



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Medicina**

**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

**Tesi di Laurea**

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE E  
TRATTAMENTO DEL TABAGISMO:**

**USO DEL *MINIMAL ADVICE***

**Relatore: Dott.ssa Erica Girotto**

**Correlatore: Dott.ssa Rossella Menarello**

**Laureanda: Vartic Viorelia**

**Anno Accademico 2014-2015**



# INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	p. 1
CAPITOLO 1 – Quadro teorico	p. 3
1.1. Panoramica sulla dimensione epidemiologica del tabagismo	p. 3
Dati epidemiologici (il fumo di sigaretta in Italia)	p. 4
I costi del fumo in Italia	p. 5
1.2. Analisi del problema (cause, manifestazioni, conseguenze)	p. 6
1.3. Rilevanza del problema nel contesto e per la professione	p. 7
1.4. Il minimal advice dell'infermiere	p. 8
1.5. Il trattamento del tabagismo nella Regione Veneto	p.10
L'infermiere esperto nella disassuefazione dal fumo	p.11
CAPITOLO 2 – Obiettivi	p.13
CAPITOLO 3 - Materiali e metodi	p.15
3.1. Presentazione del disegno dello studio	p.15
3.2. Strumentazione impiegata	p.15
3.3. Modalità di campionamento e di raccolta dati	p.16
3.4. Analisi dei dati	p.16
CAPITOLO 4 – Risultati	p.21
CAPITOLO 5 - Fattibilità del progetto	p.23
5.1. Limitazioni del progetto	p.23

5.2. Implicazioni per la pratica

p.23

COCLUSIONI

p.25

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

## ABSTRACT

**OBIETTIVO:** Lo scopo dello studio è valutare l'efficacia di un *counselling* motivazionale breve (*minimal advice*), condotto dall'infermiere, per la disassuefazione dal fumo nei pazienti fumatori. Dimostrare che gli operatori professionisti della salute quali sono gli infermieri, possono intervenire attivamente e con buoni risultati a favore della disassuefazione dal fumo di sigaretta attraverso l'intervento di *minimal advice* durante lo svolgimento della propria attività lavorativa.

**METODO:** somministrazione di un questionario auto compilato ai pazienti fumatori che tra il 01/04/2015 e il 31/05/2015 hanno avuto accesso alle realtà prese in considerazione nello studio (ambulatorio cardiologico di Rovigo, poliambulatori di Trecenta, UTIC dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo). Durante il breve colloquio con l'assistito fumatore, l'infermiere consegnava all'utente il questionario e metteva in atto l'intervento di *minimal advice*. Il questionario utilizzato prevede una parte da compilare con i propri dati anagrafici e delle domande semplici sull'abitudine tabagica. I questionari compilati erano inviati via fax all'Ambulatorio per il trattamento del tabagismo (ATT) dove l'infermiera esperta in tabagismo, prenderà contatti con il paziente per fissargli un appuntamento presso l'ATT e iniziare il processo di disassuefazione dal fumo.

**RISULTATI:** Sono stati raccolti 42 questionari. Circa il 55% dei soggetti che hanno compilato il questionario, si sono recati all'ATT presso l'ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Rovigo, dove i fumatori sono stati sottoposti a dei test, prove strumentali e hanno iniziato il processo di disassuefazione dal fumo di sigaretta. Complessivamente, a distanza di due mesi, hanno dichiarato di aver smesso di fumare 12 persone (29%). Dai risultati emerge che, senza l'intervento di *minimal advice* e successivamente senza l'aiuto dell'esperto in tabagismo, queste persone avrebbero continuato a fumare ignorando l'esistenza delle risorse territoriali che hanno a disposizione per poter smettere di fumare.

**CONCLUSIONI:** Gli infermieri sono figure che possono e devono partecipare attivamente alla lotta antifumo, partendo dalla valorizzazione del proprio lavoro e dalla loro posizione di vicinanza al singolo e alla collettività. Il *minimal advice* è un intervento di facile applicabilità e dai dati elaborati si evince che, tale intervento attuato dall'infermiere è efficace nella lotta contro il tabagismo. Proporre l'inserimento del *minimal advice* nella pratica clinica per fare in modo che questo approccio minimo venga messo in atto con maggiore convinzione e con maggior frequenza.



## INTRODUZIONE

Con il Profilo Professionale dell'infermiere e con il codice deontologico, viene definita la figura infermieristica operante in ambito di cura, riabilitazione e prevenzione. La prevenzione al tabagismo è un'importante competenza infermieristica e si è cercato, con questo lavoro di tesi, di dimostrare come il ruolo dell'infermiere possa risultare importante nello svolgimento dell'attività sia educativa che di promozione alla disassuefazione dal fumo.

Il lavoro di tesi nasce dalla constatazione che un numero consistente di pazienti fumatori, entrano ed escono ogni giorno dal sistema sanitario senza ricevere alcun minimo intervento o consiglio per smettere di fumare. Le evidenze scientifiche dimostrano come la formazione di personale qualificato a dare consigli, aumenti l'efficacia degli interventi contro il fumo. Partendo da questi presupposti è stato condotto uno studio osservazionale sull'efficacia del *minimal advice* condotto dall'infermiere. L'indagine svolta ha lo scopo di valutare l'efficacia di questo *counselling* motivazionale breve per la disassuefazione dal fumo nei pazienti fumatori. L'intervento di *minimal advice* è stato implementato per un breve periodo (2 mesi) in alcune realtà dell'Azienda ULSS 18 (ambulatorio cardiologico di Rovigo; poliambulatori di Trecenta; UO UTIC Presidio Ospedaliero di Rovigo). Nella prospettiva della sanità pubblica, un'efficacia anche minima di questo intervento può produrre effetti sostanziali, in termini di riduzione assoluta del consumo di tabacco.

Fondamentale per la lotta al tabagismo è il coinvolgimento delle strutture sanitarie e del personale che in esso opera: gli operatori che lavorano negli ospedali svolgono un'importante ruolo nella promozione della salute, sia in quanto raggiungono un'alta percentuale di popolazione, sia in quanto hanno l'opportunità di aiutare i fumatori a smettere di fumare; rappresentano, inoltre, dei modelli in termini di comportamento e stile di vita e possono quindi assumere il ruolo di modello di non fumatore. (Palmi et al 2006)

La tesi si articola in 5 capitoli suddivisi in sottocapitoli:

Nel capitolo 1 è stata fatta una revisione della letteratura per comprendere meglio il fenomeno del tabacco. Il capitolo 2 descrive gli obiettivi dello studio. I materiali e i metodi utilizzati per condurre lo studio sono descritti nel capitolo 3. I risultati dei dati raccolti vengono discussi nel capitolo 4. Nel capitolo 5 si discute la fattibilità del progetto e si evidenziano i limiti incontrati.

Nella conclusione si evidenzia l'importanza del ruolo dell'infermiere nella lotta contro il fumo e si formulano ipotesi per eventuali progetti futuri.



## CAPITOLO 1

### QUADRO TEORICO

#### 1.1. Panoramica sulla dimensione epidemiologica del tabagismo

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), l'abitudine al fumo (tabagismo) può essere considerata una forma di malattia contagiosa a carattere epidemico, vista la sua ampia diffusione mondiale. Il fumo di sigaretta è considerato una vera dipendenza. Il concetto di dipendenza riveste una dimensione complessa nella quale il fumo viene considerato patologia in sé, inserita tra i disturbi psichiatrici (DSM IV) <sup>1</sup>. Il tabagismo rappresenta in tutto il mondo uno dei più grandi problemi di sanità pubblica ed è uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie. Sempre secondo i dati dell'OMS, entro il 2030, il numero dei decessi dovuti al fumo è destinato ad arrivare a 10 milioni, se non verranno presi dei provvedimenti volti a invertire questa preoccupante tendenza <sup>2</sup>.

Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie. Il 60% delle malattie polmonari, il 50% delle neoplasie, il 30 % delle malattie cardiovascolari e il 15% di tutte le cause di morte sono fumo-correlate <sup>3</sup>.

A livello mondiale, il fumo, secondo i dati diffusi dall'OMS, è responsabile del decesso di 6 milioni di persone ogni anno, che si traducono in 1 decesso ogni 6 secondi. Questo è l'ultimo aggiornamento fornito dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. In particolare oltre 5 milioni di queste morti sono il risultato dell'esposizione diretta al tabacco mentre oltre 600 mila sono causate dall'esposizione al fumo passivo. I dati attuali sulla diffusione dell'abitudine al fumo tra la popolazione riferiscono di 1 miliardo di fumatori nel mondo, che per l'80%, vive in Paesi a basso e medio reddito <sup>4</sup>.

