

Area tematica 8 TABAGISMO TRATTAMENTO, COMORBILITÀ E RIDUZIONE DEL DANNO

8.1

TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA TABACCO: L'APPROCCIO DEL CENTRO ANTIFUMO DELLA ASL NAPOLI 3SUD

Perillo A.*^[1], Cassese F.^[1], Ambrosino M.^[1]

^[1]Centro Antifumo Pomigliano ASL Na 3Sud ~ Pomigliano d'Arco ~ Italy

Sottotitolo: In questo lavoro si desidera preliminarmente sensibilizzare i colleghi impegnati nella cura delle dipendenze patologiche a non dimenticare che anche il tabagismo è classificato come addiction, e dunque parte della clinica cui occuparsi, per poi presentare il modello in atto presso il Centro Antifumo dell'ASL NA3Sud. Si presentano i dati 2019.

Testo Abstract

“Il consumo di tabacco (tabagismo) rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Il fumo di tabacco, in particolare, è una causa nota o probabile di almeno 27 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive e altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie.”

Questo l'incipit della pagina web del Ministero della Salute dedicata all'argomento, esplicita e lapidaria presentazione che non lascia alcun margine di dubbio anche ai più scettici. Dato l'evidente e rilevante impatto clinico, è imprescindibile che il tabagismo debba essere considerato da ogni operatore sanitario

uno dei più importanti problemi di sanità pubblica, da dover affrontare in maniera radicale e senza ulteriori indugi, mettendo in campo tutte le azioni necessarie per attuare il più alto livello di implementazione possibile degli interventi. Seppur qualche passo in avanti è stato fatto in questa direzione dalle istituzioni sanitarie, ancora molto si deve fare per raggiungere un grado soddisfacente di prevenzione e cura del tabagismo.

In particolare quest'ultimo ambito, quello del trattamento, soffre la cronica mancanza di una sistematizzazione degli interventi tale da aver reso la cura di questa dipendenza spesso molto approssimativa, verosimilmente complice il diffuso disinteresse dei SerD per questo tema, Servizi che troppo spesso hanno lasciato ad altri l'opportunità di occuparsene. Di fatto, la maggior parte dei cosiddetti Centri Antifumo, hanno visto la luce presso le unità di pneumologia e/o di cardiologia ospedaliera, settori sanitari che trattando le malattie fumo correlate si sono spinti fino a promuovere modalità per la cessazione al fumo, essenzialmente basate su una prescrizione farmacologica e/o un approccio paternalistico, dimentichi del fatto il tabagismo è una delle tante forme di dipendenza patologica, e quindi da affrontare in questa chiave e nei Servizi preposti. Strutture pubbliche che purtroppo ancora sono latitanti su questa dipendenza patologica, nonostante le evidenze numeriche siano di gran lunga superiori ad ogni altra addiction, sia in termini di utenza che di mortalità: i fumatori sono mediamente il 22% della popolazione e i decessi attribuibili al fumo in Italia sono circa 85.000 ogni anno, il triplo di quelli attribuibili all'alcool e diciassette volte quelli attribuibili alle droghe. Ed ancora, nella classifica dei 10 principali fattori di rischio responsabili del carico di malattia e di morte prematura nei Paesi sviluppati, il fumo di tabacco si attesta al primo posto scavalcando anche l'ipertensione, spesso definita “la malattia del secolo”, senza parlare delle droghe illegali che in questa classifica conquistano solo l'ottava posizione.

Tutto ciò mette in luce un dato di realtà a nostro parere molto importante: sussiste una sproporzione, nella percezione comune così come nella politica sanitaria, dei danni provocati alla salute dalla droga rispetto a quelli del fumo. L'ovvia conseguenza è che gli investimenti, sia in termini economici che di impegno professionale, relegano il tabagismo a Cenerentola delle addiction. L'evidenza che il fumare sigarette in modo abituale comporti innanzitutto una problematica psicopatologica, prima che danni fumo correlati, lo sottolinea anche l'O.M.S. che già nel 1992, nella decima revisione dell'International Classification of Diseases (ICD-10 par. F-17), include la dipendenza da tabacco nella lista dei disturbi legati all'uso di sostanze farma-

cologiche definendo il tabacco una sostanza psicoattiva, al pari di tutte le altre sostanze d'abuso, seppur non comporta alterazioni mentali acute con perdita del controllo delle proprie azioni.

