

Cardiologi italiani e fumo di tabacco. Survey su prevalenza e conoscenza del tabagismo e delle strategie antifumo di una coorte di cardiologi italiani

Anna Frisinghelli¹, Francesca Cesana², Piero Clavario³, Gian Francesco Mureddu⁴, Pier Luigi Temporelli⁵, Antonella Cherubini⁶, David Mocini⁷, Pino Fioravanti⁸, Francesco Fattirolli⁹, a nome dell'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

¹U.O. Cardiologia Riabilitativa, Ospedale di Passirana, A.O. G. Salvini, Garbagnate Milanese (MI)

²U.O. Cardiologia-UTIC, Ospedale San Gerardo, Monza (MB)

³U.O.C. Cardiologia Riabilitativa, Ospedale La Colletta, Arenzano (GE)

⁴U.O.C. Cardiologia III, A.O. San Giovanni-Addolorata, Roma

⁵Divisione di Cardiologia Riabilitativa, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Istituto Scientifico di Veruno, Veruno (NO)

⁶Centro Cardiovascolare, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 e Università degli Studi, Trieste

⁷U.O.C. Cardiologia, Ospedale San Filippo Neri, Roma

⁸Hippocrates Sintech, Genova

⁹Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi, AOU Careggi, Firenze

Background. Tobacco use is the single most preventable cause of death. Its cessation is the most cost-effective strategy for reducing long-term cardiovascular morbidity and mortality. Although both healthcare professionals and the general population are aware of the detrimental effects of smoking on health, more than 25% of Italians are current smokers. Recent surveys showed that almost 50% of smoker patients relapse to smoke after having been discharged for acute coronary syndrome. Physicians who smoke may be a barrier for effective cessation interventions. Thus, it is important to assess cardiologists' attitude toward smoking habits and the implementation of smoking cessation programs.

Methods. The survey "Italian cardiologists and smoking habits" has been held in 2013 during the 44th National Congress of the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO) to assess cardiologists' smoking status, their level of knowledge about smoking cessation interventions and their involvement in the management of smoking cessation. Out of more than 1200 cardiologists attending the ANMCO congress, 610 subjects (aged 51 ± 11 years) answered an anonymous 35-item questionnaire; they were asked to declare their smoking status (9.5% current smokers).

Results. Among doctors who attended the survey, 58% correctly indicated smoking as an addiction and 45% regularly advised their patients to stop smoking. The majority of cardiologists (93%) reported a positive attitude toward smoking cessation strategies, 62% of them thought that cardiologists themselves should treat smoking dependence, though specific tools (70%) and education for the management of smoking cessation are lacking (66%). Two thirds of the entire sample of ANMCO cardiologists declared their willingness to participate in specialized educational programs.

Conclusions. More than a half of Italian cardiologists are aware that smoking is an addiction. Although they feel themselves yet inadequate toward this approach, they are favorable to implement their own knowledge and skills toward smoking cessation.

Key words. Cardiovascular prevention; Cessation; Dependence; Risk factors; Smoking; Strategies.

G Ital Cardiol 2015;16(7-8):426-432

© 2015 Il Pensiero Scientifico Editore

Ricevuto il 25.02.2015; nuova stesura 23.03.2015; accettato 24.03.2015.

Gli autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

Per la corrispondenza:

Prof. Francesco Fattirolli Via Bolognese 66, 50139 Firenze
e-mail: francesco.fattirolli@unifi.it

INTRODUZIONE

Sebbene il consumo di tabacco sia la prima causa di morte eliminabile¹, attualmente nel mondo vi sono oltre un miliardo di fumatori². Nello studio INTERHEART, il fumo di sigaretta era responsabile del 35.7% del rischio attribuibile su popolazione per un primo infarto miocardico acuto³. Dati più recenti indicano che nel 2011 il fumo è stato direttamente responsabile nel

mondo della morte di 6 milioni di persone, di cui ben 600 000 all'anno per esposizione a fumo passivo⁴. Secondo i calcoli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nei fumatori la percentuale di decessi attribuibili al consumo di tabacco varia tra il 25% e il 50% e, in media, ogni fumatore abituale perde circa 15 anni di vita. Il numero totale di decessi attribuibili al fumo di tabacco e correlati allo sviluppo di patologie cardiovascolari è destinato ad aumentare progressivamente, con un incremento di circa il 10% di decessi in tutto il mondo di cui l'80% nei paesi in via di sviluppo. Proiettando i dati alla decade 2020-2030, i morti da fumo nel mondo saranno 10 milioni ogni anno, un terzo dei quali da imputare a malattie cardiovascolari⁵. È quindi evidente che il problema fumo ha proporzioni tali da richiedere interventi che travalicano i limiti attuali dei sistemi sanitari e chiamano in campo la capacità di risposta sia dei singoli medici che delle Associazioni Scientifiche.

