sup>.

**Malattie non neoplastiche dell'apparato respiratorio:** l'abitudine al fumo è un importante fattore di rischio per la broncopneumopatia cronica ostruttiva. L'entità del rischio è correlata all'età d'inizio, alla durata e all'intensità dell'abitudine; inoltre il grado di ostruzione delle vie aeree ed il declino annuo del VEMS sono proporzionali al numero di sigarette fumate.

Per quanto riguarda i fumatori affetti da asma bronchiale, è stata documentata una minore efficacia della terapia farmacologica rispetto ai soggetti asmatici che non fumano.

L'abitudine al fumo determina inoltre l'incremento di infezioni respiratorie (polmonite); per quanto attiene la tubercolosi, recenti studi hanno dimostrato che aumenta il rischio di infezione, di malattia attiva, e la mortalità specifica<sup>(6)</sup>; è stata infine correlata ad alcune patologie polmonari interstiziali, quali la pneumopatia interstiziale associata a bronchiolite respiratoria, la pneumopatia interstiziale desquamativa (o alveolite macrofagica), l'istiocitosi polmonare a cellule di Langerhans, la polmonite eosinofila acuta, la fibrosi polmonare idiopatica e la sindrome enfisema-fibrosi polmonare combinati <sup>(6)</sup>. Il rischio di sviluppare una broncopneumopatia cronica ostruttiva nei fumatori esposti professionalmente a polveri organiche ed

inorganiche, a gas, vapori e fumi irritanti per le vie aeree è elevato. In tali lavoratori è inoltre accelerato il declino della funzionalità ventilatoria dovuto all'età. È inoltre plausibile che la prosecuzione dell'abitudine dopo la diagnosi di asma bronchiale occupazionale possa influenzare il decorso della malattia.

**Altre malattie non neoplastiche:** il fumo è considerato un fattore di rischio per la cataratta, la degenerazione maculare senile, la demenza, le paradontiti, il diabete mellito di tipo II (nei fumatori affetti da diabete mellito è stato inoltre riscontrato un maggior rischio di nefropatia, albuminuria, insufficienza renale), la riduzione della fertilità nelle donne, la disfunzione erettile, l'artrite reumatoide, l'osteoporosi e le fratture dell'anca. Tra i fumatori sono più comuni le complicanze post-operatorie, lo pneumotorace spontaneo, le laringiti e le stomatiti croniche <sup>(6)</sup>.

L'abitudine al fumo **durante la gravidanza** determina un maggior rischio di gravidanza ectopica, rottura prematura delle membrane, parto pretermine, placenta previa, aborto spontaneo, morte intrauterina, mortalità perinatale, basso peso alla nascita, basso peso per epoca gestazionale e maggior incidenza di difetti congeniti nella prole (ad esempio labio-palatoschisi).

L'abitudine al fumo nei luoghi di lavoro può essere causa di incendi o esplosioni ed è stata inoltre correlata ad un maggior rischio di infortuni lavorativi (per presumibile riduzione del livello di attenzione durante l'atto di fumare, per il possibile offuscamento della vista causato dal fumo o per complicanze acute di patologie correlate al fumo).

### **Effetti del fumo passivo sulla salute**

**Esposizioni di breve durata** a SHS possono indurre disturbi irritativi nasali ed oculari, raucedine, tosse, dispnea, respirazione sibilante, cefalea, nausea e vertigini. I sintomi regrediscono in genere rapidamente al termine dell'esposizione, ma fumatori affetti da malattie croniche possono presentare manifestazioni precoci ed accentuate (raramente anche fatali) <sup>(13)</sup>;

**L'esposizione protratta** a SHS determina:

- nei bambini, otiti, respirazione sibilante e disturbi asmatici, maggior rischio di infezioni acute dell'apparato respiratorio (in particolare bronchioliti) e meningiti batteriche, sindrome della morte improvvisa infantile;
- negli adulti, maggior rischio di tumore del polmone (l'aumento è stimato pari al 20%-30% per i non fumatori esposti in ambito domestico ed al 16%-19% per quelli esposti nei luoghi di lavoro), di eventi cardiovascolari acuti (+30%), di ictus cerebri<sup>(5)</sup>. Recenti studi epidemiologici suggeriscono che l'esposizione al fumo passivo può contribuire alla comparsa di alterazioni cognitive e gravi forme di demenza<sup>(14)</sup>.

Il fumo passivo durante la gravidanza è stata associato ad una modesta riduzione del peso del neonato alla nascita e a un maggior rischio (+22%) di basso peso alla nascita (inferiore a 2500 g).<sup>(15)</sup>

### Bibliografia

1. WHO: Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. Geneva (2008).
2. Eriksen M, Mackay J, Ross H: The tobacco atlas, fourth edition; Published by The American Cancer Society Inc, Atlanta, Georgia (2012).
3. CDC, Centers for Disease Control and Prevention: The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General (2014).
4. Markowitz SB, Levin SM, Miller A, Morabia A. Asbestos, asbestosis, smoking, and lung cancer. New findings from the North American insulator cohort. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;188(1):90-6.
5. Ezzati M, Lopez A. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003;362: 847–52.
6. CDC: How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (2010).
7. IARC: IARC Handbooks of Cancer Prevention. Tobacco Control. Reversal of Risk After Quitting Smoking (2007).
8. IARC: IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 100 part E: A Review of Human Carcinogens: Personal Habits and Indoor Combustions (2012).
9. Geibe JR, Holder J, Peeples L, Kinney AM, Burrell JW, Kales SN. Predictors of on-duty coronary events in male firefighters in the United States. *Am J Cardiol* 2008;101:585-9.
10. Stanbury M, Chester D, Hanna EA, Rosenman KD. How many deaths will it take? A death from asthma associated with work-related environmental tobacco smoke. *Am J Ind Med* 2008;51:111-6.
11. Chen R, Wilson K, Chen Y, Zhang D, Qin X, He M, Hu Z, Ma Y, Copeland JR. Association between environmental tobacco smoke exposure and dementia syndromes. *Occup Environ Med* 2013;70:63-9.
12. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy, 2013. Geneva (2013)
13. International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs Volume 83. Lyon: IARC, 2004.

14. Samet JM. Tobacco smoking: the leading cause of preventable disease worldwide. *Thorac Surg Clin.* 2013;23 (2): 103-12.
15. Benowitz NL. Nicotine Addiction. *N Engl J Med* 2010;362:2295-303.

## 2.2 TEORIE DEL CAMBIAMENTO E MODELLO TRANSTEORICO MOTIVAZIONALE

**Giacomo Mangiaracina** (Estratto da: Mangiaracina G. "Curare il Fumo" EDUP Edizioni, 2005).

Tutti gli esseri viventi sono in continua evoluzione. Gli umani di più. Freud definì il processo di sviluppo come quel percorso che va dall'automatismo alla scelta. L'automatismo cristallizza l'individuo; al contrario, la scelta lo indirizza verso una prospettiva di cambiamento, potenziale o in via di attuazione.

Ma cambiare è difficile. I cinesi scrivono questa parola con due ideogrammi sovrapposti. Il primo, da solo, significa "pericolo", il secondo "opportunità nascosta" (Peck, 1985). Non vi è esempio migliore per definire l'ambivalenza del cambiamento. Da una parte esso evoca una reazione d'allarme per l'incognita che porta in sé, ma anche per le difficoltà oggettive ad attuarlo vista la necessità, per la persona che cambia, di mobilitare risorse ed energie vitali. Dall'altra parte si evidenzia la prospettiva del rinnovamento. I soggetti aperti al cambiamento sono persone in crescita, che si rinnovano e si migliorano ad ogni esperienza. Essi vivono il Cambiamento non come rischio ma come risorsa (Pisini, 1996). Medici e psicologi possono definirsi operatori e promotori di cambiamento. Essi devono approfondire questo argomento e sperimentare loro stessi questo processo, esercitandosi a demolire le proprie resistenze al nuovo e al diverso. Il mio percorso esperienziale nell'aiutare fumatori e alcolisti, mi ha portato a realizzare varie volte e consapevolmente l'esperienza del cambiamento, non senza una certa sofferenza, ma conseguendo la gioia del risultato.

### **Come si cambia?**

L'approccio psicologico al problema della dipendenza da tabacco è diverso sulla base della modalità di terapia adottata e del percorso formativo dell'operatore - conduttore. Ogni scuola di formazione propone modelli e strumenti terapeutici più o meno validi. L'approccio cognitivo-comportamentale è quello a cui ci si è ispirati per molto tempo assumendo che il coinvolgimento degli individui nel gruppo avviene prevalentemente in superficie, senza necessariamente aversi un profondo coinvolgimento emozionale. A supporto di ciò la breve durata della terapia. E qui ribadisco il fatto che il lavoro con i GFT non è, non dovrà, e non potrà essere psicoterapia. Nell'ultimo decennio si è fatta strada una modalità più eclettica di terapia delle dipendenze incentrata sul cambiamento. Si tratta dell'approccio motivazionale. Agire sulle motivazioni che orientano la scelta, rappresenta oggi il modello base a cui l'operatore si rivolge per capire i meccanismi del cambiamento e come può intervenire per facilitarlo. Tale approccio è strutturato sul modello transteorico. Le basi di questo modello furono poste nel 1977 quando, nel corso di

una analisi comparativa tra i diversi sistemi di psicoterapia esistenti, James Prochaska ne elaborò uno integrato che permetteva di esaminare quali processi di cambiamento venivano presi in considerazione dalle varie scuole. All'interno di quel modello furono identificati dieci processi indipendenti di cambiamento. Il modello si dimostrò subito molto esplicativo e negli anni seguenti fu applicato negli studi sul cambiamento intenzionale nei comportamenti di dipendenza (*Prochaska e DiClemente, 1982*). Gli obiettivi furono definiti in maniera più precisa e vennero elaborati alcuni strumenti di valutazione. L'elaborazione di questo modello derivava dalla necessità di disporre di una teoria generale del cambiamento in grado di comprendere sia il cambiamento spontaneo sia quello conseguente ad una terapia.

Nella formulazione degli autori, un modello transteorico deve fondarsi su alcuni presupposti, e precisamente:

1. deve essere applicabile a tutte le diverse modalità di cambiamento delle persone;
2. deve considerare il fatto che esistono comportamenti, come nel tabagismo, in cui alcune persone cambiano da sole, senza l'aiuto di alcun programma di trattamento;
3. deve essere applicabile ad una vasta gamma di comportamenti di dipendenza come l'abuso di sostanze e alcol, la compulsività nel gioco di azzardo, la bulimia,...;
4. deve aiutare ad integrare le diverse forme di trattamento disponibili nei vari ambiti di cura delle dipendenze;
5. deve potersi occuparsi dell'intero processo di cambiamento, dall'acquisizione della consapevolezza dell'esistenza del problema fino al momento in cui il problema è risolto.

Per queste ragioni il modello di Prochaska e DiClemente è stato costruito su tre dimensioni fondamentali: gli Stadi, i Processi che vengono messi in atto, e i Livelli, o aree psichiche, coinvolti dal problema (*DiClemente, 1994*).

### **Stadi**

Riflettono l'aspetto temporale e motivazionale del cambiamento. Questo non è un fenomeno del tipo "tutto o niente" ma un processo graduale che attraversa specifici stadi, seguendo un percorso ciclico e progressivo.

- Il 1° stadio, di Pre-contemplazione, ovvero di **negazione** del problema o di Indecisione, in cui i fumatori non pensano di smettere.
- Il 2°, di Contemplazione, o di **intenzione**, in cui emergono dubbi e contraddizioni che portano ad una sempre più marcata contraddittorietà (ambivalenza) sull'uso della sostanza. I fumatori non si sentono ancora pronti a fare il passo ma potrebbero esserlo entro i 6 mesi successivi.
- Il 3°, se si accentua la spinta al cambiamento, è quello della Determinazione, o della **preparazione**, in cui viene ricercata attivamente una soluzione, che, una volta messa concretamente in atto porta il paziente nello stadio successivo. I fumatori si sentono pronti a smettere.
- Il 4° è quello della Decisione, o di **azione** secondo Prochaska, in cui si inseriscono i fumatori che hanno smesso da meno di 6 mesi. In questo stadio i cambiamenti vengono dunque sperimentati di fatto. Se hanno successo, dopo qualche tempo (circa sei mesi) il paziente entra nella fase successiva.
- Il 5°, di Mantenimento, o **consolidamento** in cui le nuove abitudini hanno il tempo di mantenersi tali fino al successo definitivo. Nei fumatori in trattamento questa fase si identifica con il superamento del 6° mese di astinenza. Il 6° stadio è rappresentato dalla Ricaduta, evento possibile in una certa misura, che può riportare il cliente agli stadi precedenti.

Questo percorso non è lineare ma ciclico e a spirale, nel senso che ad ogni ricaduta si rimette in moto la macchina motivazionale, ma ad un livello "superiore". In altre parole, ogni ciclo di cambiamento lascia una memoria ed un grado di consapevolezza che prima non c'era. Rappresenta una sorta di valore acquisito e aggiunto che in una certa maniera gioca un ruolo nel consolidare il ciclo motivazionale. Per questo motivo alcuni fumatori riescono a farcela solo dopo il terzo o quarto tentativo.

