

## PERCORSO ASSISTENZIALE

### PER LA GESTIONE DELLA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

A CURA DEL GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE

- ❖ **Dr. Renzo Rondelli MMG Distretto Colline Metallifere Specialista in Malattie Apparato Respiratorio**
- ❖ **Dr. Antonello Perrella Direttore U.O.Pneumologia Ospedale Massa Marittima**
- ❖ **Dr. Valter Ricceri Responsabile U.F. Cure Primarie Distretto Colline Metallifere**
- ❖ **Dr. Maria Luisa Castagna Direttore Distretto Colline Metallifere**

## SOMMARIO

1. Premessa e riferimenti
2. Cause e Prevenzione
3. Destinatari e obiettivi dell'assistenza
4. Criteri diagnostici della BPCO
5. Stadiazione del paziente BPCO
6. Operatori coinvolti e loro ruolo nella gestione
7. Monitoraggio della BPCO e sue complicanze
8. Indicatori di qualità per il MMG
9. Tempo di applicazione degli indicatori
10. Allegati

## Premessa

Il PSR 2008-2010 prevede l'adozione del Chronic Care Model (CCM) quale modello per la gestione delle patologie croniche sul territorio, l'attivazione di team multiprofessionali (detti "moduli" in base all'ultimo accordo Regione-Sindacati) e lo sviluppo di percorsi assistenziali relativamente a cinque patologie (ipertensione medio-grave, diabete mellito, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, ictus), le quali risultano, nelle fasi di acuzie, causa della maggior parte degli accessi ai Pronto Soccorso.

L'Azienda USL9 è inserita nella sperimentazione del CCM e dei relativi "moduli" nei 4 distretti. Gli utenti in carico ai medici di medicina generale, partecipanti a tale sperimentazione, verranno inviati ai percorsi delle patologie croniche secondo un iter assistenziale integrato (operatori del territorio e laddove necessario ospedale) in grado di garantire, oltre che l'assistenza al malato cronico in fase di acuzie, l'assistenza proattiva propria della sanità di iniziativa nel tentativo di mantenere lo stato di compenso della malattia il più a lungo possibile per mezzo sia dei percorsi assistenziali integrati che dell'educazione allo stile di vita e all'autocura.

La morbilità per broncopneumopatia (BPCO) è prevista in notevole aumento nel mondo, con uno spostamento dal 12° al 6° posto. In Italia, l'analisi delle SDO relative ai Ricoveri Ospedalieri in Regime Ordinario (fonte: Ministero della Salute) ha evidenziato che il numero di ricoveri per Bronchite Cronica ostruttiva con riacutizzazioni ha subito un progressivo aumento [ 2000 = 0,49 % dei ricoveri; 2001 = 0,78 %; 2002 = 0,91 % ; 2003 = 1.03 %]. E' stato evidenziato da studi epidemiologici che il 10% di giovani tra i 20 e i 44 anni presenta tosse ed espettorato senza ostruzione bronchiale (Stadio 0 a rischio) e il 3,6% presenta sintomi con ostruzione bronchiale (Stadio I-III) (de Marco et al Thorax 2004; 59:120de 120—125). Il 4-6% degli adulti europei soffre di BPCO clinicamente rilevante. L'interesse per tale patologia è legato inoltre alla riconosciuta correlazione tra BPCO e alcuni importanti fattori di rischio e aggravamento legati ad abitudini e stili di vita che sono le principali cause predisponenti di progressione e disabilità negli affetti da BPCO.

## Riferimenti

Piano Sanitario Regionale 2008/2010

Parere Consiglio Sanitario Regionale n° 37/2008 n° 45/2008 n° 01/2009

Delibera Regione Toscana n.467/2009

GOLD 2006 (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) adattamento italiano alle linee-guida, Marzo 2007

GOLD 2006 (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) adattamento italiano alle linee-guida, Aggiornamento 2008

## Cause e prevenzione

La BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva ( BPCO ) è una malattia respiratoria cronica prevenibile e trattabile associata a significativi effetti e comorbidità extrapolmonari che possono contribuire alla sua gravità.

