

Perspectives & Research

Cardiopatici fumatori... al FRESCO

FRESCO project for cardiopatic smokers

Stefano Urbinati

Dopo 2 anni di lavoro finalmente il progetto FRESCO è ai nastri partenza. FRESCO è un acronimo e significa Fumo nella Regione Emilia Romagna nelle Sindromi Coronariche dopo Ospedalizzazione e rappresenta uno di quei salti di qualità nella gestione della prevenzione secondaria più volte auspicati [1]. La sua pianificazione è già da sola un grande risultato perché il fattore di rischio fumo è stato finora sottovalutato dalla Cardiologia se si considera la ridottissima percentuale di eventi congressuali e corsi di aggiornamento dedicati al tabagismo, a fronte di quelli numerosi dedicati all'ipertensione arteriosa, al diabete o alle dislipidemie.

I cardiologi e la prevenzione

L'origine di questo atteggiamento poco interventista nei confronti del tabagismo è dovuto secondo i cardiologi alla difficoltà a classificare i fumatori, al timore di bassi tassi di successi e alti di ricadute nei confronti di quella che va considerata a tutti gli effetti come una dipendenza [2], alla consapevolezza di non disporre delle competenze necessarie sulle strategie da adottare, e alla cronica mancanza di tempo [3].

Ma la motivazione maggiore va ricercata nel fatto che finora la Cardiologia ha avuto un atteggiamento molto "drug-oriented" per cui ha affrontato in maniera incisiva soprattutto quelle condizioni che possono essere trattate con i farmaci come l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e il diabete e ha riservato minore attenzione alla gestione di quelle situazioni che presuppongono una modificazione dello stile di vita e che quindi richiedono percorsi più lunghi con un maggiore coinvolgimento del paziente e dei propri familiari.

Questa riflessione vale per il tabagismo ma anche per l'obesità e la promozione dell'attività fisica, infatti anche nel recente studio BLITZ 4-qualità [4], che ha coinvolto 165 Cardiologie italiane ad alto volume di attività dopo

la dimissione per una sindrome coronarica, un percorso anti-tabagismo è stato programmato solo nel 4.5% dei casi. E ad ulteriore conferma del ritardo accumulato in questo campo, secondo dati dell'Istituto Superiore di Sanità, la riduzione della mortalità per sindromi coronariche osservata negli ultimi 20 anni risulta largamente secondaria al miglioramento dei trattamenti farmacologici ed interventistici coronarici e molto meno agli interventi (troppo sporadici e non standardizzati) effettuati nei confronti di tabagismo, sedentarietà e alimentazione [5].

Un contributo interessante in questo senso è stato dato dai Centri di Riabilitazione Cardiologica, che dovrebbe essere il modello di riferimento per la prevenzione secondaria [6], e che è da sempre più sensibili a queste problematiche. Tuttavia, sempre secondo i dati del recente studio BLITZ 4-qualità [4], meno del 15% dei pazienti infartuati in Italia ha accesso ad un percorso di riabilitazione cardiologica in considerazione della diffusione eterogenea di questi Centri sul territorio nazionale.

In un contesto di prevenzione primaria molti interventi sono stati portati avanti negli ultimi anni [7], anche se bisogna riconoscere che i maggiori risultati sono stati ottenuti con gli interventi legislativi, per esempio in Italia con la legge Sirchia che dal 2005 ha vietato il fumo nei locali pubblici, che secondo stime recenti hanno condotto ad una riduzione degli infarti miocardici nell'ordine del 17% [8,9].

Quindi i presupposti per incrementare la lotta al tabagismo sono importanti perché dopo 10 anni la mortalità degli ex fumatori diventa sovrapponibile a quella dei non fumatori e il rischio di infarto declina significativamente dopo 3-4 anni di astensione dal fumo [10] e il momento sembra favorevole, come suggerito anche dalle recenti Linee Guida della Società Europea di Cardiologia [11].

Come nasce il progetto FRESCO

Sulla base delle considerazioni precedenti negli ultimi anni un gruppo di cardiologi ANMCO della regione Emilia

Stefano Urbinati (stefano.urbinati@ausl.bo.it)

UO Cardiologia, Ospedale Bellaria, Bologna

Presidente Regionale Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Romagna, la rete dei Centri Anti-Fumo e i responsabili del Programma regionale dipendenze nell'ambito del Servizio salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri hanno iniziato a lavorare ad un progetto finalizzato alla disassuefazione dal fumo nei pazienti dopo una sindrome coronarica acuta.