Nell'approccio transteorico, gli stadi del cambiamento rappresentano sia un periodo di tempo sia un insieme di compiti indispensabili per il passaggio alla fase successiva. Il tempo di permanenza individuale in ciascun stadio è molto variabile, ma i compiti da eseguire per passare allo stadio successivo sono grosso modo gli stessi. Ad esempio, per passare dallo stadio di Indecisione (pre-contemplazione) a quello di Intenzione (contemplazione), il paziente deve diventare consapevole

del problema ed essere in grado di affrontare gli aspetti difensivi automatici che ne rendono difficile il controllo (*DiClemente e Hughes, 1990*).

## **Processi**

Un processo di cambiamento è un tipo di attività intrapresa o vissuta da una persona quando viene a modificare il modo di pensare, di sentire o di comportarsi riguardo al suo problema. Sono stati identificati 10 principali processi indipendenti.

Cinque riguardano un'area prevalentemente cognitivo-esperienziale e sono:

### **1. AUMENTO DELLA CONSAPEVOLEZZA**

Quasi tutti gli interventi terapeutici riconoscono l'importanza di un aumento della consapevolezza, che come già detto costituisce un cardine del programma, e di una maggiore elaborazione delle informazioni. La differenza risiede nella determinazione di ciò di cui la persona deve diventare consapevole per intraprendere il cambiamento. Il soggetto diventa più curioso, aperto e disponibile ad ascoltare. Il terapeuta pertanto può fornire informazioni, considerazioni, confronti ed interpretazioni, suggerimenti e stimoli.

### **2. ATTIVAZIONE EMOZIONALE E DRAMMATIZZAZIONE**

Prevede la sperimentazione e l'espressione di sentimenti di fronte ad eventi emotivamente carichi. È utilizzata dallo psicodramma, in cui il paziente interagisce con altri o con il terapeuta di fronte al gruppo. Le tecniche di arte-terapia, musicoterapia, e i role-playing, come anche i filmati possono contribuire all'attivazione emozionale.

### **3. RIVALUTAZIONE DI SE'**

È una riorganizzazione dell'immagine di sé a livello cognitivo ed affettivo in relazione agli aspetti sentiti come problematici. Il fumatore può piacersi o non piacersi nel ruolo diverso. Nella maggior parte dei casi però percepisce la sua capacità di cambiamento, valorizza i successi ed incrementa la propria autostima.

### **4. RIVALUTAZIONE DELL'AMBIENTE**

È il processo attraverso il quale il soggetto coglie i significati del suo comportamento all'interno del suo sistema personale, familiare e sociale. Il fumatore si vede "altro" in relazione ai propri familiari, ai colleghi di lavoro, agli amici, ed attribuisce valenze positive a situazioni relazionali che prima considerava negativamente o non considerava affatto.

### **5. LIBERAZIONE SOCIALE**

Migliora le opportunità individuali aumentando le risorse ambientali e sociali dell'individuo (scuola, lavoro, tempo libero, ecc.). L'operatore può intervenire a facilitare i contatti con gruppi di sostegno, nel contesto familiare, lavorativo e sociale.

Altri cinque processi riguardano l'area prevalentemente comportamentale e sono:

#### 1. LIBERAZIONE PERSONALE

Si realizza con il proponimento di attuare strategie di cambiamento. Il paziente investe energie, sforzi e denaro per far sì che la terapia proceda. Il terapeuta può aumentare il ventaglio delle possibilità, stabilire delle regole o insegnare abilità particolari per migliorarne l'impegno. La liberazione personale si fonda sulla scelta, sull'impegno e su una fiducia nelle proprie capacità di cambiamento (autoefficacia), e spinge l'individuo a prendersi la responsabilità e il controllo di sé.

#### 2. CONTRO-CONDIZIONAMENTO

Si verifica quando la persona comincia a cambiare la propria risposta a determinati stimoli (tentazioni, amici, colleghi, contesti particolari) e prevede l'apprendimento di comportamenti alternativi (davanti ad un nemico più forte è logico scappare). In setting propriamente psicoterapici vengono attuati precisi procedimenti per attivare il contro-condizionamento, come l'addestramento all'assertività e la desensibilizzazione sistematica.

#### 3. CONTROLLO DELLO STIMOLO

Prevede l'intervento sullo stimolo che attiva il comportamento problematico, ristrutturando l'ambiente in modo che la probabilità che si presenti sia notevolmente ridotta. Gli interventi più comuni, ad esempio, sono quelli di rimuovere dall'ambiente in cui vive la persona le sigarette o altri stimoli analoghi che possono costituire una tentazione, incoraggiando al contempo nuove attività.

#### 4. GESTIONE DELLE RICOMPENSE

Prevede un sistema di ricompense gestito dal soggetto o da altre persone a lui vicine. Vengono impiegati rinforzi espliciti ed impliciti, auto-ricompense e contratti per gestire i "premi". Si suggerisce di accantonare il denaro delle sigarette per scopi di autogrificazione o etici (finanziare progetti umanitari, adozioni a distanza...).

#### 5. RELAZIONE DI AIUTO

Sono caratterizzate, secondo Rogers (1957, 1959), da empatia, apertura, attenzione, fiducia e sincerità. Praticamente in tutti i differenti approcci, queste qualità costituiscono l'atmosfera generale, il contesto emotivo della relazione terapeutica in grado di facilitare il cambiamento.

Questi processi sono comuni a tutte le situazioni in cui è necessario un cambiamento, ma assumono rilevanza diversa all'interno di ciascuna area problematica. Le persone normalmente usano tutti i dieci processi quando intraprendono un cambiamento. Nel trattamento dei comportamenti problematici legati alla dipendenza e seguendo l'approccio transteorico è importante che l'équipe terapeutica abbia la stessa "complessità" del cliente e sia in grado di

gestire ognuno di questi processi con le tecniche appropriate (*Spiller e Scaglia, 1997, 1998*). In tal caso l'integrazione tra stadi e processi del cambiamento fornisce una interessante "guida" per la terapia: una volta individuato lo stadio in cui si trova il cliente, il terapeuta potrà adottare una appropriata strategia applicando il processo adeguato per far sì che proceda verso la fase successiva. La terapia procede più rapidamente quando soggetto e terapeuta sono focalizzati sullo stesso stadio e privilegiano gli stessi processi. Se il terapeuta applica strategie relative ad uno stadio diverso rispetto a quello in cui si trova il cliente, è probabile che si verifichino comportamenti di resistenza.

I processi sono comuni a tutte le aree problematiche, ma ad una valutazione accurata si sono riscontrate analogie nella loro frequenza. Per i comportamenti di dipendenza, i processi più usati sono: "relazioni d'aiuto", "aumento della consapevolezza" e "liberazione personale", mentre i meno frequenti sono la "gestione delle ricompense" e il "controllo dello stimolo". Le ricerche tuttavia rivelano differenze significative nella frequenza assoluta dei processi tra le diverse aree. Gli individui impiegano processi di cambiamento simili sia per superare lo stress che per i comportamenti di dipendenza. Tuttavia, per superare lo stress psicologico si ricorre soprattutto alle relazioni supportanti e al risveglio della consapevolezza, mentre per il controllo del peso sono prevalenti l'autoliberazione e il controllo dello stimolo (*Rollnick, Kinnersley e Stott, 1993*).

Nella fase di Indecisione, gli individui usano i processi del cambiamento in maniera inferiore rispetto a chi si trova nelle fasi successive. I pre-contemplatori elaborano un minor numero di informazioni riguardo il loro problema, impiegano meno tempo ed energia nella propria rivalutazione di sé, sperimentano un minor numero di reazioni affettive verso gli aspetti negativi del loro problema, sono meno aperti verso le persone che più gli sono vicine, e fanno poco per risolvere il loro problema. In terapia analitica sono quei clienti che resistono di più agli sforzi del terapeuta per aiutarli a cambiare. Importanti eventi personali (tensioni familiari e nel lavoro) o forti pressioni esterne (contesto di lavoro e sociale sfavorevole ai fumatori) possono rendere meno problematica questa situazione spingendo l'individuo nel cammino verso lo stadio successivo.

I soggetti in fase di Intenzione sono più disponibili agli interventi rivolti alla presa di coscienza del problema, come ad esempio osservazioni, confronto e interpretazioni; sono più consapevoli di sé stessi e del problema e disponibili a rivalutarsi sia da un punto di vista affettivo che cognitivo. La rivalutazione di sé comprende la definizione di quali valori il cliente vorrebbe realizzare e per cui è disposto a lavorare. E' Anche necessario determinare quali aspetti il soggetto è disposto a mettere in discussione e ad abbandonare. Questi processi raggiungono la massima efficacia nello stadio di

Preparazione, in cui l'insopportabile tensione fra lo stato presente del paziente ed i suoi valori personali spinge alla necessità di intraprendere un cambiamento.

Nella fase di Azione, è importante che il cliente parta dall'idea di una liberazione personale e che creda di avere l'autonomia di cambiare la propria vita. Deve inoltre accettare che la disciplina e la coercizione fanno parte della vita nella stessa misura dell'autonomia, e costituiscono una garanzia di crescita della persona. Il pericolo, in questa fase, è che l'individuo subisca una ricaduta e attribuendone la causa ad una mancanza di forza di volontà, per vergogna o senso di colpa rinunci a tentare ancora. Un altro rischio è che attribuisca il successo interamente al terapeuta o ad un altro tipo di supporto "esterno", con il rischio di diventare dipendente in maniera eccessiva da questa relazione.

Il concetto di "liberazione personale" si fonda in parte sul senso di Autoefficacia (*self-efficacy*, Bandura, 1977, 1982), cioè credere che i propri sforzi giochino un ruolo importante nell'uscire da situazioni difficili. Le persone "efficaci" modificano lo stimolo condizionato che li può spingere alla ricaduta. In un rapporto terapeutico contrattuale, l'operatore ha spesso funzioni di consulente, per aiutare il cliente nei suoi sforzi di modificare il comportamento o l'ambiente in una direzione più libera e salutare, o può provvedere ad una fase di training per aumentare la possibilità che il cliente abbia successo in processi come il controllo dello stimolo, la gestione del rinforzo e il contro-condizionamento.

La fase di Azione, contrariamente a quello che si può pensare, non è una condizione agevole, anzi è spesso faticosa, crea senso di colpa, coercizione, fallimento e di limitazione alla libertà personale. È una fase in cui l'individuo ha un bisogno particolare di sostegno e di conforto, e dove affronta il rischio del rifiuto.

La fase di Mantenimento, per avere successo, richiede che abbiano avuto luogo tutti i processi precedenti, tuttavia richiede anche una valutazione di quelle condizioni che spingono alla ricaduta. I fumatori hanno bisogno di conoscere le possibili alternative di comportamento di fronte alle situazioni che li inducono a fumare, senza cadere in strategie difensive destinate all'insuccesso o in modelli di risposta patologici. E' molto importante la sensazione di stare diventando quel tipo di persona che si vorrebbe essere. L'applicazione del contro-condizionamento e del controllo dello stimolo è più efficace se si basa sulla convinzione che mantenere il cambiamento significa consolidare una immagine di sé valutata positivamente dall'individuo e da almeno un'altra persona significativa.

## **Livelli**

Rappresentano una organizzazione gerarchica di cinque aree distinte, ma tra loro collegate, di problemi psicologici di cui si occupano gli interventi terapeutici. I Livelli sono:

- ❑ Sintomatico / situazionale
- ❑ Cognitivo / disadattivo
- ❑ Interpersonale
- ❑ Familiare / sistemico
- ❑ Intrapsichico

Storicamente, le diverse scuole di psicoterapia si sono focalizzate solo su alcuni di questi livelli: i comportamentisti sul livello sintomatico/situazionale, i cognitivisti sulle cognizioni disadattive, i terapeuti della famiglia sui conflitti familiari/sistemici e gli analisti sui conflitti intrapsichici. Solitamente l'intervento si attua al livello Sintomatico / Situazionale, perché il cambiamento si manifesta più rapidamente a questo livello. Inoltre il sintomo spesso rappresenta la causa diretta per cui l'individuo entra in terapia. Quanto più si approfondisce l'analisi all'interno della gerarchia, tanto più ci si allontana dalla consapevolezza di ciò che ha determinato il problema, e il problema mostra sempre più chiaramente le sue connessioni al senso del sé. Per quanto riguarda la dipendenza, questi livelli non sono mai indipendenti l'uno dall'altro, e cambiamenti ad un livello inducono cambiamenti anche negli altri.

Il modello transteorico, è in definitiva una forma integrata di terapia che applica in maniera differenziale i processi di cambiamento nei vari stadi a seconda del livello del problema sul quale è necessario intervenire. Un paziente potrebbe trovarsi allo stadio di Azione, a livello Sintomatico / Situazionale (ad esempio in terapia farmacologica); o essere in Indecisione a livello cognitivo / disadattivo ed interpersonale (ad esempio percependo che alcune proprie convinzioni e modalità relazionali sono causa di sofferenza, senza avere ancora deciso di affrontarle); o essere in Intenzione al livello familiare / sistemico e intrapsichico (ad esempio non avendo nessuna coscienza della problematicità a questi livelli). L'integrazione di stadi, livelli e processi di cambiamento fornisce un modello di intervento gerarchico e sistematico molto ricco di implicazioni terapeutiche.

