



# **Convegno Regionale Tabagismo in Emilia Romagna: nuove prospettive Bologna, 4 giugno 2008**

## **L'intervento di disassuefazione da fumo in ambito ospedaliero**



**D.ssa Ornella Bettinardi  
Direttore Servizio di Psicologia  
Ospedale Privato San Giacomo di Medicina  
Riabilitativa  
Accreditato al SSN  
Certificato Uni En ISO 9001**



## Premessa



**Il ricovero in ospedale costituisce una rilevante opportunità di approccio al paziente fumatore**

- (a) luogo in cui dove il paziente deve fronteggiare una situazione di astinenza
- (b) Stato di vulnerabilità percepita per l'evento malattia
- (a) Elevata incidenza di ricoveri per patologie fumo-correlate



## Efficacia intervento cessazione fumo in pazienti ricoverati in ospedale

### Efficacia intervento nei pazienti ricoverati per Patologie Varie

(a) Trattamento iniziato in ospedale e continuato nei 30 gg dopo la dimissione

→ *Odd Ratio 1.54 (C.I. 1.06-2.25)*

(b) Trattamento iniziato in ospedale e protratto oltre 30 gg dopo la dimissione

→ *Odd Ratio 1.53 (C.I. 1.14-2.04)*

### Efficacia intervento in Pazienti ricoverati per patologia cardiovascolare (Gruppo B)

Per intervento iniziato in ospedale e protratto oltre 30 gg dopo la dimissione

→ *Odd Ratio 3.57 (C.I. 1.7 7.39)*

Smoking cessation interventions for hospitalized smokers.  
A sistematic review *Rigotti et. al 2008, Arch intern Med*  
*Cochrane Library 2009*



## Smoking cessation for the secondary of coronary heart disease

(Review) *Cochrane Library 2007*

In pazienti cardiopatici che smettono di fumare  
la stima di riduzione del rischio di mortalità  
è del 36%

Necessità di rafforzare la cessazione ed il mantenimento dell'astinenza dal tabacco nella fase immediatamente successiva all' evento acuto



# Studio CASS

Myers et. al, 1999  
J Am Coll Cardiology

Risk factor for death	Within first 9 months	After 9 months
Age	+	+
Canadian heart class	+	-
Previous AMI	-	+
Diuretics	-	+
LV wall motion score	+	+
Left main stenosis	-	+
Prox LAD stenosis	-	+
Diabetes	-	+
Hypertension	+	+
Smoker	-	+
Vein grafts	-	+



# Therapeutic control of risk factors after 1.6 yrs from a coronary event

		CABG	AMI	PTCA	ISCHEMIA
BP Goal	Tx	46	52	53	42
	No Tx	44	66	58	50
Chol. Goal	Tx	52	51	53	43
	No Tx	28	28	29	25
<b>Smoking</b>		<b>16</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>19</b>
Overweight (BMI > 25)		79	77	81	81
Obesity (BMI > 30)		30	30	30	37
Diabetes		32	27	26	27

→ EUROASPIRE II, Eur Heart J 2001; 22: 554-72

# Nell'ambito della cardiologia Riabilitativa Studio GOSPEL (2005)

Incidenza tabagismo sulla casistica di 3241 pazienti cardiopatici  
ischemici acuti

	SI	NO	EX
FUMO	42.6%	25.1%	32.3%

A 6 mesi (  $p=.02$  )

**Intervento intensivo  
80%  
di cessazione**

**Care group  
75%  
di cessazione**

# Linee Guida Nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari 2006

La Cardiologia Riabilitativa deve occuparsi  
in modo sistematico del fattore di rischio  
"fumo" con la consapevolezza che il  
perdurare del tabagismo dopo un evento  
cardiaco acuto rappresenta il più potente  
fattore di progressione della malattia  
cardiovascolare

[www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

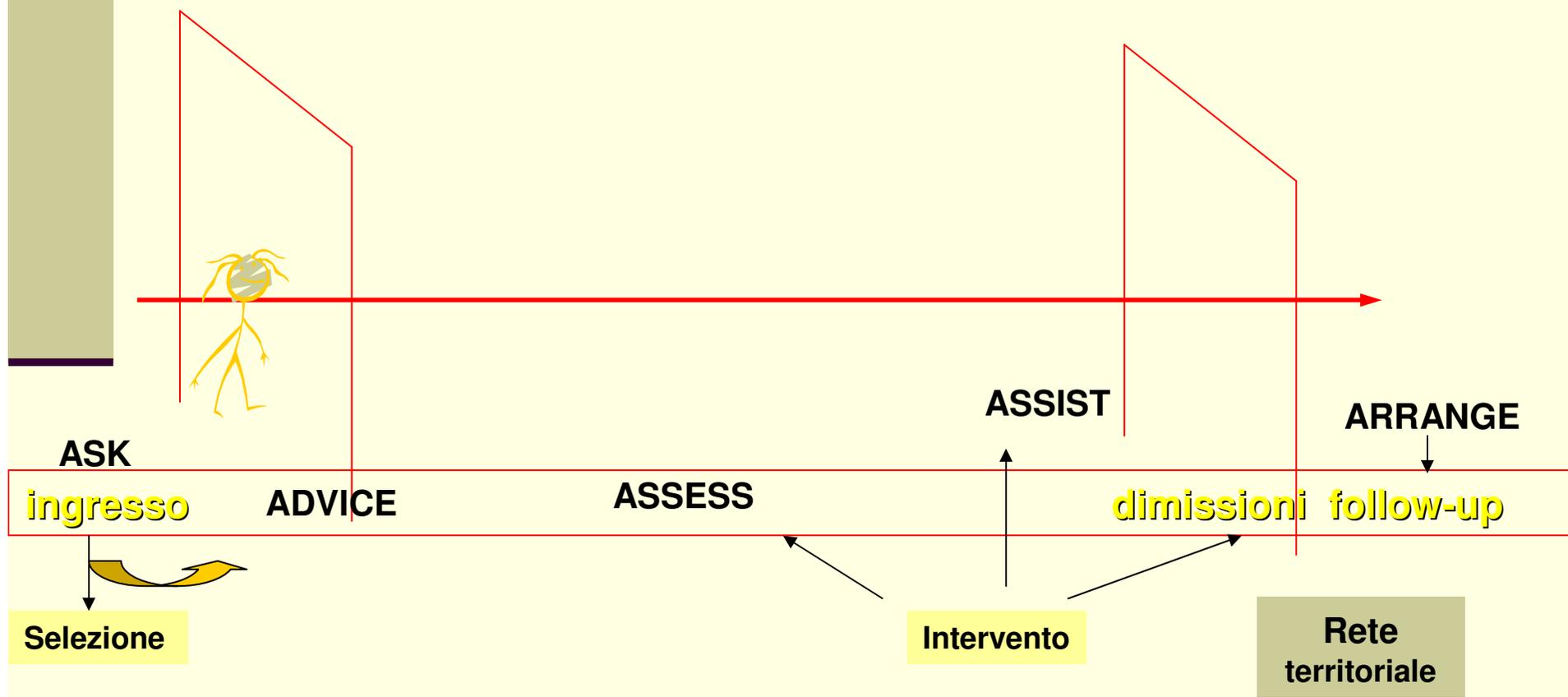


# Tutti i fumatori che vengono ricoverati in ospedale o in day-hospital devono poter accedere al percorso per la disassuefazione del tabagismo in ospedale