Secondo gli ultimi dati diffusi dal Ministero della Salute, in Europa, il fumo uccide, ogni anno circa 700.000 persone, il che rende il consumo di tabacco il principale rischio evitabile per la salute e la prima causa prevenibile di morte e di malattia a livello mondiale. Milioni di cittadini dell'UE soffrono di malattie correlate al fumo, tra cui cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie. Circa il 50% dei fumatori muore in media 14 anni prima e chi fuma è affetto per più anni da condizioni precarie di salute.

Germania e Italia sono i mercati di maggior consumo: rispettivamente, 103 miliardi e 86 miliardi di sigarette consumate in un anno. Considerando le stime per l'anno 2012, tra tutti

i Paesi di cui possediamo il dato quello con la percentuale più alta di persone over 15 che fumano tutti i giorni è la Turchia (resta valido il detto "Fumare come un turco!"), con il 23,8%. Il Paese più "virtuoso", quello con la percentuale inferiore, è l'Islanda (13,8%), seguita da Norvegia (16,0%) e Nuova Zelanda (16,5%). L'Italia arriva al 22,1% <sup>5</sup>.

### *Aspetti epidemiologici in Italia*

I dati sul tabagismo in Italia avvallati da numerosi studi epidemiologici e statistici, consentono di delineare la dimensione del consumo di tabacco, fornendo un profilo dei fumatori e delle loro abitudini. La prevalenza del fumo di sigaretta in Italia viene illustrata riassumendo i risultati dell'indagine condotta nel 2015 dalla DOXA, per incarico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri. Il "Rapporto nazionale sul fumo" relativo al 2015, è stato presentato da R.Pacifici il 29 maggio 2015 in occasione della giornata mondiale senza tabacco.

I risultati indicano che i fumatori in Italia sono 10,9 milioni, il 20,8% della popolazione, 6,3 milioni di uomini (il 25,1%) e 4,6 milioni di donne (16,9%). Gli ex fumatori sono 6,3 milioni (il 12,1%) 4,0 milioni di uomini e 2,3 milioni di donne.

L'analisi della prevalenza del fumo di sigarette tra gli uomini e le donne di varie età mostra che la percentuale di fumatori è ancora superiore a quella delle fumatrici in tutte le fasce di età. Nella fascia di età compresa tra i 25 e 44 anni si registra la prevalenza maggiore di fumatori di entrambi i sessi (22,4% delle donne e 30,7% degli uomini). Riguardo alla quantità di sigarette fumate al giorno, prevale un consumo da 10 a 14 sigarette al giorno, il 31,0%. Oltre il 75% dei fumatori consuma più di 10 sigarette al giorno, tale valore è in lieve aumento rispetto al 2014. Soltanto il 16,7% dei fumatori consuma fino a 9 sigarette al giorno. L'età media in cui si inizia stabilmente a fumare è intorno ai 17 anni per i maschi e ai 19 per le femmine. Circa il 73% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni e il 12,9% anche prima dei 15 anni. La motivazione all'iniziazione al fumo di sigaretta rimane, costantemente nel tempo, l'influenza dei pari. Si smette di fumare mediamente ai 42,4 anni in entrambi i sessi e principalmente per motivi di salute <sup>6</sup>.

Riassumendo i dati dell'indagine DOXA 2015, il profilo che emerge è il seguente: il fumatore medio italiano è in prevalenza uomo, di età compresa fra 25 e i 44 anni, ha un consumo giornaliero di sigarette lieve-medio e ha iniziato a fumare prima dei 18 anni. La prevalenza del fumo nel nostro paese è un dato di cui deve essere ben consapevole chi opera nel settore della prevenzione primaria e secondaria del tabagismo, per poter programmare interventi adeguati. Per il professionista della lotta al tabagismo che lavora con il singolo utente o con piccoli gruppi, le statistiche sono importanti per ricostruire la diffusione del comportamento tabagico nel contesto sociale di appartenenza della sua utenza, perché il comportamento del singolo è fortemente legato alle influenze sociali.

### *Costi del fumo in Italia*

I drammatici effetti del fumo sulla salute sono ormai ampiamente dimostrati scientificamente da almeno quattro decenni. Data la varietà di condizioni patologiche conseguenti non è però semplice stimare l'impatto economico che l'abitudine di fumare comporta sia sui sistemi sanitari nazionali per l'assistenza ospedaliera necessaria che sulla produttività lavorativa per i giorni di lavoro perso<sup>7</sup>. È stato calcolato che i lavoratori che fumano inducono un aumento di spesa sanitaria fino al 40% e si assentano dal posto di lavoro fino al 50% in più rispetto ai non fumatori<sup>8</sup>. Il tabacco, inoltre assorbe risorse economiche (fino al 15-20% del salario delle fasce più povere nel nostro paese) che vengono così sottratte alle famiglie.

In Italia lo Stato incassa due volte meno tra imposte e IVA sul prezzo delle sigarette al consumo di quanto ne spende per curare le malattie dovute all'uso di tabacco. Per il trattamento di pazienti affetti da patologie attribuibili al fumo di tabacco la spesa ospedaliera ammonta a circa 3,4 mld di euro, mentre la spesa sanitaria complessiva è di oltre 7,5 mld di euro. Sono i dati emersi da uno studio dell'Università Cattolica del Sacro Cuore sull'impatto economico delle patologie fumo-correlate presentato durante il convegno "Fumo: dipendenza o stile di vita?" promosso dall'Osservatorio Sanità e Salute e dall'Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione.

"La possibilità per i fumatori di avere libero accesso alle terapie per smettere di fumare aumenta di 2,9 volte l'adesione e di 2,3 volte l'astinenza dal fumo a sei mesi", continua la ricerca che sottolinea come l'Italia sia solo al decimo posto tra i Paesi europei

che meglio fronteggiano la dipendenza da fumo, dietro Belgio, Finlandia e Francia. Al primo posto in Ue per il controllo del tabagismo spicca la Gran Bretagna.

I trattamenti di *smoking cessation* non solo sono efficaci, ma con un rapporto molto favorevole di costo/beneficio. I dati indicano che questi trattamenti andrebbero equiparati a quelli che rientrano nelle prestazioni offerte dal SSN, come la terapia dell'ipertensione, il trattamento dell'ipercolesterolemia o gli interventi di prevenzione ( come i PAP test e la mammografia) <sup>9</sup>. Per esempio, i costi per *life-year saved* relativamente al tabacco sono di 3,53 \$, mentre per l'ipertensione sono di 5,2 \$, e per lo screening annuale cervicale di 4,1\$<sup>10</sup>.

## **1.2. Analisi del problema (manifestazioni, cause, conseguenze)**

Manifestazione del problema:

- il paziente sdrammatizza il problema fumo non dando il peso adeguato al problema
- molti pazienti continuano a fumare nonostante ci siano numerose informazioni sui danni provocati dal fumo
- tuttora molte persone non sono a conoscenza dei rischi legati al fumo di sigaretta e della correlazione tra il fumo e la patologia in atto
- i grandi fumatori (oltre le 25 sigarette giornaliere) hanno più difficoltà a smettere di fumare, quindi necessitano dell'aiuto di un esperto nella disassuefazione dal fumo
- esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente
- il fumo viene ancora visto come un vizio da tollerare

Cause:

- il personale infermieristico non conosce e non applica le tecniche del *minimal advice*
- nel percorso clinico del paziente non viene fornito alcun supporto adeguato per favorire la cessazione dell'abitudine tabagica
- il paziente fumatore considera la disassuefazione dal fumo ma non è in grado di farlo da solo, quindi necessita dell'intervento dell'infermiere esperto

Conseguenze del problema:

Il fumo di sigaretta è un importante fattore nell'eziologia di molti tumori e patologie cronico-degenerative. Va ricordato che il 90% delle malattie respiratorie croniche e il 90% dei tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni sono fumo-correlati<sup>11</sup>. Il fumo provoca tumori della laringe, cavità orale, labbra, esofago, vescica e reni. Il fumo provoca anche dei gravi effetti cardiovascolari come: l'angina pectoris, l'infarto del miocardio, l'aterosclerosi, senza tralasciare l'alterazione del microcircolo causato dal fumo, che a sua volta è causa di ictus cerebrali. Nell'uomo e nella donna fumatrice la fecondità si riduce drasticamente, il rischio di gravidanze extra-uterine aumenta di due volte, la donna presenta spesso dismenorrea e va incontro a menopausa precoce. Il fumo in gravidanza aumenta il rischio di distacco della placenta, asma infantile, basso peso alla nascita, nascita pretermine ed elevato ematocrito fetale<sup>12</sup>. Il fumatore presenta rischi peri-operatori più alti rispetto al non fumatore. L'effetto alterogeno del fumo è sinergico con altri fattori di rischio come: il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia.