## **Altri aspetti significativi**

Oltre ai processi, l'approccio transteorico riconosce l'importanza di alcuni fattori generali che possono servire come indicatore per prevedere il movimento da uno stadio del cambiamento a

quello successivo. Il livello di Autoefficacia e la Bilancia Decisionale, sono due aspetti legati all'autocontrollo. Per Autoefficacia, si intende la 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 (*Bandura, 1978*). Nel campo delle dipendenze il concetto di Autoefficacia ha avuto notevole sviluppo e in una serie di ricerche sul Fumo ne è stata verificata sperimentalmente l'utilità come variabile predittiva ed esplicativa del cambiamento. Essa rappresenta il livello di fiducia che un individuo ha nelle proprie capacità di resistere alla tentazione di usare determinate sostanze nelle diverse situazioni critiche che potrebbero condurre ad una ricaduta.

È stato osservato che l'Autoefficacia cambia significativamente attraverso gli stadi: aumenta dall'Indecisione all'Intenzione, nella Decisione, nel Mantenimento e si stabilizza dopo un tempo relativamente lungo di astinenza, di circa 18 mesi (*Di Clemente, 1986*).

La cosiddetta "Bilancia Decisionale" è un altro aspetto ritenuto fondamentale nella costruzione di un modello generale del comportamento (*Janis e Mann, 1977*). Essa permette di mettere a confronto gli aspetti positivi e negativi percepiti di un particolare comportamento. Non vengono considerati come opposti ma indipendenti, perciò un individuo potrebbe avere alti valori in entrambi, oppure bassi in entrambi, o ancora alti in una componente e bassi nell'altra. La struttura dei valori attribuiti nella bilancia pare dipendere dallo stadio del cambiamento in cui l'individuo si trova.

I momenti critici si segnalano nel passaggio dall'Indecisione all'Intenzione e dall'Indecisione all'Azione. Nelle ricerche applicate al tabagismo è stato osservato che gli Indecisi registrano alti valori positivi del fumare e bassi valori negativi; gli Intenzionati presentano un quadro simile, ma con aspetti negativi che superano appena quelli positivi; gli individui in Azione dichiarano componenti negative più alte di quelle positive, ma entrambi i valori sono più bassi rispetto ai contemplatori; infine chi è in Mantenimento da molto tempo presenta valori molto bassi di entrambi, ma con gli aspetti negativi del fumare nettamente predominanti. I dati suggeriscono che dopo molto tempo che si è smesso di fumare, gli aspetti positivi e negativi tendono a scendere finché il fumo diventa una questione irrilevante.

#### Bibliografia

1. DiClemente C. "Self-Efficacy and Smoking Cessation Maintenance: A Preliminary Report". *Cognitive Therapy and Research*, 5(2),1981, pagine 175-187.

2. DiClemente C. "Gli Stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza", in Guelfi GP e Spiller V, "Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze", *Il Vaso di Pandora*, II, n. 4, 1994, pagine 37-51.
3. DiClemente C. "Gli Stadi del Cambiamento", *Italian Psychiatric Journal*, 1997.
4. Jarvist J, Tebbutt J, Mattick R P. Motivational interviewing. Chapter 3 in *Treatment approaches for alcohol and drug dependence: an introductory guide*, John Wiley & Sons, New York 1995.
5. Miller W R. "Increasing motivation for change". In Hester R K, Miller W R (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd edition), 1995.
6. Miller W R, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change*, Guilford Press, New York 1991.
7. Prochaska J O, DiClemente C. "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (3), 1982, pagine 276-288.
8. Prochaska J O, DiClemente C, Velicer W F, Rossi J S. "Standardized, Individualized, Interactive and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation", *Health Psychology*, 12 (5), 1993, 399-405.
9. Rollnick S, Kinnerley P, Stott N. "Methods of helping patients with behaviour change", *British Medical Journal*, 1993.
10. Rollnick S, Morgan M. "Motivational interviewing: increasing readiness to change". in A. Washton (Eds.), *Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook*, Guilford Press, New York 1995.
11. Spiller V, Scaglia M, Ceva S. La bilancia decisionale, uno strumento per favorire il superamento dell'ambivalenza. Comunicazione via Internet, 1997 ([www.caen.it/psicologia/biladeci.htm](http://www.caen.it/psicologia/biladeci.htm)).
12. Spiller V, Scaglia M. La valutazione della motivazione nelle dipendenze da sostanze. Comunicazione via Internet, 1998 ([www.caen.it/psicologia/valumoti.htm](http://www.caen.it/psicologia/valumoti.htm)).

## 2.3 L'INTERVENTO DI COUNSELLING NELLA DIPENDENZA DA FUMO

Enrica Pizzi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia. La salute degli individui inoltre è ormai individuata come un bene comune per la comunità ed è vista come il prodotto dell'interdipendenza dell'individuo con i sottosistemi nei quali è inserito ovvero famiglia, cultura, ambiente fisico e comunità in generale. I comportamenti sulla salute sono influenzati da numerose variabili: differenze individuali, demografiche, fattori sociali ed emotive e da fattori relativi alla possibilità di accedere all'informazione e alle cure. Tenendo conto di questi aspetti epistemologici è necessario progettare sia interventi di promozione della salute ossia azioni socio-politico globali volte a modificare le condizioni sociali, ambientali e economiche dove gli individui vivono (ambienti lavorativi, educativi, sanitari e familiari), che di prevenzione della salute (universale, selettiva, indicata) ossia quelle misure volte a prevenire l'insorgenza di un disturbo e a fermarne l'evoluzione riducendone le conseguenze una volta insorto (1).

Poiché la salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico (determinanti della salute), è necessario programmare interventi che coinvolgano i diversi settori della società in grado, con la loro azione, di influenzare la salute (2-4.)

In questa prospettiva la salute viene considerata una risorsa e quindi un mezzo che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico; diventando così un bene sia personale che sociale e come tale le responsabilità della sua tutela spettano all'individuo, alla famiglia alla collettività e naturalmente alle agenzie di sanità pubblica.

Tali nuovi orientamenti culturali implicano un nuovo modo di pensare da parte di tutta la società e pongono molta enfasi sul concetto di *empowerment* quale processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità sviluppano competenza sulle proprie vite, al fine di apportare dei cambiamenti nel proprio ambiente sociale e politico e migliorare la qualità di vita (5-8)

A livello internazionale, l'OMS, infatti, sin dal 1978, attraverso le diverse Conferenze sulla Promozione della Salute, chiede agli Stati membri l'impegno ad assumersi responsabilità precise sul tema della partecipazione dei cittadini, rintracciando nell'*empowerment* individuale e della comunità delle strategie fondamentali per implementare concretamente ed efficacemente azioni a favore della salute (9-12).

È grazie quindi ad un incremento della capacità degli individui a prendere l'iniziativa nonché quella dei gruppi, delle organizzazioni o delle comunità che si possono così influenzare i determinanti della salute.

Le azioni di promozione dell'*empowerment* non possono essere calate dall'alto, ma devono partire da un'attenta analisi del contesto, dei vincoli e delle risorse disponibili ed essere costruite insieme alla persona/organizzazione/comunità a cui sono rivolte. Senza entrare nella disamina che c'è in merito al costrutto dell'*empowerment* (13,14), in sintesi possiamo dire che il "cittadino empowered" è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita e un protagonista del proprio benessere, ed è pertanto un soggetto in grado di interagire razionalmente e responsabilmente con il proprio ambiente di riferimento. Questo aspetto è tra l'altro facilitato anche dalla maggiore facilità che la popolazione ha ad accedere alle informazioni sulla salute e la sua tutela, grazie all'ampia diffusione delle vecchie e nuove tecnologie (mezzi di comunicazione, internet, telefonia, ecc.)(15,16).

#### Empowerment e counselling

Tra le attività per promuovere l'*empowerment* si inserisce il *counselling* quale metodologia d'intervento volta a mobilitare appunto le risorse delle persone per facilitare azioni a favore della salute. Il *counselling* viene utilizzato in vari ambiti (educativo, organizzativo, sanitario, ecc) assumendo importanza anche nel trattamento di problematiche come quelle da dipendenza da fumo e in più in generale da sostanze (17,18)

In linea generale possiamo definire l'intervento di *counselling* quale incontro fra due persone, l'una (cliente/utente) è in una situazione di difficoltà rispetto ad un problema che si trova a dover gestire percependosi inadeguato ed inefficace nel risolvere/gestire il problema, l'altra (clinico/operatore) con delle competenze che possono aiutare il cliente/utente a comprendere la situazione e a gestire il problema prendendo da sola e pienamente la responsabilità delle proprie scelte. Sostanzialmente l'intervento consiste nel restituire all'altro la capacità di riorientare l'azione verso obiettivi scelti da quest'ultimo. L'intervento di *counselling* può essere di tipo face to face (individuale e di gruppo) che telefonico. Alla base dell'intervento di *counselling* ci sono gli aspetti che caratterizzano la comunicazione interpersonale e che influenzano l'intervento stesso.

La comunicazione interpersonale, quale processo di condivisione e comprensione di significati, è caratterizzata da due dimensioni: il contenuto, il "cosa della comunicazione" e la relazione, il "come della comunicazione" che riguarda le modalità. I processi di comunicazione sono molto complessi e può essere di tipo verbale, non verbale, paraverbale. Nello specifico, la comunicazione verbale (il linguaggio) è legato al significato delle parole, la comunicazione non verbale è la

gestualità, lo sguardo la postura, le modalità di espressione della comunicazione paraverbale sono determinate dalle vocalizzazioni non verbali, dal volume, dal tono e dal timbro della voce, dal ritmo, dai sospiri, dai silenzi. E' importante sottolineare che il paraverbale e il non verbale predominano sul verbale e possono fornire anche il 50-70% del messaggio (19).

Un altro aspetto importante all'interno dell'intervento di *counselling* è la dimensione dell'ascolto che è fondante la relazione stessa, poiché come afferma Cremerius "Chi vuol capire un'altra persona la deve ascoltare " (20), capire vuol dire distinguere quella persona da altre, separarla, riconoscerla (21). Ascoltare è una necessità che permette di preparare il terreno sul quale sviluppare la relazione. In questa prospettiva l'ascolto è l'articolazione di uno spazio che il consulente individua in se stesso per fare spazio alla domanda dell'utente/cliente. In questo contesto si crea un rapporto all'interno del quale è possibile far emergere elementi per offrire una risposta che faciliti meccanismi di evoluzione e di cambiamento (22).

Nella propria formazione il clinico/operatore deve considerare fondamentalmente tre aspetti: *un sapere* ossia le conoscenze teoriche in riferimento alla disciplina, *un saper fare* ossia la capacità di applicare alcune tecniche, *un saper essere* ovvero la consapevolezza delle proprie opinioni e dei propri valori.

Infatti nella stessa maniera in cui si osserva l'altro è importante che il clinico/operatore osservi se stesso e che sospenda il proprio giudizio mentre ascolta, astenendosi dal fornire consigli o soluzioni premature: ogni utente/cliente vive un'esperienza unica ed è compito del processo di *counselling* permettere che emerga l'originalità di tale esperienza.

L'intervento di *counselling* si può definire: intenso in quanto la relazione deve essere condotta in un clima di accettazione e di totale rispetto per l'altro; focalizzato poiché il focus dell'intervento deve essere orientato sul "qui ed ora" delle problematiche della persona; limitato nel tempo, in quanto l'intervento è attuato in un arco di tempo circoscritto; specifico in quanto sulla base del problema della persona, viene individuato e concordato l'obiettivo specifico e realistico, raggiungibile in quel momento dalla persona; attivo in quanto sia il clinico/operatore che il cliente/utente hanno un ruolo attivo nella relazione. Il clinico/operatore attraverso un ascolto attivo rimane costantemente centrato sui bisogni e sul vissuto della persona, e facilita il processo di consapevolezza che le consente di affrontare il problema e di scegliere in modo autonomo e responsabile; integrato poiché considera la persona in una dimensione globale organica, psicologica e sociale e favorisce la mobilitazione delle risorse individuali e collettive.

Facendo riferimento a Carckhuff (23) possiamo sostanzialmente dividere il processo di *counselling* in tre fasi: rispondere, personalizzare, iniziare.

Rispondere ovvero gettare le basi sulle quali costruire la relazione di *counselling*: capire il contenuto del racconto del cliente/utente ed i sentimenti legati ad esso, restituendogli attraverso un contatto empatico, il significato rispetto agli eventi e situazioni che sta esponendo. In questo modo il cliente/utente inizia un processo di esplorazione della problematica.

Personalizzare il significato che assume per l'utente/cliente la propria problematica; i problemi per facilitare l'utente/cliente a comprendere quali sono le cose che non riesce a fare e che sono alla base della sua difficile esperienza; gli obiettivi per mettere a fuoco dove desidera andare in rapporto a dove si trova. In questa fase per l'utente/cliente si attiva un processo di comprensione più profonda della problematica. Questa fase rappresenta la dimensione critica di ogni processo di cambiamento.

Iniziare a definire in modo più preciso gli obiettivi che sono stati in precedenza personalizzati cercando di fissare modi e tempi per raggiungerli (chi, cosa, come, perché, quando e dove), elaborando un programma, fissando le scadenze, stabilendo i tempi di inizio e di conclusione.

#### L'intervento di counselling nel tabagismo

Nello specifico per quanto riguarda la problematica relativa alla dipendenza dal fumo di tabacco c'è una tendenza ad effettuare interventi multicomponenti, proprio per la complessità della problematica legata all'uso di tabacco che dipende dalla complessa interazione di fattori fisiologici, psicologici, sociali ed ambientali.

Nell'intervento di cessazione è quindi importante considerare i meccanismi psicologici, comportamentali, cognitivi e fisiologici implicati come agenti del cambiamento.