Grado di evidenza 1A

Forza della Raccomandazione A

Grado di rilevanza 4,2





**Percorso paziente  
in degenza riabilitativa  
per disassuefazione fumo**

Ingresso



Se si

Advice e invio richiesta consulenza all'Ambulatorio dedicato

Assess

Assist

Arrange

Fine intervento

Se non fuma

Fine intervento



# Fase della valutazione

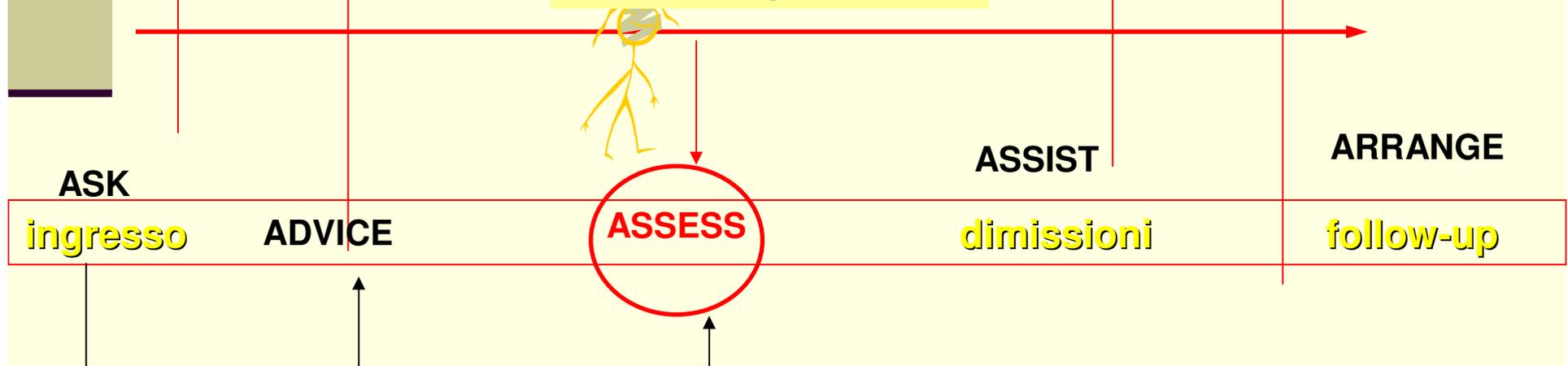
## Variabili da indagare:

Motivazione  
Livello di dipendenza

Condizioni cliniche  
Stato psicologico  
Anamnesi Tabagica

## Variabili intervenienti:

Durata degenza  
Risorse organizzative





## Assessment del paziente tabagista

Forza della Raccomandazione C  
LLG Regione Piemonte 2007

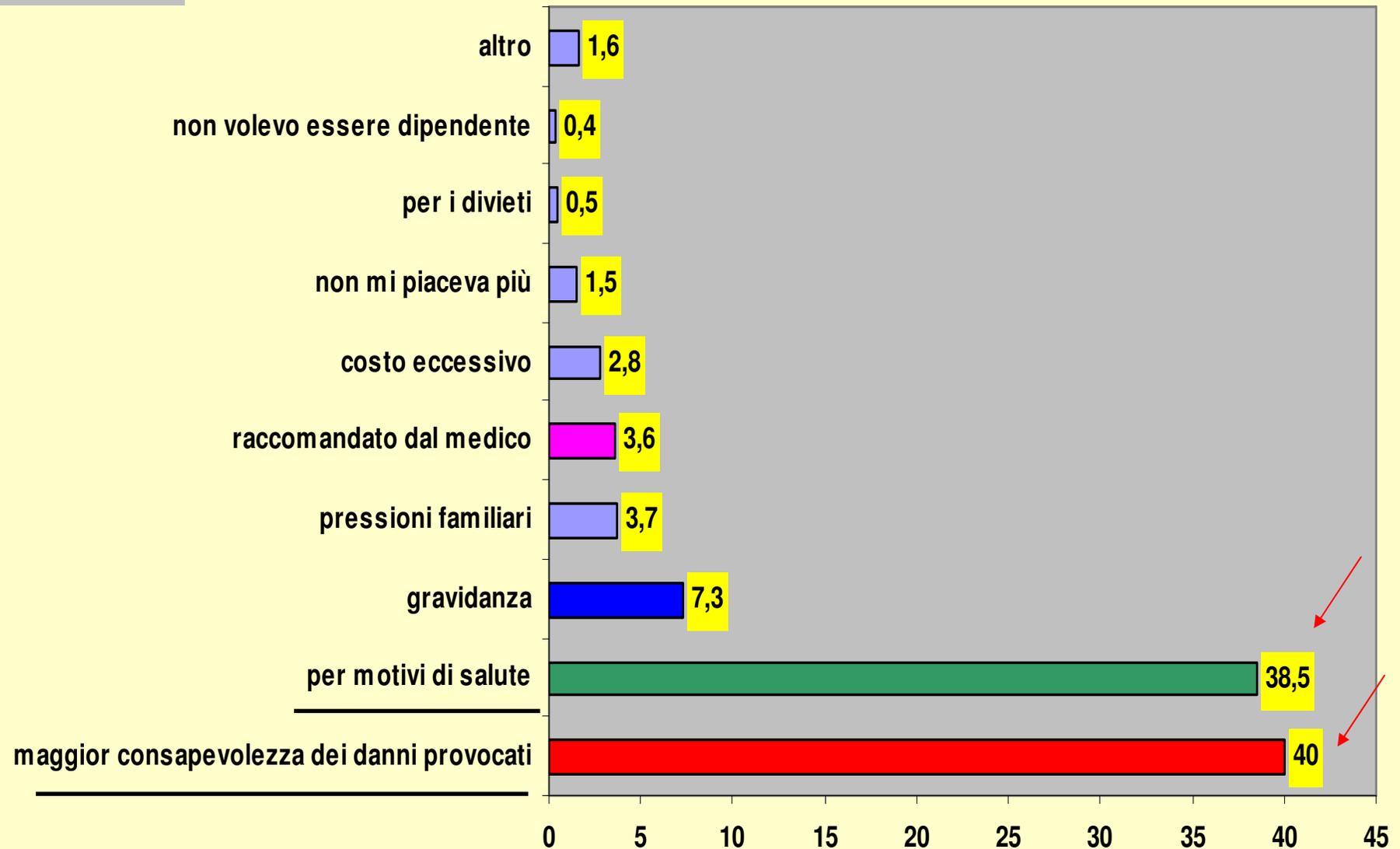
1. Valutazione della dipendenza
2. Valutazione dello stato emotivo con test di screening (AD, HADS, ect)
3. Colloquio ed anamnesi tabagica  
età inizio, precedenti tentativi di cessazione, precedenti periodi di astinenza, motivazione che sostiene l'abitudine, motivazione per la cessazione, condizioni che hanno favorito le ricadute, presenza di fumatori, ex-fumatori, non fumatori nel contesto sociale.
4. Valutazione costrutti psicologici quali: autoefficacia, ottimismo
5. Stile di vita (addictive behaviour, sedentarietà)

