

Disassuefazione dal fumo: ruolo dei Mmg

Giuliano Bono

Medico di medicina generale
Torino

La dipendenza da tabacco è uno dei principali problemi di salute pubblica. Il medico di famiglia da tutte le linee guida è considerato strategico per far smettere di fumare. Ma nella categoria si percepisce un senso di inutilità e impotenza, un scarso senso di autoefficacia, che riduce l'intervento di prevenzione. Una recente indagine prova a spiegare questo paradosso

Dai dati di letteratura emerge una forte evidenza che il consiglio breve, non più di 3 minuti, per smettere di fumare dato da un medico di famiglia a tutti i fumatori tra i suoi assistiti porta a una cessazione del 2% all'anno (Silagy C. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2002; 1).

Un medico di famiglia con 1.000 assistiti sopra i 14 anni di età dovrebbe avere in media 250 fumatori, quindi ogni anno dovrebbe contarne almeno 5 che smettono di fumare per suo consiglio. Non è così: dai dati in elaborazione del "Progetto Fumo", concluso nella primavera del 2008, organizzato dalla Fimmg e dalla Scuola Piemontese di Medicina Generale "M. Ferrua", che ha coinvolto nella Provincia di Torino centinaia di medici di famiglia, risulta che noi Mmg non siamo andati in media oltre 1 o 2 pazienti.

Dunque questa pratica professionale, cioè il semplice consiglio di smettere di fumare, intesa a fare prevenzione primaria e secondaria verso il più importante fattore di rischio di morbilità e di mortalità derivante dallo stile di vita individuale, tarda ancora a essere attuato nei nostri studi. Predomina un diffuso senso di scarsa autoefficacia.

■ L'indagine

Il Gruppo Tecnico Antitabacco del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO), un organismo dell'Assessorato alla tutela della salute e sanità della Regione, ha svolto una ricerca sui medici di famiglia

(MdF), proprio perché questa figura professionale è numerosa, diffusa capillarmente sul territorio ed è quella in cui gli italiani ripongono maggiore fiducia (ISTAT, 2007). La ricerca ha utilizzato come strumento principale di raccolta delle informazioni l'intervista semi-strutturata condotta faccia a faccia. Questo approccio qualitativo è utile per indagare aspetti significativi dell'esperienza lavorativa e umana che potrebbero rimanere inaccessibili coi metodi di ricerca tradizionali.

Tra settembre e novembre 2006 sono state condotte 33 interviste di questo tipo, della durata di un'ora ciascuna, effettuate presso lo studio di ciascun MdF, a seguito di appuntamento.

I medici sono stati selezionati per rappresentare le diverse realtà territoriali e organizzative del Piemonte da elenchi di colleghi già contattati in precedenza, per altre iniziative, dal Gruppo Fumo. Si è dato così vita a un campione di MdF sensibili al problema della cessazione del fumo, in grado di spiegare dal loro personale punto di vista come hanno costruito la propria esperienza, ben sapendo che questo metodo di selezione avrebbe portato probabilmente a una sovrastima dell'impegno medio del MdF nelle attività di contrasto al fumo di tabacco.

La traccia dell'intervista ha interessato tutti gli atteggiamenti e gli approcci dei MdF di fronte al paziente fumatore: attività svolte di prevenzione e sostegno alla cessazione, strumenti utilizzati, conoscenza di linee guida, rimando ai servizi specialistici attivi sul proprio territorio (Centri per il Trattamento del Tabagismo - CTT - pubblici e altri), osta-

coli e risorse per questo intervento, bisogni strumentali e formativi, abitudine personale al fumo.

■ I risultati

I MdF intervistati sono 42% non fumatori, 52% ex fumatori, 6% fumatori, di questi il 60% ritiene che l'intervento antifumo sui pazienti è un compito oggettivo del MdF; il 36% affronta l'argomento fumo coi pazienti regolarmente; il 24% conosce la linea guida dell'ISS; il 40% sente di non essere in grado di svolgere un'efficace azione antifumo; il 69% registra lo stato di fumatore dei pazienti nella cartella clinica; il 69% propone una terapia farmacologica a chi intende smettere, che nel complesso risulta però poco praticata e i farmaci non sono utilizzati come potrebbero, nonostante ci siano dati favorevoli al loro utilizzo; solo il 54% conosce o ha contattato un CTT; solo il 12% attua un livello ottimale di intervento secondo le linee guida, cioè consigliano sistematicamente ai pazienti fumatori di smettere, effettuano un counselling breve, utilizzano i CTT.