L'evidenza è che appare chiaro come il fumare si sostituisca, nel tempo, a funzioni estremamente variegata, implicando una serie di meccanismi chimici, emotivi e comportamentali tali da rendere altrettanto palese come il trattamento del tabagismo non possa essere affrontato semplicisticamente solo sul piano della disassuefazione da nicotina, bensì attraverso un approccio multidimensionale capace di svilupparsi in un percorso di crescita e di cambiamento radicale di stile di vita.

Di contro, l'offerta terapeutica alla quale si assiste spesso è limitata ad un mero approccio farmacologico, se non proprio semplicistica. Nel primo caso è molto frequente l'indicazione di sostituti nicotinici (NRT), in formulazione di gomme o cerotti, più raramente avviene la prescrizione di bupropione, una molecola altrimenti utilizzata come antidepressivo, negli ultimi anni l'utilizzo di vareniclina, e successivamente di citisina, agonisti parziali dei recettori nicotinici. Sull'altro versante, le proposte sono variegata e spaziano da prassi suggestive quali l'ipnosi, al metodo avversativo, basato sul tentativo di provocare repulsione al fumo di sigarette; dall'applicazioni di agrafe o magneti, alle metodiche agopunturali di una sola seduta.

Metodologie, tutte queste, che sicuramente possono essere considerate supporti nella terapia di disassuefazione, ma che si rivelano poco efficaci se non accompagnate da un percorso motivazionale e di sostegno psicologico. Nella pratica clinica risulta infatti evidente che i soli presidi non riescono a garantire, nella maggior parte dei casi, il mantenimento in "drug free" del paziente tabagista che, come ogni "drug addicted", ricade frequentemente nella sua dipendenza, a volte anche a distanza di anni. Così come la quasi totalità dei fumatori non mostra sintomi astinenziali da mancanza di nicotina, finanche nei primi giorni di astensione, mentre trova impegnativo fronteggiare, nei mesi successivi, il condizionamento psicologico, talora anche di tipo ambientale, strutturato in anni di abitudini da fumatore. Parafrasando Mark Twain, potremmo affermare che "non è difficile smettere di fumare", evento temporaneo raggiungibile in diversi modi, ma mantenere il risultato ottenuto. Obiettivo, questo, difficilmente perseguibile quanto più il frutto della cessazione è prodotto in maniera rapida e 'miracolista', risultato di una totale delega all'esterno piuttosto che attraverso un processo di presa di coscienza, della propria condizione di addiction, e di scelta consapevole e responsabile tesa verso un per-

corso evolutivo.

In buona sostanza si vuole qui affermare che pretendere di curare una dipendenza patologica, qualunque essa sia, ma in particolare il tabagismo, semplicemente attraverso la detossificazione dalla sostanza è un'impostazione terapeutica fallace e fallimentare innanzitutto perché riduttiva, incapace di guardare alla complessità del fenomeno, vantaggi secondari in primis. Chi, nel suo quotidiano professionale è coinvolto nel trattamento delle varie forme di addiction, ben sa come tali patologie coinvolgano diversi piani psico comportamentali e sociali (gestualità, ritualità, aspetti affettivi, psicodinamici, valenze relazionali etc.), relativi all'uso della sostanza e/o al comportamento d'abuso. Conferma di ciò è l'evidenza che nel lavoro clinico si assiste a patterns comportamentali quasi sovrapponibili dei pazienti che afferiscono a questi Servizi, qualsiasi sia la loro dipendenza, persino nelle addiction in cui non c'è assunzione di sostanze, come ad esempio il disturbo da gioco d'azzardo (DGA). La concreta disassuefazione dalla sigaretta è di fatto un'impresa ben laboriosa per il fumatore che sarà, tra l'altro, impegnato a percorrere la non piacevole strada dell'elaborazione del lutto per la separazione da una "compagna" con la quale ha condiviso molti anni della propria vita. Da qui la necessità di un approccio terapeutico che, lungi dall'essere riduttivamente centrato sull'evento, sia invece in grado di conoscere, promuovere e sostenere le tappe di un percorso di cambiamento.