A fronte di questi numeri e delle evidenze scientifiche disponibili, l'attenzione che i cardiologi mostrano al problema sembra essere a tutt'oggi ancora del tutto insufficiente. È noto da tempo che i fumatori colpiti da un evento cardiovascolare acuto ricominciano a fumare nel giro di qualche mese⁶⁻⁹. Dati recenti, che rispecchiano maggiormente la realtà italiana¹⁰, riportano che oltre la metà dei fumatori dimessi dopo sindrome coronarica acuta riprende a fumare e gran parte lo fa già nelle prime 3 settimane dopo la dimissione. Coloro che ricominciano a fumare mostrano un rischio di nuovi eventi nel primo anno di 3 volte superiore a coloro che si mantengono astinenti mentre in chi riprende nei primi 10 giorni dalla dimissione il rischio è addirittura quintuplicato. Di fronte a dati così rilevanti sul piano clinico e sociale i medici in generale, e i cardiologi in particolare, non sembrano mostrare un'adeguata motivazione ad affrontare in modo attivo e sistematico il problema tabagismo⁹. Ne consegue che la correzione del fattore di rischio "fumo", particolarmente in prevenzione secondaria, è ampiamente insufficiente sia in termini assoluti sia rispetto agli interventi che vengono abitualmente messi in atto sugli altri fattori di rischio, quali dislipidemia, ipertensione, diabete mellito⁷⁻⁹.

Una delle osservazioni apparentemente più scontate è che il medico fumatore sia meno proattivo ed efficace nel trattare il paziente fumatore. Non si hanno molti dati su quale sia realmente l'abitudine al fumo di coloro che, come i cardiologi, hanno una specifica responsabilità nell'affrontare questa condizione nei pazienti con cui vengono a contatto. Conoscere la prevalenza del tabagismo tra i cardiologi è di sicuro interesse, tuttavia sono molto limitati i dati rilevati direttamente tra gli specialisti italiani e non desunti da indagini non finalizzate a questo scopo. Lo studio italiano SOCRATES (Survey On Cardiac Risk profile And lylfesTylE habitS in a cohort of Italian cardiologists), che ha analizzato il profilo di rischio cardiovascolare di un'ampia coorte di cardiologi sia ospedalieri che extraospedalieri, ha riportato intorno al 10% la prevalenza del fumo tra i cardiologi italiani, valore al di sotto della media della popolazione generale ma ancora elevato se paragonato a quello dei medici dei paesi anglosassoni¹⁰.

Sulla base di questi presupposti è stata realizzata la survey "Cardiologi italiani e fumo di tabacco" con la finalità di esplorare la prevalenza del fumo tra i cardiologi afferenti al Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO 2013, rilevando contemporaneamente l'ambito di attività professionale, il comportamento rispetto al fumo (se attuale o pregresso), le convinzioni personali circa il proprio ruolo nel trattare il cardiopatico tabagista, la conoscenza degli elementi base di fisiopatologia della dipendenza e, infine, l'interesse ad acquisire ulteriori co-

noscenze e competenze nel campo degli interventi di disassuefazione e di prevenzione delle recidive.

MATERIALI E METODI

All'interno degli spazi del 44° Congresso Nazionale ANMCO 2013 era stato allestito uno stand dedicato, ampiamente pubblicizzato mediante depliant esplicativo nella borsa congressuale, passaggio di messaggi sul network video congressuale e descrizione dell'iniziativa in alcuni dei simposi e delle sessioni del programma scientifico. I partecipanti venivano invitati a compilare un questionario realizzato su serie di i-Pad connessi a un server centrale.

Il questionario (vedi Appendice) era composto da 35 domande: le prime 6 esploravano le caratteristiche anagrafiche, demografiche e l'esercizio della professione, le successive 14 l'abitudine al fumo del partecipante. Le 6 domande che seguivano esploravano le conoscenze del medico sulla fisiopatologia della dipendenza da fumo di tabacco; le successive 5 indagavano le modalità di intervento sul paziente tabagico, sia dirette che indirette (ad es. attraverso i centri antitabacco). Le ultime 4 domande esploravano le convinzioni personali rispetto a quale sia la figura sanitaria responsabile dell'intervento di trattamento nel tabagista cardiopatico, e la fiducia del cardiologo sulle proprie conoscenze specifiche e sulla disponibilità di strumenti terapeutici adeguati. Il completamento della scheda elettronica richiedeva circa 5-10 min. La partecipazione alla survey era anonima; era comunque possibile indicare volontariamente i propri dati personali al fine di essere inserito in una mailing list alla quale successivamente si sarebbe fatto riferimento per iniziative di formazione sul trattamento del tabagismo.

