

Condizioni particolari Smoking cessation: realtà e prospettive di intervento in ambito cardiologico

Albino Claudio Bosio*§, Isabella Cecchini§

*Facoltà di Psicologia, Università Cattolica, §Dipartimento Ricerche sulla Salute, Eurisko, Milano

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 93-95)

© 2001 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Prof. Albino Claudio Bosio

Dipartimento Ricerche
sulla Salute
Eurisko
Via Monterosa, 15
20149 Milano

Introduzione

Risulta ormai dimostrata in letteratura la relazione fra il fumo di tabacco ed un ampio range di malattie, fra queste le malattie cardiovascolari¹; più in generale è noto che il comportamento di fumo continuato comporta un rilevante aumento del rischio di morte². Dalla stessa letteratura, peraltro, appaiono evidenti i benefici (di tipo clinico ed economico) derivanti dallo smettere di fumare.

A partire da queste evidenze, le autorità sanitarie nazionali³ e internazionali⁴ negli ultimi anni hanno ripetutamente indicato fra gli obiettivi prioritari del loro programma un abbattimento del rischio-fumo, da realizzarsi: sia attraverso campagne di comunicazione rivolte alla popolazione generale⁵⁻⁷, sia attraverso interventi di *smoking cessation* mirati sui fumatori e realizzati in ambito medico-sanitario^{8,9}.

Con riferimento a questa seconda prospettiva di intervento, il presente contributo espone i principali risultati di una ricerca condotta sulle attività di *smoking cessation* sviluppate dai cardiologi italiani nel contesto della loro attività ambulatoriale (un contesto meno studiato rispetto a quello ospedaliero¹⁰, anche se non meno rilevante). Più in particolare, l'indagine ha esplorato i seguenti temi:

- rilevanza percepita del rischio-fumo in riferimento all'esperienza clinica ambulatoriale;
- orientamento a sviluppare interventi di *smoking cessation*;
- efficacia percepita di tali interventi;
- efficacia percepita degli strumenti e delle competenze professionali a supporto degli interventi di *smoking cessation*.

Aspetti metodologici

L'indagine è basata sulla somministrazione telefonica di un questionario strutturato (durata media dell'intervista 10 min). La rilevazione è avvenuta nel mese di aprile 2000 ed è stata realizzata nell'ambito del sistema CATI di Eurisko.

Il campione (n = 150) è stato estratto con tecnica di selezione casuale da lista censimentaria della popolazione. La rappresentatività del campione rispetto all'universo dei cardiologi ambulatoriali è stata controllata a priori per il parametro dell'area geografica (per una descrizione delle principali caratteristiche del campione, Tab. I).

I dati sono stati sottoposti ad analisi statistica di tipo descrittivo.

I risultati

I cardiologi intervistati stimano che il problema-fumo riguardi circa un terzo dei casi trattati ambulatorialmente. Questa valutazione appare stabile ed è confermata con diverse tecniche di indagine: in generale, si ritiene che 1 paziente su 3 presenti una patologia fumo-correlata; di fatto, anche una stima del numero assoluto di pazienti fumatori visti nel recente periodo (ultimi 30 giorni) porta ad analogo risultato (Tab. II).

A fronte di un paziente fumatore, il cardiologo tende nella quasi totalità dei casi ad intervenire per interrompere il comportamento di fumo. L'esito di tali iniziative, però, pare coronato da scarso successo: a detta degli intervistati, solo 1 fumatore su 4 dà un qualche seguito pratico al consiglio del cardiologo e solo 1 fumatore su 10 - in accordo con i dati della letteratura internazionale⁹ - arriva a smettere di fumare (Tab. III).

Tabella I. Descrizione del campione (n = 150, età media 57.8 anni).

| | % |
|------------------|----|
| Aree geografiche | |
| Nord Ovest | 24 |
| Nord Est | 13 |
| Centro | 21 |
| Sud + Isole | 42 |
| Sesso | |
| Maschi | 97 |
| Femmine | 3 |
| Età | |
| 30-39 anni | 3 |
| 40-49 anni | 23 |
| 50-59 anni | 18 |
| 60 anni e oltre | 56 |

Tabella II. Stima del problema-fumo nei pazienti trattati ambulatoriamente (n = 150).

| | |
|---|--------------|
| Stima generale "Su 100 pazienti trattati quanti presentano patologie correlate o dipendenti dal fumo?" (valutazione media in percentuale) | 32% |
| Riferimento all'ultimo periodo (ultimi 30 giorni) | |
| N. pazienti visti in ambulatorio (valutazione media in numeri assoluti) | 196 (→ 100%) |
| N. pazienti fumatori visti in ambulatorio (valutazione media in numeri assoluti) | 67 (→ 34%) |

