

# Utilizzo in riabilitazione cardiovascolare del Tobacco Craving Questionnaire

## *The use of Tobacco Craving Questionnaire in cardiovascular rehabilitation*

Giacomo Baiardo, Gaia Savioli, Chiara Aglieri Rinella, Massimo Miglioretti

### Riassunto

**Introduzione:** Molti pazienti in riabilitazione cardiovascolare si trovano, proprio nel contesto riabilitativo o nei giorni precedenti in terapia intensiva, a interrompere la loro abitudine tabagica. I possibili sintomi di craving, tipici dei primi giorni di astinenza, non vengono però normalmente presi in considerazione dal personale sanitario. Questo lavoro si propone di sviluppare la versione italiana del Tobacco Craving Questionnaire e verificarne l'utilità in contesto riabilitativo con pazienti cardiovascolari.

**Materiale e metodi:** A 81 pazienti fumatori (età:  $64 \pm 9,7$ ; maschi: 82,7%) ricoverati presso l'Istituto Cardiovascolare Camogli per una problematica cardiovascolare o di vasculopatia periferica è stato chiesto di compilare, entro i primi tre giorni di ricovero, il Tobacco Craving Questionnaire – short version, il Test di Fagerstrom, il Q-MAT per valutare la motivazione a smettere di fumare, e il Hospital Anxiety and Depression Questionnaire.

**Risultati:** L'analisi fattoriale esplorativa condotta sul Tobacco Craving Questionnaire-Short Version evidenzia un unico fattore che spiega il 55% della varianza ( $\alpha = 0,92$ ). Il punteggio di Craving correla positivamente e significativamente con il grado di dipendenza rilevato al test di Fagerstrom ( $r^2 = 0,300$ ;  $p = 0,013$ ), e negativamente, ma debolmente, con l'intenzione a smettere di fumare ( $r^2 = -0,231$ ;  $p = 0,052$ ).

**Conclusioni:** Questi dati mostrano come il Tobacco Craving Questionnaire – Short Version possa essere un utile strumento per valutare l'eventuale stato di Craving nei pazienti in riabilitazione cardiovascolare e come esso possa essere inserito in una valutazione multidimensionale dell'abitudine tabagica, con l'obiettivo di aiutare il paziente a smettere di fumare.

**Parole chiave:** Craving, Riabilitazione cardiologica, Tobacco Craving Questionnaire.

### Abstract

**Introduction:** At the beginning of rehabilitation or in the previous period in the intensive care, many patients with cardiovascular disease try to quit their smoking habits. However, healthcare professionals do not usually take into account the symptoms of craving, typical of the early days of abstinence. This paper aims to develop the Italian version of the Tobacco Craving Questionnaire and verify its usefulness in rehabilitation context with cardiovascular patients.

**Methods:** Eighty-one smoking patients (age:  $64 \pm 9,7$ ; males: 82,7%), admitted to the Cardiovascular Institute of Camogli for cardiovascular problems or peripheral vascular disease, fill the Tobacco Craving Questionnaire – short version, the Fagerstrom Test, the Q-MAT to assess motivation to quit smoking, and the Hospital Anxiety and Depression Questionnaire, within the first three days of hospitalization.

**Results:** The exploratory factor analysis of Tobacco Craving Questionnaire-Short Version evidences a single factor that explains 55% of variance ( $\alpha = 0.92$ ). The Craving score correlates positively and significantly with the degree of dependence measured with the Fagerstrom test ( $r^2 = 0,300$ ,  $p = 0,013$ ), and negatively, but weakly, with the intention to stop smoking ( $r^2 = -0.231$ ,  $p = 0.052$ ).

**Conclusions:** These data show that the Tobacco Craving Questionnaire – Short Version is a useful tool for assessing the state of Craving in patients in cardiac rehabilitation. Therefore, it can be inserted into a multidimensional assessment of smoking in order to help patients quit smoking.

**Keywords:** Craving, Cardiovascular rehabilitation, Tobacco Craving Questionnaire.

## Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la Riabilitazione Cardiovascolare (RCV) come *"un processo multifattoriale, attivo e dinamico che ha come fine ultimo quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia, di favorire un ruolo attivo nella società e, in ultima analisi, di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere quindi positivamente sulla sopravvivenza"* [1].