RISULTATI

Degli oltre 1200 presenti al congresso, 751 hanno partecipato alla survey. L'analisi è stata successivamente condotta soltanto sui cardiologi, escludendo le risposte fornite da partecipanti di altre specialità mediche o di altre professioni sanitarie. Sono stati quindi analizzati i questionari completati da 610 cardiologi (51% dei partecipanti al congresso; età media 51 ± 11 anni, 74% maschi e 26% femmine), per la maggior parte ospedalieri ($n=520$, 85%), i restanti in egual misura ripartiti tra attività privata e territorio (7.5% per entrambi i gruppi). La distribuzione geografica dei partecipanti era omogenea rispetto al territorio nazionale: $n=229$ (37.5%) Nord; $n=146$ (24%) Centro; $n=235$ (38.5%) Sud e Isole.

I cardiologi fumatori attivi erano 58, pari al 9.5% del campione; il 36% ($n=219$) aveva smesso di fumare mentre oltre la metà non aveva mai fumato (54.5%, $n=333$) (Figura 1). La maggioranza degli ex fumatori (94%, $n=205$) aveva smesso da oltre 1 anno. La distribuzione dei cardiologi fumatori per età e genere è riportata in Tabella 1: sotto i 40 anni la percentuale di donne fumatrici è superiore a quella degli uomini, diversamente alle classi di età più avanzate, con un picco in entrambi i sessi intorno ai 55 anni. La maggior parte dei cardiologi (83%) dichiarava di fumare sigarette in quantità variabile, con numero compreso tra 1 e 30 al giorno; 8 fumavano sigaro e una minoranza pipa e sigaretta elettronica (Tabella 2).

Dall'analisi delle risposte sul significato soggettivo del fumare, il 58% dei cardiologi ritiene che il fumo sia una dipendenza, poco meno di un quarto che si tratti di un vizio, il 15% un'abi-

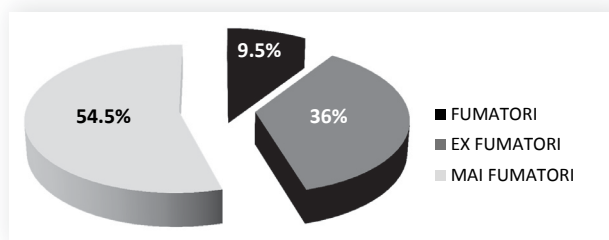


Figura 1. Cardiologi che non hanno mai fumato, ex fumatori e fumatori attivi tra i 610 partecipanti alla survey.

tudine e una minoranza considera il fumo uno stile di vita (3%) (Figura 2A). Oltre il 50% degli intervistati ritiene che la dipendenza sia conseguente a una questione psicologica non legata direttamente all'assunzione di nicotina; il 30% ritiene invece che sia la nicotina a causare la dipendenza (Figura 2B). Oltre il 30% ritiene che la sindrome da astinenza non esista o al massimo duri qualche giorno (Figura 2C). Il 74% del campione sostiene che l'azione più efficace per ridurre il rischio cardiovascolare nel fumatore sia smettere di fumare, mentre solo una minoranza attribuisce maggiore importanza alla terapia con statina (18%) o aspirina (8%) per i fumatori trattati in prevenzione secondaria. L'86% degli intervistati ritiene che un programma di counseling strutturato abbia maggiori possibilità di successo per smettere di fumare rispetto alla terapia farmacologica.

Per favorire l'interruzione dell'abitudine tabagica il 55% dei cardiologi afferma che la strategia indicata sia consigliare al paziente di smettere di fumare, il 35% inviare il paziente a un centro antifumo e il 10% prescrivere una terapia personalizzata: tuttavia il centro antifumo per quasi la metà di coloro che lo indicherebbero o non è disponibile (25%) o non ne è nota l'esistenza (19%).

Un comportamento proattivo nei confronti di pazienti con cardiopatia ischemica che intendono smettere di fumare è messo in atto dal 45% dei cardiologi. La fiducia nei confronti dell'efficacia delle terapie per la disassuefazione da tabacco è elevata, pari complessivamente al 93% (Figura 3). Il 62% degli intervistati ritiene che sia il cardiologo a dover trattare il tabagismo, il 15% lo ritiene prerogativa del medico di medicina generale e il 12% del Centro Antitabacco. La maggioranza ritiene però di non avere strumenti (70%) o di non avere conoscenze sufficienti (66%) per affrontare efficacemente il problema: circa i due terzi degli intervistati dichiara di essere interessato a partecipare a programmi di formazione specifici sul tema del tabagismo.

Tabella 2. Tipo e quantità di fumo nei soggetti fumatori.

	Totale fumatori (n=58, 9.5%)	Maschi (n=43, 74%)	Femmine (n=15, 26%)
Sigaretta	48 (83%)	33 (73%)	15 (88%)
Quantità/die			
Media (min-max)	9 (1-30)	9 (1-20)	10 (1-30)
Sigaro	8 (14%)	8 (18%)	0
Quantità/die e			
Media (min-max)	1 (0-2)	1 (1-2)	0
Pipa	3 (5%)	3 (7%)	0
Quantità/die e			
Media (min-max)	2 (0-8)	4 (1-8)	0
Sigaretta elettronica	3 (5%)	1 (1%)	2 (1)
Quantità/die e			
Media	1 (0-1)	1 (1)	ND

ND, non disponibile.

