

Suggerimenti per l'organizzazione di interventi per il trattamento del tabagismo in ambito cardiologico

Gabriella Greco, Marinella Gattone*, David Mocini**, Diego Vanuzzo§, Sergio Pede§§

U.O. di Cardiologia, Ospedale Santo Spirito, Roma, *Divisione di Cardiologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Veruno (NO), **U.O.C. Cardiologia II, Ospedale CTO "Andrea Alesini", ASL Roma C, Roma, §Centro per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari, ASS 4 Medio Friuli, Udine, §§U.O. di Cardiologia, Ospedale "N. Melli", S. Pietro Vermotico, AUSL BR/1, Brindisi

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 113-116)

© 2001 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Gabriella Greco

U.O. di Cardiologia
Ospedale Santo Spirito
Lungotevere in Sassia, 1
00193 Roma
E-mail:
ellagreco@yahoo.com

Come dichiarato nell'introduzione gli obiettivi dell'Area Prevenzione ANMCO, che hanno portato all'iniziativa editoriale delle monografie sui fattori di rischio cardiovascolare, sono l'approfondimento delle conoscenze, l'aggiornamento culturale e la diffusione di strumenti di lavoro per le iniziative di prevenzione nella pratica clinica.

Questi presupposti rendono ragione dell'opportunità di trarre alcune indicazioni pratiche dai contenuti di questa monografia, precisando che si tratta di "suggerimenti": l'esperienza italiana nel campo della prevenzione e del trattamento del tabagismo è ancora troppo limitata e la ricerca di modelli di intervento, che integrino in modo efficace ed efficiente vecchi e nuovi strumenti, è ancora allo stadio iniziale per poter formulare "linee guida basate sulle evidenze". Questi "suggerimenti" dovrebbero essere recepiti sia come standard minimi per la pratica clinica sia come spunti per futuri, auspicabili studi. Siamo alla linea di partenza: cerchiamo di delineare un tragitto da percorrere insieme durante il quale l'apporto di ognuno sarà fondamentale per il raggiungimento del traguardo.

Da quanto esposto nel corso della monografia, gli elementi basilari per gli interventi sul tabagismo in particolare in ambito cardiologico sono i seguenti:

- il tabagismo è il più importante tra i fattori di rischio cardiovascolare *eliminabili*¹;
- il tabagismo è una malattia classificata tra le tossicodipendenze (il fumo provoca in Italia 80-90 000 morti all'anno contro i 30 000 dell'alcool ed i 1000 dell'eroina²);

• esistono oggi terapie efficaci di cui tutti i pazienti fumatori devono poter usufruire.

Il tabagismo deve essere quindi definitivamente considerato e trattato come tutte le altre patologie note per essere fattori di rischio per patologie cardiovascolari: ipertensione arteriosa, dislipidemie, diabete, ecc. Ciò significa che in ogni caso sono necessari diagnosi, valutazione, terapia e follow-up.

Diagnosi e valutazione

Lo stato di fumatore deve essere regolarmente registrato e rivalutato ad ogni controllo. Tuttavia sapere che un paziente è fumatore può non essere sufficiente per definire la migliore strategia terapeutica, così come non basta sapere se un paziente ha la pressione o il colesterolo "alti", ma è necessario definire e quantificare la situazione del singolo soggetto.

La diagnosi e la valutazione dovranno quindi considerare almeno i seguenti elementi: a) identificazione dello stato di fumatore; b) indice di dipendenza; c) stadio del cambiamento; d) rischio globale; e) patologia cardiovascolare allo stadio pre-clinico.

Come esposto in alcuni capitoli, sono sufficienti poche domande per definire questi elementi: un esempio di schema diagnostico semplificato è riportato in tabella I. La valutazione dovrà ovviamente tenere conto del rischio globale del paziente, non tanto al fine di decidere se trattare, ma essenzialmente per definire l'urgenza di trattare.

Tabella I. Valutazione del fumatore.

- Quante sigarette fuma al giorno?
Marca delle sigarette (dosaggio di nicotina per sigaretta)
Quantità totale di nicotina assunta ogni giorno (n. sigarette × dosaggio*)
Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?*
- Quale delle seguenti affermazioni si addice maggiormente alla sua situazione?
- Non mi interessa smettere di fumare e comunque non penso di smettere entro i prossimi 6 mesi
- Ho pensato di smettere di fumare ed è possibile che lo faccia entro i prossimi 6 mesi
- Mi interessa smettere e penso che sicuramente proverò entro il mese prossimo
- Ho appena smesso di fumare
- Ho smesso di fumare già da un certo tempo e intendo continuare così
- Quanto si sente fiducioso di riuscire a smettere di fumare?
- molto
- abbastanza
- poco
- per niente
- Altri fattori di rischio
- cardiopatia ischemica nota ipertensione arteriosa
- diabete dislipidemia obesità
- altro _____

* in alternativa questionario di Fagerström.

