

# Il ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione delle patologie fumo correlate

Vincenzo Luciani

(Medico di Medicina Generale, Ordine dei Medici - Benevento)

Per affrontare adeguatamente il problema tabagismo il medico di medicina generale (MMG) deve prima di tutto porsi l'interrogativo su cosa rappresenti per lui il problema fumo:

*Fattore di rischio di altre condizioni cliniche? o Problema con una sua individualità clinica?*

La tendenza prevalente, probabilmente legata alla metodologia formativa universitaria, è quella di pensare al fumo come fattore di rischio in funzione di altre condizioni cliniche e non come problema con una sua individualità clinica. Solo pensando al fumo come un problema con una sua individualità clinica, e quindi inquadrandolo correttamente come malattia, riusciremo a mettere in atto delle strategie di intervento veramente efficaci. A riprova di quanto affermato basti pensare che nel 1992 l'OMS ha inserito l'abitudine al fumo di tabacco tra i disordini mentali e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive; inoltre nel 1994 il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV)* ha incluso la dipendenza e l'astinenza da nicotina tra i disturbi psichici. In genere il MMG nell'ambito della propria attività effettua interventi educazionali di tipo quasi sempre opportunistico, non strutturato. La rilevanza del problema tabagismo richiede un approccio strutturato che deve prendere l'avvio da una esatta conoscenza del fenomeno e dalla sua considerazione come entità clinica autonoma. Occorre, prima di tutto, avere una esatta cognizione dell'entità del fenomeno. Da una parte è necessario conoscere i dati epidemiologici (desumibili dalla letteratura scientifica); dall'altra è opportuno imparare a conoscere e rilevare il fenomeno tra i propri pazienti.



L'incidenza e la prevalenza del rischio fumo correlato nell'ambito della medicina generale sono quasi sempre sottostimate. Ciò perché si trascura la conoscenza della dimensione del fenomeno tra i propri pazienti; sono molto pochi i MMG che registrano con accuratezza i dati relativi alla condizione di non fumatore, fumatore o ex fumatore nelle proprie cartelle cliniche. Lo standard di qualità prevede che il MMG dovrebbe registrare tale dato in almeno il 90% dei propri pazienti.

Registrando correttamente il dato ci si renderebbe facilmente conto che un MMG con 1500 pazienti ha, tra di essi, 300-400 fumatori. Registrare bene i dati, inoltre, significa poterli poi valutare e quindi rendersi conto delle caratteristiche della popolazione con cui si interagisce e della corrispondenza (e quindi della qualità) dei propri dati rispetto a quelli della popolazione generale riportati dai vari Istituti di statistica

Analizzando i dati di letteratura si conoscerebbe inoltre l'entità del fenomeno tabagismo nelle varie fasce di età, rilevando come esso sia molto diffuso (circa il 30% dei soggetti) in età giovanile. È su questi pazienti che il MMG deve particolarmente indirizzare la sua attività educazionale a fini preventivi. Il MMG per l'alto numero di pazienti contattati quotidianamente e per il particolare rapporto di fiducia che instaura con essi, si trova in una posizione privilegiata per attuare interventi volti alla disassuefazione dal fumo. Il MMG dovrà guardare al problema "fumo" sia come malattia a sé stante sia come potente fattore sinergico nel determinismo del rischio globale. Esistono semplici strumenti per valutare il rischio dei pazienti, rappresentati dalle cosiddette carte del rischio, messi a disposizione dall'Istituto

COMPORTAMENTO DEL MMG

**Considerare il tabagismo come una condizione clinica autonoma, ovvero come "malattia", consente al medico di agire con puntualità ed efficacia e di raggiungere l'obiettivo appropriato attuando criteri corretti e facilmente applicabili nel setting della MG**

LE CARTE DEL RISCHIO

**Un aiuto alla comprensione può esserci dato dalle CARTE DEL RISCHIO**

**L'utilizzo delle CARTE DEL RISCHIO può darci un'idea di quanto incida il fumo nel determinismo di malattie cardiovascolari e respiratorie.**

**L'ISS ci mette a disposizione carte del rischio per:**

- ✓ MALATTIE CARDIOVASCOLARI
- ✓ BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA
- ✓ TUMORE AL POLMONE

G. Bettoncelli, G. Invernizzi  
 Clinical Governance e gestione del paziente  
 fumatore in Medicina Generale  
 Supplemento n. 3 Rivista SIMG 3/2007 – Paclini Editore

**LE 7 RAGIONI CHE RENDONO DOVEROSO L'INTERVENTO DEL MMG PER AIUTARE I FUMATORI A SMETTERE**

- L'intervento sul fumo rappresenta un fattore di rischio prevenibile importante
- Il 70 % dei fumatori vorrebbe smettere
- La figura del MMG è considerata autorevole dai cittadini
- Ogni anno il MMG incontra circa l'80 % dei propri assistiti
- In un anno solo il 5 % di coloro che provano riesce a smettere solo con i propri mezzi
- Sono disponibili strumenti efficaci di diagnosi del grado di dipendenza e di motivazione
- Sono disponibili interventi di counseling e terapie farmacologiche di provata efficacia se somministrate dal MMG stesso, che possono raddoppiare o triplicare la percentuale di successo rispetto ai tentativi non assistiti

Superiore di Sanità. Accanto, quindi, alla Carta del Rischio Cardiovascolare, ben nota, troviamo le Carte del Rischio formulate per:

- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva;
- Tumore del polmone.

In ognuna di queste Carte è facilmente comprensibile quanto incida nel determinismo delle singole malattie la condizione di fumatore, ex fumatore o non fumatore.