Il Centro Antifumo dell'ASL NA 3Sud, attivo dal Novembre 2002, sin dai suoi esordi è stato proiettato verso una metodologia tesa a guidare il paziente tabagista in un percorso di consapevolezza della propria condizione di dipendenza ad andamento recidivante, utilizzando elettivamente un approccio di gruppo di tipo cognitivo comportamentale. I supporti farmacologici, i fitopreparati, l'agopuntura auricolare (acudetox) utilizzata in passato, sono stati introdotti con un ruolo di sostegno, importante ma efficace solo se considerato ed utilizzato all'interno di un approccio integrato al problema della dipendenza al fumo di sigaretta.

Seppur il paziente tabagista è solitamente preoccupato di non saper come affrontare i primi giorni di astensione dal fumo di sigaretta, per una supposta crisi astinenziale, nella realtà clinica si assiste invece alla difficoltà di costoro di adattarsi al cambiamento dello stile di vita, così come a quello relazionale, che si attestano su un'inevitabile maggiore assertività taciata spesso per 'nervosismo'. Si assiste così a frequenti ricadute associate a momenti conflittuali in ambito affettivo o lavorativo, le cui dinamiche spesso rivelano l'insidia dell'autosabotaggio. L'approccio di gruppo,

dove ognuno costituisce un potenziale Io ausiliario dell'altro, dà la possibilità di riflettersi in uno 'specchio' capace di rimandare un'immagine chiara e definita di queste dinamiche. Il gruppo, inoltre, facilita il superamento delle resistenze al trattamento della disassuefazione poiché il fumatore, entrando in relazione con l'altro portatore di una stessa identità e di uno stesso interesse, rende prevalente il senso di identificazione con lo scopo, il senso di reciprocità ed il mutuo sostegno, armi vincenti per affrontare quei meccanismi emotivi e comportamentali che invece rinforzano la dipendenza tabagica e ne favoriscono la ricaduta.

Punto fondamentale del protocollo citato è quello di far precedere al Percorso di gruppo un colloquio individuale di tipo motivazionale. Il colloquio clinico di presa in carico vede infatti la compilazione di una Cartella Clinica dedicata che, oltre a raccogliere gli specifici dati anamnestici, prevede una fase diagnostica attraverso la somministrazione di questionari dedicati (test di Fagerstrom, test di Horn, test motivazionale e Mondor test) utili ad instaurare la necessaria alleanza terapeutica e rinforzare la flebile motivazione con cui si presenta a consultazione il nostro paziente. Il test di Fagerstrom, che misura la dipendenza da nicotina, è ben noto e non ha bisogno di presentazioni. Il Mondor test e quello motivazionale indagano appunto quest'ultima area che, come è ovvio, necessita di essere valutata e rinforzata già durante questo primo approccio. Dedicheremo quindi uno spazio solo al test di Horn, un questionario che, attraverso 3 items per tema, indaga le aree comuni ad ogni fumatore: Abitudine, Stimolazione, Relax, Gestualità, Piacere e Dipendenza. Applicato e restituito seduta stante, rimanda al fumatore un profilo nel quale può riconoscersi ed iniziare ad essere consapevole, già in questa prima seduta, dell'investimento affettivo che proietta sulla sigaretta, aspetto questo che lo 'incatena' alla sigaretta più della dipendenza dalla nicotina.