Tra i fattori di rischio principali delle patologie cardiovascolari, ritroviamo anche il fumo. Non di rado quindi all'interno dei contesti delle cardiologie ospedaliere e riabilitative, gli operatori possono interfacciarsi con pazienti che presentano tale abitudine e si trovano nella difficile situazione di doverla abbandonare o di non doverla riprendere dopo che, anche a causa della malattia e del successivo ricovero, si è stati forzatamente costretti ad interromperla.

Ad esempio uno studio ha messo in evidenza che tra il 15% e il 27% delle persone ricoverate negli ospedali spagnoli per problemi cardiovascolari sono fumatori [2], in linea con le percentuali italiane e di altri stati UE e USA [2]. La raccomandazione principale è quindi quella di un intervento di counseling psicologico e di mantenere il follow-up per i 4 mesi successivi [2].

Le linee guida OssFAD ISS [3] sottolineano come oltre al counseling psicologico per la cessazione all'abitudine tabagica sia importante affiancare anche un'adeguata terapia farmacologica.

Studi osservazionali hanno messo in luce che già la semplice ospedalizzazione può rappresentare un fattore importante nel processo di interruzione della dipendenza da fumo di tabacco [4], pur tuttavia non sempre si può ritrovare un'attenzione dedicata al consumo di tabacco e interventi mirati alla cessazione in contesti ospedalieri e riabilitativi. In ogni caso l'ospeda-

lizzazione può rappresentare un'opportunità per i pazienti fumatori per liberarsi dalla dipendenza tabagica con l'utilizzo di interventi mirati ed efficaci; anche se soltanto circa il 40-50% dei pazienti mantiene la cessazione tra i 6 e i 12 mesi dopo l'ospedalizzazione [5]. Sebbene siano state fatte molte ricerche sulle variabili che rendono più complicata la cessazione del fumo dopo patologie cardiache (es. bassi livelli di autostima e di autoefficacia, poco supporto familiare, convivenza con persone che fumano, una concomitante storia clinica di depressione) [6], e sebbene alcune di queste variabili siano state prese in considerazione da diversi interventi e trattamenti, molti pazienti in riabilitazione continuano a fumare.

Certamente sarebbe necessario poter continuare l'intervento proposto durante l'ospedalizzazione anche successivamente alle dimissioni, attraverso trattamenti specifici e continuativi come ad esempio il monitoraggio telefonico [7]. Tuttavia, il fatto che diversi pazienti continuino a fumare suggerisce come ci debbano essere ancora altri fattori determinanti che ostacolano il processo di cessazione del fumo. Uno di questi fattori potrebbe essere il craving da tabacco: in studi passati, alti livelli di craving da tabacco erano correlati al fallimento dei tentativi di cessazione del fumo [8].

Questo in relazione soprattutto alle evidenze presenti in letteratura rispetto alla diminuzione del rischio di nuovi eventi e della mortalità nei pazienti cardiovascolari che sono riusciti a liberarsi del fumo. Ad esempio uno studio di Mohiuddin [9] evidenzia come gli interventi di cessazione per le persone fumatrici che hanno avuto un CVD possano diminuire i livelli di mortalità a due anni dall'evento acuto: nel gruppo di trattamento il rischio di mortalità scende del 9,2% (il tasso di mortalità nel gruppo di intervento era del 2,8% contro il 12% del gruppo usual care (RR, 77%; 95% CI, 27 to 93%;

$p = 0,014$ ) [9]. Tra i diversi interventi, farmacologici o meno, efficaci per smettere di fumare, l'intervento di counseling intensivo determina, nella fase ospedaliera, un indicatore prognostico favorevole alla cessazione nel periodo post ospedaliero [10].

Non solo, l'intervento combinato, che prevede l'utilizzo di farmaci NRT e/o bupropione nel periodo ospedaliero non pare determinare, a 6 mesi, un incremento nel mantenimento della cessazione, rispetto al gruppo che è stato sottoposto all'utilizzo delle sole consulenze specifiche volte all'astinenza [10]. Il counselling, quindi è certamente un intervento da prendere in considerazione quando si è di fronte ad un paziente che deve smettere di fumare. In particolare, esso può essere individuale o di gruppo. Il counselling individuale è efficace per aiutare il paziente ad apprendere abilità e strategie per fronteggiare e gestire le situazioni pratiche legate alla quotidianità del fumo, definire l'immagine che il fumatore ha di sé, identificare i vantaggi sia fisici che psicologici della cessazione della dipendenza da tabacco, aumentare l'autostima ed il senso di autoefficacia e promuovere la ricerca del sostegno sociale da parte di amici, parenti e altri fumatori/ex fumatori [11].

