

Dall'intervento motivazionale breve alla cessazione dal fumo di tabacco: ruolo del paziente e del medico di medicina generale

From brief motivational interviewing to smoking cessation in primary care: patient's and general practitioner's role

Carlo Fabris, Lucia Casatta, Duilia Zanon, Alberto Fragali, Hamid Kashanpour, Luigi Canciani, Enrico Moratti

Riassunto

Introduzione: Il set delle cure primarie riveste particolare rilevanza nella lotta al tabagismo tramite l'intervento motivazionale breve. Lo scopo di questo studio è stato quello di caratterizzare gli elementi propri del medico di medicina generale (MMG) e del paziente capaci di condizionare la strategia atta a implementare il percorso di disassuefazione al fumo.

Materiali e metodi: Al progetto hanno aderito 38 MMG (22 maschi e 16 femmine, età mediana 60,1 anni) appartenenti al Distretto Sanitario di Udine. Lo studio è stato condotto nei mesi di novembre e dicembre 2018. Il MMG identificava tra gli assistiti accedenti all'ambulatorio 8-10 fumatori attivi (età compresa tra 40 e 60 anni) in cui effettuava un intervento motivazionale breve contestuale alla somministrazione dei test di dipendenza e di motivazione e proponeva l'adesione a un corso presso il SERD.

Risultati: Sono stati reclutati 310 pazienti, 148 maschi e 162 femmine. In 172 (55,5%) hanno aderito all'invito di partecipare a un corso di disassuefazione. Nei pazienti con MMG ≤ 60 anni vi era una forte associazione fra l'adesione al corso e il genere femminile del medico ($M = 29/70$ vs $F = 62/85$, $p < 0,001$); ciò non avveniva nei pazienti con MMG > 60 anni ($M = 56/111$ vs $F = 25/44$, $p = 0,474$). L'analisi discriminante ha predetto correttamente l'adesione in 152/172 (88,4%) fumatori. Le variabili selezionate sono state: l'affermazione "mi voglio liberare da questa schiavitù" del test di motivazione ($F = 69,1$) e l'aver un MMG di genere femminile ($F = 41,8$).

Conclusioni: L'adesione a iniziare un percorso di disassuefazione dal fumo richiede una forte motivazione del paziente e una carica empatica del medico, più facilmente riscontrabile nel MMG donna.

Parole chiave: Fumo di tabacco, medico di famiglia, test di dipendenza, test di motivazione, empatia.

Abstract

Introduction: Primary care exerts a pivotal role in promoting smoking cessation through minimal advice. This study was aimed to characterize patient's and general practitioner's properties able to influence the strategy in achieving smoking cessation.

Methods: Thirty-eight GP (22 males and 16 females, median age 60.1 years) of the Health District of Udine participated to the study which was conducted during the November and December months of 2018. In 8-10 active smokers admitting to the medical office (aged 40-60 years) each physician performed the minimal advice, furnished to the patient smoking dependence and smoking cessation tests and finally invited him to frequent a smoking cessation course.

Results: Three hundred ten patients (148 males, 162 females) were enrolled. One hundred seventy-two (55.5%) agreed to participate to the smoking cessation course. In patients with GP aged ≤ 60 years there was a strong association between course adherence and GP female gender ($M = 29/70$ vs $F = 62/85$, $p < 0.001$); this association did not occur in those patients with GP aged > 60 years ($M = 56/111$ vs $F = 25/44$, $p = 0.474$). Discriminant analysis correctly predicted the adherence in 152/172 (88.4%) smokers. Selected variables were "I want relieve me from this slavery" of the motivation test ($F = 69.1$) and being the patient's GP female ($F = 41.8$).

Conclusions: A positive adherence to initiate a smoking cessation training requires both patient's motivation and GP empathy, quality more frequently encountered in physician females.

Keywords: Smoking, general practitioner, dependence test, motivation test, empathy.

Introduzione

Il fumo di sigaretta è una delle principali cause di morbilità e di morte prematura, determinando ogni anno il decesso di circa sette milioni di persone nel mondo dei quali 700.000 in Europa. Per quanto riguarda l'Italia, circa il 22% della popolazione fuma; la prevalenza di soggetti fumatori è più elevata negli uomini e nelle classi economiche più svantaggiate [1]. Sebbene ci sia ampia condivisione sulla necessità che il personale sanitario motivi il paziente a non fumare, questa pratica non è abbastanza implementata [2]. Infatti, il consiglio motivato di smettere di fumare sembra essere formulato dai medici, in generale, nei confronti di non più del 50% dei pazienti fumatori; un'età più avanzata del paziente e uno stato di forte dipendenza paiono associarsi a una maggiore probabilità di ricevere un consiglio di smettere [3,4].

È stato calcolato che più del 70% dei soggetti fumatori veda almeno una volta il medico di medicina generale (MMG) in un anno, con una media di almeno tre accessi durante questo periodo temporale [5]; è pertanto evidente come il MMG possa svolgere un ruolo chiave nel proporre e suscitare nel paziente il proposito di intraprendere un percorso di disassuefazione dal fumo di tabacco [6]. E in effetti il set delle cure primarie, specie se organizzato in collaborazione, si è dimostrato fra i più efficaci nel far smettere di fumare, con risultati sicuramente superiori a quelli di molti altri ambiti specialistici [7]. Il "brief motivational interviewing" o "counseling breve" consiste nell'intervento motivazionale minimo che il medico può effettuare per promuovere la cessazione dal fumo; per la sua struttura e formulazione si adatta perfettamente al contesto della medicina generale [8]. Sebbene abbia una efficacia bassa nel singolo caso, di poco superiore al 2%, nel determinare una definitiva disassuefazione dal fumo, se praticato sistematicamente e per un tempo adeguato, se corroborato dall'uti-

lizzo di test e/o documentazione pertinenti e se integrato con interventi successivi di secondo livello, può risultare una valida forma di promozione della cessazione dal fumo [9].