Andando nello specifico della prima area, evidenzieremo le tre aree più interessanti a partire da quella Relax, area predominante nella maggior parte dei fumatori che evidenzia come la sigaretta sia diventata nei tanti anni di utilizzo lo strumento elettivo per scandire, routinariamente, qualsiasi attività quotidiana e concedersi, nel contempo, una facile e rapida gratificazione. In quest'ambito ovviamente ricade anche l'uso della sigaretta come via di fuga nei momenti di tensione emotiva. Ma l'evidenza da proporre è che la pausa della sigaretta è breve ed effimera, oltre che nociva, mentre i problemi restano immutati, perché non affrontati. Inoltre, è necessario evidenziare come la nicotina piuttosto che rilassare il nostro sistema nervoso centrale lo

ecciti, mostrando quale riprova l'accelerazione del battito cardiaco, che sicuramente avrà sperimentato almeno una volta nella sua vita; altrettanto risulta qui fondamentale prospettare al soggetto che la possibilità di risolvere un problema annoso, qual è lo smettere di fumare, lo porterà ad un incremento dell'autostima e, di conseguenza, alla capacità di utilizzare nuove strategie di problem solving.

Il Piacere, altra area in cui assistiamo spesso ad un alto punteggio, raccoglie inevitabilmente un'ampia fetta di popolazione tabagista dato l'effetto gratificante prima descritto a livello del sistema mesolimbico dopaminergico. In questo caso è di fondamentale importanza cominciare a far emergere quali possano essere i vantaggi (dai vari aspetti della salute a quelli economici, sotto il profilo psicologico, sociale e non ultimo estetico) che il Nostro potrebbe ottenere smettendo di fumare aspetti che, confrontati con la lieve e breve scarica dopaminergica, si profilano sicuramente predominanti per quantità e qualità facendo pesare la futura bilancia decisionale verso la scelta della disassuefazione.

Infine la Dipendenza, area che risulta alta in quasi tutti i fumatori, nel test di Horn, ci parla di quella dipendenza dall'oggetto, la sigaretta, che nel tempo è stata idealizzata dal fumatore a tal punto da essere investita da caratteristiche antropomorfe ("compagna...amica...primo amore"), assumendo un valore troppo spesso fantasticato come insostituibile. Un oggetto d'amore la cui rinuncia appare al fumatore quale vero e proprio lutto di difficile elaborazione. È qui il caso di evidenziare all'utente come sia stato l'ormai insopportabile vissuto di schiavitù, la consapevolezza di essere intrappolato in un 'amore' tossico, la molla che lo ha spinto a chiedere aiuto. Gli si illustra il percorso di cambiamento basato proprio su una presa di distanza affettiva, graduale ma possibile, come avviene in qualsiasi separazione affettiva diventata morbosa e mortifera.

Il Primo Colloquio, dunque, non si può limitare alla semplice raccolta anamnestica, ma deve evolversi in un incontro empatico capace di instaurare la necessaria alleanza terapeutica fondamentale per il Percorso di Cambiamento che ci avviciniamo ad intraprendere. In questo primo colloquio è necessario utilizzare qualsiasi leva possa aiutarci in tal senso. Indagare sull'età e la modalità di esordio, ad esempio, rappresenta l'occasione per far riemergere il ricordo della "prima volta" e come si sia dovuto imparare a fumare, superando gli inevitabili malesseri (tosse, capogiro, sintomi di nausea, a volte concreti segni di asfissia) legati all'inhalazione del fumo. È questo un necessario momento di consapevolezza che non si nasce fumatori, è un'atti-

vità appresa, ed è dunque altrettanto imprescindibile 'imparare' a smettere di fumare: chiedere aiuto per affrontare questo cambiamento non deve essere vissuto come segno di debolezza o incapacità, bensì di sagacia e responsabilità dato che chiunque per percorrere una strada sconosciuta ha bisogno di una guida.