### **1.3. Rilevanza del problema nel contesto e per la professione**

Numerosi studi individuano il *counselling* condotto da operatori sanitari e il *setting* sanitario come condizioni favorevoli per la disassuefazione dal fumo di tabacco. Gli operatori sanitari che a vario titolo vengono a contatto con il soggetto fumatore sono in una posizione privilegiata per attivare interventi di *minimal advice*. E' indispensabile sensibilizzare gli operatori per il ruolo attivo che possono avere nell'incoraggiare i fumatori a smettere di fumare.

Le evidenze scientifiche dimostrano come la formazione di personale qualificato a dare consigli, aumenti l'efficacia degli interventi contro il fumo.

I programmi che incoraggiano i fumatori a smettere di fumare sono descritti come strumento efficace nella promozione della salute e nella riduzione delle conseguenti malattie connesse al fumo. Malgrado il potenziale impatto dei programmi di cessazione dal fumo, molti fumatori entrano ed escono ogni giorno dal sistema sanitario senza ricevere consigli su questo importante rischio per la salute.

Due revisioni della *Cochrane Library*<sup>13</sup> confermano i benefici di un semplice consiglio dato dal medico o dagli infermieri ai pazienti, se introdotto nella routine della pratica professionale, in modo che ogni paziente riceva regolarmente una domanda sulla

condizione riguardo al fumo e il consiglio di smettere di fumare se è un fumatore.<sup>14</sup> Gli autori delle due revisioni concludono che, dal punto di vista della sanità pubblica, i benefici che si possono ottenere sono legati alla proporzione di personale sanitario che attivano l'intervento del minimal advice.

Tra le strategie finalizzate alla disassuefazione dal fumo *il counseling* rappresenta quella di più facile diffusione, già verificata nell'evidenza scientifica e nell'efficienza, da promuovere nella pratica di tutti gli operatori sanitari (medici, farmacisti, psicologi, infermieri ...).

L'iniziale consiglio fornito dall'infermiere deve essere considerato come una terapia di prima linea. Rice e Stead, hanno specificatamente valutato i consigli per smettere di fumare dati dalle infermiere e hanno trovato che erano altamente efficaci nella promozione della cessazione dal fumo. Tutti i gruppi professionali sono efficaci nel fornire consigli/interventi correlati alla cessazione dal fumo con nessun chiaro vantaggio fra le diverse discipline.

Come indicano diverse linee guida e confermano i risultati delle revisioni sistematiche, è raccomandabile introdurre il breve consiglio del medico e del personale sanitario, nella pratica abituale delle cure primarie e l'attuale sfida della sanità pubblica è individuare le strategie efficaci per fare in modo che questo approccio minimo venga attivato con maggiore convinzione e con maggior frequenza.

Nel Codice Deontologico<sup>15</sup>, l'educazione sanitaria è una competenza dell'infermiere; è proprio attraverso questo strumento che l'infermiere opera nella sua pratica quotidiana.

#### **1.4. Il minimal advice dell'infermiere**

Le principali Linee Guida internazionali raccomandano che gli interventi clinici di cessazione siano organizzati intorno ad una struttura di intervento conosciuta come le 5A:(ASK, ADVICE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE)<sup>16</sup>. Il *minimal advice* si è dimostrato l'approccio più semplice, meno costoso e più facilmente replicabile in tutti i *setting* sanitari. Un intervento di soli 5 minuti può portare il tasso di astensione dal fumo dal 2-4% (cessazione spontanea) al 6-8% (esiti a 1 anno). A questo proposito due revisioni sistematiche hanno valutato l'efficacia del semplice consiglio di smettere di fumare da parte del medico e dell'infermiere, concludendo che esso è efficace rispetto a non dare alcun consiglio (RR 1.76, IC95% 1.58-1.95 per il consiglio del medico; RR 1.28 IC95%

1.18-1.38 per quello dell'infermiere)<sup>17</sup>. Ogni operatore sanitario attraverso il contatto con il paziente può cercare di stimolare la motivazione al cambiamento dei fumatori, proponendo anche solo le prime 3 A del *minimal advice*. Il primo passo di tale processo, da offrire al paziente ad ogni accesso ambulatoriale, e/o ricovero ospedaliero, da parte sia del medico che dell'infermiere, riguarda l'accertamento dell'abitudine tabagica al momento dell'anamnesi e la suddivisione dei pazienti in:

- fumatori intenzionati a smettere;
- fumatori non intenzionati a smettere;
- pazienti che hanno smesso di fumare recentemente;<sup>18</sup>

*Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange* ( 5 A's ) significano: chiedere, consigliare, valutare, assistere e organizzare (Allegato 1).

ASK (Chiedi), la prima azione, consiste nel valutare, a ogni visita, la condizione di fumatore di ogni persona e registrare la condizione del paziente nella cartella clinica (fumatore, non fumatore, ex fumatore, fumatore occasionale).

ADVICE (consiglia), questa fase è volta a motivare il paziente. Consiste nel dare un consiglio breve, chiaro, forte e personalizzato a ogni fumatore. Il messaggio deve essere di sostegno e non conflittuale in quanto dobbiamo lottare “contro il fumo” e non “contro i fumatori”.

ASSESS (valuta), consiste nell'accertamento dello stato motivazionale in cui si trova il fumatore riguardo alla decisione di smettere di fumare. Il grado di motivazione si determina con il test di Mondor (Allegato 2). Attraverso il test di Fagerströ (Allegato 3) si valuta il grado di dipendenza nicotinic. Lo strumento di analisi della motivazione al cambiamento è costituito dal modello transteorico di Prochaska e DiClemente (Allegato 4).

ASSIST (assisti) consiste nell'offrire sostegno al paziente in base allo stadio in cui si trova. Al paziente devono essere date informazioni rilevanti che lo aiuteranno a definire un piano di preparazione all'interruzione del fumo.

ARRANGE (organizza) mostrare al paziente che non è solo nell'affrontare la sua malattia. Programmazione di follow-up, sia tramite contatti personali, sia con interventi telefonici pro-attivi, almeno durante la prima settimana dopo la data di cessazione e a distanza di 1 mese.

Ai pazienti non intenzionati ad abbandonare l'abitudine al fumo viene rivolto un intervento motivazionale le cui azioni sono centrate su 5 dimensioni: *Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition* e significano: rilevanza, rischi, ricompense, resistenze e ripetizione ( 5 R's ). Questo intervento è finalizzato a rendere i fumatori in grado di identificare gli aspetti chiave del processo che può portare all'abbandono del fumo (Allegato 5).

I pazienti che hanno recentemente smesso di fumare vengono monitorati e assistiti nella prevenzione delle ricadute con un intervento minimo, che consiste nel porre al paziente domande che lo incoraggino a discutere attivamente alcuni argomenti specifici: i benefici che può trarre dall'astinenza dal fumo, gli aspetti di successo nella cessazione, i problemi incontrati nel rimanere astinente e quelli potenziali.

Nella prospettiva della sanità pubblica, un'efficacia anche minima di questo approccio può produrre effetti sostanziali, in termini di riduzione assoluta del consumo di tabacco.

### **1.5. Il trattamento del tabagismo nella regione Veneto**

La Regione del Veneto già nel 2005 aveva disposto che in ogni Azienda ULSS venisse istituito un "Ambulatorio specialistico per smettere di fumare" gestito da operatori sanitari con specifiche competenze nell'ambito del tabagismo <sup>19</sup>.

Questa rete ambulatoriale regionale è stata pensata per conformare i servizi erogati ad uno standard basato sull'efficacia dei trattamenti e la formazione specifica degli operatori. L'efficacia dei trattamenti può addirittura quintuplicare se sono condotti da operatori formati, rispetto a quelli che non hanno ricevuto una formazione ed un training specifico <sup>20</sup>. Attualmente gli Ambulatori Trattamento Tabagismo (ATT) sono diffusi capillarmente in tutte le Aziende Ulss e Ospedaliere del Veneto per un totale di 26 ambulatori.

Presso l'ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Rovigo, dal 2006 è attivo un Ambulatorio per il trattamento della dipendenza da nicotina dove vengono effettuati interventi di 2° livello ( trattamenti individuali e di gruppo per fumatori). L'ambulatorio opera congiuntamente alle altre attività specialistiche, potendo contare sulla presenza di un infermiera specializzata nel trattamento del tabagismo, un medico pneumologo e una psicologa.



L'ambulatorio ha il compito istituzionale di assistere i cittadini che desiderano o debbano smettere di fumare: a tale scopo offre un trattamento specialistico multimodale e multiprofessionale.