*Vari gli strumenti di screening ed assessment utilizzabili  
ma essenziale  
che abbiano i requisiti psicometrici di validità e fedeltà*



Area Psicologia

## Ex Fumatori: motivi cessazione OSSFAD - Indagine DOXA-ISS 2008





**conoscenza  
dei fattori  
di rischio**

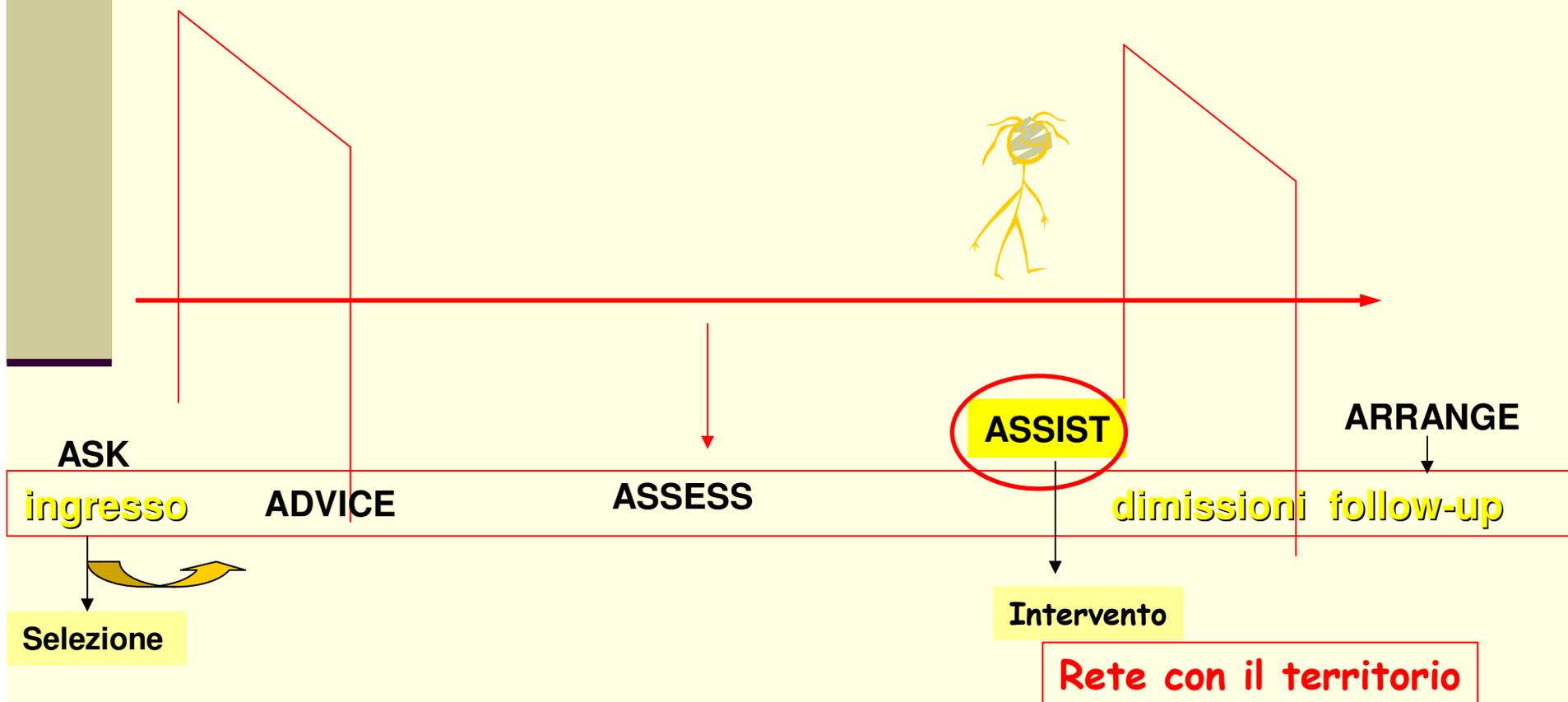


**conoscenza  
delle  
strategie da  
adottare per  
il controllo  
dei fattori di  
rischio**



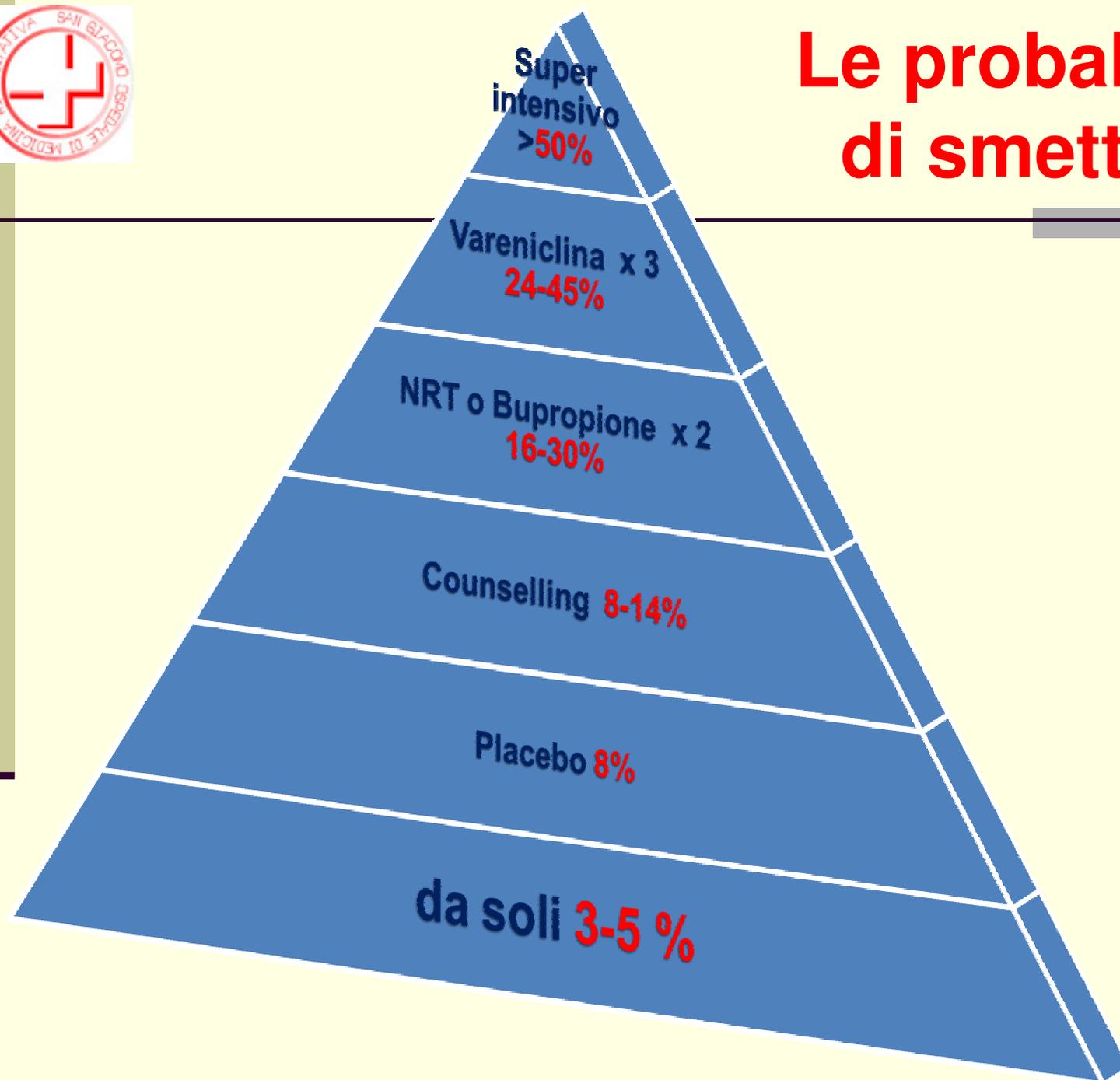
## Percorso paziente in degenza riabilitativa rivolto alla disassuefazione del fumo di sigaretta

**Variabili intervenienti:**  
Durata degenza  
Risorse organizzative





# Le probabilità di smettere





## ASSIST Stabilire percorso terapeutico per cessazione

1. Counselling breve se è bassa la dipendenza (B)
2. Se dipendenza elevata effettuare terapia farmacologica (A)
3. *Counselling intensivo*
4. *Counselling telefonico*
5. *Interventi di gruppo di tipo cognitivo-comportamentale, auto-mutuo aiuto*
6. *Self-Help*
7. *Intervento psicologico*
8. *Tecniche di rilassamento*

*Revisioni sistematiche identificano la maggior efficacia dei trattamenti integrati di gruppo o individuali rispetto all'utilizzo separato degli interventi*



# Fattori che influenzano l'accettazione e l'aderenza al trattamento

## La non-aderenza può essere

- \***intenzionale**: risultato di una decisione razionale basata su convinzioni personali circa la malattia e il trattamento (necessità /preoccupazioni);
- \***non-intenzionale**: conseguenza di scarse abilità nel gestire il regime terapeutico.

La prevalenza della **non-aderenza** è stimata intorno al **50 %** e oltre tra i pazienti in trattamento per patologie croniche.



# Barriere per l'aderenza al trattamento

- 1 Il paziente non sa che cosa fare
- 2 Il paziente non ha le abilità o le risorse per portare avanti il trattamento
- 3 Il paziente non crede o non sente di avere le abilità per portare avanti il trattamento
- 4 Il paziente non crede o non sente che portare avanti il trattamento produrrà dei cambiamenti (mette in discussione l'utilità)



## Barriere per l'aderenza al trattamento

5 Il trattamento è troppo impegnativo e il paziente non crede che i potenziali benefici dell'aderenza bilanceranno i costi

6 L'aderenza è associata con eventi o sensazioni non rinforzanti o che producono evitamento

7 La qualità del rapporto tra paziente e medico non è buona

8 Non c'è continuità nella cura

9 La struttura non facilita l'aderenza



## Alcuni facilitatori per l'aderenza al trattamento

1. Tono dell'umore eutimico, ottimismo, buona self-efficacy
2. Offrire informazioni circa la malattia e il trattamento;
3. Migliorare le competenze comunicative del medico;
4. Migliorare la formazione del personale ospedaliero
5. Strutturare programmi di trattamento a lungo termine che richiedono sinergia fra ospedale, MMG e Servizi territoriali



## Facilitatori Strategie motivazionali

1. Favorire l'ammissione del problema (Es. in che misura il fumo è un problema per lei?, che cosa le ha comportato?)
  2. Preoccupazione (Es. In che misura la preoccupa il fatto di riprendere a fumare?)
  3. Intenzione a cambiare (Es. quali sono le ragioni per smettere)?
- 
1. Far riassumere il problema e di quanto di positivo vi sia nel fumare
  2. Promuovere una rassegna di tutte le prove dei rischi
  3. Fare enucleare tutte le ragioni del cambiamento



## Facilitatori Strategie motivazionali

1. **Identificare per modificare credenze erranee**
2. **Favorire l'identificazione di più opzioni per il cambiamento**
3. **Aumentare consapevolezza nel valutare le conseguenze negative del comportamento target**
4. **Uso dell'ascolto attivo**
5. **Riformulazione**
6. **Fornire un chiaro feedback sulla attuale situazione, dei suoi rischi e conseguenze**
7. **Definire obiettivi condivisi**
8. **Fornire specifiche strategie alternative al fumo**



## Arrange

Follow-up a 6 e 12 mesi dopo il termine della terapia (C)

Consente verifica del trattamento e strategia per ottimizzare l'outcome



Raccordo tra Ospedale, MMG e Servizi Territoriale



## Ambulatorio per il trattamento del tabagismo Ospedale San Giacomo di Medicina riabilitativa

**Personale dedicato**

1 medico  
1 psicologo

**Chi vi accede**

(a) **Gruppo A** Pazienti fumatori ricoverati per patologie:  
cardiovascolari  
neurologiche  
ortopediche