Il fumo di sigaretta attivo, passivo e materno è la principale causa della BPCO; secondo le linee guida GOLD, negli USA 47 milioni di persone fumano (28% dei maschi e 23% delle femmine). L'OMS stima nel mondo oltre 1 miliardo di fumatori, con un aumento fino ad oltre 1,6 miliardi nel 2025. Nei Paesi a basso-medio tenore di vita la percentuale di fumatori sta crescendo in modo allarmante; circa il 30% dei fumatori oltre i 40 anni presenta una limitazione del flusso aereo e circa il 40-50 % svilupperà BPCO; il 4-6% degli adulti europei soffre di BPCO clinicamente rilevante; la BPCO è la quarta causa di morte negli Stati Uniti e la quinta nel mondo. Oltre al fumo di sigaretta va considerato anche altri fattori ambientali quali polveri e sostanze chimiche (vapori, irritanti, fumi) in ambiente professionale, dall'inquinamento degli ambienti interni ed esterni.

Alle cause e ai fattori di rischio sopracitati vanno aggiunte anche predisposizioni individuali su base genetica come il deficit ereditario severo di alfa-1 antitripsina, le infezioni e le condizioni socio-economiche. La prevenzione della BPCO si basa su questi punti fondamentali:

- abolizione del fumo sia attivo che passivo
- adeguamento degli ambienti di lavoro alle normative vigenti, adottando le giuste precauzioni (dispositivi di sicurezza, depuratori ecc.) volte a ridurre la quantità di particelle o gas inalabili
- intervento dello Stato e delle imprese per migliorare la qualità dell'aria, riducendo l'emissione di sostanze inquinanti

- visita medica obbligatoria sia allorquando compaiono o peggiorano i sintomi respiratori, sia in condizioni di stabilità clinica
- vaccinazione antinfluenzale
- terapia medica in base allo stadio clinico e secondo le Linee Guida GOLD

### **Destinatari ed Obiettivi del documento**

Il Presente percorso è finalizzato ad assicurare a tutti i cittadini affetti da BPCO lo stesso livello assistenziale in ambito aziendale, secondo un protocollo cui tutti gli operatori sanitari devono attenersi per :

- Migliorare le capacità diagnostiche e gestionali del MMG nei confronti della BPCO attraverso una corretta gestione dei parametri anamnestici, clinici e funzionali coinvolgendo lo specialista pneumologo, l'infermiera del territorio e il fisioterapista, eventualmente coinvolgendo altre figure professionali.
- Individuare lo stadio della malattia per ogni singolo paziente e favorirne i trattamenti ottimali, allo scopo di applicare tutti gli interventi necessari mirati a contenere le riacutizzazioni
- Realizzazione di un percorso di trattamento delle riacutizzazioni
- Attuare l'educazione all'auto cura (self-care), all'autocontrollo ed all'autonomia decisionale del paziente e del care giver
- Individuare ed assicurare il monitoraggio degli indicatori di esiti e di processo
- Valutare la applicabilità dei Percorsi diagnostico terapeutici nella pratica della MG con il concorso di Audit clinico tra i professionali coinvolti.

## Criteri Diagnostici della BPCO

La diagnosi di BPCO è accertata dal Medico di Medicina Generale in tutti i soggetti adulti di età superiore od uguale a 40 anni sulla base dei seguenti criteri:

- Dispnea cronica e/o progressiva intolleranza all'esercizio fisico
- Tosse cronica di qualunque tipo
- Espettorazione cronica (quotidiana, intermittente e diurna)
- Presenza di ostruzione delle vie aeree non reversibile evidenziata con spirometria e test di broncodilatazione (VEMS/CVF < 0.7 misurato 30 minuti dopo 400 mcg di salbutamolo somministrato per via inalatoria)

## Stadiazione del Paziente con BPCO

STADIO	CARATTERISTICHE
I LIEVE	VEMS/CVF < 0.7; VEMS $\geq$ 80% del teorico
II MODERATA	VEMS/CVF < 0.7; 50% $\leq$ VEMS < 80%
III GRAVE	VEMS/CVF < 0.7; 30% $\leq$ VEMS < 50%
IV MOLTO GRAVE	VEMS/CVF < 0.7; VEMS < 30% del teorico o VEMS < 50% del teorico in presenza di insufficienza respiratoria ( PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg)