### *L'infermiere esperto nella disassuefazione dal fumo*

Le attività svolte dall'infermiere esperto nella disassuefazione dal fumo prevedono:

- *counselling* (individuale o telefonico)
- sostegno comportamentale ( es: diario del fumatore)
- *follow-up* clinico strumentale ( es: misurazione periodica del CO con Pikometro)
- misurazione della dipendenza da nicotina (test di Fagerström)
- raccolta dati anche a scopo di studio/partecipazione a studi con casistica propria
- integrazione diagnostica ( es:spirometria)
- *follow-up* a breve e lungo termine

Risulta importante la misurazione della dipendenza da nicotina, il livello di stress (o comunque la situazione emotiva). La misurazione del CO è indispensabile ai fini del monitoraggio terapeutico.

Il *counselling* individuale, secondo la più recente revisione Cochrane e la metanalisi di Fiore <sup>20</sup>, effettuato in una o più sessioni faccia a faccia di almeno 10 minuti, ha dimostrato essere efficace nella cessazione del fumo. L'infermiere instaura con il soggetto una relazione che riconosce come elementi fondamentali l'ascolto, la partecipazione, l'interesse e l'empatia. Per integrare e affiancare l'intervento faccia a faccia l'infermiere applica anche il *counselling* telefonico proattivo, soprattutto in momenti particolarmente cruciali del percorso di cessazione, quali la prevenzione delle ricadute.



## CAPITOLO 2

### OBIETTIVI

#### *Definizione del quesito*

E' stata svolta una ricerca della letteratura con lo scopo di trovare una risposta al seguente quesito:

“Il *minimal advice* utilizzato dall’infermiere, può essere un intervento efficace per incentivare la motivazione a smettere di fumare nei pazienti fumatori?”

Da questo quesito ne è stato estratto il PIO:

*Patient*: pazienti fumatori

*Intervention*: introduzione e utilizzo del Minimal Advice

*Outcome*: incentivare la motivazione a smettere di fumare

Ricerca effettuata nelle banche dati.

<b>BANCA DATI</b>	<b>PAROLE CHIAVI E LIMITI</b>	<b>DOCUMENTI RILEVATI</b>
PUBMED	Use of minimal advice AND smoking patient	64
	Smoking cessation AND nurse's role	13
	Minimal advice AND smoke cessation AND nurse	12
	((("Directive Counseling"[Mesh]) AND "Smoking Cessation"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh])	4
	((("Nurse's Role"[Majr]) AND "Smoking Cessation"[Mesh]) AND ( "Patients/education"[Mesh] OR "Patients/therapy"[Mesh] )	2
CINAHL	Interventions for smoking cessation	59
	Nursing interventions for smoking cessation	56
JOANNA BRIGGS	Smoking cessation	45
	Smoking cessation AND nurse	1
CILEA	Smoking cessation and nurse's role	0
WILEY INTERSCIENCE	<i>Nurse's role in All Fields AND smoking cessation in All Fields AND minimal advice in All Fields</i>	150
TRIP	<i>PICO search (smoking patients)(use of minimal advice)(quite smoking)</i>	923

### *Obiettivo generale*

L'obiettivo primario dello studio è valutare l'efficacia di un counselling motivazionale breve (*minimal advice*), condotto dall'infermiere, per la disassuefazione dal fumo nei pazienti fumatori.

Implementare l'intervento di Minimal Advice in alcune realtà dell'ULSS 18 ( ambulatorio cardiologico di Rovigo; poliambulatori di Trecenta; UO UTIC Presidio Ospedaliero di Rovigo).

### *Obiettivi specifici*

- valutare l'applicabilità dell'intervento e il suo eventuale inserimento nella pratica clinica
- valutare se dopo l'intervento di *minimal advice* vi è un aumento dei fumatori che si rivolgono all'ambulatorio per smettere di fumare

## CAPITOLO 3

### MATERIALI E METODI

#### 3.1. Presentazione del disegno dello studio

Gli infermieri che a vario titolo vengono a contatto con il soggetto fumatore sono in una posizione privilegiata per attivare interventi di *minimal advice*, che risultano ulteriormente più efficaci se possono contare sul territorio nell'esistenza di una rete di professionisti impegnati in un obiettivo comune quale è quello della promozione della disassuefazione da fumo.

L'ospedale rappresenta un importante riferimento e contatto per la popolazione, il primo approccio in caso di problemi di salute. Le prestazioni ambulatoriali sono momenti di contatto degli assistiti con operatori sanitari, in un contesto favorente, che rende gli utenti più ricettivi e disposti a “prendersi cura della propria salute”. L'accesso agli ambulatori specialistici, rappresentano dunque il *setting* più adeguato per introdurre/affrontare il tema delle scelte salutari e smettere di fumare.

Si è deciso quindi di effettuare lo studio nelle seguenti Unità operative: ambulatorio cardiologico di Rovigo, poliambulatori di Trecenta, UTIC dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo.

Tutti gli infermieri sono stati formati al fine di effettuare il *minimal advice* nel paziente fumatore che accede ai servizi coinvolti nell'indagine.

#### 3.2. Strumentazione impiegata

L'indagine è stata condotta somministrando ai pazienti fumatori un questionario auto compilato: “Scheda rilevazione dati pazienti fumatori” ideato dal gruppo *Evidence Based Practice* e dall'infermiere esperto nel tabagismo dell'Azienda ULSS 18, allo scopo di identificare la tipologia di fumatore. Il questionario prevede una parte da compilare con i dati anagrafici, in modo che il paziente possa essere contattato successivamente dall'infermiera esperta nella disassuefazione dal fumo e delle domande molto semplici che prevedono come risposta un SI o un NO. Le domande hanno lo scopo di capire la tipologia di fumatore, occasionale o abituale, si cerca quindi di accertare se il fumatore ha mai

tentato di smettere di fumare, se conosce i rischi legati al fumo di sigaretta e se è d'accordo ad essere contattato dall'infermiere esperto in tabagismo. (Allegato 6)

L'intervento di *minimal advice* da parte dell'infermiere veniva messo in atto in questo momento. Le prime tre A (ask, advice, assess) delle 5 A , sono realizzate spendendo pochi minuti durante il breve colloquio con l'assistito fumatore.

I questionari compilati sono inviati via fax all'Ambulatorio per il trattamento del tabagismo (ATT) dove l'infermiera esperta in tabagismo prenderà contatti con il paziente per fissargli un appuntamento presso l'ATT. Durante il primo incontro, l'infermiera esperta nella disassuefazione dal fumo eseguirà una valutazione della dipendenza tabagica e del profilo di rischio e/o malattia fumo correlata. Al paziente verrà garantito un follow-up settimanale a breve e medio termine da parte dell'infermiera.

### **3.3. Modalità di campionamento e di raccolta dati**

Il campione era composto da soggetti fumatori che hanno avuto accesso alle realtà prese in considerazione nello studio (ambulatorio cardiologico di Rovigo, poliambulatori di Trecenta, UTIC dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo). Per dare una dimensione della popolazione studiata, la media dei pazienti afferenti all'ambulatorio cardiologico di Rovigo e ai poliambulatori di Trecenta è di circa 100 utenti/die, mentre il reparto UTIC dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo ha in totale 8 posti letto. La rilevazione dei dati è stata eseguita nel periodo dal 01/04/2015 al 31/05/2015 per una durata complessiva di due mesi. Non è stato posto alcun limite di età o sesso, quindi tutti i soggetti fumatori sono stati inclusi nello studio. Sono stati esclusi dallo studio, i soggetti fumatori che non erano intenzionati a smettere di fumare e quindi non hanno compilato il questionario. A questi soggetti è stato rivolto comunque un intervento motivazionale finalizzato a rendere i fumatori in grado di identificare gli aspetti chiave del processo che può portare all'abbandono del fumo.

### **3.4. Analisi dei dati**

Si è ritenuto opportuno effettuare un'analisi descrittiva dei dati elaborati, mediante il programma *Microsoft Excel*. Sono stati raccolti 42 questionari, tutti correttamente

compilati. Nello specifico, se distinti in base alla realtà presa in considerazione sono: 22 questionari provenienti dall'ambulatorio cardiologico di Rovigo, 12 questionari raccolti presso i poliambulatori di Trecenta e 8 questionari provenienti dal reparto UTIC dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo. In particolare per ogni soggetto che ha compilato il questionario, sono state prese in considerazione le variabili:

- numero di sigarette fumate al giorno
- conoscenza dei rischi legati al fumo di sigaretta
- tentativi fatti per smettere di fumare
- consenso ad essere contattato dall'infermiera esperta nella disassuefazione dal fumo

Sono stati implementate nello studio anche le seguenti variabili:

- numero di accessi all'ATT
- esami strumentali ai quali sono stati sottoposti (prova di funzionalità respiratoria, misurazione del CO con pikometro)
- compilazione del diario del fumatore
- *counselling* individuale e/o telefonico

*Analisi delle risposte:*

Nello specifico, alla domanda “ *Quante sigarette fuma durante la giornata?*” 11 persone (26%) dichiarano di fumare tra 0 e 10 sigarette al giorno, 21 persone (50%) fumano tra 10 e 20, 10 persone (24%) dichiarano di fumare più di 20 sigarette al giorno (Grafico 1).