Per quanto riguarda il trattamento del tabagismo, esistono varie forme di *counselling* e nella letteratura vengono usate differenti terminologie per riferirsi ad esso. Suterland (24) ha inteso il termine *counselling* in senso ampio ad indicare "ogni terapia in cui l'incontro tra clinico e paziente è caratterizzato da un colloquio, che può variare per intensità e complessità da una forma di incontro breve di advice a smettere di fumare a complesse terapie di più sedute ad orientamento cognitivo – comportamentale". L'autore ha identificato vari tipi di *counselling* fra i quali troviamo il *counselling* breve, il *counselling* più intensivo, il *counselling* specialistico, il *counselling* telefonico e il *counselling* di gruppo. In sintesi il *counselling* varia da un approccio più educativo ad interventi molto specialistici che offrono interventi intensivi. Il tipo di *counselling* fornito è anche correlato alla figura del clinico/operatore, al *setting* e al tipo di fumatore. Ognuno di questi tipi di *counselling* varia in relazione alla popolazione trattata, alle risorse e al tempo disponibile, e all'esperienza dei clinici.

I protagonisti del processo di *counselling* sono sostanzialmente tre: il clinico/operatore, il cliente/utente, il contesto dove tale relazione a luogo. In particolare il contesto dove si eroga la prestazione di *counselling* da una connotazione specifica alla relazione stessa.

Sostanzialmente nel percorso che la persona fa per smettere di fumare il *counselling* rappresenta una relazione importante dove può trovare un luogo di ascolto per dubbi, ansie e paure che accompagnano, quasi sempre, il percorso di cessazione del fumo. L'intervento di *counselling* rappresenta "uno strumento per attivare e sostenere un processo di cambiamento", sostituire un pensiero ad un'azione (fumare) costituisce una delle principali risorse su cui si fonda il processo di cessazione, ed è proprio nella relazione di *counselling* che tale esperienza può acquistare un significato ed avere un'espressione.

In letteratura (25) il cambiamento è definito come un processo graduale che attraversa specifici stadi, seguendo un percorso ciclico e progressivo e non come un fenomeno del tipo "tutto o niente".

Il processo di cambiamento viene interpretato attraverso il "modello transitorio degli stadi del cambiamento" elaborato da Prochaska e Di Clemente nel 1984, applicabile non solo ai comportamenti patologici o di dipendenza, ma anche ai comportamenti umani in generale. Gli autori teorizzano che ogni cambiamento comportamentale avvenga attraverso degli stadi (la pre-contemplazione, la contemplazione, la preparazione, l'azione, il mantenimento) e che ognuno di essi corrisponde un grado motivazionale sul quale lavorare attraverso tecniche di counselling per facilitare il passaggio da uno stadio ad un altro (26-27).

Infine nell'ambito della lotta al tabagismo bisogna tener conto che se da una parte vanno supportati i servizi specifici per smettere di fumare dall'altra è importante facilitare gli interventi di sensibilizzazione che permettono la maturazione della percezione del problema e quindi della domanda di aiuto.

In questa direzione assume un ruolo fondamentale una cultura che facilita il lavoro di rete sociale quale insieme dei sistemi di supporto formali (professionisti che operano in contesti di cura, riabilitazione e prevenzione psico-socio-sanitaria) ed informali (persone quali familiari, amici, insegnanti, operatori dello sport, ecc.) che si trovano a stretto contatto con persone fumatrici.

Questo tipo di collaborazione può facilitare la creazione di una cultura dei sistemi e dei servizi di aiuto anche nella problematica legata al fumo al fine di rendere gli interventi di prevenzione capillari e facilitare la maturazione della percezione di tale problematica e la richiesta ad adeguate strutture di aiuto (28-29).

## Bibliografia

1. EMCCDA. Relazione annuale 2011: evoluzione del fenomeno della droga in Europa. 2011.
2. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper (Final Draft), 2007.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.
4. Braibanti P. Pensare la salute. Milano: Franco Angeli; 2002
5. Rappaport J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology* 1981;9(1):1P25.
6. Francescato D, Giusti E. Empowerment e clinica. Roma: Edizioni Kappa; 1999.
7. Wallerstein N. Evidence of effectiveness of empowerment interventions to reduce health disparities and social exclusion. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Health Evidence Network. 2006. Disponibile all'indirizzo: [www.euro.who.int/HEN/syntheses/empowerment/20060119\\_10](http://www.euro.who.int/HEN/syntheses/empowerment/20060119_10): ultima consultazione 15/7/2013
8. Wallerstein N. Powerless, empowerment and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992;6(3):197-205.
9. WHO/UNICEF. Declaration of Alma Ata. Geneva: WHO; 1978.
10. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986. (WHO/HPR/HEP/95.1)
11. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Geneva, 1997 (WHO/HPR/HEP/4IHP/BR/97.4)
12. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998.
13. Zimmerman MA. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E (Ed.). *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum; Publishers; 2000. p. 43-63.
14. Zimmerman MA. Empowerment e partecipazione della comunità. *Animazione Sociale* 1999;2:10-24.
15. Ministero della Salute. Linee guida per la comunicazione on-line in tema di tutela e promozione della salute. Roma: Ministero della Salute; 2010.
16. Faralli C, Ferrari M, Guderzo S, Morassi E, Roazzi P, Deodati S. Evoluzione di un progetto comunicativo istituzionale: il sito web dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/14).
17. Moyer A, Finney J, Swearingen C. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment seeking and non treatment seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92.
18. Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM, Da voli M, Enea D, Fogliani V, Galeone D, Malvezzi E., Minozzi S, Nardini S., Pacifici R, Vannuzzo D, con il gruppo di lavoro (Di Pucchio A, Martucci L, Mattioli D, Modigliani G, Mortali C, Pizzi E, Russo R, Scafato E). Linee guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002.
19. Watzlavick P, Bravin JH, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma Astrolabio 1972.
20. *Cremerius J., 1971, Il silenzio dell'analista, Psicoterapia e Scienze Umane, 4, 12-18.*

21. Grasso M., 1997, *Psicologia Clinica e Psicoterapia. Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*, Edizioni Kappa, Roma.
22. Meier S.T., Davis S.R., 1994, *Guida al counseling: in 40 regole fondamentali cosa fare e non fare per costruire un buon rapporto d'aiuto*, Angeli, Milano.
23. Carkhuff R., 1987, *L'arte di aiutare*, Erickson, Trento.
24. Sutherland G. Evidence for counseling effectiveness in smoking cessation. *Journal of Clinical Psychiatry Monograph* 2003;18(1):22-34.
25. Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, et al. Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello transteorico di Di Clemente e Prochaska. Torino: Regione Piemonte - Ass. alla Tutela della Salute e della Sanità; 2007. (Quaderni del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute).
26. Rollnick S. Bell A. Interventi brevi a uso dei non specialisti. In: Miller WR, Rollnick S (Ed.). *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*. Trento: Erickson; 1994. p. 245-57.
27. Miller WR, Rollnick S. *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*. Trento: Erickson; 1994.
28. Gelli Bianca R. (a cura di) (2002), *Comunità, rete, arcipelago*, Carocci, Roma.
29. Maguire L. *Il lavoro sociale di rete*. Trento: Erickson; 1999.

## 2.4 IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE BREVE NELLA PROMOZIONE DEGLI STILI DI VITA SALUTARI

**Pasquale Valente**

In considerazione dell'azione sinergica tra esposizione a fumo di tabacco e fibre di amianto, sull'incremento del rischio d'insorgenza del tumore polmonare (Pearce, 1989), la realizzazione di interventi di counselling per favorire l'adozione di stili di vita salutari, in particolare promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, potrebbe avere effetti positivi sulla salute degli ex esposti.

Con tale approccio concorda il Gruppo regionale Amianto della Toscana, che nel documento 2013 sottolinea a proposito della sorveglianza sanitaria "l'aspetto positivo che la realizzazione di interventi di counselling, che mirano a favorire l'adozione di stili di vita salutari ed in particolare a promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, potrebbero avere sulla salute degli ex esposti."

Del resto già nel 2008, il gruppo di studio del Ministero della Salute approvava un documento che ipotizzava due obiettivi: a) l'attività di counselling intesa alla persuasione a smettere di fumare (dato il noto sinergismo tra fumo di tabacco e asbesto nella eziologia del cancro polmonare), b) la fornitura di informazione adeguata per avviare le procedure intese ad un riconoscimento di malattia professionale (il famoso "sportello"). (cfr Ministero della Salute. Stato dell'arte e prospettive in materia di contrasto alle patologie asbesto-correlate. Quaderni del Min. della salute n.15, maggio-giugno 2012 )

*«Il counselling è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; esso coinvolge un "cliente" e un "counsellor". Il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida» (OMS, 1989).* Il counseling motivazionale, nato nel 1983, ad opera dello psicologo americano William Miller, nel campo dell'alcolologia, ed è stato rapidamente utilizzato, prima nell'abuso di sostanze e poi nella prevenzione, nella riabilitazione e in svariati altri campi. Si tratta di un tipo di intervento che può essere impiegato sia in prevenzione primaria (eliminare o ridurre la incidenza di una patologia rimuovendo i determinanti o fattori di rischio che la causano) sia in prevenzione secondaria (modifica la storia naturale della patologia, aumenta la sopravvivenza e riduce la mortalità (diagnosi precoce) e terziaria (riduce la gravità e le complicanze di malattie ormai instaurate. Nei survivors di patologie tumorali è utile nella prevenzione delle complicanze e recidive di malattia e per il miglioramento della qualità di vita, garanzia dei percorsi DTA).

**Il counselling è quindi una relazione di aiuto codificata, caratterizzata dall'applicazione di qualità, abilità e strategie comunicative finalizzate all'attivazione e alla riorganizzazione delle**

**risorse individuali della persona, per rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dalla persona stessa.**

L'informazione impiegata in tale ambito, basata su ipotesi, verifiche, fatti e dati, è un prerequisito che fa conoscere qualcosa, avendo l'obiettivo del cambiamento di comportamenti dannosi. Esistono forti evidenze sulla efficacia riguardo agli interventi di cessazione e prevenzione dell'abitudine al fumo attraverso il counselling individuale e gruppale (Amato, 2010). Tale efficacia può essere definita strettamente dipendente dalla dose a vale a dire del tempo dedicato).

Che utilità può avere per degli anziani ex esposti ad amianto, probabilmente affetti da almeno un paio di malattie croniche? Perché dovrebbero adottare un qualunque comportamento salutare, o semplicemente voler parlare della loro condizione di soggetti a rischio?

Da una parte essi hanno la percezione della gravità di un potenziale evento nocivo (di cui molto si parla sui media) e sono preoccupati per la loro salute (percezione della suscettibilità), ma difficilmente sono in grado di confrontare l'entità di tale rischio rispetto ad altri (sui quali possono incidere positivamente), né valutare quale sia la risposta di fronteggiamento più utile da mettere in atto. Nelle aree ambientali dove il problema della pregressa esposizione è venuta alla luce con più evidenza, a livello individuale e di comunità, la richiesta di protezione, di sorveglianza sanitaria, di riconoscimento e sostegno da parte delle istituzioni sanitarie è fortemente espressa. Ma di fronte ad una valutazione della minaccia considerata consistente, la valutazione del fronteggiamento (o coping) appare insoddisfacente.

Dal momento che, per quanto riguarda la motivazione a proteggersi, i determinanti più rilevanti sono in realtà l'autoefficacia (Rogers, 1986), e la controllabilità (locus of control) del rischio, ne discende di conseguenza una condizione di impotenza e di ansia. Ciò rende plausibile che il meccanismo difensivo più in uso risulti essere la rimozione del problema o una richiesta di inutile esami diagnostici.

“Il counseling motivazionale è centrato sul cliente, orientato, per affrontare e risolvere un conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento di comportamento” (Miller e Rollnick, 1994) può dunque aiutare a rinforzare in questi soggetti la motivazione a prendersi cura della propria salute, a partire dalle reali condizioni in cui si trovano, sulla base di una consapevole valutazione della realtà e delle concrete possibilità di scelta a loro disposizione.

Nella Carta di Ottawa (1986) viene concettualizzata una visione socio-ecologica della salute laddove si afferma che “ la salute è una risorsa per la vita quotidiana, non l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. La salute si raggiunge allorché gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie

risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali). Salute e malattia non sono pertanto condizioni che si escludono a vicenda, bensì punti terminali di una comune continuità.”

“La realtà della promozione della salute, in quanto indeterminata, contestuale e co-costruita può essere meglio contemplata mediante il paradigma della complessità, che si assume essere olistico e transdisciplinare e dunque in grado di evidenziare l'emergenza, l'organizzazione e l'interdipendenza delle parti costituenti del sistema” (Albrecht, 1998).

Alla luce della teoria generale dei sistemi l'essere umano può essere considerato un *sistema adattativo complesso*, aperto ad un continuo scambio di materia, energia e informazione con l'ambiente, i cui elementi costitutivi interagiscono reciprocamente, e con l'esterno, attraverso processi di elaborazione continua di informazione e di adattamento alle variazioni (fisico-chimiche, biologiche e psico-sociali), sulla base delle capacità di auto-organizzazione proprie della forma vivente, che, in quanto tale, tende all'autoconservazione (mantenimento di identità, confini, strutture) mediante processi energeticamente dispendiosi. Bertalanffy (1968) definisce un sistema come «un insieme di elementi interdipendenti, legati cioè tra loro da relazioni tali che se uno viene modificato, lo sono anche gli altri e, di conseguenza, tutto l'insieme viene trasformato».