In altri termini, è importante che al nostro paziente tabagista passi un chiaro messaggio di de-colpevolizzazione ed incoraggiamento: <smettere di fumare è possibile: se finora non ci sei riuscito da solo non è da ascrivere ad una ventilata carenza soggettiva (per "mancanza di volontà"), bensì alla oggettiva difficoltà di separarsi da un oggetto amato, ancor di più, in assenza di un metodo strutturato allo scopo>. Di fondamentale importanza è cioè iniziare il soggetto ad assumere il paradigma propositivo < ho una dipendenza = soffro di una patologia = ho bisogno di curarmi>, sostituendolo a quello errato e fuorviante (e, ai fini del risultato, frustrante e demotivante) <ho un vizio = sono incapace a controllarlo = ho un carattere debole>.

Infine, un ulteriore pilastro per l'alleanza terapeutica viene posto assicurando il paziente sul fatto che non gli chiederemo di smettere di fumare subito, in modo repentino, ma attraverso un programma a gradi. 'Autorizzare' il paziente a poter fumare, seppur appare paradossale, attenua le resistenze e gli atteggiamenti difensivi del fumatore che tende a percepire l'operatore come figura genitoriale normativa e giudicante. Al primo colloquio, quale fase di arruolamento al Percorso di gruppo, succede il vero e proprio trattamento per la disassuefazione imperniato su n.6 incontri di gruppo a cadenza settimanale, trattamento basato sull'utilizzo degli Homeworks, di matrice cognitivo-comportamentale, strutturati per l'attivazione della dissonanza cognitiva.

Nella prima seduta di gruppo, stabilite le basilari regole del lavoro di gruppo e dopo un giro di presentazione, si propone questo strumento che viene affidato con la consegna di utilizzarlo, a partire dal giorno successivo e fino al Quit Day, costantemente e prima di ogni sigaretta fumata.

Il "Calendarietto", in cui dovrà rimanere sempre avvolto il pacchetto di sigarette del Nostro, è un diario comportamentale capace di consentire all'utente di entrare per gradi nel trattamento, per renderlo consapevole delle modalità e tempi in cui fuma e, soprattutto, delle motivazioni su cui fondare la scelta della disassuefazione. Completa il report una scala graduata, da 1 a 5, di importanza da assegnare alla sigaretta del momento.

Strumento essenziale di questa fase, se ben utilizzato, è un metodo che comporta un primo e positivo esito che è l'eliminazione delle sigarette automatiche: il

grosso fumatore da 40/60 al giorno, nel giro di una settimana, si ritrova ad aver dimezzato il volume delle sigarette fumate e senza un'azione coercitiva di privazione, un parziale ma importante passo di affrancamento, con una altrettanto progressiva presa di distanza affettiva dalla sigaretta, aspetti che ben incoraggiano e motivano il Nostro a procedere nel percorso. Di contro, i soggetti che svalutano l'Homework riducendolo a "semplice foglio di carta", andranno subito in drop out abbandonando il percorso oppure, nel migliore dei casi, tornerà al secondo incontro con una carica motivazionale ed una aspettativa sull'esito meno pregne rispetto al primo incontro.

Nella maggior parte dei casi, comunque, il secondo incontro di gruppo è connotato da una scarsa aderenza al compito che spesso viene compiuto in maniera frettolosa e discontinua, per l'impazienza di fumare non appena si presenta il craving. Comunque sia andato lo svolgimento dei 'compiti a casa', questo secondo incontro è un momento di riflessione sul vissuto della prima settimana di elaborazione, un momento di confronto in cui si evidenziano gli autosabotaggi e gli alibi che il fumatore si è creato per disattendere, seppur in parte, alla non duttile consegna. Il richiamo ad aderire al compito in maniera precisa e dettagliata, considerandolo al pari di qualsiasi prescrizione medica ed imprescindibile per raggiungere l'obiettivo, viene posto in maniera decisa e determinata per evitare la facile sottostima dello strumento troppo spesso osservata in questi anni di applicazione.