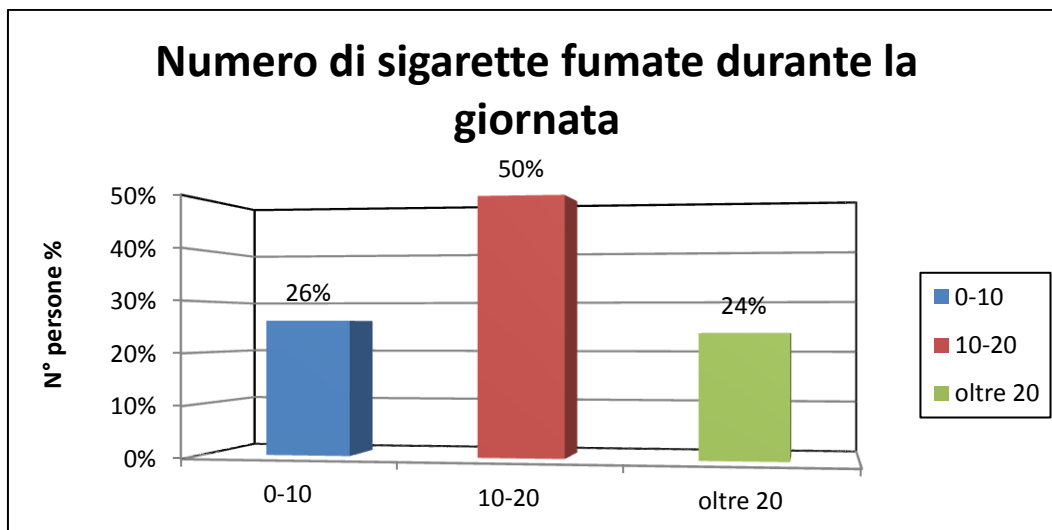


Grafico 1– Percentuale di persone che fumano tra 0-10; 10-20 e oltre 20 sigarette al giorno.

Per quanto riguarda la domanda “ *Ha mai provato a smettere di fumare?*”, i dati dimostrano che dei 42 fumatori (100%), 32 soggetti (76%) ha tentato di smettere almeno una volta nella sua vita (Grafico 2).

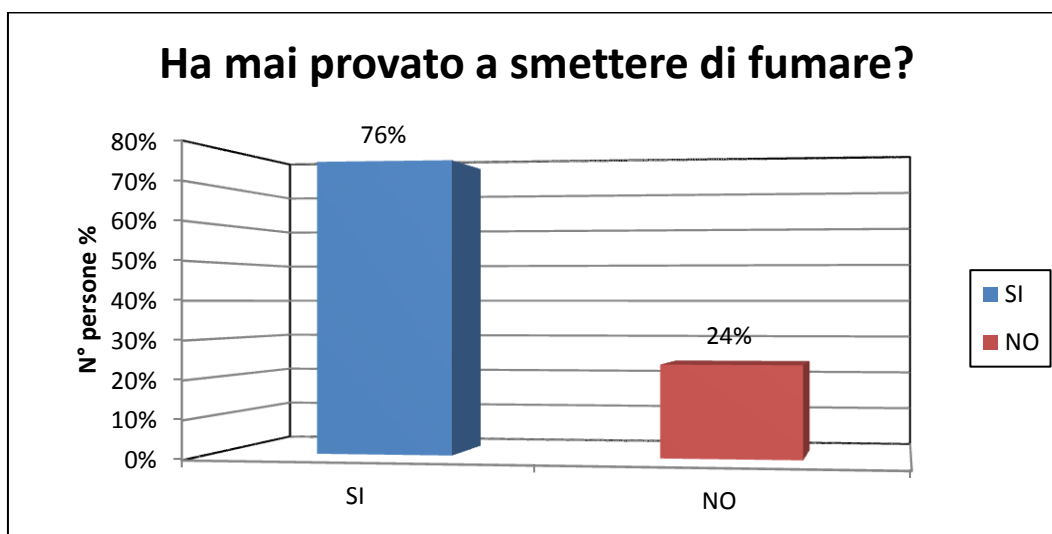


Grafico 2 – Percentuale delle persone che hanno tentato di smettere di fumare.

Alla domanda “ *Conosce i rischi legati al fumo di sigaretta?*” 40 persone (95%) dichiarano di conoscere i rischi legati al fumo di sigaretta, mentre solo 2 persone (5%) dichiarano di non conoscere tali rischi (Grafico 3).



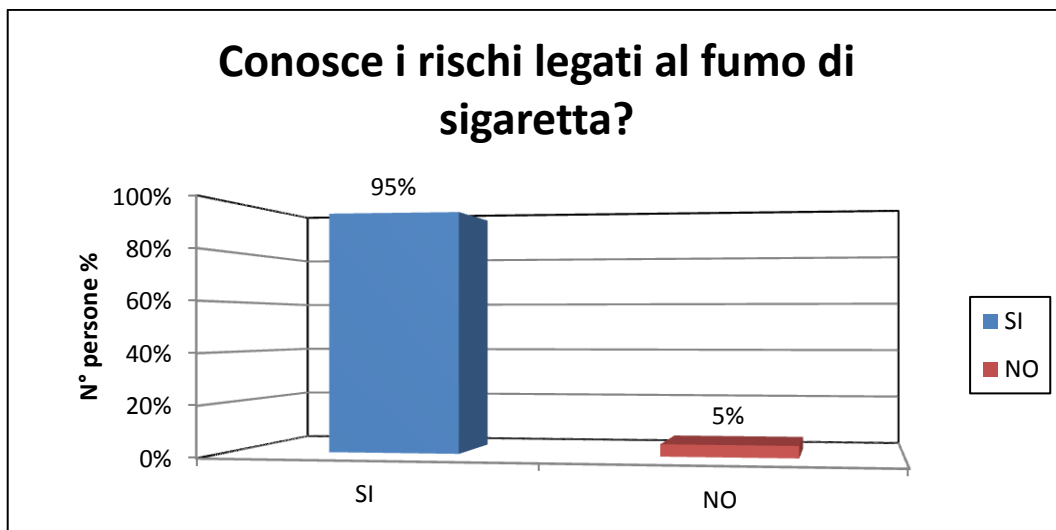


Grafico 3 – Percentuale di persone che conosce i rischi legati al fumo di sigaretta.

All'ultima domanda “ E' d'accordo di essere contattato da un infermiere che si occupa di fumo?” 37 soggetti (88%) hanno espresso il desiderio di essere contattati dall'infermiere esperto nella disassuefazione dal fumo, mentre 5 persone (12%) non vogliono essere contattate (Grafico 4).

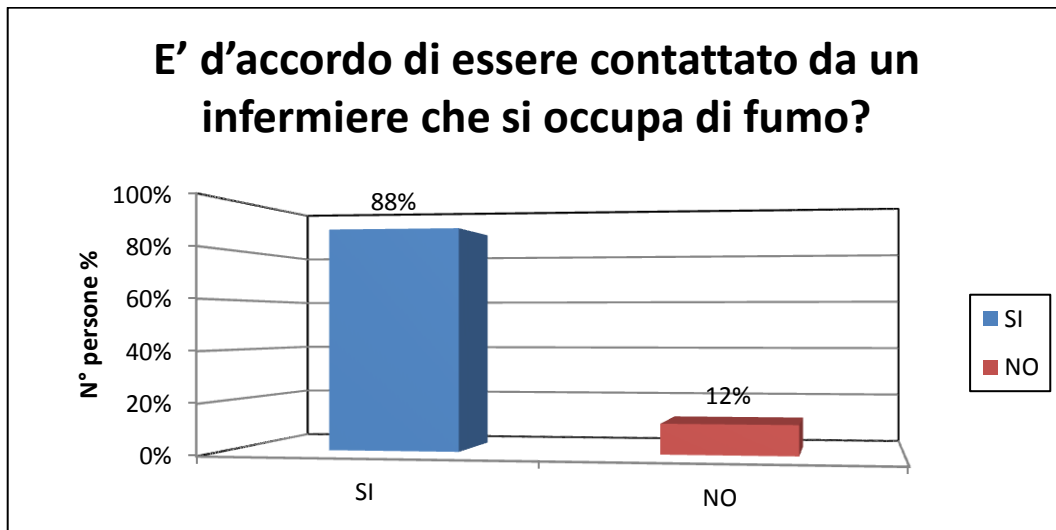


Grafico 4 – Percentuale di persone che sono d'accordo ad essere contattate da un infermiere esperto nella disassuefazione dal fumo.