(b) **Gruppo B** Pazienti cardio-operati ed astinenti dall'evento acuto:

**Spazi dedicati**

1 ambulatorio medico  
1 ambulatorio psicologico  
1 sala riunioni per gli incontri di gruppo



## Descrizione protocollo intervento tabagismo Ospedale San Giacomo

Invio pazienti

**Opzione A** Protocollo con U.F. di Cardiologia  
**Opzione B** Invio richiesta consulenza dalle U.F.

Assessment tabagismo

Cartella comprensiva di:  
Dati anamnestici  
Anamnesi tabagica  
Valutazione motivazione  
Valutazione dipendenza  
Screening ansia e depressione  
*Se Gruppo A* Valutazione con CO<sup>2</sup>

Counselling di gruppo  
4 Incontri standard  
**Opzione A**

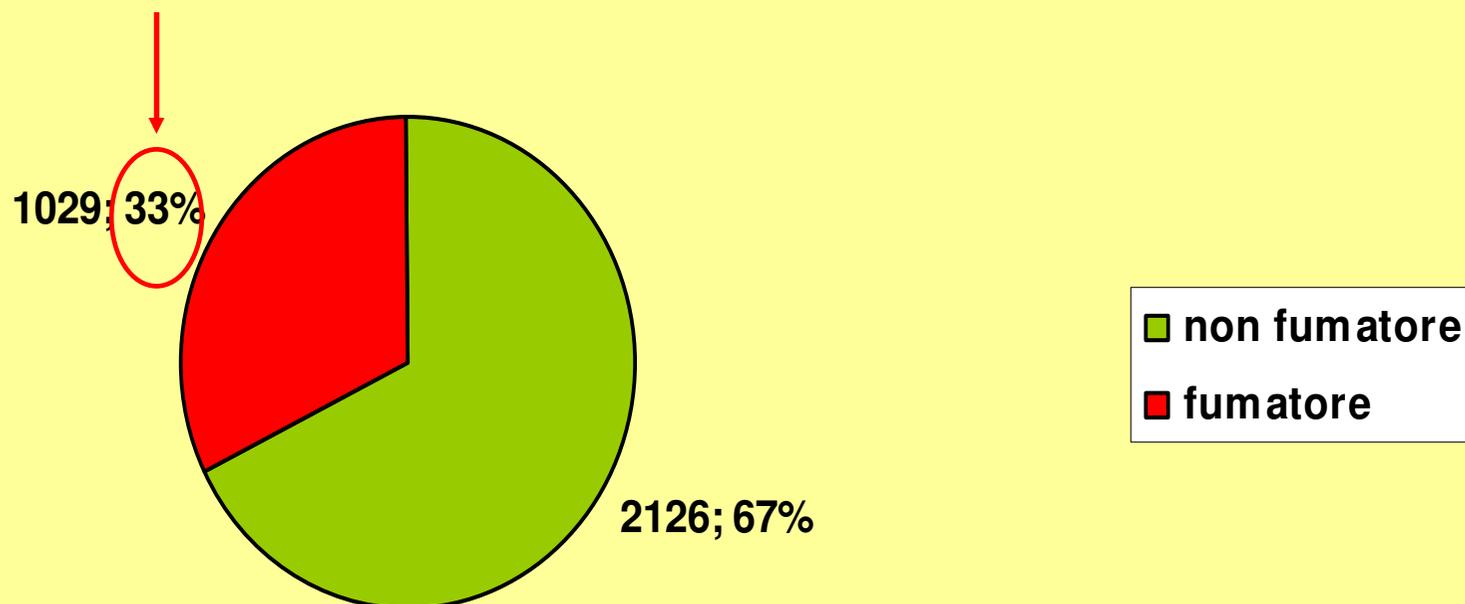
Intervento

Individuale con approccio  
cognitivo-comportamentale  
(Opzione A e B)  
  
Farmacologico (Opzione B)