Per quanto concerne l'ultimo punto, a differenza di quanto avviene per i danni dell'apparato respiratorio, non disponiamo di indicazioni circa gli strumenti sicuramente accurati per identificare il danno cardiovascolare allo stadio pre-clinico. Nei fumatori sono state identificate diverse alterazioni della funzione cardiovascolare, quali ad esempio turbe del ritmo e alterazioni strutturali e funzionali delle arterie periferiche³⁻⁸: quanto la valutazione di questi o altri parametri possa essere utile per stabilire il danno e predire il rischio di eventi futuri potrà essere definito da studi *ad hoc*.

Trattamento

Le opzioni terapeutiche di cui è riconosciuta la validità sono, come si è visto, diverse: dal *counseling* individuale nelle diverse forme più o meno complesse alla terapia di gruppo, di cui vengono proposti diversi modelli, alle terapie farmacologiche. Vale la pena ricordare che non si tratta di approcci alternativi quanto piuttosto di strumenti utili per affrontare in modo diversificato i molteplici aspetti psicologici, comportamentali e fisiopatologici del problema: devono pertanto essere considerati complementari anche alla luce dell'esperienza clinica che ha dimostrato come proprio con l'associazione di terapie (in particolare cognitivo-com-

portamentali e farmacologiche) si possono ottenere i risultati migliori. La scelta del modello di intervento non può che dipendere, allo stato attuale delle conoscenze e dell'esperienza italiana, dalle disponibilità organizzative, dalla formazione professionale e dalle preferenze dei singoli. È tuttavia auspicabile che future ricerche possano fornire indicazioni precise sul migliore percorso terapeutico.

Elementi operativi di base

Alcuni interventi "minimi" possono essere considerati prioritari e possono essere realizzati con immediatezza sulla base delle norme, delle strutture e dell'organizzazione attualmente disponibili:

1. assicurare un ambiente libero dal fumo (*smoke-free*):
 - rispetto del divieto di fumare per tutti i pazienti, tutto il personale sanitario e per i parenti dei pazienti in tutti gli spazi dell'ospedale o quantomeno dei reparti e servizi di cardiologia. Per il personale medico ed infermieristico possono essere previsti indagini conoscitive, campagne informative ed interventi di sostegno per la disassuefazione;
 - disporre negli spazi comuni (sale d'attesa, corridoi) materiale informativo contenente in particolare indicazioni circa i servizi di trattamento del tabagismo presenti nell'ospedale o nel territorio (città, provincia, ecc.);
2. gestire i pazienti sia in regime di ricovero sia in ambulatorio:
 - per i pazienti ricoverati registrare regolarmente il comportamento rispetto al fumo; affidare a tutti i medici e gli infermieri dei reparti di terapia intensiva e subintensiva cardiologica il compito di svolgere un primo intervento breve valido (non improvvisato!) con i pazienti ricoverati. Può essere utile predisporre un protocollo di *counseling* per uniformare il comportamento;
 - rivalutare il problema con tutti i pazienti fumatori prima della dimissione completando l'intervento con materiale informativo contenente istruzioni di autoaiuto ed indicazioni circa i servizi cui rivolgersi in caso di difficoltà e ricadute;
 - nei pazienti ambulatoriali verificare regolarmente lo stato di fumatore, attuare una valutazione di base (indice di dipendenza - stadio del cambiamento) e attuare almeno un intervento di tipo opportunistico e, se indicato (attenzione alla resistenza!), proporre le diverse alternative terapeutiche;
 - programmare un adeguato follow-up: ad ogni controllo successivo nei pazienti fumatori ripetere la valutazione completa (fuma/non fuma, indice di dipendenza - stadio del cambiamento) e l'intervento motivazionale (intervento opportunistico - invio ai programmi di disassuefazione). Può essere utile disporre di un team di infermieri adeguatamente formati per seguire i pazienti con maggiori difficoltà;
 - assicurare la continuità educativa ed assistenziale

Tabella II. Strategia per la terapia del tabagismo.

	Metodo	Finalità	Personale	Formazione	Follow-up
Non strutturato	Intervento opportunistico	Identificare i fumatori Consigliare di smettere	Tutti i sanitari	Generale (con particolare riguardo ai principi basilari della Scienza della Cessazione e del colloquio motivazionale)	Controlli clinici di routine
Intervento breve	Intervento motivazionale	Favorire la decisione Inviare a centri specialistici	Dedicato*	Specifica	Telefonico
Ambulatorio dedicato	Colloquio motivazionale Terapia farmacologica	Trattamento del tabagismo	Dedicato*	Specifica	Clinico e telefonico
Terapia di gruppo	Colloquio motivazionale e terapia cognitivo-comportamentale Terapia farmacologica	Trattamento del tabagismo	Dedicato*	Specifica	Clinico e telefonico

* medici, infermieri, eventualmente psicologi.

durante i programmi di riabilitazione cardiologica nelle specifiche strutture;

3. realizzare interventi di informazione, educazione e aggiornamento:

- per il personale sanitario di cardiologia;
- per i medici di medicina generale;
- nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei centri di riabilitazione cardiologica, ecc.