L'applicazione della lente della complessità alla salute la mostra dunque come il risultato emergente di una costante interazione biopsicosociale, a motivo delle capacità autorganizzative e di adattamento del sistema. Per sistema vivente si intende dunque una realtà complessa i cui elementi interagiscono reciprocamente, condizionandosi e facendo emergere nuove proprietà.

Un *sistema adattativo complesso* è aperto, perché scambia attivamente energia, materia e informazione attraverso la rete di relazioni in cui è inserito (autonomia, autoefficacia); è sensibile al feedback, per riaggiustare il suo funzionamento (riflessività) ed è adattativo perché può utilizzare ogni cambiamento nell'ambiente per apprendere, evolversi, rispondere efficacemente (disponibilità al cambiamento).

Le relazioni tra comportamento, cognizione e contesto sono reciproche e circolari e a seconda della teoria di riferimento (**Teorie cognitive**: Health Belief Model di Becker & Maiman 1974, **teorie comportamentali** : Modello Transteorico di Prochaska e DiClemente 1982) e **teorie ambientali**) vengono considerati centrali alcuni aspetti piuttosto che altri (Ragazzoni et al , 2014).

Le intenzioni comportamentali riflettono la motivazione ad agire (desiderio psichico di raggiungere una meta, volontà) e sono funzioni di fattori cognitivi (credenze, atteggiamenti), emozionali e socio-ambientali. La motivazione al cambiamento, nella sua complessità, si presenta variabile, irregolare, oscillante, aperta alle relazioni e al contesto, sensibile alle informazioni emozionalmente significative. Il profilo motivazionale è condizionato contemporaneamente da un insieme di fattori, intrinseci ed estrinseci, ed evolve continuamente in modo dinamico, sensibile alle variazioni del contesto, in funzione della disponibilità alla relazione, dell'autonomia e dell'autoefficacia.

L'esecuzione di un'azione non dipende solo dalla **motivazione**, ma anche dalla maggiore o minore **controllabilità** del comportamento. Molte ricerche hanno tentato di spiegare l'importanza di possedere un punto di controllo interno (autonomia, responsabilità) a fronte di una mancanza di controllo quale si ha nelle abitudini (Bandura, 1992), e dell'autoefficacia, vale a dire della fiducia che si ha nelle proprie capacità di riuscita, basata su una autovalutazione radicata nell'esperienza personale.

La salute, collocata in questa prospettiva, diviene la risultante attiva di fattori psicologici, cognitivi e comportamentali combinati a valori individuali e sociali e non solo deterministiche risultanze di interazioni con fattori fisico-chimici e biologici con l'ambiente, che pur tuttavia costituisce una parte fondamentale dei determinanti primari dello stato di salute e malattia. Tanto più per quanto concerne le patologie amianto-correlate.

Nella "Teoria Generale dei Sistemi" trova dunque radicamento il modello **Biopsicosociale di salute che pone l'individuo al centro di un sistema di relazioni in cui ogni elemento è in grado di influenzare il comportamento della persona e del contesto sociale in cui vive.**

La messa a punto di strumenti di colloquio motivazionale finalizzati alla presa in carico dei bisogni assistenziali e sanitari degli ex esposti costituisce appunto un tentativo di stare sul campo, così com'è, e provare a dare risposte ragionevoli ed il più possibile aderenti al bisogno manifestato, alla luce delle più valide conoscenze scientifiche e dei livelli di assistenza e di organizzazione sanitaria esistenti.

### Colloquio motivazionale breve

Il colloquio motivazionale breve, introdotto da Rollnick e coll. nel 1992, rappresenta uno stile di counselling da svolgersi in breve tempo (5-10 minuti) che si presta molto bene ad essere impiegato nella consultazione medica, in situazioni cosiddette opportunistiche. E' di certo uno strumento particolarmente qualificato per la messa in campo di strategie di sostegno della

motivazione al cambiamento, in particolare nell'ambito della prevenzione e riabilitazione di pazienti cardiovascolari, ipertesi, diabetici, obesi, per i quali la prescrizione di stili di vita salutari è più che mai necessaria.

L'efficacia dell'intervento, poco costoso, varia in funzione della qualità della relazione di aiuto che viene posta in essere e dipende altresì da tre dimensioni fondamentali:

- 1) gli stadi del cambiamento;
- 2) processi del cambiamento (che descrivono le strategie messe in atto per il cambiamento);
- 3) i fattori della motivazione al cambiamento, quali il senso di autoefficacia, la disponibilità al cambiamento e la frattura interiore (dissonanza cognitiva)

La presenza empatica, rispettosa, competente di un counsellor è in grado di attivare un processo di empowerment, di facilitare dunque l'acquisizione di nuovi elementi di controllo sul comportamento in questione e dare sostegno, ricompensa emozionale.

### Struttura del colloquio motivazionale breve

Le principali Linee Guida internazionali raccomandano che gli interventi di colloquio motivazionale breve siano organizzati sulla base di un modello di intervento conosciuto come le 5 A: (ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE).

A riguardo il documento dell'Istituto Superiore di Sanità "*Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*" (2002) fornisce una lista di raccomandazioni e consigli di buona pratica

che prevede i seguenti passi:

ASK : identificare sistematicamente i comportamenti non salutari

ADVISE: consigliare un cambio di comportamento

ASSESS: valutare la motivazione al cambiamento

ASSIST: aiutare concretamente in modo personalizzato a cambiare

ARRANGE: programmare un follow-up

In considerazione del differente stadio del cambiamento nel quale l'individuo si trova, si adatterà di conseguenza l'intervento. Nella fase di Pre-contemplazione è soprattutto utile fornire informazione, mettere la pulce nell'orecchio, su temi che non sono all'ordine del giorno della coscienza.

Nella Contemplazione sarà più opportuno lavorare sulla bilancia decisionale dei pro/cons, sull'accentuazione della frattura cognitiva e nell'aumentare l'auto-efficacia, mentre nella fase di preparazione occorrerà indicare un metodo personalizzato da adottare. Se il soggetto è pronto

all'azione non esitare invece a definire obiettivi minimi, una data di inizio e specifiche prescrizioni .  
Concludere facendo una sintesi dei punti importanti del colloquio e definendo un obiettivo per il prossimo incontro (o in relazione all'invio ad un centro)

### Abitudini alimentari

L'efficacia del counselling dietetico nel modificare le abitudini alimentari è stata osservata in diversi studi clinici. Studi randomizzati controllati hanno dimostrato che è in grado di ridurre i livelli plasmatici di colesterolo sia nei pazienti ipercolesterolemici sia nei loro familiari, e che un rinforzo regolare dell'informazione è in grado di aumentare la compliance a tali raccomandazioni dietetiche. Nella maggior parte degli studi a dare consigli era un infermiere, un nutrizionista, un dietista, un educatore sanitario o uno psicologo. La distribuzione di materiale informativo nelle strutture ambulatoriali è stata efficace nel diminuire i consumi di grassi con la dieta.

Altre misure in grado di aumentare l'adesione ad una dieta povera di grassi comprendono la definizione di limiti stretti al consumo di grassi, controlli frequenti (per esempio, mensili), il coinvolgimento della famiglia negli incontri di consulenza nutrizionale, e riunioni di gruppo.

Un intervento di counselling breve (3-5 minuti) è stato rivolto a 145 pazienti con BMI  $\geq 27$ , presentatisi nell'ambulatorio di 10 Medici di Medicina Generale ( 2002-2003) di Cesena per un follow-up mediano di 9 mesi. Il 71% dei pazienti sottoposti a counselling ha aderito al progetto (103 pz.); in questi si è rilevato un significativo cambiamento dello stato motivazionale (gli attivi sono passati dal 19.8% al 34%) ed un incremento dell'attività fisica praticata nel 64% dei casi; sono diminuiti significativamente BMI e circonferenza addominale (Bertozzi, 2004).

Importanti e documentate Linee Guida relative alla lotta all'obesità che hanno preso in considerazione indicazioni su interventi sia per la dieta sia per l'attività fisica sono state sviluppate dal WHO, a partire dalla risoluzione Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (WHO, 2004).

Linee guida per un'alimentazione che riduca il rischio di neoplasie sono state pubblicate in Gran Bretagna (NICE, 2006), così come negli Stati Uniti, in Australia, Nuova Zelanda, Canada e nella stessa Unione Europea.

Infine da ricordare le Linee guida per una sana alimentazione italiana dell' Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN, 2003) [http://www.inran.it/648/linee\\_guida.html](http://www.inran.it/648/linee_guida.html).

## Attività fisica

In Italia, dai 35 anni in poi, per entrambi i sessi, i livelli di attività sportiva di tipo regolare si riducono progressivamente con l'aumentare dell'età, fino a raggiungere circa il 3% tra gli anziani di 65 anni e più (4,2 % per i maschi e 2,1 % per le femmine). Gli anziani, oltre al regolare svolgimento delle abituali attività quotidiane, dovrebbero svolgere attività fisica aerobica di intensità moderata per almeno 30 minuti, 5 giorni la settimana, o di intensità vigorosa per almeno 20 minuti, 3 giorni la settimana. Almeno 2 volte a settimana, in giorni non consecutivi gli anziani dovrebbero svolgere attività di rafforzamento muscolare usando i muscoli principali per mantenere o aumentare la forza e la resistenza muscolare (NIIEbP, 2011).

Gli anziani con una o più patologie croniche, per le quali l'attività fisica ha una funzione terapeutica, oltre che preventiva, dovrebbero svolgere attività fisica secondo le modalità che garantiscono un miglioramento efficace e sicuro.

Per diminuire il numero di sedentari, gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado di identificare i livelli di attività fisica praticati da ogni individuo e quindi proporre interventi differenziati in base a età, sesso e comorbilità presente. Per diminuire il numero di sedentari tra le persone inattive e che non hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei successivi 6 mesi, l'intervento dovrebbe prevedere **la diffusione di informazioni** e dati sui benefici derivanti dall'esercizio fisico come prevenzione e come integrazione delle cure. Le informazioni dovrebbero essere focalizzate sul **fatto che potranno migliorare la qualità di vita e vivere più a lungo in modo indipendente o senza correre il rischio di cadute**. Sulle persone inattive ma **che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi**, dovrebbero includere la diffusione di informazioni sui vari aspetti del camminare nella vita quotidiana (usare le scale, camminare per andare a messa o a fare spese) e sui modi per garantire la massima sicurezza durante queste attività:

- su tutti i possibili modi di fare attività fisica (esercizi, cammino con una certa velocità, fare le scale, ecc.)
- sui possibili modi per svolgere un programma efficace e sicuro di esercizi a casa (stretching, attività motorie, utilizzo di attrezzi specifici).

Sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero prevedere la diffusione di informazioni sulle modalità di camminare e sui modi per svolgere queste attività in maniera sicura, sottolineando i risultati positivi dei programmi di cammino e proponendo anche **metodi di autovalutazione** (pedometri e misurazione del peso corporeo). Aiutare a stabilire obiettivi a breve-termine, enfatizzare i piccoli, specifici e realistici

risultati (camminerò almeno 30 minuti al giorno per 5 giorni a settimana)

### Misurare la motivazione al cambiamento

Per quanto attiene alla misurazione della motivazione al cambiamento molti sono gli strumenti che sono stati approntati. In particolare Spiller, Guelfi e Scaglia (1994) hanno sviluppato una versione italiana del “readiness to change” questionnaire di Rollnick S. et al (1992): MAC, in differenti specifiche versioni applicative (alcol, eroina, fumo etc). Successivamente (Vanzo et al. 2008), sono stati approntati una serie di nuovi strumenti dedicati alla Valutazione della Motivazione al Cambiamento riguardo all'alimentazione sana (EMME 3 AL) ed all'attività fisica (EMME 3 AF). Si tratta di questionari ritratti e scale di misurazione (VMC – AL/AF) costituite da 6 domande alle quali si risponde su scala analogica centesimale, valutando i seguenti fattori motivazionali: 1)tentazione, 2)frattura interiore, 3)importanza, 4)disponibilità al cambiamento, 5)autoefficacia, 6) stabilizzazione.

Al crescere del punteggio della disponibilità al cambiamento cresce proporzionalmente anche il punteggio dell'autoefficacia (massima nello stadio d'azione). La percezione della frattura interiore è inoltre essenziale per motivare al cambiamento, essa si presenta al massimo grado nello stadio della Determinazione.

### **Bibliografia**

- 1) Albrecht G, Freeman S, Higginbotham N (1998) Complexity and human health: the case for a transdisciplinary paradigm. *Cult Med Psychiatry*. 1998 Mar;22(1):55-92.
- 2) Amato L, Mitrova Z, Davoli M (2010) Sintesi delle revisioni sistematiche Cochrane sull'efficacia degli interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco. *Drug and Alcohol Review* 29:304–317. 2010.
- 3) Atti della II Conferenza governativa sull'amianto e le patologie asbesto-correlate (2012) Venezia, Fondazione Cini, 22-24 novembre 2012 [http://www.conferenzagovernativaamianto.it/wp-content/uploads/2013/09/II\\_conferenza\\_Amianto\\_2012.pdf](http://www.conferenzagovernativaamianto.it/wp-content/uploads/2013/09/II_conferenza_Amianto_2012.pdf)
- 4) Bandura A (1992) Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (a cura di), *Self efficacy: Thought control of action*. Washington, DC, Hemisphere: 355-394, 1992.
- 5) Bertalanffy, L von (1968), *General system theory*, New York 1968 (tr. it.:Teoria generale dei sistemi, Milano 1973).
- 6) Bertozzi N. et al. (2004) Promoting physical activity in overweight and obese patients: counseling in primary care from Italy (Cesena, 2002—2003) *Ann Ig*. 2004 Nov-Dec;16(6):745-51.
- 7) Miller WR (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172. doi: 10.1017/S0141347300006583
- 8) Miller WR, Rollnick S. (1994) *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*. Trento: Erickson; 1994.