Follow-up

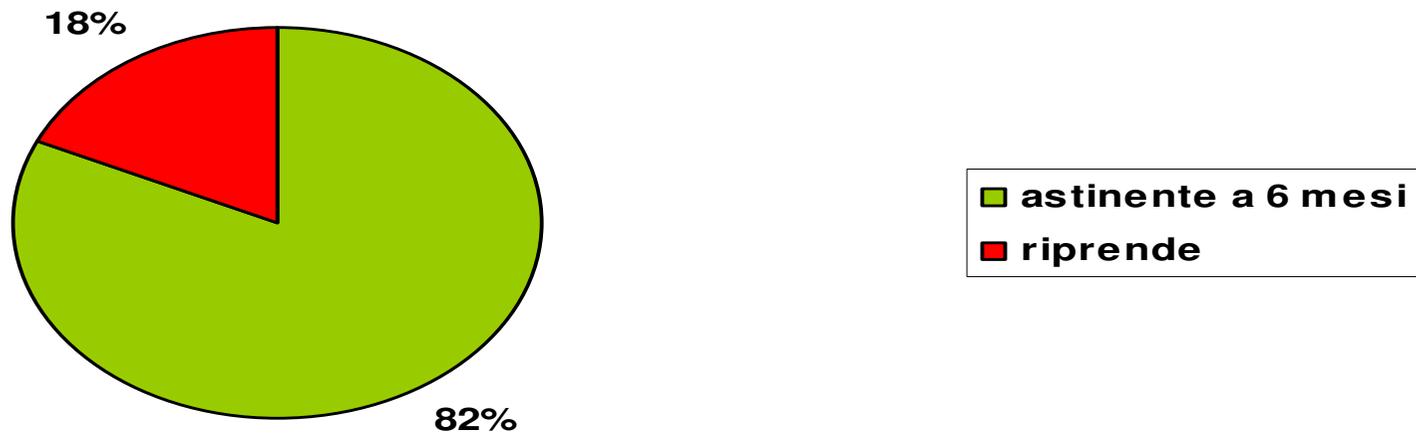
Telefonico a 3, 6, 12 mesi

## Casistica di 3155 pazienti cardioperati acuti ricoverati in San Giacomo anni 2000-2008

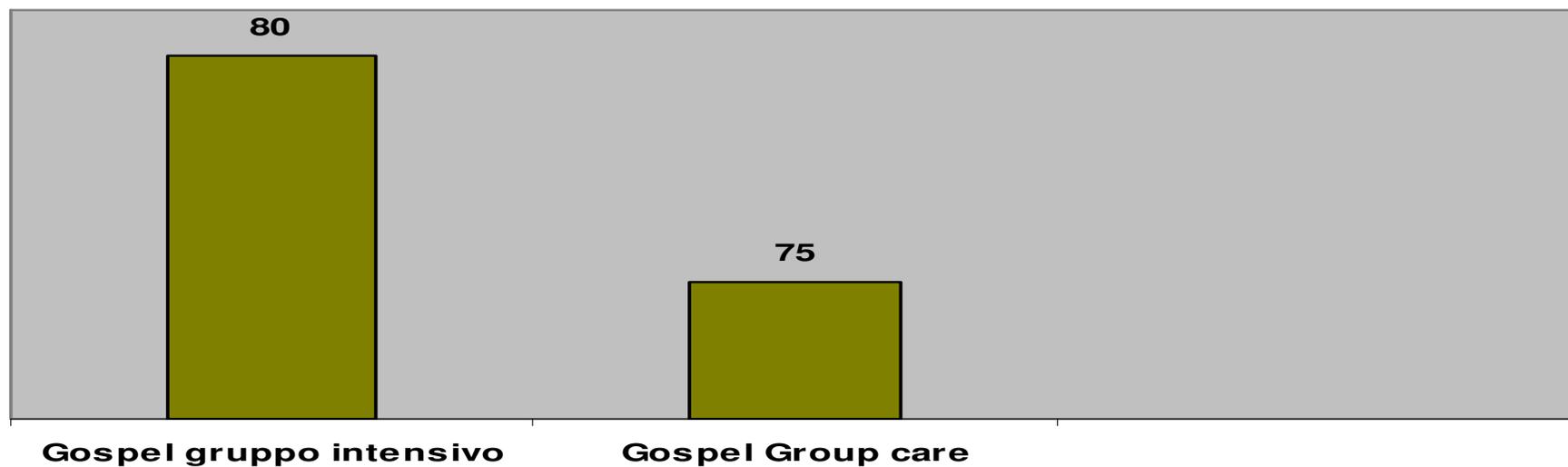


**N= 133** Media annuale pazienti cardiopatici tabagisti ospedalizzati per Riabilitazione Cardiologica in San Giacomo  
N=9 pz circa al mese  
dato il turnover dei ricoveri  
circa 4 alla settimana