La stragrande maggioranza dei MdF (87%), ha indicato come criticità la mancanza di tempo, l'eccessiva burocratizzazione della professione e la carenza di supporti organizzativi (materiale di educazione e di sostegno, personale come la segretaria). Gli elementi che favorirebbero l'attività antifumo individuati dagli intervistati sono: maggiore disponibilità di tempo, sgravi burocratici, miglioramento dell'organizzazione del lavoro, collaborazione coi CTT, supporto fornito da interventi di popo-

lazione con campagne di sensibilizzazione, materiale informativo da distribuire ai pazienti, un riconoscimento economico almeno indiretto. Quasi per tutti risulta fondamentale una formazione adeguata: corsi professionali che tengano conto delle necessità pratiche dei MdF, brevi ed efficaci, finalizzati all'apprendimento in didattica attiva del counselling breve. Il 63% ha dichiarato di non avere mai ricevuto una formazione specifica di qualsiasi provenienza e pertinenza.

■ Gli identikit

Dall'analisi delle interviste sono stati costruiti otto identikit che raccolgono differenti credenze, atteggiamenti e pratiche del MdF nei confronti delle azioni di contrasto al fumo di sigarette: ogni medico può riconoscersi, ma anche ritrovarsi in profili diversi.

1. Poco sensibile al problema. MdF che non tratta il paziente fumatore perché non percepisce il fumo come un problema, tende a ridimensionare la pericolosità del fumo, ha scarsa motivazione, non annota lo stato di fumatore nella cartella, spesso è lui stesso fumatore.

2. Stretto da limiti organizzativi. MdF che non tratta il paziente fumatore perché l'attuale sua organizzazione non lo consente, la difficoltà maggiore è la mancanza di tempo, dovuta a sovraccarico di lavoro e all'eccessiva burocratizzazione.

3. Delegante. MdF che non affronta direttamente il problema, ma si limita ad inviare il paziente a un servizio specialistico, non si ritiene in grado di seguire il paziente per mancanza di competenze o di tempo, pensa che il compito di motivare il paziente debba essere svolto da altri professionisti.

4. Richiedente riconoscimento. MdF pronto a trattare i fumatori solo se tale attività è ufficialmente riconosciuta: dato che l'intervento anti-fumo richiede preparazione adeguata e investimento di tempo è necessario un riconoscimento, economico o altro, da parte del sistema; ha poca fiducia che l'organizzazione sanita-

ria sia disposta a tale riconoscimento: l'intervento non è praticato perché non ci si sente valorizzati.

5. Influenzato dal paziente. MdF che non ha un atteggiamento attivo verso il fumatore, interviene solo su richiesta del paziente, trova difficile inserire il fumo all'interno della consultazione, perché fuori luogo e non accettato dal paziente, ritiene le metodologie di disassuefazione inefficaci, ha scarsa fiducia che il fumatore accetti i suoi consigli e smetta realmente di fumare.

6. Richiedente competenze. MdF che ha conoscenza del problema, pensa di potere svolgere un ruolo importante nella gestione del fumatore, ma pensa di non avere una preparazione sufficiente, riferendosi soprattutto alla sfera della comunicazione e del sostegno psicologico, richiede una formazione specifica e di avere rapporti coi servizi specialistici.

7. Focalizzato sul sintomo. MdF che

affronta il fumo come un sintomo da curare, solo in presenza di patologie fumo-correlate, tende a dare consigli paternalistici e colpevolizzanti il paziente, utilizza i farmaci per la disassuefazione, senza considerare il problema della dipendenza da nicotina, si sente inadeguato a trattare problemi che non si esprimono con una patologia organica e che fanno parte dei comportamenti e delle scelte individuali.

8. Attivo e sensibile. MdF che si impegna direttamente con le risorse a disposizione, considera la prevenzione antifumo come suo dovere, affronta l'argomento fin dalla prima visita durante l'intervista anamnestica e poi ripete l'invito a smettere di fumare nel tempo, annota e aggiorna lo stato di fumatore sulla cartella clinica, è disponibile a collaborare coi servizi specialistici, ritiene importante testimoniare in prima persona uno stile di vita sano.

Solo il 12% del campione di medici

rientra in questo profilo, che è considerato il più efficace nell'azione di contrasto al fumo di tabacco.

■ Medici che fumano

Nel campione solo il 6% dei MdF è ancora dipendente dal fumo di sigaretta: questa bassa percentuale deriva dalla scelta di un campione molto selezionato. In realtà la percentuale dei medici che fumano è leggermente più alta della popolazione in generale. In Piemonte nel 2005 la percentuale di popolazione sopra i 15 anni che fumava era del 23.7%. Nel giugno 2002 è stata condotta un'indagine, commissionata dalla Fimmg alla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università di Torino, secondo criteri epidemiologici rigorosi, che ha coinvolto 102 MdF piemontesi: il 27.7% dei MdF piemontesi risultava fumare (Ragazzoni P e al. Medici di medicina generale alleati dello specialista nella lotta al tabagismo? *Monaldi Arch Chest Dis* 2002; 58: 214-21).