Dall'esperienza clinica che presenteremo in questo lavoro, anche il counselling di gruppo può essere altrettanto utile per assistere i pazienti nella valutazione dei benefici della cessazione, certamente superiori rispetto agli svantaggi, mostrando loro come la dipendenza dal tabacco abbia influenzato le loro prospettive di vita, e aiutandoli insieme a trovare nuove strategie funzionali.

Un aspetto, normalmente poco considerato dagli operatori sanitari che hanno in cura i pazienti cardiovascolari con una storia di tabagismo è che, in particolare nei primi giorni di cessazione, essi possono aver esperito o esperire i sintomi tipici del "craving". Il craving indica quel desiderio irrefre-

nabile di assumere la sostanza da cui si è stati fisicamente e psicologicamente dipendenti ed è uno dei principali sintomi di astinenza [12]. Il craving varia per intensità e durata, non è vissuto da tutti allo stesso modo poiché è multidimensionale e si manifesta attraverso diversi sintomi:

- Fisici: es. stanchezza e confusione;
- Affettivi: es. turbamento;
- Cognitivi: es. difficoltà di concentrazione;
- Comportamentali: associando il fumo a certi atti come es. il mangiare o il guidare [13].

Singleton e Gorelick [14] hanno sviluppato una classificazione dei modelli di craving suddividendoli in:

- Modelli basati sui meccanismi di condizionamento;
- Modelli basati su meccanismi cognitivi.

Koob [15] evidenzia due tipi essenziali di craving:

- Indotto da stimoli che sono stati abbinati all'auto-somministrazione di una droga come stimoli ambientali chiamati "rinforzi positivi";
- Stato di astinenza protratta in soggetti con dipendenza alcune settimane dopo una mancanza acuta. Concettualizzato come uno stato caratterizzato da ansia e disforia.

Il craving può anche essere definito come uno stato motivazionale esperito soggettivamente ed un forte "desiderio" di usare nicotina [16]; questo desiderio può divenire impellente e compulsivo nel caso di specifici stimoli e rinforzi.

Il craving è un fattore centrale nel mantenimento del fumo di sigarette ed è responsabile di molte ricadute. Infatti i fumatori in astinenza e che fanno esperienza di forte craving, sono più propensi alla ricaduta dopo un mese dalla cessazione rispetto ad altri fumatori in astinenza, che però fanno esperienza di minori livelli di craving [17]. Diversi studi hanno poi cercato di capire come la concettualizzazione teorica del craving da tabacco potesse essere operazionalizza-

ta al fine di sviluppare misure di self-report affidabili e valide per la valutazione del craving [18,19]. Uno degli strumenti più usati è certamente il Tobacco Craving Questionnaire [20], scala multidimensionale di 47 *item*, che analizza un ampio range di aspetti del craving da tabacco tra cui il desiderio di fumare, la previsione di benefici positivi del fumare, le aspettative di aiuto per i sintomi di astinenza o dell'umore negativo, la mancanza di capacità di controllo e l'intenzione e la pianificazione dell'atto del fumare. Del Tobacco Craving Questionnaire ne esiste anche una forma breve, a 12 *item*, che, nelle prime ricerche in cui è stato usato, ha dimostrato di avere caratteristiche comparabili allo strumento più esteso [21].

Date queste premesse, e in particolare la rilevanza che può avere il "craving" nelle ricadute, si è ritenuto utile provare ad utilizzare il Tobacco Craving Questionnaire – Short Form, all'interno del processo di valutazione che viene eseguita presso l'Istituto Cardiovascolare Camogli (ISCC), nei pazienti ricoverati e fumatori o che hanno una recente storia di fumo, al fine di meglio orientare l'intervento di supporto e di counseling.

Il presente lavoro si propone di sviluppare la versione italiana del Tobacco Craving Questionnaire – Short Form (TCQ-SF) [21] e verificarne l'utilità in contesto riabilitativo con pazienti cardiovascolari. In particolare si analizzerà la struttura fattoriale del TCQ-SF nella sua versione italiana, si indagherà la relazione tra i sintomi di craving ed il livello di dipendenza da tabacco e il livello di motivazione a smettere di fumare e si individuerà la numerosità di pazienti ricoverati in riabilitazione cardiologica che presentano diversi disturbi di Craving. Infine si presenterà come il TCQ-SF può essere integrato in un intervento specifico per il trattamento del comportamento tabagico in cardiologia riabilitativa.