### Follow-up San Giacomo a 6 mesi

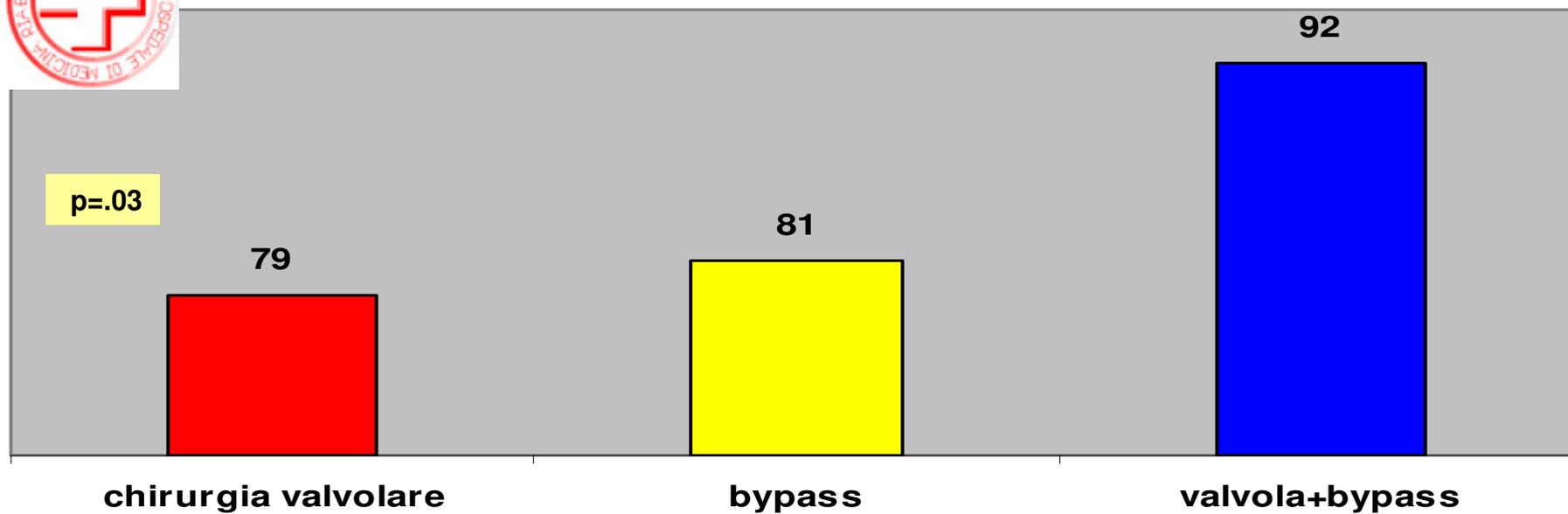


### Incidenza cessazione a 6 mesi studio Gospel

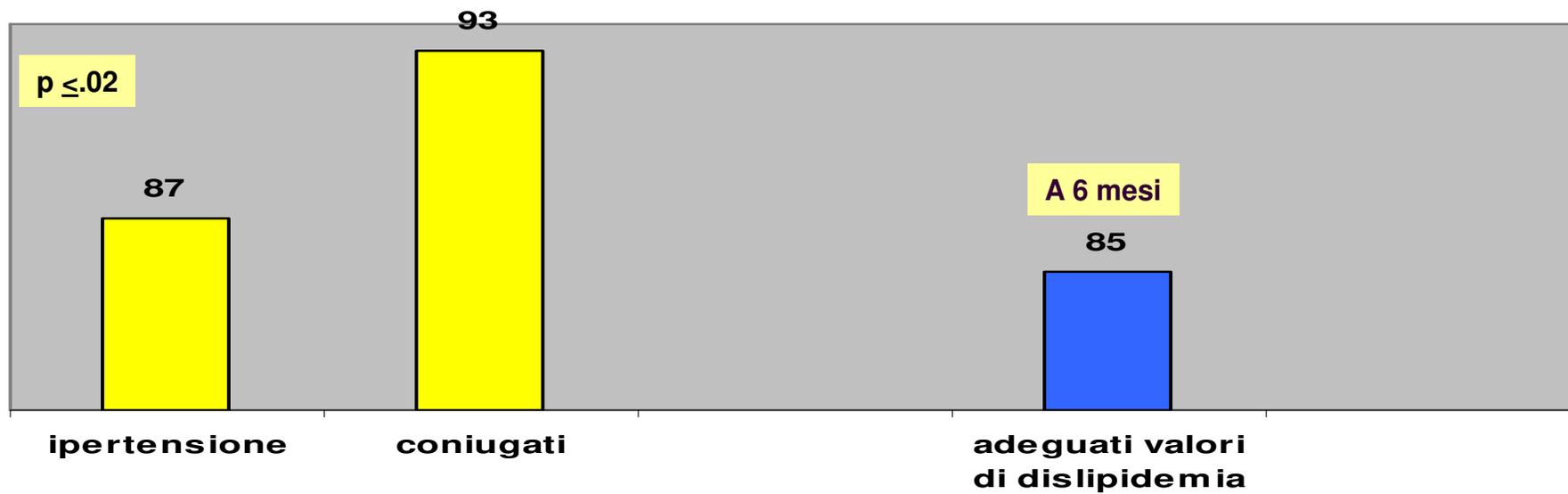




## patologia

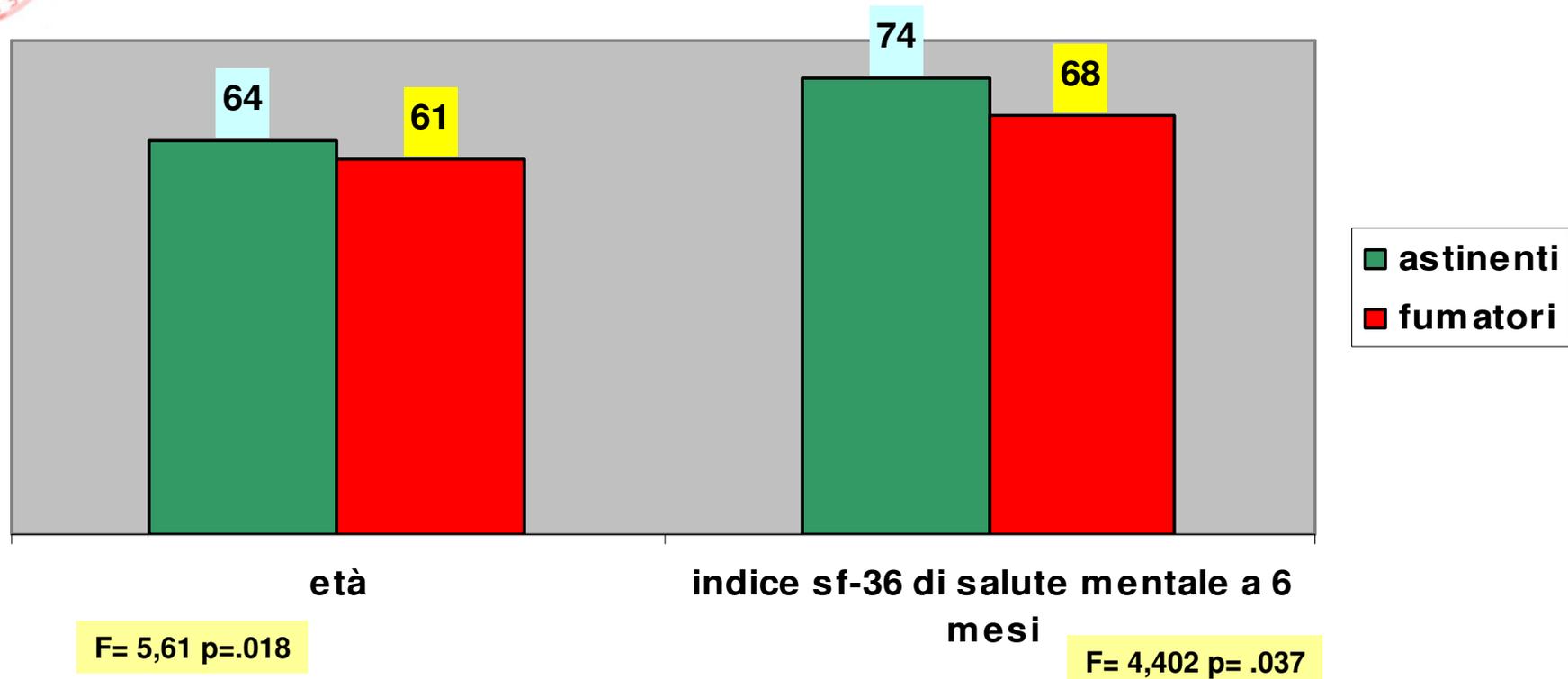