Un medico fumatore è meno sensibile al problema e difficilmente suggerisce ai propri pazienti di smettere di fumare, inoltre non è considerato dai suoi pazienti un punto di riferimento per smettere, né come un esempio da seguire per quanto riguarda gli stili di vita: per molti cittadini noi rappresentiamo un modello, più di quanto ne siamo coscienti. Negare col proprio comportamento le evidenze scientifiche dei danni da fumo significa mettere in discussione il proprio ruolo e minare l'efficacia delle campagne di prevenzione.

La scarsa sensibilità al problema da parte dei medici fumatori si rispecchia nel fallimento di una iniziativa promossa dalla Fimmg della Provincia di Torino nel 2005 denominata "Mano Tesa", con l'obiettivo di proporre ai medici fumatori un percorso agevolato per la cessazione: i 1.800 medici di famiglia della Provincia di Torino ricevettero per posta elettronica e per lettera una circolare informativa, che illustrava il progetto, manifesti vennero affissi nelle sedi Asl, gli organi di stampa della Fimmg provinciale (*Medito*) e del-

l'Ordine dei Medici (*Torino Medica*) pubblicizzarono il progetto. All'offerta aderirono solo 6 colleghi sui potenziali 500 fumatori. Per gli aderenti poi non fu possibile attuare il percorso per incompatibilità di orario con l'attività del centro antifumo incaricato. L'Ordine dei Medici di Torino si è fatto promotore di articoli per evidenziare il problema di una professione che va in fumo, tale iniziativa è stata ripresa nel 2007 con risalto dalla prima pagina della cronaca cittadina del quotidiano *La Stampa* del 20.12.2007 che ha riportato anche il parere di un collega, professore universitario, contrario alla campagna antifumo. Si può ipotizzare che un medico ex-fumatore è il professionista più efficace per contrastare la dipendenza da fumo nella popolazione, perché è un modello credibile di cambiamento del comportamento agli occhi del paziente fumatore.

■ Criticità

È compito della medicina generale occuparsi di prevenzione primaria e secondaria. Il trattamento del paziente fumatore è la più importante tra le prevenzioni, per numero di malattie e di morti che può evitare. Il MdF può rispondere alla domanda di salute del paziente di promuovere uno stile di vita più sano. Sono ancora pochi i medici che conoscono e applicano le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, basate sull'intervento clinico minimo delle "5 A" (www.ossfad.iss.it o telefono verde 800.554088):

- Ask: chiedere se fuma
- Advice: raccomandare di smettere
- Assess: identificare i fumatori motivati a smettere
- Assist: aiutare a smettere
- Arrange: pianificare follow up.

A ostacolare tale applicazione:

- mancanza di tempo per approfondire la relazione con tutti i pazienti fumatori;
 - mancanza di risorse per svolgere l'intervento ambulatoriale;
 - insufficiente formazione in grado di fornirci strumenti tecnici e capacità che sostengano i percorsi di dissuefazione.
- Bisogna quindi operare per ridurre

questi ostacoli fino a rimuoverli. Le iniziative devono perseguire questi obiettivi:

- riduzione concordata del carico burocratico;
- valorizzazione del MdF (smettere di fumare è possibile e il MdF è in grado di aiutare il fumatore in questo percorso);
- investimento su formazione (non trasmissione di informazioni, ma indicazioni operative applicabili nel nostro contesto e facilmente verificabili); adeguamento delle cartelle informative con l'uso di reminder sullo stato di fumatore;
- adeguamento degli ambulatori (i nostri locali devono diventare luogo di informazione per la salute, con l'affissione di locandine nelle sale di attesa e la distribuzione di materiale informativo ed educativo, e di reclutamento attivo dei fumatori);
- sviluppo dei rapporti coi CTT (i servizi specialistici antifumo di cui la Regione Piemonte si è dotata sono attualmente 29).

Questi sono gli obiettivi che si propone anche il Piano regionale anti-tabacco (PRAT) 2008-2012 "Piemonte libero dal fumo", approvato dalla giunta regionale nel mese di giugno. I PRAT contemplano anche la pubblicazione di una serie di Quaderni, monografie specifiche inerenti all'iniziativa.

I Quaderni del PRAT

I Quaderni del PRAT (Piano Regionale Anti-Tabacco) sono scaricabili dal sito dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED) della Regione Piemonte: www.oed.piemonte.it

Gli argomenti

- Cessazione del fumo di tabacco - 2007
Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte
- Smettere di fumare in Piemonte - 2008
(il ruolo dei medici di famiglia e dei centri per il trattamento del tabagismo)
- Fatti e cifre sul fumo di tabacco Piemonte - 2008
- Piemonte libero dal fumo Piano Regionale Antitabacco 2008-2012