

L'opinione e l'utilizzo da parte dei clinici della diagnosi di dipendenza da tabacco

The opinion and the use by clinicians of the diagnosis of tobacco dependence

Andrea Svicher, Giuly Bertoli, Giulia Anna Aldi, Vincenzo Zagà, Fiammetta Cosci

Riassunto

Introduzione. Le conseguenze dannose prodotte dal consumo di tabacco sulla salute individuale e a livello sociale sono ormai ampiamente note e documentate. Tuttavia, sebbene sia conosciuta la validità e utilità clinica della diagnosi di dipendenza da nicotina, essa appare scarsamente utilizzata in ambito clinico. Obiettivo della ricerca è stato indagare l'opinione dei clinici sul fumo di sigaretta e la tendenza ad utilizzare tale diagnosi nella pratica clinica.

Metodi. Utilizzando un questionario costruito *ad hoc* (25 items), abbiamo confrontato le opinioni sul fumo di un gruppo di clinici partecipanti al congresso di tabaccologia (gruppo T) confrontandole con quelle di un gruppo di medici e psicologi partecipanti ad un congresso di psicosomatica (gruppo P).

Risultati. 42 soggetti hanno composto il gruppo T e 32 il gruppo P. La percentuale di fumo attuale e *lifetime* era significativamente più alta nel gruppo P rispetto al gruppo T. Non sono emerse differenze significativamente significative tra i due gruppi relativamente all'opinione sul fumo (abitudine vs comportamento a rischio vs disturbo) e all'utilizzo dei sistemi classificativi (DSM-IV e ICD-10) per la diagnosi di dipendenza da nicotina nella pratica clinica. Il gruppo T raccomanda di smettere di fumare e di non ricominciare a farlo in una percentuale significativamente maggiore rispetto al gruppo P.

Conclusioni. Sebbene il gruppo T dimostri un buon livello di attenzione clinica al consumo di tabacco, entrambi tendono a non considerare il fumo di sigaretta come un disturbo psichiatrico.

Parole chiave: dipendenza da nicotina, opinioni sul fumo, diagnosi

Summary

Introduction. The harmful consequences produced by tobacco use on health and social life have been widely documented. Although the validity and clinical utility of the diagnosis of nicotine dependence is recognized, it seems scarcely used in clinical settings.

The aim of our research was to investigate the clinical opinion about cigarette smoking and the diagnosis of nicotine dependence.

Methods. An *ad-hoc* questionnaire (25 items) was used to compare the opinions on smoking of two groups of clinicians. The group T was composed by clinicians specialized on tabaccology while the group P was composed by clinicians specialized on psychosomatic medicine.

Results. The group T was composed by 42 subjects and the group P by 32 subjects. The percentage of current and lifetime smoking were significantly higher in the group P compared to the group T.

No statistically significant differences there were found between the two groups regarding the opinion on smoking (habit vs behavioural risk factor vs psychiatric disorder), the use of classification systems (DSM-IV and ICD-10) to diagnose nicotine dependence in clinical practice. A significantly higher percentage of subjects in the group T recommended to quit smoking and to not start again to their patients than subjects in the group P.

Conclusions. Although the group T demonstrated a good level of clinical attention to tobacco use; in both groups, there was still a tendency not to consider cigarette smoking a psychiatric disorder.

Keywords: nicotine dependence, opinion on smoking, diagnosis.

Introduzione

Al fine di riservare ai pazienti le cure migliori, il clinico è sollecitato ad avvalersi delle evidenze prodotte dalla ricerca. I riferimenti scientifici raccolti negli ultimi 60 anni riguardo ai danni conseguenti l'uso del tabacco sono molto numerosi e sono stati ampiamente divulgati [1, 2].

È ormai dimostrato, infatti, il ruolo dannoso che l'assunzione reiterata di tabacco ha sull'insorgenza di patologie neoplastiche [3, 4], dell'apparato respiratorio [5], cardiovascolare [6, 7] e di alcune malattie autoimmuni [8, 9].