## Caratteristiche dei pazienti che mantengono l'astinenza a 6 mesi





## Differenze fra chi riprende a 6 mesi fumare vs chi si mantiene astinente



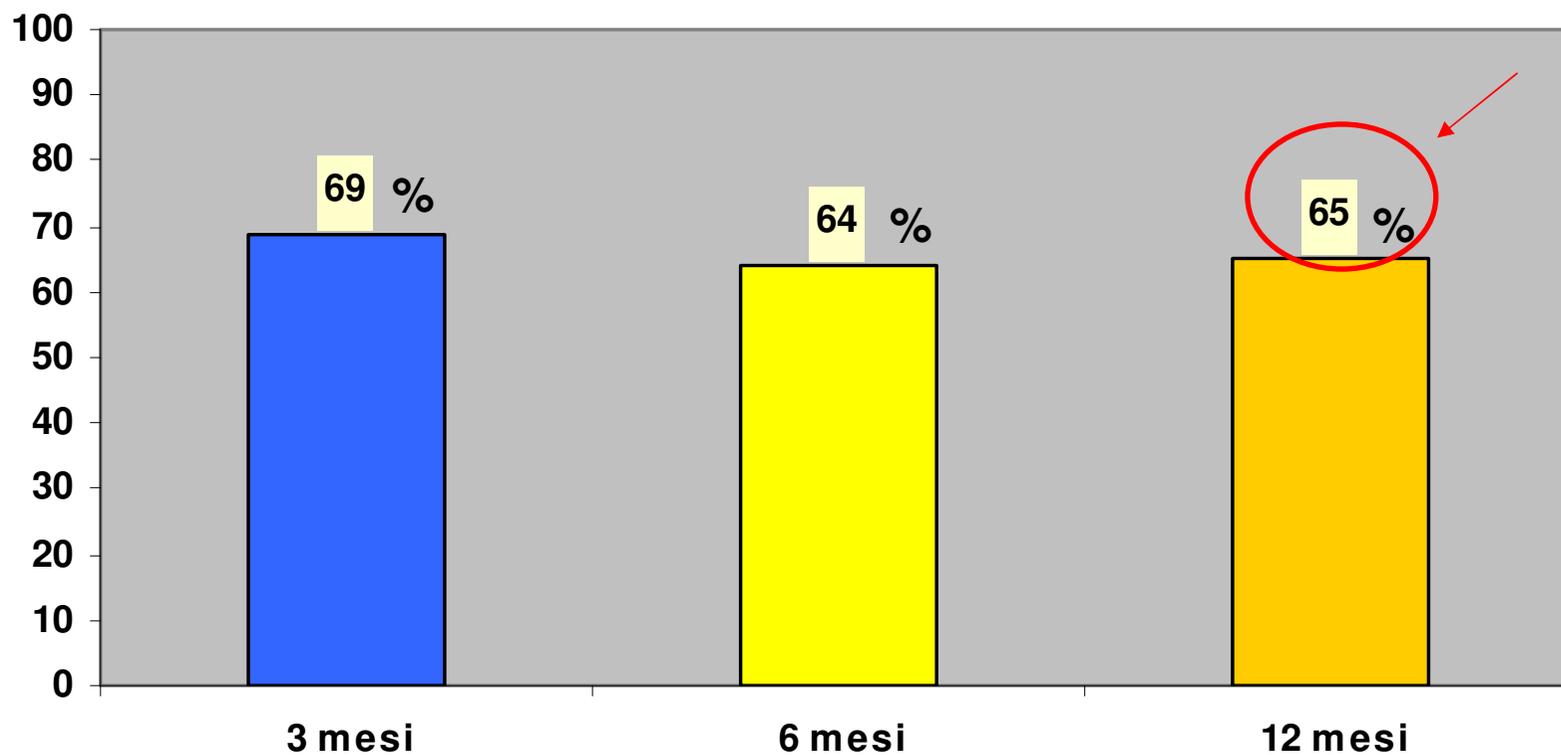
### ***In sintesi i pazienti che si mantengono astinenti:***