Nonostante l'indubbio valore pratico e la relativa facilità di esecuzione, l'utilizzo dell'intervento motivazionale breve è ancora molto al di sotto degli standard auspicabili [10]. Molti sono i fattori che entrano in gioco nel frenare l'utilizzo di questa metodica, dei quali la maggior parte concerne il MMG [11]: la mancanza di tempo, la mancanza di ritorno economico, la maggiore o minore sensibilità sull'argomento, la personale attitudine e percezione del proprio ruolo in questo contesto sono fra i fattori che sono emersi come più significativi e interessanti [12]. Tuttavia, i dati degli studi non sono concordi e specialmente, spesso, non sono stati originati nel contesto della medicina generale [13].

Lo scopo di questo studio, condotto e portato a termine in medicina generale, è stato quello di individuare in questo set le caratteristiche di una popolazione di fumatori e di caratterizzare gli elementi propri del MMG e del paziente capaci di condizionare la strategia atta a implementare il percorso di disassuefazione dal fumo fino alla sua cessazione.

Materiali e metodi

Al presente progetto hanno aderito 38 MMG (22 maschi e 16 femmine, età mediana 60,1 anni, range interquartile 55,7-63,9 anni) appartenenti al Distretto Sanitario di Udine. Essi rappresentavano il 35,5% dei 107 MMG del distretto. I medici aderenti avevano una mediana (range interquartile) di assistiti in carico pari a 1.462 (1.265-1.500). Lo studio è stato condotto nei mesi di novembre e dicembre dell'anno 2018. Fra i medici che hanno aderito allo studio e quelli che non hanno aderito non vi erano differenze di prevalenza di genere (maschi 22/38 vs 42/99 $p = 0,764$), di età

≤ 60 anni (19/38 vs 30/69 $p = 0,517$) o di numero di assistiti ≤ 1.250 (9/38 vs 22/69, $p = 0,371$). Solo due MMG fra quelli che hanno partecipato allo studio (5,26%) risultavano essere fumatori attivi e hanno reclutato il 5,48% della popolazione di soggetti fumatori. Il Distretto Sanitario di Udine è suddiviso in 6 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT); la partecipazione dei MMG al progetto in base alla AFT di appartenenza è risultata la seguente: AFT 1: 12/16 (75,0%), AFT 2: 5/24 (20,8%), AFT 3: 4/17 (23,5%), AFT 4: 12/19 (63,2%), AFT 5: 3/15 (20,0%) e AFT 6: 2/16 (12,5%) ($p < 0,001$). Il MMG partecipante allo studio espletava le seguenti fasi procedurali: 1) chiedeva a tutti i pazienti dai 40 ai 60 anni, che accedevano all'ambulatorio durante il periodo dello studio, lo status in relazione al fumo (mai fumato/ex fumatore/fumatore attivo) e lo registrava nella cartella clinica; 2) fra questi ultimi, identificava a discrezione e pertanto in modo non necessariamente casuale 8-10 fumatori attivi in cui poter effettuare un intervento efficace; 3) su questi pazienti effettuava un intervento motivazionale breve contestuale alla somministrazione dei test di dipendenza (test di Fagerström) e di motivazione (test di Mondor); 4) informava il fumatore sull'esistenza di corsi antifumo organizzati dall'Azienda Sanitaria, gratuiti, e proponeva all'assistito l'adesione a un corso; 5) registrava infine, su una scheda specificamente predisposta, i dati del paziente e la sua eventuale adesione o meno a un corso. La scheda predisposta conteneva i seguenti dati: codice regionale del MMG, numero progressivo del paziente, cognome e nome, età in anni, sesso e numero di telefono del paziente, anni di fumo, presenza di patologie respiratorie e cardiovascolari, adesione o meno ai corsi. Il test di dipendenza contiene 6 domande con un punteggio finale che va da 0 (poco dipendente) a 10 (molto dipendente); il test di motivazione contiene 15 domande con un punteggio finale che va da 0 (poco motivato a smettere) a 20

(molto motivato a smettere). In due AFT (1 e 5) i soggetti che avevano aderito alla proposta del MMG di partecipare a un corso per promuovere la disassuefazione dal fumo sono stati, in un secondo momento, contattati dal centro di prevenzione e trattamento del tabagismo del dipartimento delle dipendenze (SERD) e invitati a confermare la loro adesione a uno dei due corsi che si sono svolti successivamente. I corsi, tenuti da personale esperto e specificamente formato sull'argomento, si basavano su un approccio di tipo cognitivo-comportamentale, prevedevano la partecipazione di circa 20-30 fumatori adulti e l'intervento in contemporanea di più figure professionali. I due corsi si sono svolti in dieci incontri realizzati nell'arco di un mese e tenuti presso i centri territoriali di assistenza primaria di Feletto Umberto e di Zuliano. Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio e tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli standard etici stabiliti dal comitato etico istituzionale e con la dichiarazione di Helsinki del 1975 revisionata nel 2000.

Risultati

Sono stati reclutati in totale 310 pazienti, 148 maschi (47,7%) e 162 femmine (52,3%), età mediana (Q1-Q3) 51 (46-55) anni.