I calcoli percentuali sono influenzati dalla presenza di soggetti che dichiarano più di un tipo di fumo.

I numeri nella prima riga indicano i soggetti totali, maschi e femmine, mentre i numeri nelle colonne indicano le attività (più di un soggetto fuma più di un articolo) e la loro somma è quindi superiore al totale.

DISCUSSIONE

La dipendenza da fumo di tabacco è condizione diffusa in molti paesi del mondo; in Europa centrale e orientale, il fumo di tabacco riguarda più di un terzo degli adulti (sia uomini che donne), ma una prevalenza altrettanto elevata si ha anche nelle regioni settentrionali e occidentali dell'Europa⁴.

Per attuare un'efficace attività di controllo, l'OMS propone un pacchetto di 5 strategie di azione: ambienti "smoke-free" in cui il fumo sia interdetto; programmi di sostegno per chiunque intenda smettere di fumare; avvertenze grafiche sui pericoli del tabacco per la salute dei fumatori; divieto di pubblicità, promozione e sponsorizzazione; aumento delle tasse sul tabacco. Circa il 50% dei paesi nel mondo non ha implementato alcuna delle azioni proposte, nonostante tali strategie evidenzino un buon rapporto costo-efficacia, risultando che solo il 5% della popolazione mondiale vive in paesi che applicano almeno una di queste iniziative⁵.

Il problema del fumo di tabacco è ancora più rilevante in prevenzione cardiovascolare secondaria; in questo caso, infatti, vi è l'evidenza molto forte dell'entità del beneficio che si otterrebbe dalla disassuefazione a breve termine. La cessazione dell'abitudine al fumo comporta una riduzione degli eventi del

Tabella 1. Stratificazione dei cardiologi fumatori per sesso ed età (n=610).

	Fumatori			Non fumatori		
	Totale (n=58, 9.5%)	Maschi (n=43, 74%)	Femmine (n=15, 26%)	Totale (n=552, 90.5%)	Maschi (n=407, 74%)	Femmine (n=144, 26%)
Età (anni)	53 ± 9	53 ± 9	53.5 ± 9	50.5 ± 11	53 ± 11	44 ± 10
<30	1 (2%)	1 (2%)	0	22 (4%)	11 (3%)	11 (8%)
30-39	5 (9%)	5 (9%)	2 (13%)	97 (18%)	54 (13%)	43 (30%)
40-49	8 (14%)	8 (14%)	1 (7%)	105 (19%)	64 (16%)	41 (28.5%)
50-59	30 (52%)	30 (52%)	8 (53%)	216 (39%)	175 (43%)	41 (28.5%)
60-69	14 (24%)	14 (24%)	4 (27%)	102 (18.5%)	94 (23%)	8 (6%)
70-79	0	0	0	7 (1%)	7 (2%)	0
≥80	0	0	0	2 (0.5%)	2 (0.5%)	0