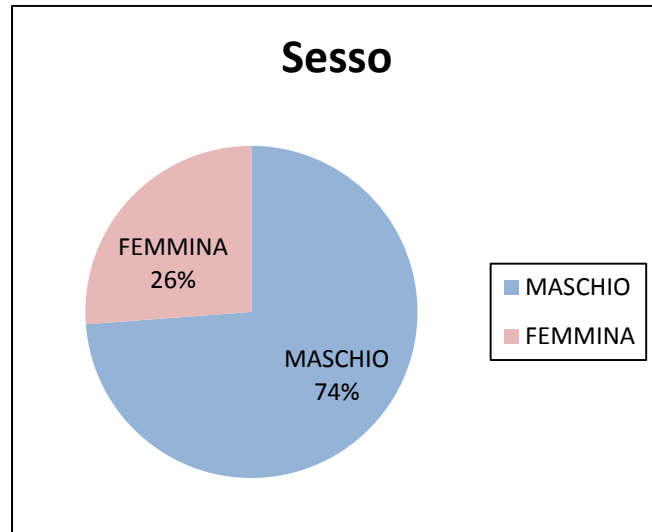


Grafico 5 – Sesso del campione.

Sono stati contattati telefonicamente tutti i soggetti, che durante la compilazione del questionario avevano dato il consenso ad essere contattati dall'infermiera esperta nella disassuefazione dal fumo. Durante il colloquio telefonico, 5 persone (12%) hanno dichiarato di aver smesso di fumare subito dopo l'intervento di *minimal advice* da parte dell'infermiere. Questi soggetti sono stati motivati e assistiti nella prevenzione delle ricadute. Con 5 soggetti (12%) non è stato possibile mettersi in contatto in quanto, nonostante i vari tentativi fatti non hanno mai risposto al telefono. Le altre 27 persone (64%), durante il colloquio telefonico hanno mostrato interesse nell'essere aiutate a smettere di fumare e sono state invitate a recarsi presso l'ATT, per un incontro con un infermiere esperto in tabagismo. Di questi, 23 fumatori (55%) hanno accettato e tutti hanno partecipato al primo incontro conoscitivo. 14 dei pazienti che hanno accettato di intraprendere il percorso di disassuefazione dal fumo provenivano dall'ambulatorio cardiologico di Rovigo, 8 erano dai poliambulatori di Trecenta e 1 paziente proveniente dal reparto UTIC dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo. A tutti i fumatori è stato misurato il tasso di CO con il Pikometro al primo appuntamento, al *follow-up* a 1 mese e a 3 mesi. 13 soggetti (31%) sono stati sottoposti anche alla prova di funzionalità respiratoria. Il diario del fumatore (Allegato 5) , è stato compilato da 17 persone (40%) e 7 di queste (17%) hanno smesso di fumare entro il primo mese.

## CAPITOLO 4

### RISULTATI

Dall'analisi dei risultati emerge quanto segue:

Tutti i soggetti che hanno partecipato allo studio erano dei fumatori al momento della compilazione del questionario, di questi circa il 74% è di sesso maschile mentre il 26% è femminile (Grafico 5). L'età del campione è compresa tra i 78 anni ed i 26 anni. In termini di percentuale il 26% è composto da fumatori che fumano tra 10 e 20 sigarette al giorno, il 50% fuma tra 0 e 10 e il 24% fuma più di 20 sigarette al giorno.

Un dato significativo emerge quando si indaga se il fumatore abbia mai provato a smettere di fumare. I dati dimostrano che più della metà dei fumatori, il 76%, dichiara di aver fatto almeno un tentativo ma di aver ripreso a fumare. Pertanto le persone che dichiarano di non aver mai tentato a smettere di fumare rappresentano il 24%.

Un altro dato significativo emerge quando si domanda al fumatore se conosce i rischi legati al fumo di sigaretta, a tale domanda infatti quasi il 95% risponde di conoscere tali rischi, ma pur conoscendo questi rischi continua a fumare. Solo il 5% dichiara di non conoscere i rischi legati all'abitudine tabagica. Alla domanda: "E' d'accordo di essere contattato da un infermiere che si occupa di fumo?" il 88% dei fumatori risponde sì, mentre il 12% risponde no.

Circa il 55% del campione si è recato presso l'ATT presso l'ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Rovigo, dove i fumatori sono stati sottoposti a dei test, prove strumentali e hanno iniziato il processo di disassuefazione dal fumo di sigaretta. Nel primo mese il 17% ha smesso di fumare. Dato rilevante in quanto, senza l'intervento di *minimal advice* e successivamente senza l'aiuto dell'esperto in tabagismo, queste persone avrebbero continuato a fumare ignorando l'esistenza delle risorse territoriali che hanno a disposizione per poter smettere di fumare (Grafico 6).

Complessivamente hanno dichiarato di aver smesso di fumare 12 persone (29%). I dati di *follow up* si riferiscono ad agosto 2015, sono continuamente in aggiornamento in quanto lo studio è ancora in atto.

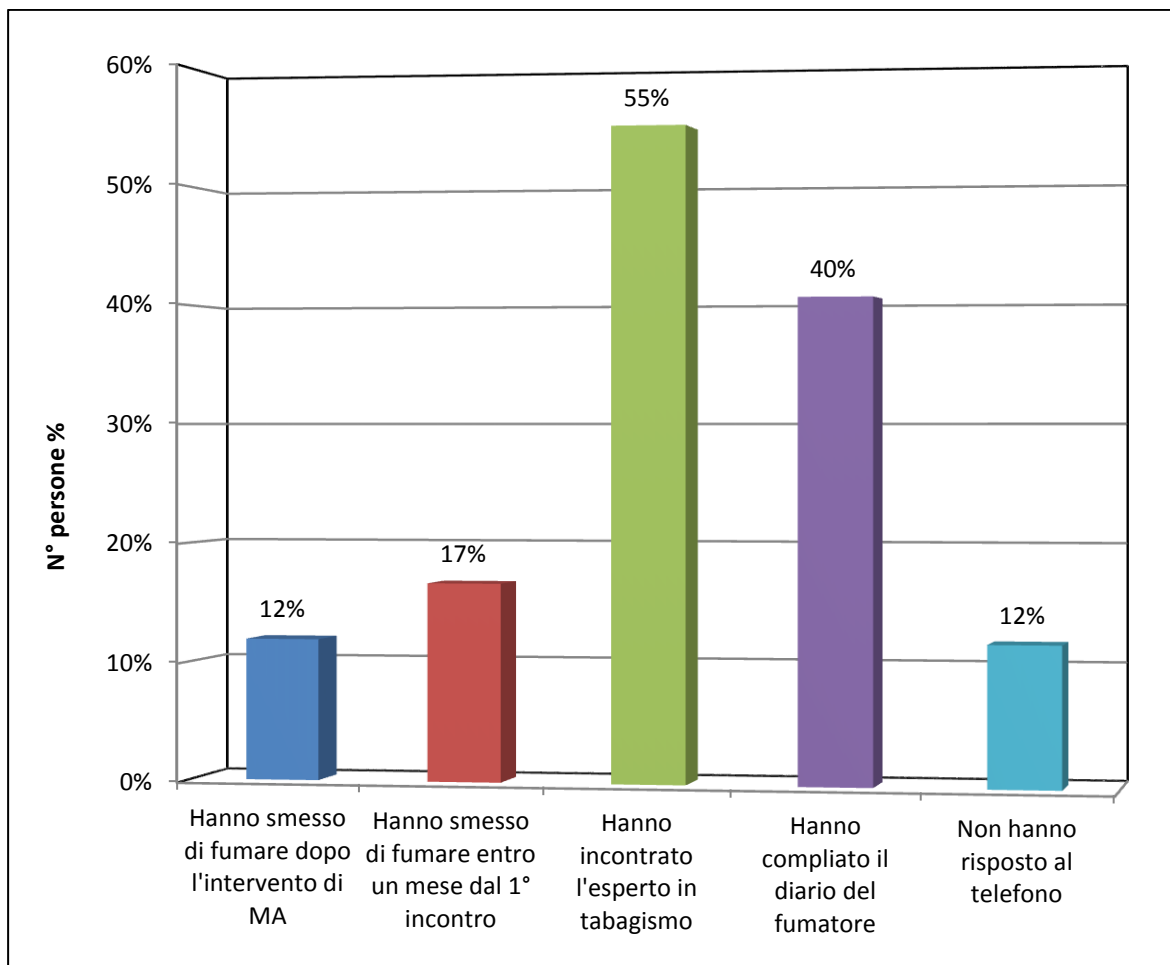


Grafico 6 – Risultati dell'ambulatorio trattamento tabagismo.