La **Tabella 1** illustra le caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione reclutata, divisa in base al genere (maschi/femmine) e all'età (\leq / $>$ 50 anni). Si evidenzia come la patologia respiratoria e cardiovascolare (CVS) siano significativamente più frequenti nei soggetti più anziani e, in particolare, come le malattie CVS siano più presenti nei maschi rispetto alle femmine. I fumatori hanno evidenziato un valore di test di dipendenza 0-3 in 142, 4-6 in 137 e 7-10 in 31 casi. Il test di motivazione è risultato 0-5 in 14, 6-12 in 186, 13-16 in 103 e 17-20 in 7 casi. Centosettantadue pazienti (55,5%) hanno aderito all'invito del MMG di partecipare a un corso di disassuefazione dal fumo. Nella **Tabella 2** vengono riportate le caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti che hanno aderito o meno alla proposta fatta dal proprio MMG di frequentare un corso per disassuefazione dal fumo organizzato dal SERD e l'a-

nalisi dei sottogruppi di pazienti in relazione a età, genere e numero di assistiti del MMG. Fra tutte le variabili, quella più fortemente associata all'adesione del paziente alla proposta era che quest'ultimo avesse un MMG di genere femminile. La differenza di genere era molto forte fra i MMG con età \leq 60 anni (maschi = 29/70 [41,4%] vs femmine = 62/85 [72,9%], chi quadrato $p < 0,001$) mentre si perdeva nei MMG con età $>$ 60 anni (maschi = 56/111 [50,5%] vs femmine = 25/44 [56,8%], chi quadrato $p = 0,474$) (test di omogeneità dei chi quadrati $p = 0,029$). La **Figura 1** riporta l'analisi delle corrispondenze tra età (\leq / $>$ 60 anni) e genere (maschi/femmine) del MMG ed età (\leq / $>$ 50 anni) e genere (maschi/femmine) del paziente.

Si vede molto chiaramente che l'adesione dei pazienti fumatori maschi è ottenuta in modo significativo dai MMG di genere femminile e più giovani, mentre l'adesione delle donne fumatrici più giovani è ottenuta principalmente dai MMG di genere maschile e più anziani. L'adesione delle donne fumatrici più anziane non è intercettata da nessuna delle quattro categorie in

Tabella 1 Caratteristiche dei pazienti reclutati. Sono riportati i dati totali e divisi per maschi/femmine ed età \leq / $>$ 50 anni. Le variabili categoriche sono espresse come frequenze (percentuali), le variabili continue come mediane (range interquartile). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del chi quadrato per le variabili categoriche e il test di Mann-Whitney per le variabili continue.

	Totali	Maschi	Femmine	p	\leq 50 anni	$>$ 50 anni	p
Pazienti: N (%)	310	148 (47,7%)	162 (52,3%)		147 (47,4%)	163 (52,6%)	
Pazienti maschi: N (%)	148 (47,7)				79 (53,7)	69 (42,3)	0,045
Età in anni: mediana (Q1-Q3)	51 (46-55)	50 (45-55)	52 (46-56)	0,085			
Anni di fumo: mediana (Q1-Q3)	30 (20-30)	30 (20-32)	30 (22-30)	0,845	25 (20-30)	30 (25-35)	$< 0,001$
Patologia respiratoria: N (%)	44 (14,2)	20 (13,5)	24 (14,8)	0,743	14 (9,5)	30 (18,4)	0,025
Patologia CVS: N (%)	60 (19,4)	40 (27,0)	20 (12,3)	0,001	16 (10,9)	44 (27,0)	$< 0,001$
Test di dipendenza: mediana (Q1-Q3)	4 (2-5)	4 (2-5)	4 (2-5)	0,347	4 (2-5)	4 (2-5)	0,579
Test di motivazione: mediana (Q1-Q3)	11 (9-13)	12 (9-14)	11 (9-13)	0,052	12 (9-14)	11 (9-13)	0,361

Q1-Q3: range interquartile, CVS: cardiovascolare.

Tabella 2 Caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti che hanno aderito (N = 172) o meno (N = 138) alla proposta fatta dal proprio MMG di frequentare un corso per disassuefazione dal fumo organizzato dal SERD e analisi dei sottogruppi di pazienti in relazione a età, genere e numero di assistiti del MMG. I dati sono presentati come frequenze (%). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del chi quadrato.

	Totali	Adesione SERD	Non adesione SERD	p
Pazienti: N (%)	310	172 (55,5)	138 (44,5)	
Pazienti maschi: N (%)	148 (47,7)	80 (46,5)	68 (49,3)	0,628
Pazienti con età > 50 anni: N (%)	163 (52,6)	94 (54,7)	69 (50,0)	0,415
Pazienti con storia di fumo > 30 anni: N (%)	75 (24,2)	42 (24,4)	33 (23,9)	0,918
Pazienti con patologia respiratoria: N (%)	44 (14,2)	24 (14,0)	20 (14,5)	0,892
Pazienti con patologia CVS: N (%)	60 (19,4)	38 (22,1)	22 (15,9)	0,173
Pazienti con test di dipendenza > 2: N (%)	203 (65,5)	115 (66,9)	88 (63,8)	0,569
Pazienti con test di motivazione > 8: N (%)	249 (80,3)	148 (86,0)	101 (73,2)	0,004
Pazienti con MMG > 60 anni: N (%)	155 (50,0)	81 (47,1)	74 (53,6)	0,253
Pazienti con MMG femmina: N (%)	129 (41,6)	87 (50,6)	42 (30,4)	< 0,001
Pazienti con MMG con > 1.250 assistiti: N (%)	238 (76,8)	131 (76,2)	107 (77,5)	0,776

SERD = servizio delle dipendenze; CVS = cardiovascolare; MMG = medico di medicina generale.

cui sono stati suddivisi i MMG. I pazienti che hanno risposto positivamente all'invito del MMG avevano più frequentemente un grado di motivazione più elevato, mentre non vi era differenza fra i due gruppi nella percentuale di soggetti con test di dipendenza più basso. Analogamente, il test di dipendenza non è risultato essere in grado di discriminare i soggetti aderenti o meno alla proposta del MMG (curva ROC: AUC 0,524, $p = 0,473$); al contrario il test di motivazione è risultato discriminante fra questi due gruppi (curva ROC: AUC 0,615, $p < 0,001$).