È fondamentale che il medico identifichi e documenti lo stato di fumatore/non fumatore/ex fumatore di ogni paziente ed intervenga in maniera appropriata per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo in ogni paziente fumatore. Dai dati di letteratura emerge la considerazione che l'attività del MMG è più efficace di analoghe campagne di prevenzione svolte nel mondo della scuola circa la riduzione del tabagismo. Nei riguardi del paziente fumatore, soprattutto quando questi manifesti l'intenzione di smettere, andrebbe somministrato il Test di Fagerstrom per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina e quindi capire l'intensità del supporto psicologico e farmacologico necessario a quello specifico paziente. Il test, di semplicissima esecuzione, richiede pochissimo tempo (2 minuti) ed è già implementato in forma elettronica nel programma di gestione dell'ambulatorio MILLEWIN, da me usato. Bettoncelli ed Invernizzi, della SIMG, in un loro articolo "Clinical Governance e gestione del paziente fumatore in Medicina Generale", analizzano le 7 ragioni che rendono doveroso l'intervento del MMG per aiutare i pazienti a smettere:

1. L'intervento sul fumo rappresenta un fattore di rischio prevenibile importante;
2. Il 70 % dei fumatori vorrebbe smettere;
3. La figura del MMG è considerata autorevole dai cittadini;
4. Ogni anno il MMG incontra circa l'80 % dei propri assistiti;
5. In un anno solo il 5 % di coloro che provano riesce a smettere solo con i propri mezzi;
6. Sono disponibili strumenti efficaci di diagnosi del grado di dipendenza e di motivazione;
7. Sono disponibili interventi di counseling e terapie farmacologiche di provata efficacia se somministrate dal MMG stesso,

so, che possono raddoppiare o triplicare la percentuale di successo rispetto ai tentativi non assistiti.

Per la disassuefazione al fumo spesso sono sufficienti semplici interventi basati sulla comunicazione. Uno di questi è il cosiddetto "consiglio di minima" secondo lo schema delle "5 A", che il MMG dovrebbe mettere in atto almeno una volta nei confronti di tutti i pazienti:

1. ASK (chiedere al paziente se è un fumatore e se conosce i rischi del fumo);
2. ASSESS (valutare la sua motivazione a smettere);
3. ADVICE (consigliare di smettere di fumare sottolineandone i benefici);
4. ASSIST (esporre quali sono gli strumenti efficaci, sia farmacologici che non);
5. ARRANGE (dichiararsi disponibili a seguire nel tempo il tentativo di smettere).

A tutti i soggetti che risultano dipendenti al test di Fagerström o che fumano più di 10 sigarette al giorno andrebbe proposta la terapia farmacologica. La terapia nicotinic sostitutiva (NRT) è uno strumento facilmente utilizzabile dal MMG in grado di ridurre significativamente la sindrome da astinenza da nicotina nelle prime settimane di cessazione e che, affiancata al counseling, permette di raddoppiare le probabilità di cessazione rispetto al placebo. Purtroppo, essendo i farmaci a base di nicotina prodotti da banco, il paziente quasi sempre scavalca il proprio medico di famiglia ed assume autonomamente (spesso in modo sbagliato) il farmaco in questione, vanificando l'efficacia dell'intervento. Oggi esistono altri farmaci utili ad affrontare la dipendenza dal fumo; tra essi ricordiamo il bupropione e la vareniclina che potrebbero essere utilizzati anche dal MMG. Un cenno merita anche la terapia cognitivo-comportamentale, in genere affidata ad uno psicologo. Fondamentali sono poi i cosiddetti CENTRI ANTIFUMO, presenti ormai in molte ASL. Il MMG dovrebbe indirizzare a tali centri i pazienti con elevato rischio individuale che, nonostante i suoi consigli, non sono in grado di smettere di fumare nonché i pazienti portatori di fattori di rischio o di malattia legata al fumo. Affrontando il problema della dipendenza dal fumo





di tabacco è importante che il MMG sia consapevole del fatto che:

- per molte persone smettere di fumare risulta difficoltoso;
- chi smette in genere ci riesce dopo più tentativi;
- i metodi per aiutare a smettere sono molti;
- ogni metodo, da solo, ha efficacia limitata;
- molto importante è la relazione che si stabilisce col paziente;
- fondamentale è il follow-up del paziente che ha smesso.

In definitiva si può affermare che l'efficacia reale dell'intervento contro il tabagismo si riuscirà ad ottenere solo offrendo una rete di servizi organizzata nella quale ognuno svolga il proprio ruolo nell'ambito di un progetto comune strutturato ed armonizzato. ■

### Bibliografia

1. Il fumo in Italia - [www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it)
2. Fumo e patologie respiratorie. *Le carte del rischio per Broncopneumopatia cronica ostruttiva e Tumore al polmone*. ISS-CNR Pisa- ASL RME.
3. OSSFAD - *Indagine DOXA/ISS* - 2007 e 2008.
4. Pacifici R. - *VIII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario*- ISS maggio 2006.
5. *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. Aggiornamento 2008. Ministero della salute, ISS; Osservatorio Fumo, Alcohol e Droga.
6. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV)*.
7. G. Bettoncelli, G. Invernizzi, *Clinical Governance e gestione del paziente fumatore in Medicina Generale* Supplemento n. 3 Rivista SIMG 3/2007 - Pacini Editore.
8. Ashenden R, et Al.: *Systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice*. Family Practice 1997; 14:160-176.
9. Lancaster T., Stead L.: *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 18:CD000165.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. *Clinical Practice Guideline -Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update* - May 2008.



Da sn a dx: V. Luciani, M. Del Donno, G. Mangiaracina.