## CAPITOLO 5

### FATTIBILITA' DEL PROGETTO

#### 5.1. Limitazioni del progetto

Ostacoli collegati alla disponibilità delle risorse aggiuntive:

- mancata consegna ai pazienti fumatori del questionario
- collaborazione solo di una parte degli infermieri
- sottovalutazione del problema fumo

Fabbisogno di risorse aggiuntive rispetto alla situazione di partenza:

- ore dedicate alla formazione del personale infermieristico nell'approccio motivazionale

Nonostante gli ostacoli che si sono presentati, il progetto è risultato fattibile. Nella sua realizzazione non ci sono costi aggiuntivi da sostenere in quanto esistono già le figure dedicate.

La sua attuazione:

- porta ad individuare tutti i pazienti fumatori
- crea motivazione al cambiamento di un comportamento
- indirizza il fumatore all'ambulatorio trattamento tabagismo

#### 5.2. Implicazioni per la pratica

Da quanto analizzato si possono formulare alcune proposte operative:

- offrire formazione al *counselling* motivazionale breve, condotto dall'infermiere e orientato al cambiamento di comportamenti, con specifica attenzione alla riduzione del tabagismo
- inserire l'intervento di *minimal advice* nei momenti di accesso ai servizi sanitari

La proposta di effettuare il *counselling* motivazionale breve durante lo svolgimento della pratica abituale non vuol dire essere un'attività d'obbligo per gli infermieri coinvolti, ma eseguire interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute in quanto

importante competenza infermieristica, come delineato dal Profilo Professionale dell'infermiere e dal codice deontologico.

Una riflessione è d'obbligo: la distribuzione del questionario ai soggetti fumatori è stata svolta solo dagli infermieri e solo nelle poche realtà coinvolte nello studio, ma le figure professionali che si relazionano con il paziente fumatore non sono solo gli infermieri. Parlo di medici, operatori socio-sanitari, educatori per esempio. Sarebbe interessante valutare anche l'efficacia del *counselling* motivazionale breve eseguito da altri operatori sanitari, coinvolgendo più realtà per condividere con loro risultati, proposte e progettualità.

## CONCLUSIONI

Il fumo di tabacco rappresenta la forma di abuso di sostanza più diffuso al mondo. E' stato chiaramente dimostrato che il fumo di sigaretta esercita effetti dannosi e letali sull'organismo umano. Trattare il tabagismo costituisce una prevenzione efficace contro un insieme di gravi patologie oncologiche, respiratorie e cardiovascolari e incide notevolmente sulla riduzione della spesa sanitaria. In letteratura sono state trovate risposte positive in merito al problema: ricerche, considerazioni professionali, linee guida e tesi di laurea che trattano l'argomento tabagismo.<sup>21</sup>

Dai dati elaborati si evince che l'intervento di *minimal advice* da parte dell'infermiere, è un intervento efficace nella lotta contro il tabagismo. Rappresenta il mezzo indispensabile per promuovere il primo intervento di prevenzione, aiutare il soggetto fumatore a prendere coscienza del proprio atteggiamento verso il fumo e indirizzarlo ad adottare la miglior strategia per porre fine all'abitudine tabagica.

Nello specifico è stato evidenziato quando, dove e come l'infermiere deve agire per espletare interventi per la prevenzione e cura del tabagismo.

I dati emersi hanno dimostrato che il semplice utilizzo del questionario compilato dal fumatore al momento dell'anamnesi e il breve *counselling* motivazionale da parte dell'infermiere, aumenta il numero dei fumatori che si rivolgono all'ambulatorio per smettere di fumare.

Anche se il campione preso in esame durante la raccolta dati è di dimensioni ridotte, questi risultati non si discostano di molto da ciò che è stato riportato dalla letteratura. Il *minimal advice* è un intervento di facile applicabilità ed efficace nella disassuefazione dal fumo di sigaretta.

Questo lavoro di tesi è servito a dimostrare come il ruolo dell'infermiere possa diventare l'attore fondamentale nella lotta al tabagismo. Il personale infermieristico, da sempre, si colloca in una posizione di maggiore vicinanza affettiva ed empatica rispetto ai pazienti. Pertanto consigli e strategie trasmesse dal personale infermieristico potrebbero risultare particolarmente decisivi nella determinazione della cessazione<sup>22</sup>.

Oggi parliamo sempre più di prevenzione primaria, ma questa non può essere sottovalutata, deve essere improntata all'informazione che già di sé esiste, ma deve soprattutto divenire concreta, anche attraverso interventi di *minimal advice* da parte dell'infermiere.

Come indicano diverse linee guida e confermano i risultati delle revisioni sistematiche, è raccomandabile introdurre il *minimal advice* dell'infermiere e del personale sanitario in generale, nella pratica abituale delle cure primarie e l'attuale sfida della sanità pubblica è individuare le strategie efficaci per fare in modo che questo approccio minimo venga attivato con maggiore convinzione e con maggior frequenza.



## BIBLIOGRAFIA

- (1) Mangiaracina G. La dipendenza da tabacco. Curare il fumo, manuale per smettere di fumare. Roma: Universale EDUP; 2005.
- (2) Prabhat Jha, M.Kent Ranson, Son N. Nguyen, D. Jach. Estimates of Global and Regional Smoking Prevalence in 1995, by Age and Sex. Am J Public Health 2002 Jun;92(6):1002-1006.
- (3) Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thum M, Heath JRC. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. New York, Tokyo: Oxford University Press; 1994.
- (4) Epicentro. Rapporto Oms sull'epidemia globale del tabacco. 9 luglio 2015; Available at: <http://www.epicentro.iss.it/>.
- (5) Ministero della Salute. Il tabagismo nel mondo. 29 maggio 2015; Available at: <http://www.salute.gov.it/>.
- (6) Doxa Iss, OssFAD. Il fumo in Italia: lo scenario attuale. Indagine DOXA effettuata per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche M. Negri e la Lega per la lotta ai Tumori. 2015 maggio.
- (7) Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia Epidemiol Prev. 2002 gen-feb; 26(1): 18-29.
- (8) Halpern MT, Dirani R, Schmier JK. Impacts of a smoking cessation benefit among employed populations. J Occup Environ Med 2007;1:11-21.
- (9) Cunningham M, Litt J, Zwar N, Borland R, Stillman S, Richmond R. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. Australian Family Physician 2005 Jun;34(6):461-6.
- (10) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 2008.
- (11) Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. CA cancer J Clin 2005 sep-oct;5.

- (12) Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Second hand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a metanalysis. *Pediatrics* 2011 Apr;4:734-41.
- (13) Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000 Aug;321:355-8.
- (14) Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation.. *Cochrane Database Systematic Rev* 2013 12 Aug;8.
- (15) Codice deontologico dell'infermiere. Delibrazione n 1/09 2009 10 gennaio.
- (16) Zuccaro P, Amato L, Caraffa G, Corti FM, Davoli M, Enea D, et al. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. *Ist Sup di Sanità e OssFAD* 2008:1-45.
- (17) Amato L, Mitrova Z, Davoli M. Sintesi delle revisioni sistematiche Cochrane sull'efficacia degli interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco. *ISS* 2011 maggio.
- (18) Gremigni P. *Psicologia del fumo. Programmi di prevenzione e metodi per smettere.* 2005th ed. Roma: Carocci Faber; 2005.
- (19) Regione Veneto. *La Regione del Veneto e l'impegno nel campo del tabagismo.* 2015; Available at: <http://www.smettintempo.it/>. Accessed maggio, 2015.
- (20) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines.* Rockville: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 2008.
- (21) Menarello R. *Aspetti educativi di prevenzione e cura del tabagismo. Ruolo dell'infermiere.* Università degli Studi di Padova; 2006-2007.
- (22) Tasso S, Vianello S, Tamang ME, Pectenò A. Operatori socio-sanitari in prima linea sul fronte tabacco. *Tabaccologia* 2005 Febbraio(2):9.