L'analisi discriminante per step è stata effettuata al fine di identificare la percentuale di corretta predizione dell'adesione dei pazienti ottenibile utilizzando le variabili a disposizione concernenti sia il paziente (maschi/femmine, \leq / $>$ 50 anni, \leq / $>$ 30 anni di fumo, +/- patologia respiratoria, +/- patologia CVS, \leq / $>$ 2 punteggio del test di dipendenza, punteggio dei singoli 6 quesiti del test di dipendenza, \leq / $>$ 8 punteggio del test di motivazione,

punteggio dei singoli 15 quesiti del test di motivazione) che il MMG (maschi/femmine, \leq / $>$ 60 anni, \leq / $>$ 1.250 assistiti). L'analisi ha permesso di allocare correttamente in 71,6% dei pazienti; in particolare l'adesione dei fumatori è stata predetta correttamente in 152/172 (88,4%) dei soggetti. Le uniche due variabili selezionate sono state: l'affermazione "mi voglio liberare da questa schiavitù" (una delle 15 affermazioni del test di motivazione) ($F = 69,1$) e l'aver il paziente un MMG di genere femminile ($F = 41,8$). La **Figura 2** evidenzia l'incremento di adesione che si ottiene combinando i due parametri identificati dall'analisi discriminante: "non mi voglio liberare" e MMG maschio = 11/57, "non mi voglio liberare" e MMG femmina = 9/33, "mi voglio liberare" e MMG maschio = 74/124, "mi voglio liberare" e MMG femmina = 78/96 (chi quadrato per trend lineare $p < 0,0001$). L'analisi della varianza a due vie (MMG con età \leq / $>$ 60 anni e di genere maschile/femminile) dei valori del test di motivazione (**Tabella 3**) ha evidenziato che indipenden-

temente dall'età del medico i pazienti arruolati dal MMG donna avevano un punteggio più elevato in questo test. Il dato si confermava anche aggiustando i risultati del test di motivazione per quelli del test di dipendenza (analisi della co-varianza a due vie).

Nelle AFT 1 e 5 sono stati reclutati rispettivamente 117 e 22 fumatori per un totale di 139 soggetti. Di questi, 58 (41,7%) fin dall'inizio non hanno aderito alla proposta del MMG, 59 (42,4%) hanno aderito alla proposta del MMG ma non hanno confermato al SERD l'adesione al corso, 22 (15,8%) hanno confermato l'adesione, terminato la frequenza al corso e raggiunto l'obiettivo della cessazione dal fumo di tabacco. Quest'ultimo gruppo di pazienti, che ha portato a termine il percorso con il SERD e cessato dal fumo, era costituito da soggetti più frequentemente di età > 50 anni (16/22, 72,7% vs 27/59, 45,8%, chi quadrato $p = 0,031$) e più frequentemente affetti da patologia respiratoria (6/22, 27,3% vs 5/59, 8,5%, chi quadrato $p = 0,028$)