## Operatori Coinvolti e loro ruolo nella gestione della BPCO

- MMG
- Infermiere
- Specialista ospedaliero o ambulatoriale di riferimento
- Assistente sociale
- Terapista della riabilitazione
- Dietista
- Farmacista
- Operatore socio sanitario

Attori Coinvolti	Compiti
------------------	---------

### 8. RUOLI PROFESSIONALI E INTEGRAZIONE DEI PROFESSIONISTI

<b>Compiti dei Medici di Medicina Generale</b>	Prevenire la BPCO, individuando i soggetti a rischio (segni, sintomi e/o fattori di rischio). Allegato :(schede accesso –raccolta dati)
	Effettuare la diagnosi precoce di BPCO secondo i criteri validati (allegato : criteri diagnostici spirometrici)
	Inviare allo specialista per la valutazione complessiva iniziale
	Individuare i soggetti a rischio per la progressione di malattia e inviare allo specialista pneumologo con richiesta specifica (allegato )
	Valutare periodicamente gli assistiti arruolati in condizioni di stabilità (SCHEMA DI FOLLOW UP) e ottimizzazione della terapia.
	Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici
	Gestire (ne è responsabile) la cartella clinica informatizzata, l'elenco di patologia e il patient summary.
	Organizzare il modulo (MMG coordinatore) dove svolge attività il team CCM

**Compiti degli specialisti**

Fornire consulenza specialistica ai MMG per la valutazione iniziale ed in caso di evoluzione del quadro clinico-strumentale

Individuare, tra i pazienti che accedono alla pneumologia, i pazienti stabilizzati che possono essere avviati al team CCM e, in occasione dell'accesso del paziente, proporre il percorso.

Gestire direttamente i pazienti con grave instabilità, complicanze croniche in fase evolutiva.

Impostare il piano per l'erogazione dell'ossigeno terapia

Ricevere le urgenze inviate dal MMG

Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici

Collaborare alle attività di formazione del personale coinvolto ed alle iniziative di educazione sanitaria , terapeutica e comportamentale dei pazienti

**Compiti dell'infermiere**

Espletare la funzione proattiva di richiamo dei pazienti

Compilare la scheda raccolta dati e predisporre la cartella integrata.

Eseguire l'anamnesi infermieristica e individuare la figura del care giver, lo addestra, lo indirizza lo coinvolge

Gestire i dati raccolti in cartella e verificare la compliance del paziente al percorso

Eseguire la rilevazione dei parametri di follow up (P.A. frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione, peso corporeo, diuresi, respirazione e segni di affaticamento)

Favorire il "patient empowerment" ad ogni incontro programmato per l'autogestione della malattia

Eseguire le vaccinazioni raccomandate (anti-influenzale e pneumococcica)

Effettuare educazione alla salute sugli stili di vita corretti (attività fisica, fumo, alcool, stato nutrizionale ) con eventuale applicazione della tecnica del counselling

Effettuare il monitoraggio dei comportamenti alimentari e richiedere la valutazione del dietista nel caso di uno scostamento dagli obiettivi previsti\*

Eseguire gli accertamenti di follow up di competenza (PFR, rilevazione stato psicologico – ansia, depressione – questionario qualità di vita secondo questionario predisposto SF8 o Kansas)

Verificare l'aderenza al regime alimentare

**Compiti della Farmaceutica Territoriale**

Gestire le procedure di erogazione per l'ossigeno terapia domiciliare

Collaborare alla gestione del sistema informativo per la rilevazione dei dati

**Compiti del Medico di Comunità (ASC)**

- Identificare i dati epidemiologici di interesse nella zona di riferimento
- Collaborare all'identificazione della popolazione target
- Collaborare alla ricerca presso le banche dati al fine di identificare, per la comunità locale, la fascia di popolazione suscettibile alla diagnosi precoce
- Favorire e gestire il miglioramento della qualità utilizzando anche lo strumento dell'audit clinico
- Gestire il miglioramento della qualità di sistema attraverso l'analisi del fabbisogno formativo dei professionisti e l'implementazione di processi di formazione
- Valutare il processo e l'esito di sistema utilizzando appositi indicatori (set regionali)
- Valutare il raggiungimento degli obiettivi del team ed effettuare il monitoraggio dei percorsi attivati.
- Collaborare alla stesura e revisione sistematica delle linee guida organizzative del Progetto CCM
- Collaborare alla costruzione di reti di servizi e alleanze per la gestione integrata del problema di salute
- Valutare il grado autosufficienza (UVM)