## **SITOGRAFIA**

[www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)

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

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

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

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

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

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)



# **ALLEGATI**



## LE FASI DEL PROCESSO DI DISASSUEFAZIONE

### Diagramma di flusso dell'intervento

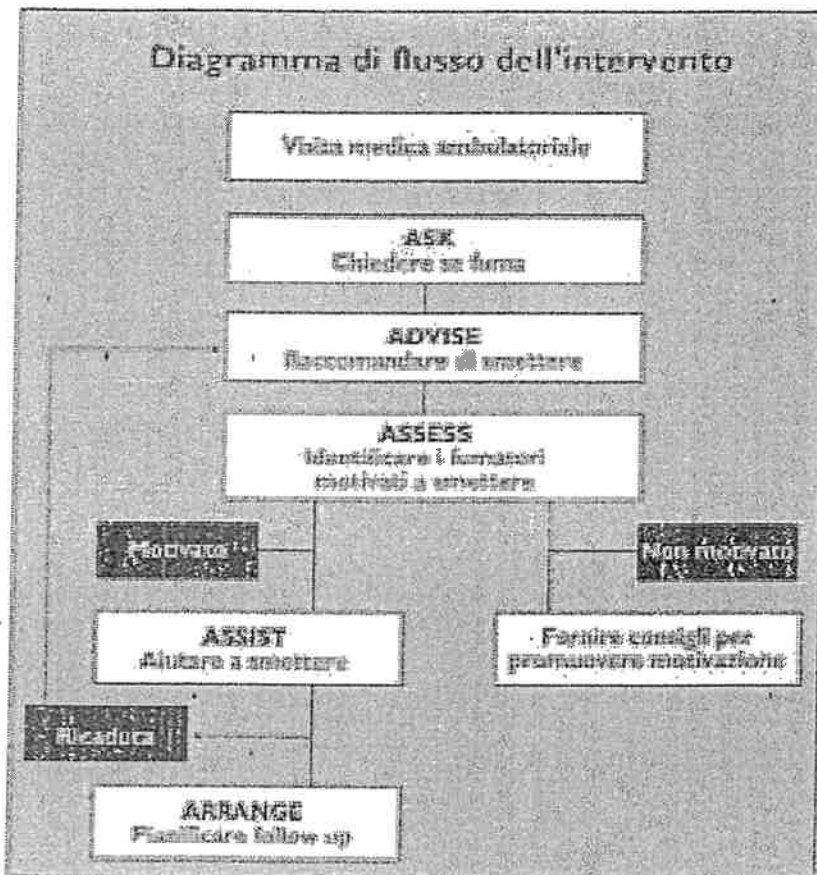


DIAGRAMMA DI FLUSSO DELL'INTERVENTO





Data \_\_\_\_\_

## Questionario motivazionale (H. Mondor, Paris)

	INDICATORI DI MOTIVAZIONE		Punti
1	Ho deciso di presentarmi spontaneamente	2	_____
2	Ho già smesso di fumare per più di una settimana	1	_____
3	Attualmente non ho problemi sul lavoro	1	_____
4	Attualmente non ho problemi sul piano familiare	1	_____
5	Mi voglio liberare da questa schiavitù	2	_____
6	Pratico dello sport / ho intenzione di praticarlo	1	_____
7	Voglio raggiungere una forma fisica migliore	1	_____
8	Voglio curare il mio aspetto fisico	1	_____
9	Sono incinta / mia moglie è incinta	1	_____
10	Ho dei bambini piccoli	2	_____
11	Attualmente sono di buonumore	2	_____
12	Di solito porto a termine quello che intraprendo	1	_____
13	Sono di temperamento calmo e disteso	1	_____
14	Il mio peso è abitualmente stabile	1	_____
15	Voglio migliorare la qualità della mia vita	2	_____
		<b>Totale</b>	_____

### Possibilità di successo:

**> 16 ottime**

**12 - 16 buone**

**6 - 12 discrete**

**< 6 non è il momento**



## Fagerström Test for Nicotine Dependence

(Fagerström K.O., et al. 1978; Heatherton et al. 1991)

1. Dopo quanto tempo da risveglio accende la sigaretta?
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> entro 5 minuti | 3 |
| <input type="checkbox"/> 6- 30 minuti   | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31- 60 minuti  | 1 |
| <input type="checkbox"/> dopo 60 minuti | 0 |
2. Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi dove è vietato?
- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sì | 1 |
| <input type="checkbox"/> No | 0 |
3. Tra tutte le sigarette che fuma a quale le sarebbe più difficile rinunciare?
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La prima del mattino | 1 |
| <input type="checkbox"/> Qualsiasi            | 0 |
4. Quante sigarette fuma in una giornata?
- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0-10     | 0 |
| <input type="checkbox"/> 11-20    | 1 |
| <input type="checkbox"/> 21-30    | 2 |
| <input type="checkbox"/> 31 o più | 3 |
5. Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore del giorno che nel resto della giornata?
- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sì | 1 |
| <input type="checkbox"/> No | 0 |
6. Fuma anche quando è così malato da rimanere a letto tutto il giorno?
- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sì | 1 |
| <input type="checkbox"/> No | 0 |
- Punteggio totale \_\_\_\_\_

### **Risultati: grado di dipendenza**

0-2: molto basso

3-4: basso

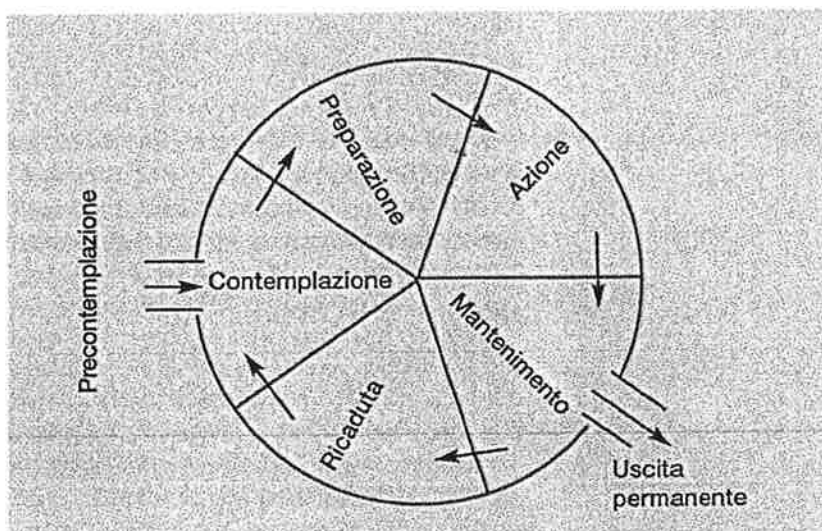
5-6: medio-alto

7-8: alto

9-10: molto alto



# STADI DEL CAMBIAMENTO



L'anello di Prochaska: gli stadi di cambiamento del fumatore  
(Prochaska e Goldstein, Clinics in Chest Med, 1991; 12:727-35)

Allegato 4

## **Strategia delle 5 R**

### **Relevance** Rilevanza

Sottolinea l'importanza dello smettere di fumare

### **Risk** Rischi

Invita il fumatore ad identificare i rischi

### **Rewards** Ricompensa

Invita il fumatore ad identificare i potenziali benefici derivanti dalla cessazione del fumo

### **Roadbloks** Resistenze

Chiedi al fumatore di elencare le difficoltà che potrebbe incontrare a smettere di fumare

### **Repetition** Ripetere

Ripeti l'intervento ogni volta che incontri un fumatore non ancora motivato

Allegato 5



### SCHEDA RILEVAZIONE DATI PAZIENTI FUMATORI

Gentile utente, nell'ambito di un progetto di ricerca per la sensibilizzazione dei pazienti a smettere di fumare, le chiediamo di compilare il seguente modulo.

Grazie per la collaborazione!

Cognome	Nome
Data di nascita	
Indirizzo	
Città	
Telefono	

#### Stato civile:

1 celibe/nubile	2 coniugato/convivente	4 di Stato libero
5 vedovo/a		

#### Titolo di studio

1 nessuno	2 licenza elementare	3 licenza media inferiore
4 diploma scuole professionali (2/3 anni)	5 diploma media superiore	6 laurea
7 non noto		

#### Condizione lavorativa:

1 disoccupato	2 studente	3 artigiano/commerciante
4 casalinga	5 operaio	6 impiegato
7 insegnante	8 libero professionista	9 dirigente
10 pensionato: attività precedente _____		11 altro

QUANTE SIGARETTE FUMA DURANTE LA GIORNATA? \_\_\_\_\_

HA MAI PROVATO A SMETTERE DI FUMARE? \_\_\_\_\_

CONOSCE I RISCHI LEGATI AL FUMO DI SIGARETTA? \_\_\_\_\_

E' D'ACCORDO DI ESSERE CONTATTATO DA UN INFERMIERE CHE SI OCCUPA DI FUMO? \_\_\_\_\_