Elevati sono i costi dovuti alle cure delle conseguenze dannose prodotte dal fumo. In Italia, vengono spesi circa

5 miliardi di Euro per trattare le patologie fumo-correlate [10, 11]. Se si stimano anche i costi derivanti dal precoce pensionamento o dalla morte prematura dei tabagisti, i costi totali del fumo ammonterebbero annualmente a circa 15 miliardi di euro, una spesa che supera i 10 miliardi di euro ricavati dalla vendita del tabacco in Italia [12].

Per individuare tempestivamente i sintomi di dipendenza indotti dalla nicotina è da tempo riconosciuta la validità clinica della diagnosi di dipendenza da tabacco. Nella quarta versione rivista del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR) e nella decima versione della Classificazione Internazionale delle

Andrea Svicher, Giuly Bertoli, Giulia Anna Aldi, Fiammetta Cosci (fiammetta.cosci@unifi.it)

Dipartimento di Scienze della Salute, Sezione di Psicologia e Psichiatria, Università di Firenze

Vincenzo Zagà (vincenzo.zaga@ausl.bo.it)

Pneumologo e Coordinatore Centri Antifumo AUSL di Bologna

Malattie (ICD-10) sono presenti i criteri per la diagnosi di dipendenza da nicotina/tabacco [13, 14]. Nella recente quinta edizione del DSM è prevista una più severa concezione dell'azione patologica della sostanza psicoattiva sulla salute mentale. La nicotina, infatti, non è più descritta esclusivamente come una sostanza in grado di indurre un utilizzo dannoso e reiterato del tabacco, ma è riconosciuta come capace di innescare un comportamento patologicamente fuori controllo che può ledere la propria e la altrui salute.

Il Center for Disease Control and Prevention ha stimato che il 62,7% delle visite mediche, condotte negli Stati Uniti prevede uno screening sul tabacco. Tra i pazienti segnalati come consumatori di tabacco, il 20,9% riceve una consulenza mirata al problema e solo il 7,6%, tuttavia, ha una diagnosi seguita da una prescrizione o da un invio per il trattamento della dipendenza [15].

Nonostante le evidenze sulla sua validità e utilità clinica, la diagnosi di dipendenza da tabacco continua ad esser formulata raramente. Cosci, Pistelli e Carozzi [16] hanno riportato alcune delle possibili ragioni per cui questa diagnosi è poco utilizzata dai clinici: 1) l'influenza di fattori culturali che rendono difficile apportare modifiche nella pratica clinica e nella terminologia medica; 2) l'influenza della formazione, che spinge molti clinici a riportare l'uso di tabacco nell'anamnesi fisiologica e non in quella patologica; 3) la reticenza a riconoscere l'uso di tabacco come una patologia, fenomeno questo spiegato dall'elevata percentuale di fumatori tra i clinici (in Italia i medici fumatori sono il 21,2%); 4) l'apparente necessità di biomarkers specifici per formulare una diagnosi sebbene la tradizione medica sottolinei l'importanza di utilizzare l'osservazione ed il colloquio per arrivare alla diagnosi e la nosografia psichiatrica abbia da sempre proposto criteri diagnostici basati su segni e sintomi e non su parametri biologici o strumentali.

Formulare la diagnosi di dipendenza da tabacco sarebbe invece molto importante. Bernstein e Cannata (2006) hanno analizzato l'effetto della comunicazione di tale diagnosi sulla motivazione ad intraprendere un percorso terapeutico per smettere di fumare. Ai soggetti del gruppo sperimentale veniva comunicata la diagnosi mentre ai soggetti del gruppo di controllo non era comunicata; entrambi i gruppi erano poi inseriti in un percorso per la cessazione. Il 21,1% dei soggetti del gruppo sperimentale aveva accettato un percorso terapeutico a fronte dell'8,7% dei soggetti del gruppo di controllo. Inoltre, nonostante che entrambi i gruppi fossero a conoscenza della concausa del fumo nelle patologie organiche di cui soffrivano, tale informazione non costituiva un deterrente per la cessazione del fumo [17].