Tra cardiologi è emersa la consapevolezza che il post-dimissione dopo una sindrome coronarica è un momento favorevole perché in quella fase il paziente è in una condizione recettiva ("contemplativa" secondo la classificazione di Prochaska e Clemente) in cui si può ottenere una definitiva sospensione del fumo solo se il soggetto viene adeguatamente supportato. A tale proposito negli ultimi anni alcune Cardiologie della regione hanno anche implementato percorsi di counseling nei confronti delle abitudini di vita a rischio compreso il fumo [12].

Tra i Centri Anti-Fumo si è lavorato soprattutto per standardizzare gli interventi producendo un documento regionale condiviso sull'intervento anti-tabagismo [13] e assicurando anche una distribuzione più omogenea dei Centri sul territorio regionale.

Come si articola il progetto FRESCO

Sono state invitate al progetto regionale tutte le Cardiologie che possono fare riferimento ad un Centro Anti-Fumo. Il FRESCO prevede che i pazienti con Sindrome Coronarica Acuta vengano sottoposti ad una fase informativa durante il ricovero seguita, nei pazienti ancora fumatori o ad alto rischio di ricaduta da un intervento specifico da parte del Centro Anti-Fumo.

- Si calcola che nella nostra Regione vengano dimessi circa 9500 pazienti ogni anno dopo sindrome coronarica (secondo dati del 2009) di cui 2/3 maschi ed età media 71 anni. Di questi pazienti solo il 75% viene dimesso dalle Cardiologie. Secondo i dati del BLITZ 4-qualità al momento del ricovero sono fumatori il 31% dei pazienti. Quindi, sulla base di queste valutazioni, dovrebbero essere potenzialmente eligibili all'intervento presso i Centri AntiFumo circa 2000 pazienti all'anno in tutta la Regione.
- Il FRESCO prevede uno step 1 che riguarda l'identificazione da parte delle Cardiologie dei pazienti fumatori sui quali effettuare una breve anamnesi sulla abitudine al fumo, un intervento di counseling motivazionale e una raccomandazione di rinforzo nella lettera di dimissione.
- Lo step 2 è rappresentato dalla identificazione, alla prima visita post-dimissione, dei pazienti ancora fumatori o giudicati ad alto rischio di ricaduta.

Lo step 3 è a carico del Centro AntiFumo che dovrà effettuare la presa in carico, un colloquio anamnestico, una valutazione del livello motivazionale, con una stima della dipendenza mediante il test di Fagestrom e una valutazione del CO espirato. I pazienti fumatori verranno quindi avviati ad un trattamento di gruppo secondo l'organizza-

zione del Centro stesso, e gli ex fumatori ad alto rischio di ricaduta riceveranno un colloquio di rinforzo motivazionale.

La tipologia di trattamento attuata dai Centri AntiFumo della regione Emilia Romagna è prevalentemente di orientamento cognitivo-comportamentale, ma in casi selezionati è possibile anche attuare un trattamento individuale di counseling medico con supporto farmacologico.

In tutti i pazienti è prevista la rivalutazione dopo follow-up di 12 mesi a carico del centro Anti-Fumo. ■

Bibliografia

1. Urbinati S, Giampaoli S. Non solo fattori di rischio: le priorità e le nuove sfide della prevenzione cardiovascolare. *G Ital Cardiol*, 2010; 11 (suppl 3): 7-14.
2. Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. *Lancet* 2008; 371: 2027-38.
3. Mocini D. Il fumo di sigaretta: il ruolo del cardiologo. *G Ital Cardiol* 2010; 11 (suppl 3): 71-73.
4. Olivari Z, Steffenino G, Savonitto S et al on behalf of BLITZ 4 Investigators. The management of acute myocardial infarction in the cardiological intensive care units in Italy: the 'BLITZ 4 Qualità' campaign for performance measurement and quality improvement. *Eur Heart J Ac Cardiovasc Care* 2012; 1: 143-152.
5. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, Capewell S. Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. *Am J Public Health*. 2010; 100:684-92.
6. Piepoli M, Corrà U, Benzer W et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17: 1-17.
7. Galeone D. Le attività di prevenzione del fumo. *G Ital Cardiol* 2010; (suppl 3) : 68-70.
8. Curfman GD, Morriusey S, Drazen JM. The FDA and tobacco regulation. *N Engl J Med* 2008; 359: 1056-8.
9. Pell JP, Haw S, Cobbe S et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2008; 359: 482-91.
10. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalised smokers. A systematic review. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1950-60.
11. The 5th joint task force of the ESC and other societies on cardiovascular disease prevention and clinical practice. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-71.
12. Guelfi GP. Il counseling motivazionale in cardiologia: una strategia possibile fondata sulla relazione terapeutica.
13. Terapia del tabagismo. Raccomandazioni per la corretta pratica clinica nella disassuefazione. A cura dei centri Anti-Fumo della regione Emilia Romagna, 2010.