**Compiti dell'OSS con formazione adeguata**

- Provvedere all'igiene della persona in ADI o ADP
- Eseguire la mobilitazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee
- Somministrare, per via naturale, la terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o sotto la sua supervisione
- Provvedere alla pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici
- Effettuare la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati e speciali
- Eseguire la somministrazione dei pasti e delle diete impostate nel programma terapeutico a domicilio

**Compiti della segreteria**

- Inserimento dei pazienti in agenda infermiere e medico
- Richiamo attivo dei pazienti in prossimità della visita programmata
- Stampa delle richieste previste dal protocollo e loro prenotazione
- Inserimento dei dati in cartella prima della visita infermieristica e/o medica (se non sono attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella)
- Estrazione dei dati per la reportistica trimestrale di attività

**Compiti della dietista**

- Effettuare l'educazione alimentare e terapia dietetica personalizzata

<b>Compiti del terapeuta della riabilitazione</b>	Promuovere e valutare l'adesione all'attività fisica adattata (percorsi a bassa o alta disabilità)
	Valutare lo stato funzionale e impostazione il programma riabilitativo
	Effettuare il counselling per le attività domiciliari.
<b>Compiti del Servizio Sociale (AS)</b>	Valutare l'assetto sociale e verificare la sussistenza di eventuale condizione di disagio.
	Valutare il grado autosufficienza (UVM) Redigere il progetto di sostegno sociale appropriato
	Attivare in collaborazione con il team CCM professionalità specifiche o servizi di volontariato a supporto dei pazienti in regime di ADP o ADI

\*nel caso non ci sia la figura del dietista all'interno del modulo

## Il Ruolo del Paziente

- La persona affetta da BPCO è l'elemento centrale di un sistema di gestione integrata ed ha la responsabilità di una gestione consapevole della propria malattia. L'educazione del paziente affetto da BPCO è utile nel ridurre il rischio di ricovero per riacutizzazione, attenuare l'ansia e la depressione, migliorare la risposta alle riacutizzazioni.

## Monitoraggio della malattia e sue complicanze

I stadio lieve	II stadio	III stadio grave	IV stadio molto
----------------	-----------	------------------	-----------------

		moderata		grave
<b>Visita</b>	Ogni anno	Dopo sei mesi, poi ogni anno (Specialista: ogni 12 mesi)	Dopo tre mesi, poi ogni sei mesi (specialista: ogni sei-otto mesi, poi un anno)	Ogni tre mesi (specialista: ogni tre mesi se presente Insufficienza respiratoria, ogni sei mesi se non presente)
<b>Spirometria</b>	Ogni anno	Dopo sei mesi, poi ogni anno	Dopo tre mesi, poi ogni sei mesi	Ogni tre mesi (se la malattia è fortemente invalidante la spirometria può non essere effettuata in questo stadio)
<b>Saturimetria</b>	Ogni anno	Dopo sei mesi, poi ogni anno	Dopo tre mesi, poi ogni sei mesi	Ogni tre mesi
<b>W.T. 6'</b>			Dopo sei mesi, poi ogni sei mesi	Ogni tre mesi (anche con OTLT e stroller)
<b>EGA</b>			Ogni visita specialistica	Ogni visita specialistica
<b>Rx torace in PA e LL</b>	Ogni due anni	Quando necessaria	Quando necessaria	Quando necessaria

### Indicatori per il MMG

Tempistica T/valutazione

Indicatori di prevalenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di pazienti codificati per BPCO da archivio MMG</li> </ul>	semestrale	0
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> <li>% di pazienti codificati per BPCO con raccolta dato sull'abitudine tabagica</li> <li>% di pazienti codificati per BPCO sottoposti a spirometria</li> <li>% di pazienti codificati per BPCO che hanno eseguito antibiotici nell'anno</li> <li>% di pazienti che hanno cessato di fumare</li> <li>% counseling (individuale o di gruppo)</li> <li>% di pazienti codificati per BPCO entrati nel percorso</li> <li>% di pazienti vaccinati per influenza e pneumococco</li> </ul>	Semestrale  Trimestrale  Trimestrale  Trimestrale  Trimestrale  Semestrale  Annuale	Mesi 12  Mesi 12  Mesi 12  Mesi 12  Mesi 12  Mesi 12
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasso di ricoveri per BPCO per modulo</li> </ul>	Trimestrale	Mesi 12