## Metodi

### Partecipanti

Il presente lavoro ha coinvolto 98 pazienti (di cui 81 uomini e 17 donne), ricoverati presso l'Istituto Cardiovascolare di Camogli per una problematica cardiovascolare o di vasculopatia periferica. Al momento dell'ingresso in struttura tutti i pazienti sono stati valutati in funzione della loro abitudine tabagica e suddivisi nelle seguenti categorie create a partire da precedenti lavori sui pazienti in riabilitazione cardiovascolare [22] e adattate in funzione della creazione di gruppi omogenei di pazienti fumatori:

- *Non Fumatore*: indica un paziente che non fuma da oltre un anno (esclusi dalla presente ricerca);
- *Ex Fumatore*: indica un paziente che non fuma da 2-12 mesi;
- *Fumatore in astensione*: indica un paziente che non fuma da un periodo di tempo compreso tra gli ultimi due mesi e il giorno stesso del ricovero in struttura;
- *Fumatore Attivo*: indica un paziente che fuma anche nella struttura di ricovero.

Ai pazienti appartenenti alle categorie ex fumatore, fumatore e fumatore attivo è stata proposta una specifica batteria di test che oltre a valutare eventuali sintomi di "craving" valutasse anche la loro motivazione a smettere e la loro dipendenza da nicotina. In **Tabella 1** sono riportate le principali caratteristiche socio-anagrafiche dei partecipanti alla ricerca.

### Strumenti

Ai pazienti coinvolti nel presente studio è stato chiesto di compilare individualmente, entro i primi tre giorni di ricovero nella struttura, un questionario formato dai seguenti test:

1. **Tobacco Craving Questionnaire – short form [21]**: un questionario di 12 *item* su una scala Likert a 7 punti (da 1, fortemente in disaccordo, a 7, fortemente d'accordo) che analizza 4 diverse dimensioni connesse al Craving: l'emotività (ad es. in questo mo-

**Tabella 1** Caratteristiche dei partecipanti (n = 98; non sono qui inclusi i pazienti ricoverati in struttura classificati come “non fumatore”).

<b>Eta media</b>	63,46 ± 9,78
<b>Genere</b>	Uomini 82,7% Donne 17,3%
<b>Titolo di studio</b>	Elementare 19,6% Media inferiore 35,1% Media superiore 30,9% Laurea 11,4%
<b>Stato civile</b>	Celibe/Nubile 11,7% Coniugato 63,8% Separato/Divorziato 17% Vedovo 7,5%
<b>Tipologia di fumatore</b>	Ex Fumatore 18,5% Fumatore in astensione 73,9% Fumatore Attivo 7,6%
<b>Diagnosi</b>	Ischemica 33,7% Vascolare 33,7% Valvolare 17,3% Ischemica + Valvolare 9,2% Altro 6,1%

**Tabella 2** Matrice delle componenti.

Item	Fattore
1. In questo momento mi farebbe piacere una sigaretta	0,708
2. Se fumassi ora, non riuscirei a smettere	0,666
3. Se avessi una sigaretta accesa nella mia mano, probabilmente la fumerei	0,706
4. In questo momento avrei voglia di gustarmi una buona sigaretta	0,787
5. In questo momento sarei meno irritabile se mi fumassi una sigaretta	0,744
6. Sarebbe difficile rinunciare alla possibilità di fumare	0,785
7. Se avessi delle sigarette qui non riuscirei a smettere di fumare	0,723
8. Fumare una sigaretta sarebbe un piacere	0,746
9. Se in questo momento fumassi, riuscirei a concentrarmi meglio	0,752
10. Non sarei in grado di controllare quanto fumerei se avessi ora delle sigarette	0,590
11. In questo momento non sarebbe facile porre un limite a quanto fumerei	0,686
12. Se in questo momento potessi fumare controllerei meglio le cose	0,691

mento sarei meno irritabile se mi fumassi una sigaretta); l’aspettativa di fumare (ad es. in questo momento avrei voglia di fumarmi una buona sigaretta); l’impulsività (ad es. se fumassi ora, non riuscirei a smettere); l’intenziona-

lità (ad es. sarebbe difficile rinunciare alla possibilità di fumare).