CARDIOLOGI ITALIANI E FUMO DI TABACCO

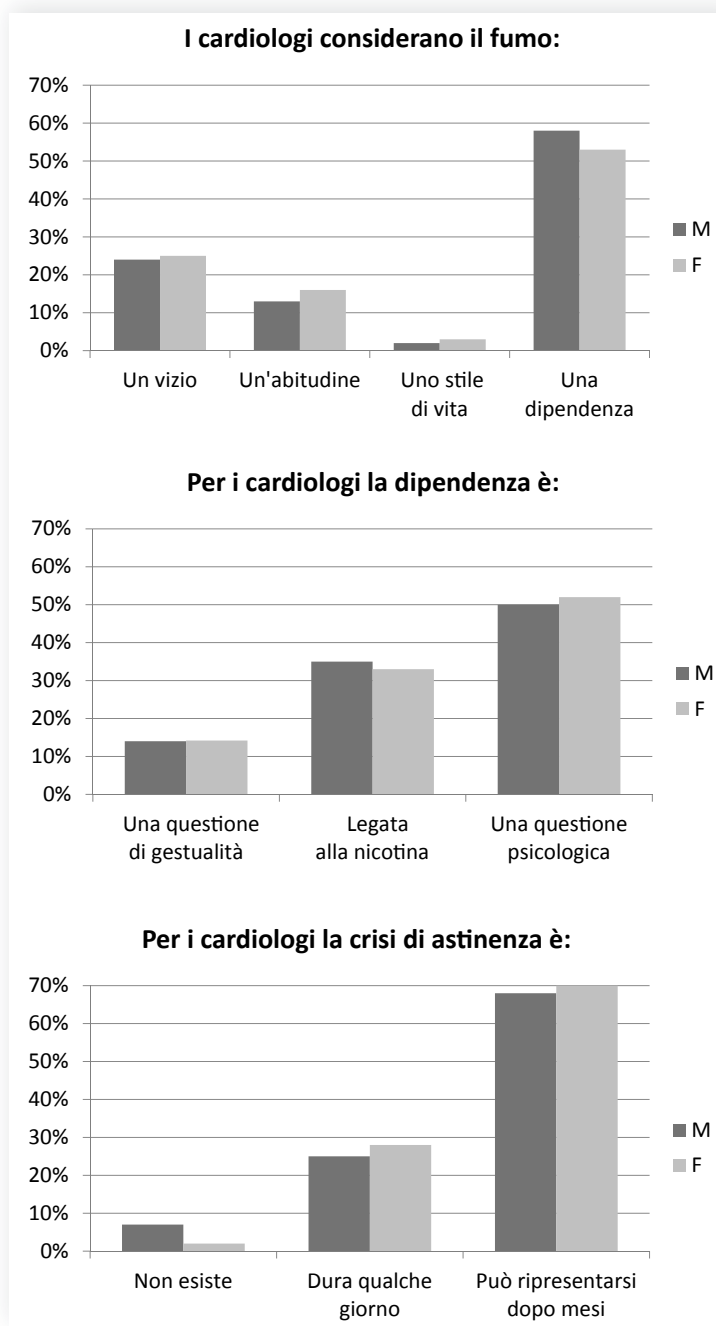


Figura 2. Opinione dei cardiologi in merito alla dipendenza da fumo.

25% nei pazienti dopo un infarto miocardico acuto⁶ e benefici altrettanto consistenti sono stati descritti dopo intervento di bypass aortocoronarico¹¹. In generale in prevenzione secondaria, soprattutto se associata ad altri interventi di modifica degli stili di vita, la cessazione del fumo risulta correlata a una riduzione del rischio di infarto miocardico acuto di oltre il 40%¹².

La Cardiologia dunque è chiamata in causa direttamente quando, anziché sulla popolazione generale dei fumatori, si fa riferimento a soggetti con elevato profilo di rischio: in questo caso, la responsabilità del medico è ancora più rilevante, in quanto il singolo intervento finalizzato a ottenere la cessazione del fumo ha dimostrato un'efficacia superiore a qualsiasi altra terapia farmacologica.

Poiché i cardiologi sono spesso chiamati a gestire le modifiche degli stili di vita e a trattare i fattori di rischio, è importante conoscere il loro atteggiamento personale verso il fumo di sigaretta, in quanto in grado di influenzare i comportamenti terapeutici e aiutare a comprendere quali azioni siano più indicate per ottenere e rafforzare l'attenzione al problema e la messa in atto sistematica di strategie di intervento.

La survey, finalizzata a indagare l'atteggiamento del cardiologo relativamente al tabagismo, ha esplorato l'ambito professionale (anno di laurea e specialità, ambito in cui esercita la professione, eventuale settore di attività); la presenza o assenza dell'abitudine tabagica e, se fumatore, la definizione del profilo di dipendenza; il grado di conoscenza degli elementi es-

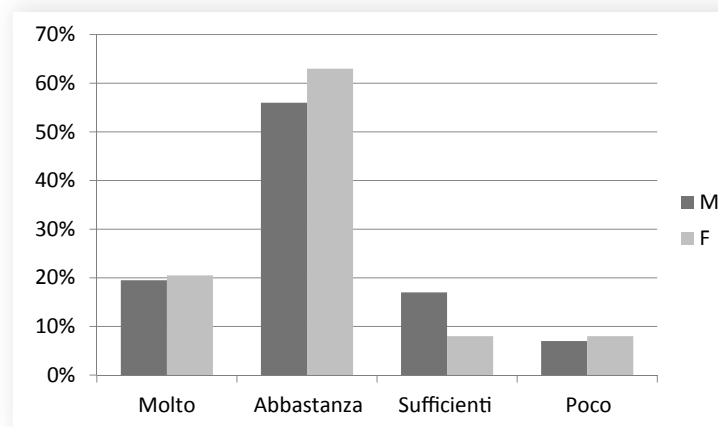


Figura 3. Fiducia dei cardiologi nei programmi di disassuefazione dal fumo.

senziali della fisiopatologia della dipendenza tabagica e delle opzioni terapeutiche farmacologiche e non, per le quali esistono evidenze scientifiche consolidate; l'atteggiamento relativamente alla presa in carico diretta della dipendenza tabagica.

Il campione che ha partecipato alla survey è sufficientemente rappresentativo per numerosità, esprimendo infatti una popolazione relativamente omogenea di soli specialisti cardiologi impegnati nel principale congresso nazionale di settore. Il cardiologo giovane (età <40 anni) nel campione esaminato è risultato meno spesso fumatore rispetto al più anziano (età media del fumatore 53 ± 9 anni), e per questo aspetto potrebbe forse essere un "role model" per i pazienti. Tuttavia, seppure su un numero non molto ampio, questo sembra meno vero nel sesso femminile: le cardiologhe di età <40 anni sono infatti molto più spesso fumatrici rispetto ai colleghi maschi della stessa età, contribuendo in misura minore al potenziale modello positivo del giovane cardiologo.