In questo contesto, abbiamo condotto un'indagine per conoscere l'opinione dei clinici italiani sul fumo di sigaretta e la loro tendenza ad utilizzare la diagnosi di dipendenza da tabacco nella propria pratica clinica.

Metodi

Abbiamo intervistato due gruppi di medici e psicologi partecipanti a due diversi congressi scientifici: un gruppo costituito dai partecipanti all'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia (gruppo T) ed un gruppo costituito dai partecipanti all'VIII Congresso Nazionale del Gruppo per la Ricerca in Psicosomatica (gruppo P). L'argomento oggetto del congresso è stato scelto in modo da poter confrontare un gruppo di Tabaccologi, o quantomeno di persone sensibili al problema della dipendenza da tabacco, con un gruppo di clinici che fossero interessati ad un'area molto diversa dalla Tabaccologia (quindi, gli Psicosomatisti).

Ai soggetti è stato proposto di compilare un questionario a 25 item costruito ad hoc che indagava: il proprio pattern di fumo, se fumatore; la conoscenza dei criteri diagnostici di dipendenza da nicotina secondo il DSM-IV-TR o di dipendenza da tabacco secondo l'ICD-10 e la loro frequenza di utilizzo nella propria pratica clinica; il rischio correlato all'uso di tabacco se confrontato a quello correlato all'uso di altre sostanze; la frequenza con cui raccomandavano ai pazienti fumatori di smettere e agli ex-fumatori di non ricominciare.

Risultati

Il gruppo T è risultato composto da 42 soggetti, di cui 17 maschi (40,5%) e 25 femmine (59,5%). Il Gruppo P è risultato composto da 32 soggetti di cui 7 maschi (21,8%) e 25 femmine (78,1%). L'età media del gruppo T era di $46,64 \pm 11,30$ anni, l'età media del gruppo P era di $34,71 \pm 6,91$ anni.

Il gruppo T era costituito per il 64,28% da medici e per il 35,71% da psicologi mentre il gruppo P includeva il 12,5% di medici e l'87,5% di psicologi.

Circa il 5% dei soggetti del gruppo T fumava al momento dell'intervista a fronte del 28% dei soggetti del gruppo P. I clinici del gruppo T fumavano in media da meno di un mese ($0,5 \pm 0,93$) rispetto ai clinici del gruppo P che fumavano da circa 48 mesi ($47,61 \pm 105,37$; $p = 0,000$). Avevano fumato durante la vita il 46,3% dei clinici del gruppo T ed il 61,3% dei soggetti del gruppo P. Mediamente i clinici del gruppo T avevano fumato per 77 mesi ($76,83 \pm 108,85$) mentre i clinici del gruppo P avevano fumato per circa 87 mesi ($86,36 \pm 113,18$; $p = 0,000$).

Circa il 40% dei clinici di entrambi i gruppi considerava il fumo un disturbo. Nella maggioranza dei casi, in entrambi i gruppi, il fumo di sigaretta era percepito come fattore di rischio per la salute, (gruppo T = 53,8%; gruppo P = 53,1%), mentre per una minoranza era classificabile come abitudine (gruppo T = 7,7%; gruppo P = 9,4%) (Figura 1).