La programmazione e il coordinamento dell'insieme di questi interventi "minimi" potranno essere assicurati da strutture cardiologiche preposte alla prevenzione, la cui attuazione rappresenta un obiettivo di breve-medio termine nell'attuale organizzazione delle Unità Organizzative di Cardiologia.

La prospettiva è quella della creazione delle Unità di Epidemiologia e Cardiologia Preventiva (UECP)⁹ e, nell'ambito di queste, è ipotizzabile l'attivazione di Centri per la prevenzione e la terapia del tabagismo. Il raggiungimento di questi obiettivi organizzativi necessita di una fase di preparazione e maturazione che potrebbe giovare della realizzazione di programmi di trattamento del tabagismo da parte degli Ambulatori Cardiologici per l'Ipertensione Arteriosa e la Cardiopatia Preventiva (AC-IACP)¹⁰, che sono in fase di attivazione in una serie di strutture cardiologiche che aderiscono al progetto di rete degli AC-IACP promosso dall'Area Prevenzione ANMCO.

Per la realizzazione di un programma di trattamento del tabagismo, anche nel caso dei modelli più semplici, non è possibile prescindere da alcuni presupposti indispensabili:

- definire con precisione obiettivi e metodi; nella tabella II si è tentata una schematizzazione delle possibili opzioni in funzione sia delle finalità che delle risorse disponibili;

- costituire un apposito team di operatori, possibilmente multidisciplinare (cardiologi, infermieri, psicologi), cui affidare la gestione del servizio;
- assicurare una formazione adeguata degli operatori, sia generale che specifica per il metodo prescelto;
- definire tempi e luoghi dedicati; la necessità di investire abilità specifiche, di garantire l'assistenza durante il percorso motivazionale e/o il trattamento farmacologico e di poter gestire le ricadute, richiede infatti un impegno difficilmente conciliabile con i ritmi dell'attività clinica routinaria;
- predisporre sistemi per il follow-up e la verifica della qualità del servizio.

L'inserimento di questi programmi nell'operatività degli AC-IACP può essere un modo efficace per trasferire la lotta al fumo dall'attuale contesto di "volontariato" a quello di attività organica, qualificata e finalizzata a migliorare nel tempo l'organizzazione degli interventi per il trattamento del tabagismo in ambito cardiologico.

Bibliografia

1. US Department of Health and Human Service. The health consequences of smoking: cardiovascular disease. A report of the Surgeon General's Office on smoking and health. Rockville, MD: DHHS(PHS) 1983; 84-50204.
2. Guida al Counseling Antifumo. Regione Emilia Romagna, Azienda ASL di Ferrara, 1997.
3. Howard G, Burke GL, Szklo M, et al. Active and passive smoking are associated with increased carotid wall thickness. The Atherosclerosis Risk in Communities Study. Arch Intern Med 1994; 154: 1277-82.
4. Engstrom G, Hedbland B, Janson L, Juul-Moller S. Ventricular arrhythmias during 24-hour ambulatory ECG recording:

- incidence, risk factors and prognosis in men with and without a history of cardiovascular disease. *J Intern Med* 1999; 246: 363-72.
5. Majahalme S, Turjanmaa V, Wedwe A, et al. Blood pressure levels and variability, smoking and left ventricular structure in normotension and in borderline and mild hypertension. *Am J Hypertens* 1996; 9: 1110-8.
 6. Bolinder G, de Faire U. Ambulatory 24-hour blood pressure monitoring in healthy, middle-aged smokeless tobacco users, smokers and nontobacco users. *Am J Hypertens* 1998; 11: 1153-63.
 7. Gidding SS, Xie X, Liu K, Manolio T, Flack JM, Gardin JM. Cardiac function in smokers and nonsmokers: the CARDIA study. *The Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. J Am Coll Cardiol* 1995; 26: 211-6.
 8. Seccareccia F, Menotti A, Fazzini PF, et al. Coronary risk factors and silent ischemic heart disease. The ECCIS Project. *Int J Cardiol* 1994; 45: 35-43.
 9. Vanuzzo D. L'Unità di Epidemiologia e Prevenzione Cardiovascolare. In: Schweiger C, Scherillo M, eds. *Qualità, accreditamento e gestione delle Unità Operative in Cardiologia*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000.
 10. Pede S, Vanuzzo D. Ambulatorio Cardiologico per l'Iipertensione Arteriosa: organizzazione e strategia. *Ital Heart J* 2000; 1 (Suppl 5): 11-5.