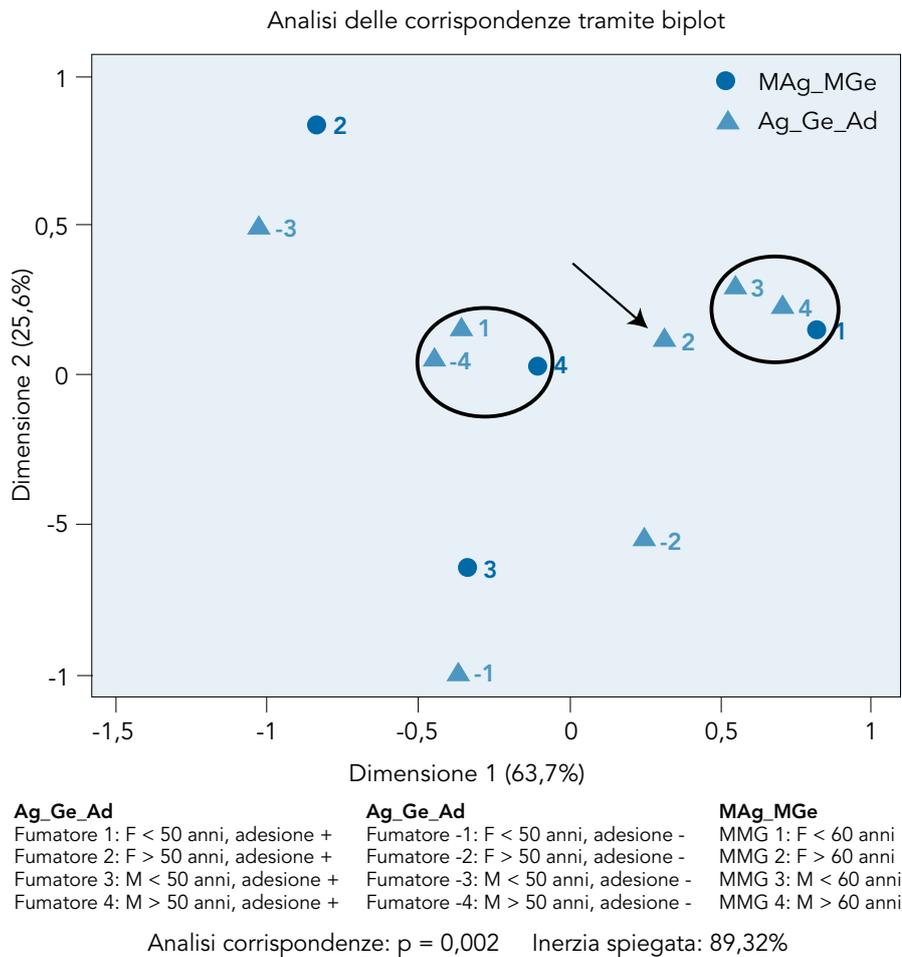


Figura 1 Grafico riportante il risultato dell'analisi delle corrispondenze tra medico di medicina generale (MMG) e pazienti fumatori. F e M corrispondono a femmina e maschio sia per il paziente che per il medico; il segno + e - accanto ai pazienti indicano rispettivamente adesione o meno alla proposta fatta dal MMG al fumatore di partecipare al corso organizzato dal Servizio delle dipendenze. I cerchi indicano le corrispondenze riscontrate. La freccia indica il gruppo di donne > 50 anni che hanno aderito alla proposta del MMG ma non sono state intercettate da nessuna tipologia di MMG.

Tabella 3 Risultati del test di motivazione nella casistica studiata (N = 310); i dati sono presentati dividendo i soggetti arruolati in base all'età (\leq / $>$ 60 anni) e al genere (femminile/maschile) del MMG. È stata effettuata l'analisi della varianza (ANOVA) a due vie e della covarianza (ANCOVA) a due vie aggiustando in questo secondo caso i valori del test di motivazione per quelli del test di dipendenza.

MMG	N.	Fumatori N.	Test di motivazione ANOVA due Vie			Test di motivazione ANCOVA due Vie		
			Media (E.S.)	95% I.C.	p	Media (E.S.)	95% I.C.	p
MMG \leq 60 anni	19	155	11,19 (0,24)	10,72-11,67	0,749	11,16 (0,24)	10,69-11,63	0,681
MMG > 60 anni	19	155	11,31 (0,27)	10,79-11,84		11,31 (0,26)	10,79-11,83	0,681
MMG femmina	16	129	11,70 (0,28)	11,15-12,25	0,014	11,67 (0,28)	11,13-12,21	0,015
MMG maschio	22	181	10,81 (0,23)	10,36-11,26		10,80 (0,23)	10,6-11,25	0,015
Interazione					0,064	Interazione		0,127

MMG = medico di medicina generale; E.S. = errore standard; I.C. = intervallo di confidenza.

rispetto al gruppo che non ha confermato al SERD l'adesione data in precedenza al proprio MMG. Viceversa, non vi era differenza fra i due gruppi nei valori del test di dipendenza e di motivazione ottenuti. All'analisi multivariata solo la presenza di patologia respiratoria (O.R. 3,45, 95% I.C. 0,87-13,6, regressione logistica per step $p = 0,037$) è risultata in grado di discriminare quelli che hanno completato il percorso da quelli che si sono tirati indietro. La regressione policotomica per step (**Tabella 4**) è stata eseguita al fine di individuare le variabili predittive di un maggior coinvolgimento del fumatore (dal no al MMG, al sì non confermato al SERD, alla partecipazione al corso). Sono state utilizzate le stesse variabili dell'analisi discriminante, sia per quanto riguarda il paziente che il MMG. Condividere l'affermazione "mi voglio liberare da questa schiavitù", l'aver un MMG di genere femminile e l'essere affetto da patologia respiratoria sono le tre variabili selezionate come predittive.

A tre mesi dalla fine del corso nei 22 soggetti diventati astinenti è stata richiesta la conferma dell'astinenza. In 5 soggetti (22,7%) è stata registrata la ripresa del fumo: tutti e cinque (100%) avevano un'età superiore a 50 anni e 4/5 (80%) un test di motivazione ≥ 10 .

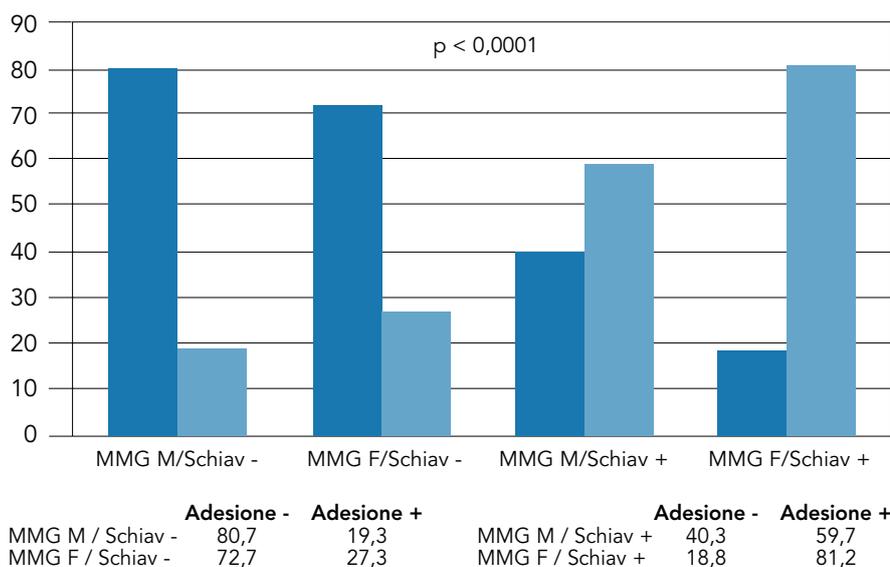


Figura 2 Grafico riportante la percentuale di adesione (barre blu chiaro) o non adesione (barre blu scuro) alla proposta del medico di medicina generale (MMG) di partecipare a un corso organizzato dal Servizio delle dipendenze. I pazienti sono stati divisi in base al genere del loro MMG e alla condivisione o meno dell'affermazione contenuta nel test di motivazione "mi voglio liberare da questa schiavitù". M e F si riferiscono a maschio e femmina, + e - indicano risposta positiva o negativa all'affermazione del test. L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del chi quadrato per *trend* lineare.