Il 78,6% dei partecipanti al convegno di Tabaccologia conosceva i criteri del DSM-IV per la diagnosi di dipendenza da nicotina, mentre erano noti al 58,1% dei partecipanti al Gruppo di Ricerca in Psicosomatica. Il 52,4% dei clinici del gruppo T conosceva i criteri diagnostici dell'ICD-10

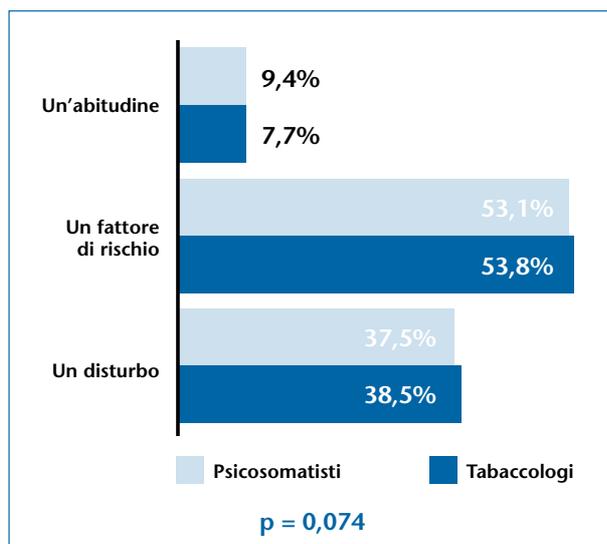


Figura 1. Opinione sul fumo di sigaretta. Test del Chi-quadro.

per la diagnosi di dipendenza da tabacco, mentre solo il 29% dei clinici del gruppo P conosceva tali criteri.

Nel gruppo dei Tabaccologi il 21,4% dei soggetti non faceva mai diagnosi secondo un sistema classificativo della patologia mentale mentre il 26,2% utilizzava esclusivamente il DSM-IV ed il 52,4% effettuava diagnosi secondo entrambi i sistemi classificativi. I partecipanti al congresso di medicina psicosomatica nel 43,3% dei casi non facevano diagnosi secondo alcun sistema classificativo, il 26,7% utilizzava esclusivamente i criteri del DSM-IV mentre il 30% si avvaleva di entrambe le classificazioni. Per indagare se la professione potesse essere un fattore atto a spiegare le differenze riscontrate fra i due gruppi, abbiamo confrontato psicologi e medici senza ottenere risultati statisticamente significativi (dati non mostrati).

Per quanto riguarda la percezione del rischio correlato all'uso di tabacco confrontato con quello di altre sostanze, per la maggior parte dei clinici intervistati considerava la caffeina meno rischiosa del fumo (90,5% dei soggetti del gruppo T vs 68,8% dei soggetti del gruppo P). Diversa fra i due gruppi era l'opinione sul confronto fra fumo e alcol. Mentre i clinici del gruppo T ritenevano nel 58,4% dei casi che i soggetti che fumano incorrono negli stessi rischi dei soggetti che bevono alcolici in modo patologico, i clinici del gruppo P tendevano a non trovare una maggioranza nell'esprimere la propria opinione (un terzo del gruppo considerava il fumo più rischioso dell'alcol, un terzo pensava il contrario ed un terzo poneva il rischio legato all'uso delle due sostanze a pari grado). Mentre il 38% dei clinici del gruppo T riteneva maggiore il rischio correlato all'uso di tabacco rispetto a quello correlato all'uso di cannabis, nei clinici del gruppo P la maggioranza dei soggetti non percepiva alcuna differenza fra le due sostanze. Infine, il rischio legato all'uso di cocaina o eroina era percepito maggiore di quello legato all'uso di tabacco in entrambi i gruppi (Tab. 1).

Tabella 1. Percezione del rischio correlato all'uso di nicotina/tabacco se confrontato a quello correlato all'uso di caffeina, alcol, cannabis, cocaina ed eroina. Test Chi-quadro.