2. **Test di Fagerstrom per la Dipendenza da Nicotina (FTND) [23]:** composto da 6 item, di cui quattro a risposta multipla e due con risposta dicotomica (si/no). Una

volta calcolato il punteggio finale, il test permette di valutare la dipendenza fisica da nicotina dei pazienti fumatori distinguendola tra: molto bassa (punteggio 0-2), bassa (3-4), medio-alta (5-6), alta (7-8) a molto alta (9-10).

3. **Questionnaire de motivation à l’arret du tabac [24]:** un questionario composto da 7 item che, una volta sommato il punteggio finale (variabile da 0 a 20), permette di valutare la motivazione a smettere di fumare del soggetto da motivazione insufficiente (punteggio 0-6), motivazione media (punteggio 7-13) a motivazione buona o molto buona (punteggio maggiore di 13).
4. **Hospital Anxiety and Depression Scale [25]:** un questionario composto da 14 item su una scala a 4 punti (da 0 a 3), che analizza sia l’ansia generalizzata che la depressione provata dal paziente ospedalizzato. Per ogni domanda il paziente deve indicare l’opzione che meglio rappresenta il suo attuale stato emotivo.

## Risultati

Tutti i partecipanti hanno compilato senza particolari problemi la batteria di test, pertanto anche il TCQ-SF ben si adatta alla compilazione nel contesto della cardiologia riabilitativa.

Come primo passo è stata quindi condotta un’analisi fattoriale esplorativa con metodo di estrazione delle componenti principali che tende a far preferire la soluzione ad un unico fattore (associabile ad un’unica macro dimensione del craving), che spiega il 50,91% della varianza totale. In particolare ritroviamo che gli item saturano il fattore estratto con un punteggio da 0,787 per l’item 4, a 0,590 per l’item 10 (**Tabella 2**).

Questa prima analisi fattoriale quindi non conferma la struttura multifattoriale della scala evidenziata nei precedenti lavori [21], anche se l’analisi dell’affidabilità sulla scala totale e sulle quattro dimensioni precedentemente individuate in

letteratura rimane sempre almeno accettabile (**Tabella 3**). Per questo, si è deciso di presentare i risultati sia ottenuti al punteggio totale di craving, sia alle diverse sue dimensioni, proprio per la rilevanza che si tende a dare in letteratura ai diversi aspetti che compongono il craving [21].

In **Tabella 3** sono riportati i valori medi ottenuti alle diverse scale (range 1-7) e al punteggio complessivo di craving. È inoltre riportata la percentuale di pazienti ricoverati con punteggi elevati ( $\geq 5$ ) alle diverse dimensioni. È stato considerato questo valore soglia in quanto indica un sostanziale accordo con i diversi item delle scale. Si è così evidenziato che circa il 10% dei pazienti fumatori soffre sintomi riconducibili al craving durante la riabilitazione.

Si sono poi analizzate le correlazioni tra il punteggio complessivo di

craving, le diverse sue dimensioni e la motivazione a smettere di fumare, la dipendenza da nicotina e lo stato ansioso e depressivo (**Tabella 4**). Il punteggio totale di craving correla positivamente con la dipendenza fisica da nicotina e negativamente con la motivazione a smettere di fumare; la sintomatologia emotiva correla con la dipendenza fisica, ma anche con lo stato depressivo del paziente; l'aspettativa di fumare correla con la dipendenza fisica da nicotina e negativamente con la motivazione a smettere di fumare; il desiderio impulsivo della sigaretta correla, oltre che con la dipendenza fisica con la sintomatologia ansioso-depressiva esperita dal paziente e infine l'intenzione di fumare correla negativamente con la motivazione a smettere e positivamente con la dipendenza fisica da nicotina.

## Discussione

Questo lavoro si proponeva di verificare l'utilità del Tobacco Craving Questionnaire – Short Form nel contesto di cardiologia riabilitativa, ipotizzando che, diversi pazienti, dovendo smettere forzatamente di fumare a seguito del problema cardiovascolare e della concomitante ospedalizzazione, possano esperire alcuni sintomi di craving. L'analisi fattoriale esplorativa condotta sui dati raccolti, tende a far preferire una soluzione ad un unico fattore dello strumento, perdendo così l'originaria differenziazione a 4 fattori, che permette una più attenta analisi della sintomatologia di craving [20,21]. L'affidabilità rimane comunque accettabile per tutte e quattro le dimensioni proposte originariamente ed è possibile che una analisi su un campione più ampio di soggetti o su un campione con caratteristiche più simili a quelle dei rispondenti degli studi originali possa condurre ad una maggior differenziazione della scala. Da considerare che un certo numero di pazienti partecipanti allo studio, circa il 10%, hanno evidenziato dei sintomi di craving, in particolare diversi pazienti hanno un'elevata intenzionalità ed aspettativa di fumare.