Discussione

I risultati del presente studio effettuato nel set della medicina generale hanno evidenziato come la popolazione reclutata sia molto prossima al dato globale epidemiologico italiano. Infatti, una dipendenza moderata-grave è stata riscontrata nel 20,0% dei casi: 62 soggetti hanno ottenuto un punteggio al test di dipendenza compreso fra 6-10. Per contro, la motivazione a smettere in questi soggetti non appare essere molto elevata, con il test di Mondor risultato ≥ 16 solo in 17 soggetti (5,5%). Anche la concomitante prevalenza di una malattia respiratoria cronica è risultata in accordo con i dati della letteratura: infatti, in soggetti fumatori attivi appartenenti a questa coorte di età e in presenza di almeno un sintomo respiratorio, la diagnosi di BPCO è risultata essere presente in circa il 18% dei casi, prevalenza molto prossima a quella da noi riscontrata [14,15]. Ovviamente sia la patologia cardiovascolare che la patologia respiratoria cronica sono risul-

tate in questo studio più frequenti nei soggetti con età più avanzata. L'intervento motivazionale breve da parte del MMG, nel cercare di disassuefare il paziente dalla dipendenza dal fumo di tabacco, è pratica ritenuta rapida, relativamente efficace e poco costosa per approcciare, nel set della medicina generale, questo problema [16]. Numerosi sono i fattori che possono influenzare fino a far abortire o compromettere seriamente l'implementazione dell'intervento motivazionale breve. Molti di questi fattori sono legati al paziente: il grado di dipendenza e di motivazione, il numero di anni di fumo attivo. Particolarmente interessante sembra essere l'identità in relazione al genere maschile o femminile del fumatore: a questo riguardo la donna che fuma parrebbe essere meno ricettiva rispetto al fumatore di sesso maschile nell'accettare l'intervento motivazionale breve [17]. Per quanto concerne il MMG, prioritario parrebbe essere lo status in lui di fumatore attivo o meno, con l'ovvia conseguenza che il MMG fumato-

re risulti meno interessato e meno credibile nel motivare il paziente a smettere di fumare [18,19]. In questo studio solamente due MMG sono risultati essere fumatori attivi con un apporto di pazienti assolutamente trascurabile rispetto al dato generale. D'altra parte, la bassa prevalenza di MMG fumatori da noi riscontrata, assolutamente inferiore a quella riscontrabile nel set della medicina generale e stimata almeno del 10%, fornisce evidenza indiretta di come il medico fumatore attivo sia difficilmente motivabile in un progetto di disassuefazione dal fumo. Sicuramente l'attitudine del MMG svolge un ruolo importante [20]: non tutti i medici sono egualmente formati e disponibili a confrontarsi su un tema che potrebbe, anche a torto o a ragione, avere delle implicazioni nel rapporto medico-paziente [11]. In modo inaspettato è stata riscontrata una differenza importante nella capacità di implementare l'intervento motivazionale breve da parte del MMG di genere maschile e femminile: il medico donna, in particolare se più giovane, è risultato essere straordinariamente più efficace del suo collega uomo di pari età. Cosa ancora più interessante, la donna MMG più giovane si è dimostrata particolarmente brava nel motivare il paziente maschio più o meno anziano, soggetto tradizionalmente considerato più disponibile sull'argomento. Il paziente di sesso femminile, specie più anziano, ha dimostrato scarsa propensione a essere motivato dal MMG; in questo contesto pare essere più efficace sulle donne fumatrici ma più giovani il MMG di genere maschile e più anziano. Questo dato, assolutamente nuovo, potrebbe essere giustificato almeno in parte da una particolare sensibilità sull'argomento dipendenza dal fumo di tabacco da parte del medico donna, come riportato da Unim e coll. [21]: infatti, una conoscenza più approfondita sulle modalità dell'intervento motivazionale breve era predetta in modo indipendente, nel loro studio, solamente dall'essere il

Tabella 4 Risultati della regressione policotomica per step effettuata nei 139 soggetti reclutati dalle AFT 1 e 5. I pazienti sono stati classificati in tre gruppi in base alla risposta alla proposta fatta dal MMG di partecipare a un corso di disassuefazione dal fumo: risposta negativa al MMG (N = 58), risposta positiva al MMG non confermata al SERD (N = 59), risposta positiva al MMG e completamento del percorso con il SERD (N = 22).

Adesione	Variabile	Coefficiente	E.S.	O.R.	95% I.C.	p
MMG: - SERD: - N = 58	-	-	-	-	-	-
MMG: + SERD: - N = 59	Mi voglio liberare da questa schiavitù	2,308	0,491	10,0	3,80-26,0	< 0,001
	MMG Femmina	-1,193	0,451	0,30	0,12-0,74	0,041
	Patologia respiratoria	-0,882	0,692	0,41	0,11-1,60	0,063
MMG: + SERD: + N = 22	Mi voglio liberare da questa schiavitù	2,180	0,686	8,80	2,30-34,0	< 0,001
	MMG Femmina	-0,463	0,567	0,63	0,21-1,90	0,041
	Patologia respiratoria	0,723	0,694	2,10	0,53-8,10	0,063

MMG: medico di medicina generale, SERD: servizio delle dipendenze, E.S.: errore standard, O.R.: odds ratio, I.C.: intervallo di confidenza.