Dai dati esaminati è emerso che solo poco più della metà dei cardiologi ritiene che il fumo sia una dipendenza, come classificato dall'OMS e come tale una malattia cronica recidivante. La consapevolezza che il tabagismo sia una dipendenza è molto importante e fornisce strumenti e chiavi interpretative migliori rispetto a una prospettiva che lo consideri un vizio, uno stile di vita o una semplice abitudine. Se il fumo è un vizio, allora l'individuo può scegliere se utilizzarlo o no. Se il fumo è una dipendenza, allora il "paziente" è affetto da una malattia, subisce una pressione che lo spinge verso l'uso e deve pertanto utilizzare tecniche specifiche e farmaci specifici per sostenere la decisione di smettere di fumare altrimenti ha un'elevata probabilità di fallimento. Se ne deduce un'insufficiente conoscenza non tanto da un punto di vista tassonomico, quanto nell'identificazione di un aspetto dell'intervento sanitario che deve essere finalizzato alla prevenzione o al contenimento degli effetti di una malattia con così gravi ed estesi effetti diretti e indiretti.

In parziale contrasto con questo dato, è elevata la prevalenza di coloro che esprimono fiducia nei confronti dell'efficacia delle terapie per la disassuefazione da tabacco e che pensano esistano possibilità di trattamento efficaci; essi ritengono tuttavia che le proprie conoscenze a questo riguardo siano ancora insufficienti, così come è ritenuta insufficiente l'attitudine alla prescrizione di terapie farmacologiche di supporto alla disassuefazione, e insufficiente la presenza sul territorio degli am-

bulatori antifumo, con accesso non strutturato in percorsi predefiniti o facilitati.

Da alcuni studi, che hanno cercato di esaminare l'attitudine degli operatori sanitari a trattare il fumo, risulta che i medici fumatori sono meno disposti ad implementare iniziative di cessazione del fumo sui propri pazienti¹³. Un recente studio italiano condotto tramite piattaforma informatica sull'attitudine dei medici di medicina generale ad assistere i loro pazienti nel percorso di cessazione del fumo ha evidenziato che, nonostante un atteggiamento dichiaratamente positivo nei confronti del problema, in Italia i medici di medicina generale non sono preparati a offrire ai loro pazienti l'assistenza necessaria¹⁴. Analoghe indicazioni provengono da una survey condotta in Francia sul livello di conoscenza e sulla capacità gestionale del fumo, attraverso l'invio a domicilio di un questionario a 1000 cardiologi. Hanno risposto 371 specialisti che risultavano raramente coinvolti nella gestione della cessazione del fumo: solo il 29% si considerava ben informato e il 40% dichiarava di mettere in atto una strategia di counseling minima, ma in realtà solo il 7.3% era in grado di descrivere correttamente tale strategia¹⁵.

Una metanalisi del 2014 ha ulteriormente confermato la relazione tra status di fumatore del medico e prescrizione di strategia antifumo ai pazienti: è emerso che il medico fumatore è meno propenso, rispetto al non fumatore o all'ex fumatore, a insistere con il counseling affinché il proprio assistito smetta di fumare, mentre è più orientato, rispetto ai colleghi non fumatori, a inviare il paziente a programmi strutturati per la cessazione del fumo¹⁶.

Altri studi sono stati rivolti sia verso medici che verso altre figure sanitarie^{17,18} in regioni europee ad elevata prevalenza di fumatori. I medici mostrano un comportamento meno proattivo nell'implementare strategie di counseling antifumo rispetto al personale infermieristico. Tuttavia la formazione in questo ambito risulta comunque carente: una rilevazione *ad hoc* effettuata presso il Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie dell'Università di Catania, utilizzando i questionari autosomministrati della Global Health Professional Student Survey (GHPSS), ha mostrato una quasi unanime convinzione sul fatto che gli studenti delle professioni sanitarie debbano ricevere una formazione specifica per la disassuefazione dal fumo, tuttavia solo il 21% dichiarava di averla ricevuta durante il corso di studi¹⁹.

Limiti dello studio

Lo studio possiede un limite importante, consistente in un er-

rore di selezione dei partecipanti. Poiché questi non sono stati estratti a sorte tra congressisti ma reclutati in base alla loro disponibilità a partecipare è possibile, anzi probabile, che un certo numero di cardiologi fumatori non vi abbia volutamente preso parte. Questo limite rende probabilmente sottostimati i dati relativi alla prevalenza del fumo tra i cardiologi italiani ma non ne inficia invece gli altri risultati riportati.