VARIABILI		Punteggio del BODE Index			
		1	2	3	4
VEMS (% teorico)		>- 65%	50-64%	36-49%	<-35%
Distanza percorsa in 6 minuti		<-350	250-349	150-249	<-149
Gradi di dispnea (MMRC)		0-1	2	3	4
BMI		>21	<-21		

Allegato 2-Scala della dispnea MRC (Medical Research Council)

Grado	Descrizione
0	Ho difficoltà di respiro solo con sforzi intensi
1	Ho difficoltà di respiro quando cammino a passo svelto in pianura o in leggera salita o quando salgo una rampa di scale con passo normale
2	Cammino più lentamente della gente della mia stessa età quando cammino in piano, oppure mi devo fermare per respirare quando cammino al suo passo in piano
3	Devo fermarmi per respirare dopo che ho camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti
4	Ho troppa difficoltà di respiro se devo uscire di casa o mi manca il fiato se mi spoglio o mi vesto

Allegato 3-Test del cammino dei 6 minuti

- Che cosa è

E' consigliato a scopo diagnostico o terapeutico, per valutare la necessità di somministrare ossigeno durante l'attività motoria. E' un test facile, ben tollerato, sicuro che permette una misura della capacità funzionale.

- Come si svolge

Il soggetto in esame deve camminare per 6 minuti lungo un corridoio dalla lunghezza nota. Il soggetto può camminare alla velocità che vuole, effettuare soste, riprendere il cammino, utilizzare il bastone, se abituato a farlo. Nel corso dell'esame viene applicato un saturimetro che permette di conoscere il livello di ossigeno nel sangue durante tutto l'esame. Al termine dell'esame si può eseguire un emogasanalisi. Durante la prova può essere fornito ossigeno, in modo tale da verificare se la carenza di ossigeno evidenziata durante la prova, può essere corretta. Alla fine dell'esame si valuta:

- la saturazione ossiemoglobinica durante tutto l'esercizio
- la frequenza cardiaca
- i metri percorsi
- la dispnea (tramite la scala borg modificata)

- Cosa bisogna fare

Si consiglia indossare abiti comodi con scarpe chiuse. Se il paziente esegue terapia, questa va assunta regolarmente.

Allegato 4 -Valutazione nutrizionale

Si esegue attraverso il calcolo del BMI (Body Mass Index), che si ottiene attraverso la formula seguente:

$$\text{Peso in Kg} / (\text{Altezza in metri})^2$$

attualmente sono a disposizione dei device che permettono di calcolarlo istantaneamente.

Situazione Peso	Minimo	Massimo
Super Obesità	>50	
Patologicamente obeso	40	49,9
Gravemente obeso	35	39,9
Obeso	30	34,9
Sovrappeso	25	29,9
Regolare	19	24,9
Sottopeso	16	19
Grave magrezza		<16