Inoltre le analisi di correlazione mostrano come i pazienti con un livello di dipendenza da nicotina maggiore, risultano avere una maggio-

**Tabella 3** Punteggi ottenuti alle diverse dimensioni del TCQ-SF dai pazienti partecipanti alla ricerca.

	á	M	D.S.	Casi con punteggi $\geq 5$ (%)
Craving totale	0,91	2,40	1,49	8,3%
Emotività	0,86	2,05	1,72	9,8%
Aspettativa di fumare	0,84	2,69	1,92	15,2%
Impulsività nel fumare	0,71	2,31	1,60	9,9%
Intenzionalità nel fumare	0,66	2,47	1,65	11%

**Tabella 4** Correlazioni tra Craving, Motivazione a smettere, Dipendenza fisica da nicotina, Ansia e Depressione (r di Spearman).

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Craving	–	–	–	–	–	–	–	–
2. Emotività	0,777***	–	–	–	–	–	–	–
3. Aspettativa	0,875***	0,600***	–	–	–	–	–	–
4. Impulsività	0,817***	0,637***	0,604***	–	–	–	–	–
5. Intenzionalità	0,890***	0,596***	0,807***	0,692***	–	–	–	–
6. Motivazione	–0,296**	–0,108	–0,330**	–0,119	–0,428**	–	–	–
7. Dipendenza	0,329**	0,320**	0,270*	0,386**	0,217*	0,194	–	–
8. Depressione	0,057	0,218*	0,116	0,214*	0,028	0,251*	0,164	–
9. Ansia	0,095	0,144	0,070	0,229*	–0,010	0,189	0,168	0,578**

(\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001).

re e più pervasiva sintomatologia di craving. Questo risultato riprende la letteratura di settore [17] confermando sia il fatto che il craving sia uno dei sintomi di astinenza da tabacco maggiormente rilevanti, sia l'importanza di considerarne e valutarne i sintomi nel contesto riabilitativo per un corretto supporto, nel percorso di astinenza, per quei pazienti che riferiscono anche una maggior dipendenza fisica. Coloro poi che hanno un elevato livello di craving sembrano anche avere, nel nostro campione, una minor motivazione a smettere di fumare, aspetto anche questo già evidenziato in studi precedenti [26]. Due dimensioni del craving, l'emotività e l'impulsività risultano poi anche correlati con la valutazione dei sintomi depressivi e ansiosi, mostrando come, nei pazienti cardiovascolari che stanno cercando di smettere di fumare proprio durante la riabilitazione, l'alterazione del tono dell'umore potrebbe anche essere connessa a tale aspetto e non soltanto al problema cardiovascolare affrontato. Questo aspetto sarà da approfondire in nuovi studi, in quanto una miglior comprensione dell'origine della sintomatologia ansioso depressiva in questi pazienti, potrebbe indirizzarne il trattamento in modo più adeguato. A partire da questo lavoro è stato possibile ipotizzare un primo intervento che consideri i diversi aspetti qui analizzati e sostenga quindi i pazienti che proprio durante il periodo della riabilitazione cardiovascolare abbandonano l'abitudine tabagica. L'intervento proposto è caratterizzato da *incontri di gruppo focalizzati sul tema fumo*. Diverse ricerche hanno dimostrato che la terapia di gruppo è efficace [27]. Tale efficacia è dovuta a molti fattori che entrano in gioco durante la terapia di gruppo e che Yalom e Leszcz [28] definisce "fattori terapeutici" quali ad esempio l'infusione della speranza, la coesione di gruppo e il rispecchiamento emotivo. Nel gruppo emergono fattori di sostegno e una condivisione esperienziale in grado di sostenere il paziente nel suo percorso di scelta

della cessazione. Obiettivo degli incontri proposti, di solito 3 e con un minimo di tre e un massimo di sette pazienti, è indagare le percezioni su tale abitudine, introdurre il tema della dipendenza, la funzione della sigaretta e iniziare a riflettere sul cambiamento come possibilità di ristrutturazione cognitiva e come rinforzo alla qualità di vita. Inoltre vengono riferite le possibili terapie farmacologiche di sostegno e viene instaurato un iniziale contratto di mantenimento della cessazione almeno in fase di ospedalizzazione. I tempi della riabilitazione cardiologica (in media 15-20 giorni), costringono ad un numero limitato di incontri, durante il quale però è comunque possibile creare un primo "contratto" di cambiamento.