I risultati riportati dalla survey sottolineano l'importanza di porre l'attenzione sull'aspetto formativo sulle strategie per la cessazione del fumo, in particolare degli specialisti in Cardiologia, che hanno espresso difficoltà nell'affrontare il "problema fumo". Anche se un numero consistente di cardiologi dichiara che avrebbe un comportamento proattivo nei confronti di pazienti che intendono smettere di fumare e la larga maggioranza ritiene che sia il cardiologo a dover trattare il tabagismo, la mancanza di formazione e di strumenti e strategie standardizzate sembra essere la causa principale che limita l'adozione di comportamenti terapeutici strutturati e appropriati. La maggior parte dei cardiologi che ha partecipato alla survey ha dichiarato il proprio interesse all'approfondimento delle proprie conoscenze riguardo al trattamento del tabagismo; questo atteggiamento positivo potrà essere la base di partenza di programmi formativi ed educativi specifici.

RIASSUNTO

Razionale. L'uso di tabacco è la prima causa di morte eliminabile del mondo occidentale; la sua abolizione è l'intervento di prevenzione cardiovascolare più efficace in assoluto. Sebbene nella popolazione generale e tra gli operatori sanitari ciò sia ampiamente noto, il fumo riguarda ancora circa un quarto degli italiani: in modo ancor più rilevante, le osservazioni sulla storia naturale del fumatore dopo sindrome coronarica acuta evidenziano come più del 50% dei pazienti riprenda a fumare dopo l'evento. Poiché il medico dovrebbe avere il ruolo centrale nell'affrontare il problema tabagismo nei pazienti, è utile conoscere quanto i cardiologi siano proattivi nel trattare il paziente fumatore e la loro disposizione a implementare programmi per la disassuefazione dal fumo.

Materiali e metodi. La survey "Cardiologi italiani e fumo di tabacco" è stata realizzata nel 2013 nell'ambito del 44° Congresso Nazionale ANMCO con la finalità di esplorare la prevalenza del tabagismo tra i cardiologi, l'ambito di attività e l'atteggiamento del professionista rispetto al fumo e al trattamento del cardiopatico tabagista, le conoscenze e le competenze attuali e l'eventuale interesse ad acquisirne ulteriori. Un questionario anonimo articolato su 35 domande (con la possibilità di indicare i propri dati per iniziative di formazione) è stato compilato da 610 cardiologi (50% dei congressisti; età media 51 ± 11 anni; 9.5% fumatori).

Risultati. Il 58% degli intervistati ha correttamente indicato il fumo come una dipendenza; il 45% ha un comportamento proattivo nei confronti di pazienti con cardiopatia ischemica che intendono smettere di fumare. La fiducia dei cardiologi nell'efficacia delle terapie per la disassuefazione da tabacco è elevata (93%); il 62% ritiene che sia il cardiologo a dover trattare il tabagismo, ma pensa di non avere strumenti (70%) né conoscenze (66%) sufficienti. Due terzi del campione parteciperebbe a programmi di formazione.

Conclusioni. I cardiologi ospedalieri in prevalenza riconoscono il fumo come malattia; pensano che siano disponibili trattamenti efficaci ma ritengono di avere conoscenze e strumenti ancora insufficienti ad attuarle.

Parole chiave. Cessazione; Dipendenza; Fattori di rischio; Fumo; Prevenzione cardiovascolare; Rischio cardiovascolare; Strategie di disassuefazione.

APPENDICE

Survey - Il cardiologo e il fumo

1. Data di nascita
gg/mm/aa
2. Sesso
M/F
3. Sei specialista in Cardiologia?
Sì/No
4. Eserciti la professione nella Regione:
5. Eserciti prevalentemente:
 - In ospedale
 - Sul territorio
 - In libera professione
6. Ti occupi prevalentemente di:
 - Cardiologia interventistica
 - Cardiologia clinica
 - Riabilitazione cardiologica
 - Altro (specificare):
7. Fumi?
Sì/No
8. Che cosa? (puoi selezionare più di una risposta)
 - Sigarette
 - Sigaro
 - Pipa
 - Sigaretta elettronica
9. Quante al giorno?
 - Sigarette
 - Sigaro
 - Pipa
 - Sigarette elettroniche
10. A che età hai cominciato?
Anni:
11. Quante volte hai provato a smettere?
N. tentativi:
12. Dopo quanti minuti dal risveglio fumi la prima sigaretta?
 - Meno di 5
 - Tra 6 e 30
 - Tra 31 e 60
 - Oltre 60
13. Dopo la prima del mattino, la seconda sigaretta la fumi:
 - Dopo pochi minuti
 - Dopo una mezz'ora
 - Dopo ore
14. Hai mai fumato?
Sì/No
15. Hai smesso da almeno 12 mesi?
Sì/No
16. Che cosa fumavi? (puoi selezionare più di una risposta)
 - Sigarette
 - Sigaro
 - Pipa
17. Quante al giorno?
N. al giorno:
18. A che età hai smesso?
Anni:
19. Hai smesso da solo?
Sì/No
20. Con quale supporto?
 - Farmacologico
 - Non farmacologico
 - Combinato
21. Nella maggioranza dei casi il fumo di sigaretta è:
 - Un vizio
 - Un'abitudine
 - Uno stile di vita
 - Una dipendenza

(continua)