Nella terza seduta di gruppo, i 'superstiti' all'ulteriore drop out, riportano in genere un lavoro settimanale ben articolato e ricco di motivazioni. Si evidenziano i primi esiti, successi spesso inaspettati dal soggetto. Viene cioè sottolineato, ai fini del rinforzo motivazionale, il risultato positivo raggiunto senza l'estenuante e angosciante "braccio di ferro" (il conflitto tra la parte di sé compulsiva e quella che vorrebbe smettere) a cui è abituato il tabagista quando mette in atto dei tentativi autonomi di smettere di fumare; si richiama l'attenzione sulle motivazioni individuali rinforzando ognuno a lavorare con più attenzione su questi aspetti. Contestualmente si programma il Quit Day all'incontro successivo, investendo questo momento di un'importanza solenne, un evento condiviso in gruppo, così da assicurarsi una solida rete di sostegno per il primo giorno di astensione dal fumo di sigaretta.

La quarta seduta, caratterizzata dall'evento tanto atteso, si contraddistingue per il clima di gioia e serenità che traspare dalla maggior parte degli utenti; più raramente si osserva un calo dell'umore ed uno stato di tensione generale. Il sentimento che prevale in questo giorno è la sorpresa, l'evidenza che, contrariamente a

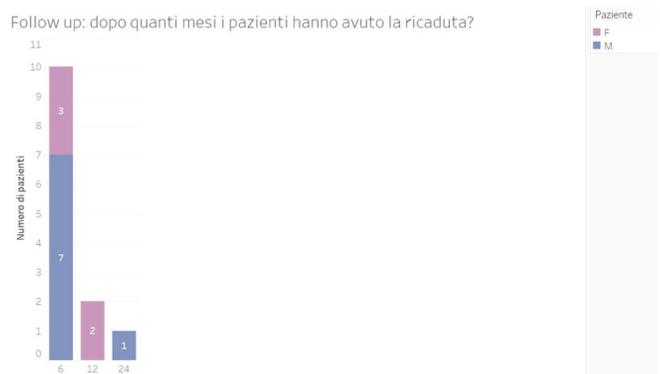
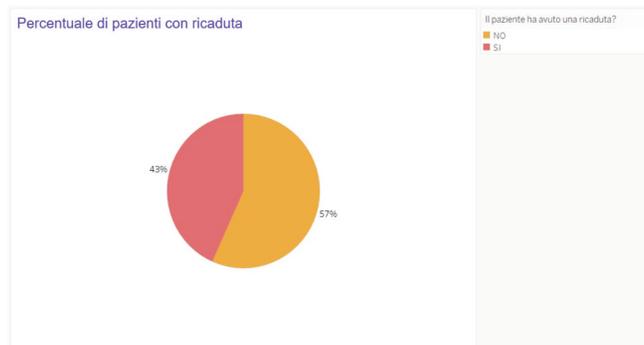
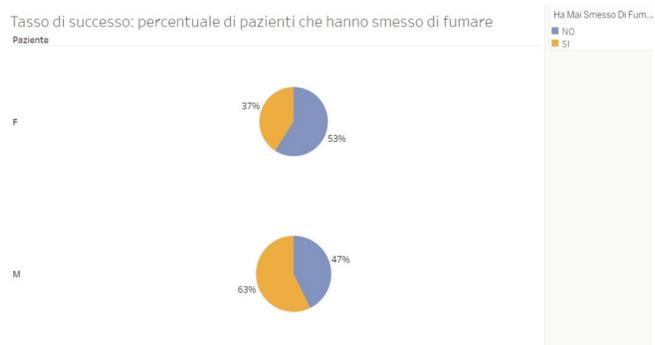
quanto troppo spesso fantasticato dal fumatore, non si sperimenta la tanto temuta crisi di astinenza bensì un senso di sonnolenza, a volte di lieve spossatezza e disorientamento, verosimilmente dovuto all'aumento della capacità di trasporto dell'ossigeno da parte del sangue data la mancata inalazione delle dosi quotidiane di monossido di carbonio. Reazioni organiche queste che spiazzano e sorprendono favorevolmente il soggetto in disassuefazione, fungendo da rinforzo positivo. L'apprezzamento, la gioia ed il sostegno che il resto del gruppo esprime, accompagnato dalla sensazione di un successo tanto agognato, costituisce un ulteriore rinforzo motivazionale. Le successive due sedute sono chiaramente dedicate al mantenimento dell'obiettivo raggiunto: innanzitutto si evidenziano e valorizzano i benefici via via ottenuti, già a distanza di pochi giorni dallo svezzamento; vengono poi individuati e discussi i principali meccanismi psicologici che possono favorire le ricadute. In questo modo il fumatore, consapevole del suo stato di 'convalescenza', ha la possibilità di tenere sotto controllo la sua 'malattia cronico-recidivante', perché la osserva, ne riconosce i pericoli e può intervenire su di essa con gli strumenti acquisiti. È quello che si definisce processo di coping proattivo, dove il soggetto cerca di anticipare i problemi per poterli gestire quando si presentano. Nel coping centrato sul problema, invece, l'individuo mette in atto una serie di tentativi comportamentali e cognitivi per fronteggiare un problema puntando a eliminare la sorgente di stress attraverso la ricerca delle informazioni, la valutazione dei pro e dei contro e l'assunzione del controllo.