Rischio	Gruppo T	Gruppo P	p
Caffeina	N (%)	N (%)	
Più alto	38 (90,5)	22 (68,8)	0,050
Uguale	2 (4,8)	7 (21,9)	
Più basso	2 (4,8)	3 (9,4)	
Totale	42 (100)	32 (100)	
Alcol			
Più alto	11 (26,6)	12 (37,5)	0,128
Uguale	23 (58,4)	10 (31,2)	
Più basso	8 (19)	10 (31,2)	
Totale	42 (100)	32 (100)	
Cannabis			
Più alto	16 (38,1)	12 (37,5)	0,747
Uguale	14 (33,3)	13 (40,6)	
Più basso	12 (28,6)	7 (25,7)	
Totale	42 (100)	32 (100)	
Cocaina			
Più alto	8 (19)	12 (9,4)	0,085
Uguale	16 (38,1)	13 (21,9)	
Più basso	18 (42,9)	7 (68,8)	
Totale	42 (100)	32 (100)	
Eroina			
Più alto	6 (14,3)	4 (12,5)	0,078
Uguale	16 (38,1)	5 (15,6)	
Più basso	20 (47,6)	23 (71,9)	
Totale	42 (100)	32 (100)	

L'83,3% dei clinici del gruppo T raccomandava di smettere di fumare sempre o spesso ai pazienti che visita, mentre solo il 32,3% dei clinici del gruppo P faceva la medesima raccomandazione ($p = 0,000$). I clinici del gruppo T erano infine soliti raccomandare più frequentemente agli ex-fumatori che visitavano di non ricominciare rispetto ai clinici del gruppo P (67,6% vs 30,0%; $p = 0,000$) (Tab. 2).

Discussione

Il confronto tra i clinici partecipanti al Convegno Nazionale di Tabaccologia ed i clinici partecipanti al Convegno Nazionale del Gruppo di Ricerca in Psicosomatica ha prodotto differenze statisticamente significative per quanto riguarda lo status di fumo. Se confrontati con la media nazionale dei fumatori, i partecipanti al congresso di psicosomatica fumano in una percentuale superiore, mentre i partecipanti al convegno di Tabaccologia fumano meno frequentemente.

I Tabaccologi sono più inclini a fare diagnosi di dipendenza, sia pregressa che in atto, secondo i criteri di entrambi i sistemi classificativi. Tuttavia, ancora un'ampia percentuale di clinici di entrambi i gruppi continua a fare

Tabella 2. Frequenza con cui i clinici raccomandano di smettere o di non ricominciare a fumare. Test del Chi-quadro.

Frequenza con cui i clinici raccomandano di smettere di fumare	Gruppo T	Gruppo P	
	N (%)	N (%)	p
Mai	4 (9,5)	6 (19,4)	0,000
Raramente	1 (2,4)	3 (9,7)	
Qualche volta	2 (4,8)	12 (38,7)	
Spesso	15 (35,7)	7 (22,6)	
Sempre	20 (47,6)	3 (9,7)	
Totale	42 (100)	31 (100)	
Frequenza con cui i clinici raccomandano di non ricominciare a fumare	Gruppo T	Gruppo P	
Mai	6 (14,3)	7 (23,3)	0,000
Raramente	1 (2,4)	6 (20,0)	
Qualche volta	7 (16,7)	8 (26,7)	
Spesso	9 (21,4)	5 (16,7)	
Sempre	19 (45,2)	4 (13,3)	
Totale	42 (100)	30 (100)	

diagnosi senza avvalersi dell'attuale nosografia. Questo può essere spiegato dal fatto che molti medici e psicologi tendono a considerare semplicemente la condizione di fumatore/non fumatore dei propri pazienti ma non traducono questa informazione in una diagnosi.

I Tabaccologi raccomandano con una frequenza tre volte superiore rispetto agli Psicosomatisti di smettere di fumare e con una frequenza quattro volte maggiore di non ricominciare a fumare. Questi dati illustrano un at-

teggiamento dei Tabaccologi a fare una breve consulenza seguita da raccomandazioni nelle loro visite (circa 80%) che è quattro volte superiore alla media delle consulenze sul tabacco che avvengono nelle visite mediche negli Stati Uniti (circa 20%).