Gli obiettivi degli incontri sono legati inizialmente, alla possibilità di valorizzare l'esperienza del paziente come non fumatore. In molti casi i pazienti riferiscono di avere acceso l'ultima sigaretta il giorno del ricovero in ospedale, o il giorno dell'intervento stesso e di non avere mai più toccato altra sigaretta da quel momento. Pertanto, nonostante vi sia una motivazione prevalentemente estrinseca (i pazienti infatti seguono in molti casi il consiglio/veto dato dai medici), i degenti riescono a mantenere la cessazione anche durante il periodo riabilitativo. Potere rinforzare in loro la coscienza di avere attraversato la prima fase di criticità caratterizzata alle volte da sindrome di astinenza, favorisce un iniziale passaggio verso l'emergere di una motivazione intrinseca riguardo alla scelta del mantenimento della cessazione. In una seconda fase vengono date al paziente anche informazioni di tipo teorico legate alla dipendenza fisica e psicologica, per creare in loro una maggiore competenza, capace di sviluppare in seguito un più alto senso di auto efficacia nella gestione del mantenimento del cambiamento. Viene dato spazio alla riflessione sull'astinenza, e sui sintomi possibili ad essa collegati come il craving, l'affaticabilità, la sensazione di avere la testa vuota, la sonnolen-

za e la costipazione o la tosse [29]. Vengono dati anche alcuni accenni ai meccanismi chimici della dipendenza in modo che il paziente acquisisca nozioni in cui può riconoscersi e a cui può dare forma e nome in modo più chiaro, creando poi gradualmente una nuova immagine di sé come possibile "non-fumatore". Questo rappresenta il primo contratto che il paziente può già stipulare con se stesso e nel piccolo gruppo, volto al cambiamento dell'abitudine disfunzionale e all'emergere di una più solida motivazione intrinseca.

Al termine di questi incontri i pazienti riferiscono spesso di non sentire più il bisogno di fumare, come se la stessa fase riabilitativa avesse rappresentato una finestra funzionale al cambiamento di diversi aspetti nello stile di vita e in particolare riguardo alla gestione dei fattori di rischio. Nei casi in cui il paziente continui a fumare anche in riabilitazione o riferisca la sensazione di alta vulnerabilità, vengono fornite indicazioni specifiche riguardo a servizi sul territorio che si occupano di tale tematica per affrontare il tema in modo più approfondito e magari anche grazie ad un supporto integrato psicologico e farmacologico.

## Conclusioni

Il presente lavoro ha messo in evidenza come una percentuale intorno al 10% dei pazienti ricoverati in riabilitazione cardiologica con una precedente abitudine tabagica riferiscano disturbi di craving, misurati attraverso il Tobacco Craving Questionnaire-Short Form, strumento che, da questi primi dati, evidenzia una sua affidabilità. Alla luce di questi dati si ritiene che l'eventuale presenza di sintomatologia di craving vada presa in considerazione in questi pazienti ed eventualmente adeguatamente trattata, tramite percorsi di sostegno simili a quelli descritti nella parte conclusiva di questo lavoro. Tale ricerca presenta certamente alcuni limiti, in particolare per quanto riguarda l'ampiezza del campione analizzato che comunque non

ha permesso di analizzare in profondità le caratteristiche del questionario e neppure di descrivere con maggior precisione le caratteristiche di quei pazienti in riabilitazione cardiovascolare che presentano una sintomatologia da craving. Tali aspetti, come anche l'eventuale legame con la sintomatologia ansioso-depressiva dei sintomi di craving saranno da valutare in prossimi studi.