- 1. età più elevata,**
- 2. prevalentemente coniugati**
- 3. Ipertesi in fase acuta**
- 4. Intervento di bypass o bypass +valvola**
- 5. un migliore stato di benessere psicologico a 6 mesi**
- 6. miglior controllo della dislipidemia a 6 mesi**

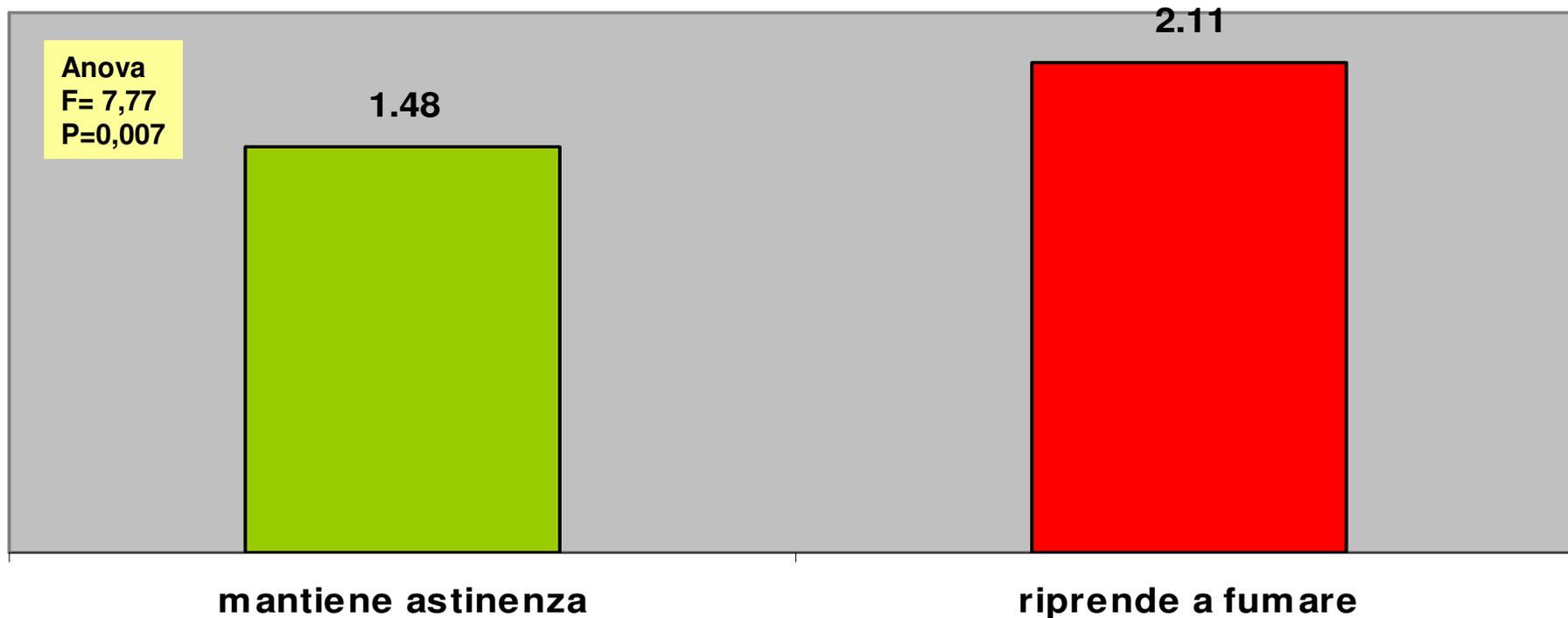


## Risultati pazienti trattati dall'ambulatorio per il trattamento del Tabagismo

Percentuale di astinenti dei pazienti fumatori trattati negli anni 2007- 2008 (N=126)



## Punteggio VAS per determinazione a smettere rilevato in fase di ricovero



### Legenda punteggio

- 1= estremamente determinato
- 2= molto determinato
- 3= abbastanza determinato
- 4= poco determinato





## Conclusioni

1. **Esistono evidenze che l'ospedalizzazione costituisca una opportunità rilevante per la cessazione del fumo di tabacco**
2. **Esistono evidenze sull'efficacia degli interventi brevi, intensivi di tipo farmacologico, counselling e combinati**
3. **Essenziale per individuare il percorso d'intervento ottimale, la valutazione della relazione esistente fra motivazione e dipendenza**
4. **Auspicabile la stesura di protocolli d'intervento e di valutazione condivisi fra differenti realtà riabilitative per la verifica dell'efficacia, efficienza degli interventi di cessazione offerti**
5. **Essenziale sviluppare maggiore sinergia fra l'intervento per la cessazione del fumo offerto in struttura riabilitativa ed ospedaliera con i servizi offerti sul territorio (SERT, Ambulatori dedicati) ed il coinvolgimento del MMG.**



Area Psicologia

*Grazie per l'attenzione*

Per informazioni:

[ornella.bettinardi@san-giacomo.it](mailto:ornella.bettinardi@san-giacomo.it)

[www.san-giacomo.it](http://www.san-giacomo.it)