Pur essendo uno studio che ha raccolto un piccolo campione, i dati sembrano in linea con quanto riportato in letteratura, ovvero che il gruppo dei Tabaccologi che è sensibile al problema delle dipendenze e conosce i sistemi internazionali di diagnosi, si avvicina alla media dei clinici statunitensi che operano in un paese pioniere nella lotta ai danni alla salute correlati al fumo e che promuove la diagnosi e la cura delle componenti psicopatologiche del fumo. Il campione degli Psicosomatisti è un campione che rispecchia la media nazionale ma rappresenta pur sempre un gruppo virtuoso di clinici che conoscono i criteri di dipendenza da nicotina/tabacco secondo il DSM-IV-TR e l'ICD-10.

Conclusione

In conclusione, nel campione dei Tabaccologi si raggiungono buoni livelli di attenzione clinica riguardo al fumo di sigaretta; ciò nonostante, in entrambi i gruppi si riscontra una relativa ed uguale reticenza a considerare il fumo di sigaretta un disturbo psichiatrico (circa il 60% dei clinici non considera il fumo abituale un disturbo). Una conferma di questo dato negativo, su un campione più ampio ed eterogeneo potrebbe sollecitare la necessità di una maggiore attenzione verso gli aspetti di igiene mentale specifici della dipendenza patologica e un'implementazione della formazione universitaria e post-universitaria sull'argomento. ■

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

BIBLIOGRAFIA

- Report on the global tobacco epidemic, 2013 - World Health Organization website: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf. Accessed on September 9, 2013.
- MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic - World Health Organization website: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf. Accessed on September 9, 2013.
- International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans vol 83. Lyon, FR: IARC, 2004;53e119.
- Jha P. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nat Rev Cancer*. 2009 Sep;9(9):655-64. doi: 10.1038/nrc2703.
- Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) website: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf. Accessed on September 9, 2013.
- Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2012 Jan 26;366(4):321-9.
- Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol*. 2004 May 19;43(10):1731-7.
- Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari - Osservatorio Fumo Alcol e Droghe ISS website: <http://www.iss.it/binary/ofad/content/fumo%20e%20salute%20impatto%20e%20costi%20sociali.1136885005.pdf>. Accessed on September 9, 2013.
- Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia - Centro di Ricerche Oncologiche Giovanni XXIII, Università Cattolica del SacroCuore website: http://www.lesorgenti.org/ossfad/pdf/Osservatorio_fumo.pdf. Accessed on September 9, 2013.
- Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
- Costenbader KH, Karlson EW. Cigarette smoking and autoimmune disease: what can we learn from epidemiology? *Lupus*. 2006;15(11):737-45.
- Armon C. Smoking may be considered an established risk factor for sporadic ALS. *Neurology*. 2009 Nov 17;73(20):1693-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181c1df48.
- Cottler LB. Comparing DSM-III-R and ICD-10 substance use disorders. *Addiction*. 1993 May;88(5):689-96.
- DiFranza J, Ursprung WW, Lauzon B, Bancej C, Wellman RJ, Ziedonis D, Kim SS et al. A systematic review of the Diagnostic and Statistical Manual diagnostic criteria for nicotine dependence. *Addict Behav*. 2010 May;35(5):373-82. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.12.013.
- Jamal A, Dube SR, Malarcher AM, Shaw L, Engstrom MC; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco use screening and counseling during physician office visits among adults, National Ambulatory Medical Care Survey and National Health Interview Survey, United States, 2005-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012 Jun 15;61 Suppl:38-45.
- Cosci F, Pistelli F, Carrozzini L. Tobacco smoking: why do physicians not make diagnoses? *Eur Respir Rev*. 2011 Mar;20(119):62-3. doi: 10.1183/09059180.00007210.
- Bernstein SL, Cannata M. Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis in emergency department patients who smoke. *Addict Behav* 2006;31(2):288-97.