APPENDICE (segue)

22. La dipendenza del fumo di tabacco è:
- Prima di tutto una questione di gestualità
- Prima di tutto legata alla nicotina
- Prima di tutto una questione psicologica
23. L'astinenza da fumo di sigaretta:
- Non esiste
- Dura qualche giorno
- Può ripresentarsi anche dopo mesi dall'ultima sigaretta
24. In un paziente fumatore ipercolesterolemico con coronaropatia nota, si ottiene la maggior riduzione di rischio di un nuovo evento cardiovascolare:
- Con la terapia ipocolesterolemizzante (statine)
- Smettendo completamente di fumare
- Con l'ASA
25. Di fronte ad un paziente cardiopatico fumatore che afferma di voler smettere di fumare, le maggiori probabilità di successo si possono ottenere:
- Con un programma di counseling strutturato
- Con un farmaco per la disassuefazione da fumo di tabacco (bupropione, terapia sostitutiva nicotinic, vareniclina)
26. Il rischio di ricaduta dopo aver smesso di fumare si protrae:
- Per una settimana
- Per un mese
- Per un anno
- Per sempre
27. Cosa ne pensi della sigaretta elettronica?
- Un gadget di moda che sparirà presto
- Il suo successo dimostra la diffusa motivazione dei fumatori a smettere di fumare
- Può essere una nuova terapia per la disassuefazione
28. Quando ti trovi di fronte ad un paziente cardiopatico che fuma e che è motivato a smettere, di solito:
- Gli raccomandi di smettere
- Lo mandi al centro antitabacco
- Gli prescrivi personalmente una terapia specifica
29. Imposti un programma specifico di follow-up per garantire l'aderenza alla terapia?
Sì/No
30. Nella zona dove tu eserciti è attivo un centro antitabacco?
Sì/No/Non so
31. Hai inviato qualcuno dei tuoi pazienti al centro antitabacco?
Sì/No
32. Ritieni che i programmi di trattamento proposti dal centro antitabacco siano efficaci?
Molto/Abbastanza/In modo sufficiente/Poco
33. Pensi che trattare il problema del tabagismo sia compito del cardiologo?
- Sì
- No
- È un problema che deve risolversi il fumatore
- È compito del medico di medicina generale
- È compito del pneumologo
- È compito dei centri antifumo
34. Ritieni di avere sufficienti strumenti terapeutici a disposizione?
Sì/No
35. Ritieni di avere sufficienti conoscenze sull'argomento da poter trattare i pazienti in prima persona?
Sì/No

BIBLIOGRAFIA

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the surgeon general. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
2. The World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. *Tob Control* 1999;8:196-201.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al.; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
4. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas, Fourth Edition. Atlanta, GA: American Cancer Society, and New York, NY: World Lung Foundation, 2012.
5. World Health Statistics 2008. Part 1: Ten highlights in health statistics. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Part1.pdf [accessed April 21, 2015].
6. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 2003;290:86-97.
7. Kotseva K; EUROASPIRE Study Group. Lessons from EUROASPIRE I, II, and III surveys. *Heart Metab* 2011;50:32-5.
8. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Reiner Z, Keil U; EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:530-40.
9. Colivicchi F, Mocini D, Tubaro M, Aiello A, Clavario P, Santini M. Effect of smoking relapse on outcome after acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2011;108:804-8.
10. Temporelli PL, Zito GB, Faggiano P; SOCRATES Investigators. Cardiovascular risk profile and lifestyle habits in a cohort of Italian cardiologists (from the SOCRATES Survey). *Am J Cardiol* 2013;112:226-30.
11. van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DF, Veldkamp RF, van Herwerden LA, Bogers AJ. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:878-83.
12. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation* 2010;121:750-8.
13. 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.
14. Nobile CG, Bianco A, Biafore AD, Manuti B, Pileggi C, Pavia M. Are primary care physicians prepared to assist patients for smoking cessation? Results of a national Italian cross-sectional web survey. *Prev Med* 2014;66:107-12.
15. Aboyans V, Pinet P, Lacroix P, Laskar M. Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists in France: a nationwide survey. *Arch Cardiovasc Dis* 2009;102:193-9.
16. Duaso MJ, McDermott MS, Mujika A, Pursell E, While A. Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2014;109:1811-23.
17. Movsisyan NK, Varduhi P, Arusyak H, Diana P, Armen M, Frances SA. Smoking behavior, attitudes, and cessation counseling among healthcare professionals in Armenia. *BMC Public Health* 2012;12:1028.
18. Celik M, Ozer A, Orhan FO, Ekerbicer HC, Sucakli MH. Smoking behaviour, knowledge, attitudes and practice among healthcare providers in Kahramanmaraş, Turkey. *Public Health* 2012;126:863-5.
19. Ferrante M, Saulle R, Ledda C, et al. Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledge and beliefs among Health Professional School students: a cross-sectional study. *Ann Ist Super Sanita* 2013;49:143-9.