[*Tabaccologia* 2017; 1:24-30]

#### Giacomo Baiardo

Istituto Cardiovascolare Camogli (ISCC),  
Via Aurelia 85, 16032 Ruta di Camogli  
(GE) - Tel. 0185 726001

#### Gaia Savioli

Istituto Cardiovascolare Camogli (ISCC),  
Ruta di Camogli (GE)

#### Chiara Aglieri Rinella,

#### Massimo Miglioretti

Dipartimento di Psicologia,  
Università di Milano Bicocca, Milano

#### Corresponding author:

#### Giacomo Baiardo

✉ baiardog@gmail.com

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

► *Fondi e finanziamenti: nessuno.*

## Bibliografia

1. WHO's report. Investing in Health. WHO 1993.
2. Jiménez Ruiz CA, et al. Guidelines for the Treatment of Smoking in Hospitalized Patients. *Arch Bronconeumol* 2016 [Epub ahead of print].
3. Zuccaro P, et al. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, ISS.
4. Glasgow RE, Stevens VJ, Mullooly JP, Lichtenstein E. Changes in smoking associated with hospitalization: quit rates, predictive variables, and intervention implications. *American Journal of Health Promotion* 1991;6:24-29.
5. Rigotti NA, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane database of Systematic Reviews*. 2012;18(3).
6. Attebring MF, Hartford M, Hjalmarson A, Caidahl K, Karlsson T, Herlitz J. Smoking habits and predictors of continued smoking in patients with acute coronary syndromes. *Journal of advanced nursing* 2004;46(6):614-623.
7. Rigotti NA, et al. A Post-Discharge Smoking-Cessation Intervention for Hospital Patients. *Helping Hand 2 Randomized Clinical Trial*. *Am J Prev Med* 2016;51(4):597-608.
8. Berndt NC, Hayes A F, Verboon P, Lechner L, Bolman C, De Vries H. Self-efficacy mediates the impact of craving on smoking abstinence in low to moderately anxious patients: Results of a moderated mediation approach. *Psychology of Addictive Behaviors* 2013;27(1):113.
9. Mohiuddin SM, et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* 2007;131:446-452.
10. Fellows JL, et al. Referring Hospitalized Smokers to Outpatient Quit Services. A Randomized Trial. *Am J Prev Med* 2016;51(4):609-619.
11. Bertolotti R, et al. Evidenze e raccomandazioni nel trattamento del tabagismo. *Tabaccologia monografie* 2009.
12. Dodgen CE. Nicotine Dependence: Understanding and Applying the Most Effective Treatment Interventions. *American Psychological Association*, 2005.
13. Shadel WG, Niaura R, Brown RA, Hutchison KE, Abrams DB. A content analysis of smoking craving. *Journal of Clinical Psychology* 2001;57(1):145-150.
14. Singleton EG, Gorelick DA. Mechanisms of alcohol craving and their clinical implications. *Recent Dev Alcohol*. 1998;14:177-195.
15. Koob GF. Neurobiology of addiction. *The journal of life-long learning in psychiatry*. 2011;9(1).
16. Sayette MA, Martin CS, Hull JG, Wertz JM, Perrott MA. Effects of nicotine deprivation on craving response covariation in smokers. *Journal of abnormal psychology* 2003; 112(1):110.
17. Durcan MJ, et al. The effect of bupropion sustained-release on cigarette craving after smoking cessation. *Clinical therapeutics* 2002;24(4):540-551.
18. Killen JD, Fortmann SP. Craving is associated with smoking relapse: findings from three prospective studies. *Experimental and clinical psychopharmacology* 1997;5(2):137.
19. Shiffman S, et al. A day at a time: predicting smoking lapse from daily urge. *Journal of abnormal psychology* 1997; 106(1):104.
20. Heishman SJ, Singleton EG, Moolchan ET. Tobacco Craving Questionnaire: Reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine & Tobacco Research* 2003;5:645-654.
21. Heishman SJ, Singleton EG, Pickworth WB. Reliability and validity of a Short form of the Tobacco Craving Questionnaire. *Nicotine & Tobacco Research* 2008;10(4):643-665.
22. Griffo R, et al. ICAROS (Italian survey on CardiAc Rehabilitation) and Secondary prevention after cardiac revascularization): primo bilancio di una grande esperienza scientifica del network riabilitativo GICR/IACPR. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2012;78:73-77.
23. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors* 1978;3(3):235-241.
24. Aubin HJ, et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT). *Alcool Addictol* 2004;26:311-316.
25. Zigmund AF, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1983;67:361-370.
26. Sayette MA, Dimoff JD. In search of anticipatory cigarette craving: the impact of perceived smoking opportunity and motivation to seek treatment. *Psychology and Addictive Behavior* 2016;30(3):277-286.
27. Burlingame GM, MacKenzie KR, Strauss B. Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: Lambert MJ, Bergin AE, Garfield SL (Eds.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed.). Wiley, New York, 2004.
28. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books 2005.
29. *American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Washington, DC: APA 2013.