- 9) Ministero della Salute (2012). Stato dell'arte e prospettive in materia di contrasto alle patologie asbesto-correlate. Quaderni del Min. della salute n.15, maggio-giugno 2012
- 10) Network Italiano Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica (NIIeBP) SNLG. Linea Guida Prevenzione. Raccomandazioni 91 (2011)
- 11) NICE (2006) Obesity. Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children, 2006
- 12) Pearce N.(1989) Analytical implications of epidemiological concepts of interaction. Int J Epidemiol. Dec;18(4):976-80. 1989.
- 15) Prochaska JO, DiClemente C C (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, Vol 19(3), 1982, 276-288. doi:[10.1037/h0088437](https://doi.org/10.1037/h0088437)
- 16) Rollnick S et al. (1992) Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. British Journal of Addiction 87, 743-754.
- 17) Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C (2014). Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello transteorico di Di Clemente e Prochaska. Torino: Regione Piemonte - Ass. alla Tutela della Salute e della Sanità. Quaderni del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute. Seconda Edizione 2014. [http://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni\\_quaderno.pdf](http://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf)
- 18) Rogers CA (1986). Carl Rogers on the Development of the Person-Centered Approach. *Person-Centered Review*, 1(3), 257-259. trad it. *La terapia centrata sul cliente*, Firenze, Martinelli, 1994.
- 19) Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988 Summer;15(2):175-83.
- 20) Spiller V, Scaglia M, Guelfi GP (1994): "Esperienze italiane con il Readiness to change questionnaire (R.T.C.Q.). In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, Il Vaso di Pandora II, 4, 1994, pp. 69-92.
- 21) Vanzo A, Meneghini S, Scaglia M, Spiller V (2008) Valutare la motivazione al cambiamento verso abitudini alimentari corrette e una regolare attività fisica. Validazione di due set di strumenti. Atti del XVIII Congresso nazionale ADI, Genova 5-8 novembre 2008.
- 22) WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health promotion. Ottawa, 21 November 1986. (WHO/HPR/HEP/95.1)
- 23) WHO (2004) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.
- 23) ISS – OSSFAD (2002) Linee guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2002.

## 2.5 EVIDENZE SCIENTIFICHE SULL'EFFICACIA DEL COUNSELLING NEL TRATTAMENTO ANTITABAGICO

### Laura Amato

Per rispondere alla domanda che ci era stata posta, prima di tutto è stata ricercata una definizione "ufficiale" del termine counselling che è stato così definito: *"il counselling è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; esso coinvolge un "cliente" e un "counsellor": il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida."*

Per valutare le prove esistenti circa l'efficacia del counselling per il trattamento del tabagismo, è stato sviluppato un PICO, sono stati cioè definiti a priori il tipo di Partecipanti, l'Intervento che si voleva studiare, il o i Confronti con cui tale intervento doveva essere paragonato e le Misure di esito (Outcome) da considerare:

Partecipanti = persone che fumano tabacco

Intervento =Counselling individuale o di gruppo

Confronti = altri interventi psicologici; terapie farmacologiche; nessun trattamento

Outcome (Esiti) = Cessazione dell'abitudine al fumo (follow up di durata variabile da 3 a 24 mesi)

E' stata quindi effettuata una ricerca sistematica della letteratura sulle principali banche date elettroniche. Sono stati individuati fino al 2014: N= 3313 articoli in PubMed e 33 Revisioni sistematiche Cochrane.

La Collaborazione Cochrane, un'organizzazione internazionale no-profit, è stata fondata nel 1992 nel Regno Unito, con l'obiettivo di produrre, aggiornare e diffondere revisioni sistematiche della letteratura scientifica nei diversi ambiti dell'assistenza sanitaria. La Collaborazione si è poi diffusa, coinvolgendo ricercatori, clinici e pazienti di paesi diversi, che collaborano alla conduzione delle revisioni.

Lo scopo principale delle revisioni sistematiche della letteratura scientifica è di fornire informazioni circa le prove di efficacia dei trattamenti.

Gli elementi cardine di queste revisioni sono:

-L'eshaustività della ricerca della letteratura

-La metodologia rigorosa attraverso cui sono condotte.

Le revisioni sistematiche hanno proprio l'obiettivo di analizzare e sintetizzare i risultati degli studi randomizzati controllati relativi al trattamento in studio.

Per questi motivi abbiamo deciso di limitare la selezione a queste revisioni.

Dopo la lettura degli abstract, abbiamo individuato 8 revisioni che rispondevano al nostro quesito, nella tabella sottostante il titolo delle revisioni, il numero di studi primari inclusi in ciascuna di esse e la data di pubblicazione.

<b>Titolo della Revisione Cochrane</b>	<b>Numero studi Inclusi</b>	<b>Data di pubblicazione</b>
Individual behavioural counselling for smoking cessation	30	2005
Workplace interventions for smoking cessation	57 (16 counselling)	2014
Telephone counselling for smoking cessation	77	2013
Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy	86	2013
Interventions for smoking cessation in hospitalized patients	50	2012
Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation	2	2004
Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation	38	2012
Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation	41	2012

Per quanto attiene all'efficacia del counselling per il trattamento del tabagismo i risultati dimostrano che il counselling individuale nel confronto con un intervento comportamentale "minimo" è più efficace di quest'ultimo RR 1,39 (95% IC 1,24 a 1,57), mentre non si notano differenze significative nei confronti tra counselling intensivo e counselling breve o tra diversi approcci di counselling.

Gli interventi di counselling sui luoghi di lavoro, telefonici, con i pazienti ospedalizzati, per il personale delle farmacie, le donne gravide in associazione o meno ai trattamenti farmacologici sono tutti risultati efficaci.

Le prove quindi sono fortemente a favore dell'intervento di counselling che andrebbe implementato.

Sorgono così due dubbi, il primo riguarda l'utilità di continuare a disegnare e pubblicare studi sull'efficacia del counselling quando questa è già fortemente dimostrata. Sorge il dubbio che in questo, come purtroppo in altri casi, gli studi vengano pubblicati perché sono utili ai ricercatori piuttosto che ai clinici, pazienti e decisori istituzionali.

Il secondo dubbio è quello più rilevante in un'ottica di salute pubblica, è perché se un trattamento è efficace e relativamente poco costoso esso non venga proposto e diffuso e si preferiscano interventi meno testati e spesso più costosi.

## 2.6 I BISOGNI DEGLI EX ESPOSTI PROFESSIONALI AD AMIANTO

**Giuseppe Cimaglia**

I bisogni degli ex esposti professionali all'inalazione di fibre di amianto, per chi come me, ha passato la propria vita professionale all'interno dell'INAIL, sono rappresentati anche dalla conoscenza della tutela assicurativa obbligatoria.

Come primo approccio è necessario conoscere le dimensioni della platea degli interessati; si ha notizia solo di coloro che, in conseguenza della legge 257/92, hanno presentato domanda per il riconoscimento dei benefici previdenziali: si tratta di oltre mezzo milione di lavoratori. Il numero è, però, sottostimato perché non ricomprende coloro che, pur esposti, non lo sono stati per almeno dieci anni, oppure che, all'epoca della promulgazione della legge, erano già pensionati.

Altro aspetto da considerare sono i dati statistici INAIL sulle patologie asbesto correlate che sono state denunciate negli ultimi anni. Complessivamente sono circa 2.300 ogni anno e comprendono, in buona sostanza, le placche pleuriche, i mesoteliomi, i carcinomi del polmone e l'asbestosi. Tenuto conto del lungo periodo di tempo che, di solito, intercorre tra l'inizio dell'esposizione e la manifestazione delle malattie e del tempo trascorso dal varo della legge che vieta l'uso e la lavorazione dell'amianto, si stima che si avrà una diminuzione del numero di tali patologie non prima del 2020/2025.

È importante ricordare che negli ultimi 20/25 anni la tutela assicurativa Inail è andata incontro ad una serie di sostanziali modifiche che hanno consentito la tutela alle altre malattie, oltre l'asbestosi, tutelata già con legge del 1943, ma con decorrenza 1° gennaio 1934.

In realtà fino al 1988 vigeva il sistema tabellare "chiuso" che consentiva il riconoscimento solo alle malattie inserite nella tabella di legge. Di fatto era riconosciuta solo l'asbestosi. Il sistema "misto", introdotto con la sentenza della Corte Costituzionale n°179/1988, ha consentito il riconoscimento anche delle malattie non presenti nella tabella di legge purchè con onere della prova del nesso causale a carico del lavoratore.

Solo nel 1994, col DPR 336, la rivisitazione della tabella di legge ha consentito l'inserimento del mesotelioma e del carcinoma del polmone che in precedenza (dal 1975) potevano essere tutelati solo in presenza di asbestosi.

Altro momento importante per la tutela di alcune patologie, quali le placche pleuriche, è stato il decreto legislativo 38/2000 che ha introdotto il danno biologico.

In precedenza veniva indennizzata la perdita dell'attitudine al lavoro intesa come capacità biologica di produrre reddito, mentre, col citato decreto, l'oggetto della tutela è diventata la lesione dell'integrità psicofisica. Di conseguenza le placche pleuriche, che di solito non determinano una compromissione della funzione respiratoria, non comportavano una riduzione dell'attitudine al lavoro; per contro la presenza di ispessimenti della pleura comportano sempre una "lesione dell'integrità fisica valutabile medico legalmente", ossia un danno biologico.

È interessante conoscere anche l'evoluzione che ha subito la tutela assicurativa dell'asbestosi partendo dalla legge 455/1943 che prevedeva una diagnosi di legge ed una franchigia del 32%. La diagnosi di legge prevedeva le caratteristiche che il quadro morboso doveva avere perché si potesse far diagnosi di asbestosi; in assenza di tutte le caratteristiche previste nella legge non si poteva ammettere a tutela il quadro morboso come asbestosi.

Solo nel 1965 col DPR 1124 (il vigente testo unico), fu mitigata la tassatività della diagnosi introducendo, nell'art. 143, la locuzione "ma non esclusivamente" che ampliava e rendeva meno rigide le caratteristiche cliniche previste dall'articolo sopra ricordato. In tale decreto fu introdotta anche una tabella che indicava la lavorazioni morbigene (all. 8).

Altro momento importante nell'evoluzione della tutela è stata la legge 780/75 che ha introdotto una serie di importanti modifiche. In particolare ha abolito il nesso di causalità tra l'esercizio dei lavori e l'insorgenza della malattia: in altre parole è sufficiente che il lavoratore sia stato addetto ai lavori previsti dalla tabella allegato 8 perché ci sia presunzione di origine professionale dell'asbestosi. Inoltre, nella valutazione del danno erano ricomprese anche le forme morbose associate dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio, e veniva abrogato l'articolo 143. Quest'ultimo provvedimento, oltre a restituire al medico la podestà di diagnosi, diventava necessario per rendere coerente un quadro clinico importante, quale quello previsto dall'articolo di legge con la diminuzione della franchigia che già dal 1956 era scesa al 20% e che, nel 1981, la corte costituzionale aveva ricondotto al 10%.

Con l'evoluzione che è stata sinteticamente esposta, oggi possiamo dire che le patologie asbesto correlate sono tutte passibili di tutela assicurativa. È importante anche sottolineare che la ricerca scientifica, l'evoluzione dei mezzi diagnostici e le indagini epidemiologiche consentono di ampliare sempre più l'elenco delle patologie tumorali e non, che sono correlate all'inalazione di fibre di asbesto.

## 2.7 BENEFICI PREVIDENZIALI E LIVELLI DI ESPOSIZIONE PER I LAVORATORI DELL'AMIANTO

**Fulvio d'Orsi**

L'art. 13 della L. 257/92, ha introdotto per i lavoratori dipendenti a cui sia stata accertata una malattia professionale causata dall'esposizione all'amianto, e per i lavoratori dipendenti di imprese interessate a processi di ristrutturazione e riconversione a seguito della dismissione dell'amianto, un beneficio di natura previdenziale in base al quale gli anni di contribuzione obbligatoria relativa ai periodi di prestazione lavorativa connessi all'esposizione ad amianto sono moltiplicati per il coefficiente di 1,5, ai fini delle prestazioni pensionistiche.

Successivamente la L. 271/93 (conversione in legge del D.L. 5.6.1993 n. 1993 *"Disposizioni urgenti per i lavoratori del settore dell'amianto"*) ha esteso tale beneficio a tutti i lavoratori comunque esposti all'amianto e soggetti all'assicurazione INAIL, in base al periodo di provata esposizione.

Tale beneficio pertanto ha riguardato, fino alle modifiche normative intervenute nel 2003:

- i lavoratori delle miniere e delle cave di amianto, relativamente ai periodi in cui hanno svolto tale attività lavorativa (art. 13, comma 6 della L. 257/92);
- i lavoratori che avevano contratto malattie professionali a causa dell'esposizione ad amianto, documentate dall'INAIL, relativamente ai periodi di effettiva esposizione ad amianto (art. 13, comma 7);
- i lavoratori che erano stati esposti all'amianto per un periodo superiore a 10 anni, relativamente all'intero periodo lavorativo soggetto all'assicurazione obbligatoria contro l'asbestosi (art. 13, comma 8).