Durante tutto il Percorso fin qui descritto, funge da rinforzo motivazionale un sistema di messaggistica SMS a cadenza settimanale a supporto di ogni step attraversato. Gestito a livello informatico da una piattaforma host, un nostro operatore programma, attraverso una specifica applicazione, un messaggio personalizzato e strutturato a seconda della fase in cui il paziente si trova.

Un altro elemento fondamentale del Percorso da noi proposto, è la possibilità di accedere al Gruppo, in qualsiasi momento si ritenga opportuno, accordata a chi ha già compiuto in precedenza, e con successo, il nostro Percorso. Ci avvaliamo cioè delle testimonianze, come è tradizione di ogni gruppo di auto mutuo aiuto. Come è ben noto, questa formula valorizza l'esperienza dei più anziani a beneficio dei neofiti: questi ultimi, attraverso le testimonianze dei 'fumatori sobri', ricevono spunti di riflessione, sostegno e strategie di coping, sperimentando in vivo la possibilità di liberarsi dalla dipendenza senza i temuti contraccolpi; i veterani, prendendosi cura dei nuovi arrivati, forniscono

nel contempo fiducia e rinforzo anche a sé stessi, proteggendosi così anche dal rischio di ricadute. Stante l'enorme importanza dell'elemento di auto mutuo aiuto qui descritto, si è pensato di mantenere ulteriormente la formula attraverso la costituzione di un gruppo chiuso sulla piattaforma di Facebook dove, h24, è appunto possibile chiedere consigli e sostegno ai membri partecipanti. In questo lavoro si presentano i dati relativi all'anno pre-covid, il 2019, caratterizzato da una sorta di interregno tra i due agonisti recettoriali in uso presso il nostro Centro Antifumo: la vareniclina prima, in quell'anno fuori commercio, e la citisina poi, utilizzata alla piena ripresa delle attività a fine 2021. Di conseguenza sono dati riferibili alla sola attività del lavoro di Gruppo con gli Homeworks.

Nella tabella n.1 si riporta il numero di utenti che hanno partecipato ad almeno una seduta di Gruppo (n.52) rispetto a quanti avevano fatto richiesta di trattamento e sostenuto il Primo Colloquio anamnestico motivazionale (n.64); infine quanti utenti giunti alla fine del Percorso (n.38). Nella figura n.1 si riporta in percentuale, diviso per genere, il tasso di utenti giunti al Quit Day (53% per le donne e 47% per i maschi); mentre nella figura n.2 la percentuale di ricaduta a 2 anni dal trattamento (43%). Infine, nella tabella n.3, è evidenziato il numero di pazienti ricaduti rispetto ai 3 follow up periodici (n. 10 utenti a 6 mesi - n.2 a 12 mesi e n.1 a 24 mesi dal trattamento).



Numero pazienti iscritti	Numero pazienti che hanno partecipato almeno ad una seduta	Numero pazienti che hanno partecipato a tutte le sedute
64	52	38