Allegato 5- Modello per record registrazione

pazienti con BPCO

- Schede primo accesso- raccolta dati

**PERCORSO ASSISTENZIALE TERRITORIO-OSPEDALE-TERRITORIO (FEV1/FVC<70% con FEV>80%)**

<b>PRESA IN CARICO</b>		
<b>Data</b>	<b>Medico</b>	
Cognome	Nome	
Data nascita	Residente a	
Via	n.	Tel.
Grado di istruzione		
Data di avvio Gestione team CCM		
Zona Distretto sanitario: __ Valdinievole __ Pistoia		Modulo
Modalità di accesso		Data
<input type="checkbox"/> Prima visita <input type="checkbox"/> Controllo urgente <input type="checkbox"/> Controllo programmato <input type="checkbox"/> Altro		
<b>COMORBILITA':</b>		
Iperensione Arteriosa	Bronchiectasie	Insufficienza Cardiaca
Patologia neurologica	Fibrillazione Atriale	Altra cardiopatia
Patologia psichiatrica	Arteriopatia arti inferiori	
<b>FATTORI DI RISCHIO:</b>		
Nessuno	Fumo	Ex Fumo
Ipercolesterolemia	Obesità	Sovrappeso
Tao	Alcool	Circonferenza vita
Sedentarietà		
<b>Dati di controllo:</b>		
Data		
Peso	P.A.	
CV	BMI	
Spirometria basale	DATA EFFETTUAZIONE	
Valutazione-Educazione counselling Abitudini/Stili Di Vita		
Vaccinazione Antipneumococcica		
Spirometria		
RX del torace		
Esami bioumorali: Emocromo + quelli ritenuti necessari a seconda delle variabili cliniche		
Test del cammino (6 minuti) distanza (?)		
Pulsiossimetria (?)		
Vaccinazione Antinfluenzale		

Nb: per ogni dato di controllo non ricompreso

Allegato 6- Modello da utilizzare quando si decide dove trattare il paziente

Fattori	Assistenza domiciliare	Assistenza ospedaliera
Capace di gestirsi a casa	Si	no

Dispnea	Moderata	severa
Condizioni generali	Buone	Scadute
Livello delle attività	Buono	Scaduto
Cianosi	No	Si
Edemi declivi	No	Si
Livello di coscienza	Normale	Alterato
O2 terapia domiciliare	No	Si
Situazione sociale	Buona	Vive solo/non autosufficiente
Confusione acuta	No	Si
Comparsa acuta di sintomi	No	Si
Comorbidità (cardiopatie e diabete)	No	si
SaO <sub>2</sub> < 90%	No	Si
Varizioni del Rx torace	No	Si
pH arterioso	>7,35	< 7,35
PaO <sub>2</sub>	> 60 mmHg	< 60 mmHg
Temperatura	<38°C	>38°C
Frequenza respiratoria	<25 atti/minuto	>25 atti/minuto
Frequenza cardiaca	< 110/minuto	> 110/minuto

#### Allegato 7 - Criteri diagnostici spirometria

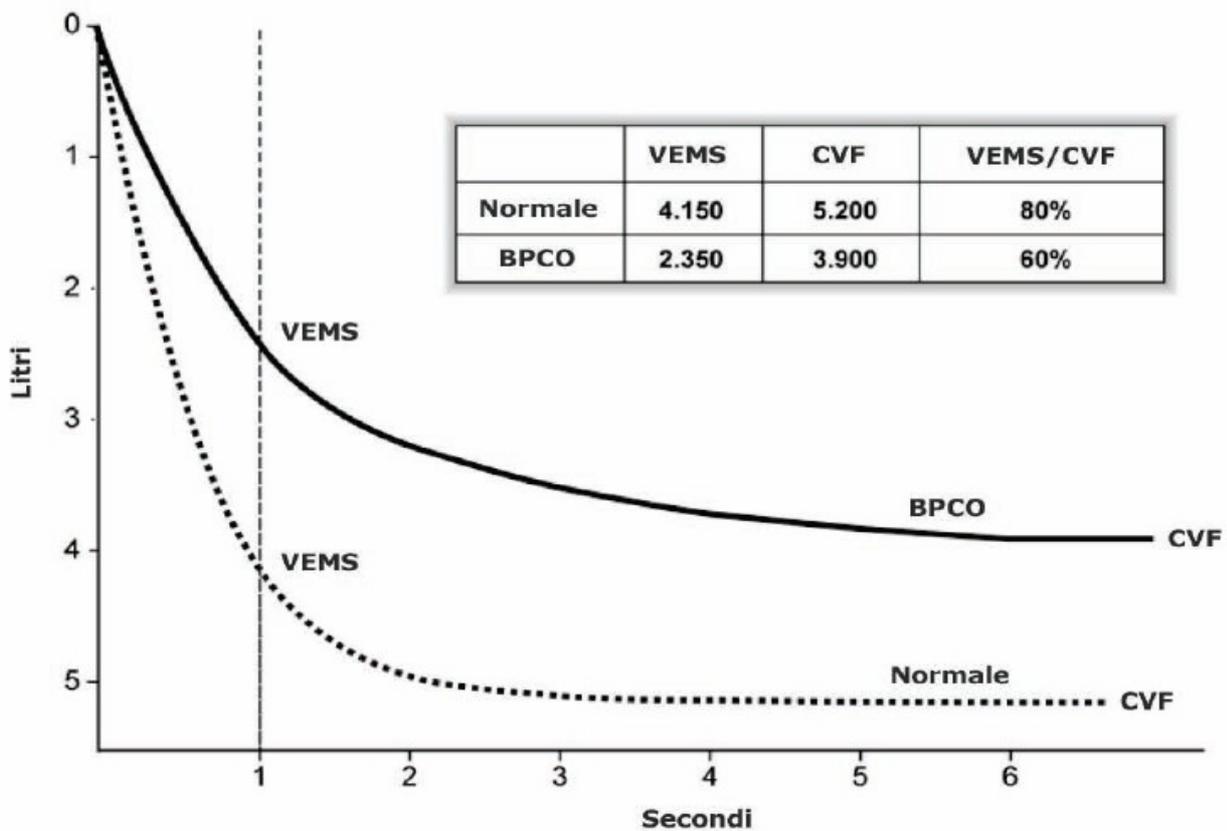
Quando si esegue la spirometria occorre misurare:

- Capacità Vitale Forzata (CVF) e
- Volume Espiratorio Massimo in un Secondo (VEMS)

Calcolare il rapporto VEMS/CVF

I valori spirometrici sono espressi in % del Predetto usando i valori normali in base all'età, al sesso ed all'altezza dell'individuo.

**SPIROMETRIA NORMALE E SPIROMETRIA CARATTERISTICA DEL PAZIENTE CON BPCO DA LIEVE A MODERATA**



I pazienti con BPCO tipicamente mostrano una riduzione sia del VEMS che del rapporto VEMS/CVF.

Allegato 8-

**Test di dipendenza dalla nicotina (test di Fagerstroem).**

Quante sigarette fumi in media ogni giorno?

fino a 15

0

	<i>da 16 a 25</i>	<i>1</i>
	<i>più di 25</i>	<i>2</i>
<i>Inali il fumo della sigaretta?</i>	<i>Mai</i>	<i>0</i>
	<i>A volte</i>	<i>1</i>
	<i>Sempre</i>	<i>2</i>
<i>Fumi di più al mattino?</i>	<i>Sì</i>	<i>1</i>
	<i>No</i>	<i>0</i>
<i>Qual è il tasso di nicotina delle tue sigarette?</i>	<i>fino a 0,9 mg</i>	<i>0</i>
	<i>tra 1 e 1,2 mg</i>	<i>1</i>
	<i>1,3 mg e oltre</i>	<i>2</i>
<i>Quando fumi la prima sigaretta della giornata?</i>	<i>Entro mezz'ora dalla sveglia</i>	<i>1</i>
	<i>Più tardi</i>	<i>0</i>
<i>Fumi anche se sei a letto ammalato/a?</i>	<i>Sì</i>	<i>1</i>
	<i>No</i>	<i>0</i>
<i>Ti è difficile non fumare dove è vietato?</i>	<i>Sì</i>	<i>1</i>

	No	0
A quale sigaretta rinunceresti con maggiore difficoltà?	Alla prima del mattino	1
	A qualunque altra	0

### **I RISULTATI**

<b>Tra 0 e 4 punti</b>	<b>Tra 5 e 6 punti</b>	<b>Più di 7 punti</b>
<p>La dipendenza è inesistente o scarsa. Abolire le sigarette non dovrebbe esserti molto difficile, perché non hai bisogno di combattere l'astinenza da nicotina. Possono bastare il nuovo metodo olfattivo o i chewing gum vegetali.</p>	<p>La dipendenza è medio-bassa. In questo caso, per smettere, conviene puntare sulle cure "dolci": omeopatia, agopuntura, terapie floreali. In alternativa, possono essere utili i chewing gum alla nicotina o il bocchino-inalatore.</p>	<p>La dipendenza è alta. A chi ha oltrepassato questa soglia occorre una vera disintossicazione. L'arma vincente è un mix di strumenti diversi, messo a punto dal medico di famiglia. Si possono abbinare cerotti transdermici, ipnosi, psicoterapia individuale o corsi collettivi presso un centro antifumo.</p>