Quest'ultimo punto è stato senza dubbio quello che ha generato, in fase di concreta attuazione, le maggiori controversie. Infatti, l'INAIL, chiamata a verificare per conto dell'INPS la sussistenza dei requisiti previsti dalla norma, non ha potuto limitarsi a legare il riconoscimento dell'esposizione alla constatazione dell'avvenuto pagamento del premio assicurativo. Questo sia per l'esistenza di situazioni di evasione ovvero, al contrario, di imposizione non dovuta, sia soprattutto perché i criteri di valutazione adottati in passato dallo stesso istituto per attribuire alle imprese l'obbligo dell'assicurazione contro l'asbestosi, erano meno rigorosi e facilmente potevano aver escluso lavoratori oggi considerati esposti.

Infatti quando l'azienda aveva pagato, per il lavoratore, il premio supplementare per asbestosi, era sufficiente una dichiarazione dell'azienda stessa per documentare i requisiti necessari per l'accesso al beneficio. In tutti gli altri casi (che sono la maggioranza) la pratica veniva invece trasmessa alla Consulenza Tecnica Accertamento Rischi Professionali e Prevenzione (CONTARP)

dell'INAIL che avviava un'istruttoria tecnica al fine di definire i livelli di esposizione ad amianto nelle mansioni dichiarate dal lavoratore e attestate nei curricula rilasciati dalle aziende.

Il criterio adottato, validato dal Ministero del Lavoro, (il cosiddetto criterio "ante 2003") è stato quello di riconoscere l'esposizione ad amianto per tutti i lavoratori che si trovavano in una delle seguenti condizioni:

- avevano svolto attività che comportavano l'impiego di amianto come materia prima (produzione di manufatti contenenti amianto, posa in opera di coibentazioni, demolizione di coibentazioni);
- avevano svolto attività diverse, nelle quali si potesse orientativamente ritenere che l'esposizione fosse superiore al valore di 100 fibre per litro come valore medio su otto ore giornaliere.

L'indicazione del valore limite di 100 fibre per litro è stata mutuata dall'art. 24, comma 3 del D.Lgs. 277/91, allora in vigore. Tale valore indicava infatti la soglia al di sopra della quale scattava l'obbligo di adottare specifiche misure di tutela per i lavoratori e rappresentava anche il criterio adottato dall'INAIL per esigere il premio assicurativo.

Con riferimento ad alcune specifiche realtà aziendali, negli anni 2000-2001, su questa base il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ha emesso atti di indirizzo nei quali sono contenuti gli elementi utili alla certificazione della esposizione all'amianto, identificando, per una specifica impresa, le mansioni lavorative a cui dovesse essere riconosciuto il beneficio pensionistico. Complessivamente sono stati emanati 100 atti di indirizzo, di cui 12 nel 2000 e 88 nel 2001, che hanno riguardato circa 130 aziende principalmente nel settore delle costruzioni ferroviarie, delle acciaierie, delle centrali termoelettriche, dei cantieri navali, dei lavori di carico e scarico nei porti.

A partire dal 2003 ci sono stati ulteriori interventi normativi (L. 24 novembre 2003 n. 326, L. 24 dicembre 2003 n. 350, Decreto Interministeriale 27 ottobre 2004) che hanno esteso i benefici previdenziali anche ai lavoratori con periodi di esposizione in attività non soggette alla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, riducendo tuttavia i benefici e limitando il criterio di riconoscimento (cosiddetto criterio post 2003), cosicché si sono venuti a creare due distinti regimi.

In questi casi, infatti, il coefficiente di moltiplicazione dei periodi contributivi è pari all'1,25 ed è utile solo ai fini dell'importo della pensione e non ai fini del raggiungimento della anzianità pensionabile. Inoltre il beneficio può essere concesso solo ai lavoratori, che (fermo restando l'esposizione per almeno 10 anni ad una concentrazione media annua non inferiore a 100 fibre/litro come valore medio su otto ore al giorno), erano addetti alle seguenti attività lavorative:

- a) coltivazione, estrazione o trattamento di minerali amiantiferi;
- b) produzione di manufatti contenenti amianto;
- c) fornitura a misura, preparazione, posa in opera o installazione di isolamenti o di manufatti contenenti amianto;
- d) coibentazione con amianto, decoibentazione o bonifica da amianto, di strutture, impianti, edifici o macchinari;
- e) demolizione, manutenzione, riparazione, revisione, collaudo di strutture, impianti, edifici o macchinari contenenti amianto;
- f) movimentazione, manipolazione ed utilizzo di amianto o di manufatti contenenti amianto; distruzione, sagomatura e taglio di manufatti contenenti amianto;
- g) raccolta, trasporto, stoccaggio e messa a discarica di rifiuti contenenti amianto.

La tab. 1 sintetizza le caratteristiche del beneficio previdenziale e le condizioni per la concessione, per le diverse categorie di lavoratori interessati.

Anche in base alle suddette disposizioni normative il criterio di una soglia di accesso rappresentato da un'esposizione ultradecennale ad almeno 100 fibre per litro si è ormai consolidato. In ogni caso, con il Decreto Interministeriale 27 ottobre 2004, il termine ultimo per la presentazione della domanda è stato fissato per tutti al 15 giugno 2005, mentre il periodo lavorativo che può essere oggetto di valutazione arriva al massimo al 2 ottobre 2003. Il DM 12 marzo 2008 ha comunque concesso la possibilità di riesame delle domande per il riconoscimento dell'esposizione all'amianto presentate entro il 15 giugno 2005 dai lavoratori delle aziende interessate dagli atti di indirizzo adottati dal Ministero del lavoro, ai fini del riconoscimento di periodi di esposizione successivi all'anno 1992, fino all'avvio dell'azione di bonifica e, comunque, non oltre il 2 ottobre 2003, a condizione che non fossero titolari di trattamento pensionistico con decorrenza anteriore al 1.1.2008. Tali lavoratori potevano presentare istanza di riesame all'INAIL entro e non oltre l'11 maggio 2009. Nessuna scadenza è invece prevista per i lavoratori a cui venga riconosciuta una malattia professionale causata dall'esposizione ad amianto.

Per la stima del livello di esposizione sono oggi disponibili alcune banche dati di cui le più importanti sono il database "Amyant" realizzato dall'INAIL sulla base della cospicua mole di dati raccolti e del lavoro di ricostruzione dell'esposizione operato proprio al fine del riconoscimento dei benefici previdenziali e la più ampia banca dati francese "Evalutil" realizzata dall'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED) francese, che riguarda anche fibre ceramiche refrattarie e fibre minerali artificiali.

In linea generale, secondo le suddette banche dati, il superamento del valore di esposizione di 100 f/l si considera verificato nelle attività produttive che utilizzavano amianto come materia prima, in alcuni settori di impiego di manufatti di amianto, negli interventi manutentivi e riparativi di carrozze ferroviarie, navi, ecc. Per quanto riguarda le situazioni in cui il rischio amianto è dovuto alla presenza di tale materiale nelle strutture edilizie o negli impianti industriali, si può ipotizzare il superamento del valore di 100 f/l solo per gli addetti ad interventi di bonifica o di scoibentazione anche limitata e parziale.

La tab. 2 riporta a fini orientativi un criterio generale di riferimento coerente con i risultati delle suddette banche dati.

Tab. 1

Benefici previdenziali per i lavoratori dell'amianto

Lavoratori interessati	Disciplina normativa	Tipo di beneficio	Certificazione dell'esposizione	Termine di scadenza per la presentazione della domanda	Termine ultimo per la maturazione del diritto	Criterio per il riconoscimento
Lavoratori con periodi di esposizione ultradecennale all'amianto soggetti all'assicurazione INAIL	Legge n. 257 del 1992, art. 13 comma 8 e successive modifiche e integrazioni	Coefficiente moltiplicativo di 1,5 del periodo di esposizione ultradecennale ai fini sia della determinazione dell'importo delle prestazioni pensionistiche, sia della maturazione del diritto di accesso	A cura dell'INAIL	15 giugno 2005	2 ottobre 2003.	Esposizione a una concentrazione media annua non inferiore a 100 f/l (media su otto ore) per almeno 10 anni
Lavoratori con periodi di esposizione ultradecennale all'amianto non soggetti all'assicurazione INAIL	Legge n. 326/2003; art. 47 Legge n. 350/2003; art. 3, comma 132, D.l. 27 ottobre 2004	Coefficiente moltiplicativo di 1,25 del periodo di esposizione solo ai fini della determinazione dell'importo delle prestazioni pensionistiche e non anche della maturazione del diritto di accesso	A cura dell'INAIL	15 giugno 2005	2 ottobre 2003.	Esposizione a una concentrazione media annua non inferiore a 100 f/l (media su otto ore) per almeno 10 anni
Lavoratori marittimi	Legge n. 326/2003; art. 47 Legge n. 350/2003; art. 3, comma 132, Decreto interministeriale del 27 ottobre 2004	Coefficiente moltiplicativo di 1,25 del periodo di esposizione solo ai fini della determinazione dell'importo delle prestazioni pensionistiche e non anche della maturazione del diritto di accesso	A cura dell'IPSEMA* per gli addetti alla navigazione ed alla pesca marittima, nonché dei radiotelegrafisti di bordo non assunti direttamente dagli armatori. A cura dell'INAIL per gli addetti alla navigazione lagunare, lacuale e fluviale e	15 giugno 2005	2 ottobre 2003.	almeno 10 anni limitatamente alle attività lavorative indicate dal D.l. 27/10/2004

	Legge Finanziaria 2006, art. 1, comma 567		i pescatori associati e autonomi addetti alla piccola pesca (natanti fino a 10 ton di stazza lorda)			
Lavoratori affetti da malattia professionale causata dalla esposizione all'amianto	Legge n. 257 del 1992, art. 13 comma 7 e successive modifiche e integrazioni	Coefficiente moltiplicativo di 1,5 del numero di settimane coperto da contribuzione obbligatoria relativa a periodi di prestazione lavorativa per i quali sia provata l'esposizione all'amianto	A cura dell'INAIL	Senza scadenza	Senza scadenza	Accertamento della malattia professionale

\*attualmente confluito in INAIL

Tab. 2

Griglia di valutazione orientativa della progressa esposizione lavorativa ad amianto

TIPO DI ATTIVITA' LAVORATIVA	MANSIONI CON ESPOSIZIONE ELEVATA  (verosimilmente > 100 f/l)	MANSIONI CON ESPOSIZIONE BASSA  (livello da verificare caso per caso)	MANSIONI CON ESPOSIZIONE BASSISSIMA O NON ESPOSTI  (verosimilmente < 100 f/l)
<p>Utilizzo di amianto come materia prima nei processi produttivi  (es. estrazione minerale, produzione manufatti in cemento-amianto, ecc.)</p> <p><i>Fino al 1992 max</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Addetti all'estrazione di amianto</li> <li>• Addetti alla produzione di manufatti contenenti amianto</li> <li>• Addetti alla coibentazione</li> </ul>	<p>Altre mansioni svolte all'interno delle medesime aziende</p>	
<p>Utilizzo di manufatti contenenti amianto  (es. edilizia con materiali prefabbricati in cemento-amianto; cambio freni e frizioni, ecc.)</p> <p><i>Fino al 1994 max</i></p>	<p>Addetti alla messa in opera, rimozione, sostituzione manufatti contenenti amianto</p>	<p>Altre mansioni svolte all'interno degli stessi ambienti di lavoro</p>	<p>Altre mansioni svolte in ambienti di lavoro diversi nell'ambito delle medesime aziende</p>
<p>Varie attività nelle quali vi è presenza di amianto in edifici, impianti, mezzi di trasporto, macchine e attrezzature  (es. centrali elettriche, ferrovie, raffinerie, industria chimica, vetrerie,</p>	<p>AMIANTO IN MATRICE FRIABILE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Addetti a demolizione, bonifica, rimozione</li> <li>• Addetti alla manutenzione</li> <li>• Uso di nastri, corde, tele di amianto per attrezzi e macchinari <i>(fino al 1994 max)</i></li> </ul>	<p>AMIANTO IN MATRICE COMPATTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Addetti a demolizione, bonifica, rimozione</li> <li>• Addetti alla manutenzione</li> <li>• Uso di lastre e fogli di amianto in matrice resinosa per attrezzi e macchinari <i>(fino al 1994 max)</i></li> </ul>	<p>Lavoratori delle medesime aziende non addetti direttamente alle mansioni indicate</p>

navi, ecc.) <i>Fino ad oggi</i>		Conduzione di macchine e impianti, utilizzo di attrezzature contenenti elementi di amianto (pannelli, guarnizioni, rivestimenti, ecc.)	
Uso di DPI contenenti amianto <i>Fino 1992 max</i>	Uso quotidiano di indumenti protettivi (guanti, giacche, tute, grembiuli) (es. altoforno)	Uso quotidiano solo di guanti in amianto (es, saldatura)	Uso saltuario di DPI

Un aspetto di particolare rilevanza è rappresentato dall'esposizione dei lavoratori che hanno operato in edifici ed impianti industriali nei quali erano in opera materiali contenenti amianto nella struttura edilizia o negli impianti. L'importanza del problema è dato sia dall'elevatissimo numero di soggetti coinvolti, sia dal fatto che questo tipo di esposizione si è protratto ben oltre l'anno di cessazione dell'impiego dell'amianto (1994) perché i materiali edilizi contenenti amianto installati in passato sono rimasti in opera per molti anni e sono spesso tuttora presenti.