Tabella III. Gli interventi di *smoking cessation* del cardiologo e la percezione dei risultati (n = 150).

| | |
|---|-----|
| Su 100 pazienti fumatori visti in ambulatorio a quanti ha chiesto/consigliato/prescritto di smettere di fumare? (valutazione media in percentuale) | 97% |
| ... quanti di questi hanno tentato realmente di smettere? (valutazione media in percentuale) | 25% |
| ... quanti di questi sono riusciti a smettere di fumare? (valutazione media in percentuale) | 10% |

Infine, l'interesse del cardiologo a contrastare le pratiche di fumo risulta molto elevato, ma l'intervento di *smoking cessation* si configura come una delle pratiche professionali più difficili da realizzare non essendo sostenuta da *know-how* e da strumenti adeguati (Tab. IV).

Discussione dei risultati

La ricerca mostra un'elevata disponibilità dei cardiologi a percepire il rischio fumo come un problema rilevante e ad intervenire presso i fumatori trattati ambulatoriamente per interrompere il comportamento di fu-

Tabella IV. Gli interventi di *smoking cessation*: interesse, valutazione delle competenze, difficoltà percepita (n = 150).

| | % | |
|--|----|------|
| Quanto è interessato a sviluppare in futuro interventi di <i>smoking cessation</i> ? | | |
| moltissimo | 51 | } 86 |
| molto | 35 | |
| abbastanza | 7 | |
| così così/poco/per nulla | 7 | |
| Quanto ritiene valide le competenze e gli strumenti oggi disponibili per far smettere di fumare? | | |
| moltissimo | — | } 78 |
| molto | 5 | |
| abbastanza | 17 | |
| così così | 23 | |
| poco | 42 | |
| per nulla | 13 | |
| Rispetto agli altri interventi/problemi che affronta nella sua professione, l'intervento sui comportamenti di fumo è ... | | |
| ... più facile/semplice | 5 | |
| ... di difficoltà uguale | 18 | |
| ... più difficile/complicato | 77 | |

mo. A fronte di questa disponibilità, però, gli interventi di *smoking cessation* risultano poco risolutivi, difficili da realizzare, non sostenuti da un apprezzabile *know-how* professionale.

La creazione di un efficace sistema di competenze si configura, dunque, come il punto critico da affrontare per poter capitalizzare la disponibilità del cardiologo a realizzare interventi di *smoking cessation*.

In questa prospettiva, pare auspicabile lo sviluppo di un sistema di competenze articolato ad un doppio livello: uno rivolto al *disease management* (il comportamento di fumo), l'altro rivolto al *patient management* (il fumatore). In accordo con i dati della letteratura internazionale¹¹ risulta, insomma, raccomandabile che, alla creazione di strumenti atti a facilitare l'interruzione del fumo, si accompagni la definizione di un modello di gestione del paziente in grado di sostenere il fumatore durante il complesso percorso di costruzione della decisione di smettere di fumare e di attuazione di tale decisione.

Bibliografia

1. USDHHS. The health benefit of smoking cessation: a report of the surgeon general. Washington, DC: Center for Disease Control, 1990.
2. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland L. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-11.
3. Ministero della Sanità. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.
4. WHO. Health 21: Health for all in the 21st century. An introduction. *Health for All Series* 1998, no. 5.
5. Wilde GJ. Effects of mass media communications on health

- and safety habits: an overview of issues and evidence. *Addiction* 1993; 88: 983-96.
6. Biraennstroern I, Lindblad IB. Mass media and health promotion: the power of the media and public opinion. *Health Communication* 1994; 6: 21-36.
 7. Bosio AC, Vecchio L. La prevenzione primaria delle cardiopatie ischemiche: indicazioni per le campagne di comunicazione rivolte alla popolazione generale. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 104-9.
 8. Meenan RT, Stevens US, Hornbrook MC, et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Med Care* 1998; 36: 670-8.
 9. Glynn TJ. Relative effectiveness of physicians-initiated smoking cessation programs. *The Cancer Bulletin* 1988; 40: 359-64.
 10. Pierantoni L, Gremigni P. Gruppi ad alto rischio e dipendenza da nicotina: implicazioni per il counseling all'interno delle strutture sanitarie. *Psicologia della Salute* 1999; 2: 97-111.
 11. Prochaska JQ, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.