MMG di genere femminile. Tuttavia, il forte calo di *performance* riscontrato nel gruppo dei medici maschi più giovani e di mezza età, rispetto agli altri gruppi, potrebbe essere più facilmente spiegabile con lo scarso grado di soddisfazione professionale e quindi di empatia nello svolgere la professione della medicina generale, già riportato in letteratura, come proprio di questa coorte di MMG [22,23]. A nostro parere sarebbe utile approfondire la modalità che ha permesso alle colleghe più giovani di ottenere i risultati migliori. Una possibile spiegazione potrebbe includere la capacità del medico donna, rispetto al collega maschio, di selezionare pazienti più motivati e pertanto più disponibili a cominciare un percorso di disassuefazione, come riscontrato in questo studio. È sufficiente la bravura e particolare sensibilità del MMG nel far iniziare al paziente il percorso che potrà portare alla disassuefazione dal fumo di tabacco? La risposta è sicuramente negativa; infatti, fra i fattori capaci di predire in modo indipendente l'adesione del paziente alla proposta del MMG figura al primo posto una affermazione contenuta nel test di motivazione (Mondor): "mi voglio liberare da

questa schiavitù". I pazienti che hanno condiviso questa affermazione nel contesto di un intervento proposto da un MMG donna sono risultati quelli con una adesione più elevata e superiore all'80%. Numerosi sono i test che sono stati proposti per quantificare la dipendenza dal fumo di tabacco e altrettanti per valutare la propensione di questi pazienti a cessare dal fumo. Fra i primi citiamo il test di Fagerström, utilizzato in questo studio e l'indice HSI, fra i secondi il test di Richmond e il test di Mondor. La relazione fra questi test fra di loro e la loro capacità di predire la cessazione dal fumo appare comunque incostante [24-26]. È da rilevare tuttavia che in questo studio, al contrario di quanto riportato in altri lavori della letteratura, il test di dipendenza non si è rivelato per nulla utile nel predire l'inizio di un processo virtuoso da parte del paziente [27]. Al contrario, il test di motivazione si è dimostrato discriminante, anche se con una accuratezza non soddisfacente. Di particolare interesse appare il dato che anche un solo *item* del test di Mondor possa essere più discriminante del test stesso nella sua globalità. Questa osservazione apre la strada verso la selezione di

un sub-set di questo test, con la possibilità di ottenere una efficacia diagnostica pari o superiore al test originale e maggiore semplicità di esecuzione.

L'iniziale risposta positiva al MMG costituiva chiaramente solo l'inizio di un percorso successivamente ben più impegnativo con l'inevitabile prezzo di importanti perdite in termini di partecipazione. Sicuramente, un elemento fortemente motivante il paziente a perseverare fino a raggiungere la cessazione dal fumo, a parità di motivazione e di contesto iniziale, è rappresentato dalla comparsa di patologie collegabili al fumo [28,29]. Questo dato, ben presente in letteratura, costituisce un po' un limite agli obiettivi di un intervento di disassuefazione dal fumo in medicina generale, relegandone di fatto la concreta fattibilità in un contesto di secondarietà alla malattia fumo-correlata. Tutto ciò costituisce uno sprone a implementare gli interventi di prevenzione a livelli temporalmente più iniziali di dipendenza. In ogni caso, l'ottenimento di una partecipazione fattiva al corso del 15,8% della popolazione inizialmente reclutata con una cessazione dal fumo nel 12,2% dei casi, confermata a tre mesi di distanza, pensiamo

possa costituire un buon risultato e la conferma che il lavoro integrato nell'ambito delle cure primarie fra la medicina generale e i servizi delle dipendenze sia una scelta vincente.

[*Tabaccologia* 2020; 3:22-30]

Carlo Fabris, Lucia Casatta

Medico di Medicina Generale,
Distretto Sanitario di Udine

Duilia Zanon

Assistente Sanitaria, Dipartimento
delle Dipendenze

Alberto Fragali

Direttore f.f. SOC Area Adulti,
Anziani e Cure Primarie,
Distretto Sanitario di Udine

Hamid Kashanpour

Responsabile Centro Prevenzione
e Trattamento del Tabagismo,
Dipartimento delle Dipendenze

Luigi Canciani

Direttore, Distretto Sanitario di Udine

Enrico Moratti

Direttore f.f., SOC Dipartimento
delle Dipendenze, Azienda Sanitaria
Universitaria Friuli Centrale

Corresponding author:

Hamid Kashanpour

Medico Tossicologo
Coordinatore referente regionale
SITAB - FVG

via Pozzuolo, 330 - 33100 Udine

✉ hamid.kashanpour@asufc.sanita.fvg.it

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

Con il contributo dei colleghi del tavolo tecnico distrettuale per lo studio della BPCO.