Per quanto riguarda i materiali friabili (rivestimenti di superfici con amianto floccato) esistono numerosissimi studi sulla concentrazione di fibre di amianto aerodisperse e tutti sono concordi nell'indicare che tale concentrazione generalmente non supera il valore di 0,001 f/ml (1 f/l) se i materiali vengono lasciati indisturbati. In un numero molto limitato di situazioni, sono state riscontrate concentrazioni più elevate, che in alcuni casi hanno raggiunto 0,01 f/ml (10 f/l), in relazione al grado di danneggiamento dei materiali friabili e alle attività svolte nello stabile.

In una pubblicazione dell'Health Effects Institute-Asbestos Research del 1992 vengono riportati i dati relativi a 198 edifici di diverso utilizzo (1377 campioni): tutti i dati di concentrazione risultano compresi tra 0,00004 e 0,00243 f/ml (0,04-2,43 f/l). Studi italiani effettuati da Marconi e coll. su edifici con amianto applicato a spruzzo nell'area romana riportano concentrazioni dell'ordine di 0,001 f/ml che, nei casi peggiori arrivano a 0,003 f/ml. Uno studio condotto in due edifici delle Poste Italiane, in aree dove i rivestimenti di amianto erano particolarmente degradati, riporta valori di concentrazione compresi tra 0,0025 e 0,0118 f/ml.

In tutte queste situazioni la determinazione della concentrazione di fibre aerodisperse (monitoraggio ambientale) dovrebbe essere effettuata con metodi in grado di discriminare le fibre di amianto (microscopia elettronica a scansione -SEM- o a trasmissione -TEM-) in quanto negli ambienti abitati sono abitualmente disperse fibre di natura organica ed inorganica (derivati dermici, cellulosa, fibre tessili, ecc.) che, ad un'analisi condotta in microscopia ottica a contrasto di fase (MOCF) possono essere conteggiate come fibre di amianto, quando presentano le medesime caratteristiche dimensionali. In altri termini, le indagini effettuate con la MOCF forniscono in genere risultati sopravvalutati.

Il personale che opera in edifici con materiali di amianto, può essere classificato in 5 diverse categorie, in relazione all'attività svolta e alla conseguente esposizione ad amianto.

1)**Occupanti generici** che trascorrono tempo nell'edificio senza svolgere attività che possono interessare direttamente i materiali di amianto

2)**Personale di custodia** che svolge attività di pulizia che possono determinare concentrazioni più elevate di fibre di amianto

3)**Personale di manutenzione** che svolge attività che possono disturbare o danneggiare i materiali di amianto

4)**Personale delle imprese di bonifica** che effettuano interventi di rimozione generali o parziali dell'amianto

5)Personale che può intervenire nell'edificio in situazioni di **emergenza** (es. incendio) in presenza di concentrazioni di fibre di amianto non conoscibili e sicuramente elevate.

Il personale della prima categoria è esposto ai livelli di concentrazione già descritti rilevati all'interno degli edifici. Si mette fin d'ora in evidenza che tutta la letteratura scientifica nazionale e internazionale è concorde nell'indicare, per tale personale livelli di esposizione ad amianto inferiori di circa 100 volte ai valori di riferimento indicati nel quesito al CTU e che in alcune situazioni particolari (materiali molto degradati, interventi di disturbi dell'amianto in atto) possono al massimo arrivare a valori di 10 volte inferiori.

Il personale della seconda e della terza categoria può essere esposto a concentrazioni decisamente più elevate, che, se vengono adottate corrette procedure operative, possono essere contenute entro il valore di 0,1 f/ml, ma in situazioni di picco possono raggiungere per brevi periodi livelli di 10 f/ml.

L'attività del personale della quarta e quinta categoria è causa di esposizioni professionali decisamente elevate che richiedono particolari misure protettive

Questi dati sono del resto concordi con quelli relativi agli studi effettuati dall'INAIL nei quali si conferma il superamento del livello di 0,1 f/ml solo nelle attività di bonifica o negli interventi manutentivi che comportano rimozioni parziali di amianto.

In sintesi, sulla base della revisione della letteratura scientifica, è possibile formulare le seguenti affermazioni.

- a. Negli edifici in cui sono in opera materiali di amianto friabile, gli occupanti generici, cioè coloro che non svolgono attività a contatto con l'amianto, sono esposti a livelli di concentrazione di fibre di amianto aerodisperse generalmente compresi tra 0,001 e 0,003 f/ml
- b. In situazioni in cui i materiali di amianto vengono disturbati o danneggiati si possono verificare livelli espositivi maggiori che tuttavia, per gli occupanti generici, non superano 0,01 f/ml
- c. Il personale di manutenzione che effettua attività a contatto con l'amianto (disturbando, danneggiando o rimuovendo il materiale) è esposto a livelli pari o superiori a 0,1 f/ml (media su 8 ore), con livelli di picco che per brevi periodi possono raggiungere 10 f/ml
- d. I predetti livelli di esposizione degli occupanti non variano anche quando in altre aree dell'edificio vengono effettuati interventi di bonifica, purchè gli stessi siano eseguiti in spazi confinati, conformemente alle disposizioni vigenti.

La situazione non cambia anche in ambienti di tipo industriale. Ad esempio, in aziende di tipo petrolchimico, nelle quali sono in opera tubazioni e serbatoi rivestiti in amianto, numerosi studi, raccolti e analizzati dall'INAIL, confermano il superamento del livello di 0,1 f/ml solo nelle attività di bonifica o negli interventi manutentivi che comportano rimozioni parziali di amianto (VERDEL, 1997).

In altri termini è un dato ormai consolidato, confermato dalla letteratura scientifica nazionale e internazionale, che tutti quei lavoratori che non manipolavano materiali di amianto, ma si trovavano semplicemente all'interno di ambienti in cui erano in opera tali materiali, (sia che si tratti di edifici, impianti industriali, treni, aerei o navi) erano esposti a concentrazioni di fibre di amianto inferiori di circa 100 volte ai valori di riferimento indicati nel quesito al CTU e che in alcune situazioni particolari (materiali molto degradati, interventi di disturbo dell'amianto in atto) potevano al massimo arrivare a valori di 10 volte inferiori (CAMILUCCI, 2000; CATASTA, 2000; HEIAR, 1991; HOWITT, 1993; MARCONI, 1993; PRESIDENZA CDM, 1999; RIPANUCCI, 2001; SCANCARELLO, 2005; TURI, 1993; VERDEL, 1997).

Livelli di esposizione ancora più bassi si rilevano per gli edifici in cui sono in opera coperture in cemento-amianto.

Le lastre piane o ondulate di cemento-amianto sono costituite da materiale non friabile che, se posto all'interno degli edifici, nuovo o in buono stato di conservazione non tende a liberare le fibre dalla matrice cementizia, a meno che non venga manomesso con strumenti meccanici. Tuttavia, il diffuso utilizzo di lastre in cemento -amianto come coperture dei capannoni presenti nella maggior parte delle zone industriali fa pensare che a distanza di molti anni dalla messa in posa dei suddetti materiali, si possa verificare dispersione di fibre di asbesto, sia a causa del naturale degrado della matrice cementizia dovuto a sbalzi termici ed erosione eolica, sia per fenomeni particolari (piogge acide), sia per interventi non adeguati di manutenzione.

Nel corso di questi anni pertanto sono stati effettuati numerosissimi studi per determinare la concentrazione di fibre di amianto aerodisperse all'interno di edifici in cui sono in opera coperture o altri materiali in cemento-amianto, sulla base dei quali si può considerare che l'ordine di grandezza di tale livello di esposizione è ormai del tutto accertato.

In una rassegna curata da Cecchetti e coll. nel 1990 determinazioni ambientali effettuate all'interno o in prossimità di edifici in cemento-amianto anche molto degradati dimostravano concentrazioni comprese tra 0,5 e 1 f/l.

Ripanucci e coll. hanno effettuato nel 2001 più di 350 campionamenti di fibre aerodisperse all'interno di capannoni industriali nei quali erano in opera coperture in cemento-amianto, in microscopia ottica ed elettronica, riscontrando come massimo valore di concentrazione di fibre di amianto 1,8 f/l.

In una ricerca più recente, Scancarelli e coll. hanno effettuato indagini su 10 capannoni industriali dell'area toscana. Le indagini sono state eseguite in microscopia elettronica a trasmissione (TEM), cioè con una tecnica altamente sofisticata che consente l'identificazione mineralogica delle fibre di amianto. Fibre di amianto aerodisperse sono state riscontrate in 7 capannoni su 10. La concentrazione media rilevata era di 0,14 f/l e il massimo valore misurato era 0,33 f/l.

La banca dati Amyant riporta un valore di esposizione di 3,7 f/l. Tale dato costituisce la media aritmetica di 202 campioni prelevati in 54 edifici prefabbricati in cemento amianto nell'anno 1995.

Pertanto gli studi citati, a conclusione di una lunga serie di osservazioni disponibili, consentono di affermare con assoluta certezza che la presenza di coperture in cemento-

amianto, anche a vista e seppure degradate, è causa di un'esposizione estremamente limitata, assimilabile al livello della popolazione generale, per la quale non si può nemmeno minimamente ipotizzare che si vengano a configurare in alcun caso le condizioni previste per la concessione dei benefici previdenziali.

## Bibliografia

1. Atti del Convegno "L'amianto dall'ambiente di lavoro all'ambiente di vita" Torino, 1996.
2. BALDACCONI A., E. MARCHESI: Sicurezza amianto: stato dell'arte e benefici previdenziali. ISL n. 3 marzo 2004.
3. BALDUCCI M., BARTOLI A., BARTOLI D., BROGELLI C., GIUSTI A., SABATINI M., SILVESTRI S.: *C'era una volta l'amianto*. Ed Regione Toscana Firenze. 1995
4. BOTTAZZI M.: La tutela degli esposti a cancerogeni professionali: gli aspetti previdenziali. Atti del Convegno Nazionale *La prevenzione del rischio cancerogeno nei luoghi di lavoro*. Pisa 20-22 feb 2003.
5. D'ORSI F.: "Amianto valutazione controllo bonifica. Manuale per la gestione del rischio" EPC Roma 2006.
6. D'ORSI F.: La valutazione del rischio di esposizione all'amianto in A. Messineo, G. Carlesi "Valutazione del rischio" EPC Roma, 1995.
7. D'ORSI F.: "Raccolta commentata per l'amianto. Disposizioni legislative – Guide tecniche". Be-Ma editrice. Milano, 1997 – 2003.
8. EU – Life Project: "European Conference on Asbestos Risks and Management" Roma, 4-6 dicembre 2006
9. FINNISH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH: *Asbestos, asbestosis and cancer. Proceedings of An international expert meeting. 20-22- jan 1997*. Research Reports n. 14 FIOH Helsinki, 1997.
10. INAIL: *Amyant, Banca dati sulle concentrazioni di fibre d'amianto negli ambienti di lavoro*, Roma , 1999 (Datamiant 2009 [www.iasci.it](http://www.iasci.it))
11. ISPED: Evalutil: base de données sur l'évaluation des expositions professionnelles aux fibres. Bordeaux ([http://etudes.isped.u-bordeaux2.fr/evalutil003/\(S\(stmzafec4tt2ooej40ax2dvh\)\)/accueil.aspx](http://etudes.isped.u-bordeaux2.fr/evalutil003/(S(stmzafec4tt2ooej40ax2dvh))/accueil.aspx))
12. ISPESL: *Registro Nazionale dei Mesoteliomi – Secondo rapporto*. Roma, ottobre 2006
13. MINOIA C., G. SCANSETTI, G. PIOLATTO, A. MASSOLA (a cura di): "L'amianto: dall'ambiente di lavoro all'ambiente di vita." Fondazione Salvatore Maugeri,, La Goliardica Pavese, Pavia, 1997.
14. PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI: *Atti della Conferenza Nazionale sull'Amianto*. Roma, 1-5 marzo 1999.
15. RIPANUCCI G., A. BERGAMASCHI, U. VERDEL: Dispersione nell'aria di fibre da coperture in cemento-amianto. Rivista degli infortuni e delle malattie professionali. N. 4-5 2001
16. SCANCARELLO G., B. BANCHI, L. BASTIANINI, P. NANNETTI, M. FANTACCI, E. MARIANELLI, G. BONCOMPAGNI: La copertura in cemento-amianto come fonte di contaminazione da fibre negli ambienti industriali e nelle abitazioni circostanti. Atti 11° Convegno di Igiene Industriale Le giornate di Corvara 2005

17. VERDEL U., G. RIPANUCCI: Valutazione dell'esposizione all'amianto ai fini dei benefici previdenziali Riv. Mal. Prof. 4-5, 419-429, 1996.
18. VERDEL U., A. IOTTI, G. CASTELLET Y BALLARÀ: Mappa storica dell'esposizione all'amianto nell'industria italiana. Riv. Mal. Prof. 3, 343-365, 1997.
- VISETTI A. Considerazioni statistiche sulla concentrazione di fibre d'amianto nelle diverse fasi e tipi di lavorazione. IV International Conference on Asbestos. Torino, 23-30 maggio 1980

---

<sup>i</sup> **Markowitz SB, Levin SM, Miller A, Morabia A. Asbestos, asbestosis, smoking, and lung cancer. New findings from the North American insulator cohort. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(1):90-6.**