Bibliografia

- Lugo A, Zuccaro P, Pacifici R, Gorini G, Colombo P, La Vecchia C, et al. Smoking in Italy in 2015-2016: prevalence, trends, roll-your-own cigarettes, and attitudes towards incoming regulations. *Tumori* 2017;103:353-9.
- Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' beliefs about effectiveness and intentions to recommend smoking cessation services: qualitative and quantitative studies. *BMC Fam Pract* 2007;8:39.
- Ferketich AK, Gallus S, Colombo P, Fossati R, Apolone G, Zuccaro P, et al. Physician-delivered advice to quit smoking among Italian smokers. *Am J Prev Med* 2008;35:60-3.
- Danesh D, Paskett ED, Ferketich AK. Disparities in receipt of advice to quit smoking from health care providers: 2010 National Health Interview Survey. *Prev Chronic Dis* 2014;11: E131.
- Goldstein MG, Niaura R, Willey-Lessne C, DePue J, Eaton C, Rakowski W, et al. Physicians counseling smokers. A population-based survey of patients' perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. *Arch Intern Med* 1997;157:1313-9.
- Verbiest M, Brakema E, van der Kleij R, Sheals K, Allistone G, Williams S, et al. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. *NPJ Prim Care Respir Med* 2017;27:2.
- Zwar NA, Richmond RL. Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 2006;25:21-6.
- McEwen A, West R, Preston A. Triggering anti-smoking advice by GPs: mode of action of an intervention stimulating smoking cessation advice by GPs. *Patient Educ Couns* 2006;62:89-94.
- Milch CE, Edmunson JM, Beshansky JR, Griffith JL, Selker HP. Smoking cessation in primary care: a clinical effectiveness trial of two simple interventions. *Prev Med* 2004; 38:284-94.
- Sipos V, Palinkas A, Kovacs N, Csenteri KO, Vincze F, Szollosi JG, et al. Smoking cessation support for regular smokers in Hungarian primary care: a nationwide representative cross-sectional study. *BMJ Open* 2018;8:e018932.
- Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, Team PER. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract* 2009;59:682-90.
- Meijer E, Van der Kleij R, Chavannes NH. Facilitating smoking cessation in patients who smoke: a large-scale cross-sectional comparison of fourteen groups of healthcare providers. *BMC Health Serv Res* 2019;19:750.
- Meijer E, van der Kleij R, Segaar D, Chavannes N. Determinants of providing smoking cessation care in five groups of healthcare professionals: a cross-sectional comparison. *Patient Educ Couns* 2019;102:1140-9.
- Liu Y, Pleasants RA, Croft JB, Wheaton AG, Heidari K, Malarcher AM, et al. Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged ≥ 45 years with a smoking history. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015;10:1409-16.
- Katsimigas A, Tupper OD, Ulrik CS. Opportunistic screening for COPD in primary care: a pooled analysis of 6,710 symptomatic smokers and ex-smokers. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019;14:1633-8.
- Buffels J, Degryse J, Decramer M, Heyrman J. Spirometry and smoking cessation advice in general practice: a randomised clinical trial. *Respir Med* 2006;100:2012-7.
- Meijer E, Verbiest MEA, Chavannes NH, Kaptein AA, Assendelft WJJ, Scharloo M, et al. Smokers' identity and quit advice in general practice: General practitioners need to focus more on female smokers. *Patient Educ Couns* 2018; 101:730-7.
- Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns* 2009;74:118-23.
- Duaso MJ, McDermott MS, Mujika A, Purssell E, While A. Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2014;109:1811-23.
- Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2000;50:207-10.

- 21.** Unim B, Del Prete G, Gualano MR, Capizzi S, Ricciardi W, Boccia A, et al. Are age and gender associated to tobacco use and knowledge among general practitioners? Results of a survey in Italy. *Ann Ist Super Sanita* 2013;49:266-71.
- 22.** Noroxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. *BMC Fam Pract* 2018;19:130.
- 23.** Noroxe KB, Vedsted P, Bro F, Carlsen AH, Pedersen AF. Mental well-being and job satisfaction in general practitioners in Denmark and their patients' change of general practitioner: a cohort study combining survey data and register data. *BMJ Open* 2019;9:e030142.
- 24.** Svicher A, Cosci F, Giannini M, Pistelli F, Fagerström K. Item response theory analysis of Fagerström test for cigarette dependence. *Addict Behav* 2018;77:38-46.
- 25.** de Granda-Orive JI, Pascual-Lledo JF, Asensio-Sanchez S, Solano-Reina S, Garcia-Rueda M, Martinez-Muniz MA, et al. Is there an association between the degree of nicotine dependence and the motivation to stop smoking? *Arch Bronconeumol* 2019;55:139-45.
- 26.** de Granda-Orive JI, Pascual-Lledo JF, Asensio-Sanchez S, Solano-Reina S, Garcia-Rueda M, Martinez-Muniz MA, et al. Fagerström test and heaviness smoking index. Are they interchangeable as a dependence test for nicotine? *Subst Use Misuse* 2020;55:200-8.
- 27.** Ussher M, Kakar G, Hajek P, West R. Dependence and motivation to stop smoking as predictors of success of a quit attempt among smokers seeking help to quit. *Addict Behav* 2016;53:175-80.
- 28.** van Eerd EA, van Rossem CR, Spigt MG, Wesseling G, van Schayck OC and Kotz D. Do we need tailored smoking cessation interventions for smokers with COPD? A comparative study of smokers with and without COPD regarding factors associated with tobacco smoking. *Respiration* 2015; 90:211-9.
- 29.** Schauer GL, Wheaton AG, Malarcher AM and Croft JB. Health-care provider screening and advice for smoking cessation among smokers with and without COPD: 2009-2010 National Adult Tobacco Survey. *Chest* 2016;149: 676-84.

ACQUISTA
UNA COPIA



PER ORDINARE UNA COPIA SCRIVI A:
editoria@sintexservizi.it

FORMATO: 15x21 cm
EDITORE: Sintex Editoria
PAGINE: 188
ISBN: 978-88-943312-1-9
RILEGATURA: brossura
PREZZO: € 24,00

Il volume illustra gli attuali standard di cura del paziente adulto con Fibrosi Cistica secondo le più recenti ricerche scientifiche e linee guida per il trattamento della malattia.

PAOLO PALANGE
UOC Medicina Interna e Disfunzioni Respiratorie,
UOS Fibrosi Cistica Adulti, Policlinico Umberto I,
Sapienza Università di Roma

sintex
EDITORIA

Via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano
+39 02 66703640 - editoria@sintexservizi.it
www.sintexservizi.it

SEGUICI SU   