

Ruolo dell'Ufficiale Medico nel counseling breve anti-fumo

The role of medical officers in smoke cessation counseling

Pasquale Giannelli *



Riassunto - Il fumo di tabacco è la prima causa evitabile di morbosità e mortalità nel mondo (1). La World Health Organization ha dichiarato che nessuna altra misura può ridurre il numero di morti da tumore così come la riduzione nell'uso del tabacco (2). E' il maggior fattore di rischio per cancro, patologie cardiache, stroke, patologie della gravidanza e puerperio e patologie cronico ostruttive polmonari (3). Per quanto detto non c'è dubbio che ogni riduzione del consumo di tabacco sarebbe seguita da un corrispondente aumento dello stato di salute. Pertanto, è necessario fare ogni sforzo per ridurre a breve scadenza ed eliminare del tutto in futuro l'abitudine al fumo.

In questo contesto, l'intervento breve da parte del ufficiale medico può significativamente influire sulla cessazione dal fumo di tabacco dei propri militari, abitualmente si può parlare di un obiettivo di successi pari al 5% dei fumatori (20).

Parole chiave: studio, counselling, salute, ufficiale medico, tabagismo.

Summary - Cigarette smoking is the leading preventable cause of death and morbidity in the world (1). The World Health Organization declared that no other measure can limit the number of cancer deaths as the reduction of tobacco use (2). Smoking is greatest risk factor for cancer, stroke, pregnancy and birth diseases, chronic obstructive pulmonary diseases (3). Thus, reducing tobacco use would undoubtedly lead to an increase of health benefits. Therefore, it is necessary to limit tobacco consumption in the short run, and then quit all smoking habits.

In this context, the support of medical officers can significantly influence quitting tobacco smoking. Successful practices have led to 5% of former smokers who manage to quit. (20).

Key words: research, counseling, health, medical officer, tobacco dependence.

* Cap me. Dirigente il servizio sanitario RCST "Pozzuolo del Friuli".

Introduzione

L'industria del tabacco ha osservato come possibile mercato i militari per le seguenti ragioni: l'elevato numero di personale facilmente raggiungibile; l'opportunità di influenzare ragazzi giovani che hanno uno specifico socio-economico e culturale profilo; punto di lancio per il mercato civile, in quanto il militare è inserito anche in un contesto socio-familiare. I metodi di promozione delle industrie del tabacco sono stati sviluppati per i militari, sia negli Stati Uniti sia in altri paesi (4,5). È noto che il fumo influisce negativamente sulle capacità di operare: esistono numerosi studi che confermano la relazione negativa fra fumare e vari standard di performance (minor reattività in combat training, minor successo in test fisici) (6). Gli effetti del consumo abituale del fumo di tabacco sono chiaramente incompatibili con il mantenimento dei requisiti di performance necessari per il tipo di lavoro. Dalle statistiche risulta anche che chi è fumatore ha più probabilità che sia anche un utilizzatore di alcol ed abbia minori capacità fisiche (7).

A partire già dal 1986 sono state avviate campagne di educazione sanitaria contro il tabagismo (8). Obiettivo dell'intervento era rendere la collettività consapevole delle conseguenze del fumo sulla salute illustrando la relazione tra natura delle sostanze contenute nel fumo di tabacco e gli effetti patologici ad esse attribuibili. Veniva conferito agli ufficiali medici di ciascuno Ente, Reparto, Corpo, la responsabilità dell'attuazione della campagna di educazione sanitaria contro il fumo e la loro specifica sensibilizzazione sulle modalità più idonee per la condotta della campagna stessa. Da notare il divieto di fumare nelle camerate e concessione di ricono-

scimenti (diplomi, licenze premio, ecc..) a quei militari che, a parere dei Comandanti, avevano contribuito in misura maggiore a diffondere positivamente nell'ambito del proprio Ente, Reparto o Corpo la campagna contro il tabagismo. Risale anche all'anno 1986 il divieto di fumare nelle camerate, successivamente ampliato per le sale riunioni, posti di lavoro collettivi e le mense, con alcune eccezioni.

L'obiettivo della medicina è di influenzare le scelte del paziente prima che queste causino conseguenze mediche anche gravi (9). L'interruzione dal fumo offre ai sanitari una grande opportunità di migliorare lo stato di salute attuale e futuro della popolazione (10).

In tale contesto l'infermeria risulta essere il luogo ideale in quanto tutto il personale militare effettivo al Reparto deve obbligatoriamente almeno una volta l'anno passare per essere sottoposto a visita medica.

Un intervento anche con un basso livello di efficacia in termini di interruzione dal fumo può produrre un apprezzabile beneficio per la salute pubblica se un grande numero di fumatori viene raggiunto da tale intervento. In aggiunta i fumatori ritengono che un consiglio sul smettere di fumare dato dal proprio medico di fiducia sia un'importante motivazione per iniziare a smettere (11).

Alcune situazioni (patologie come l'asma, la BPCO, le cardiopatie o fisiologiche come la gravidanza, l'allattamento, la paternità o ancora l'inizio dell'assunzione di farmaci, ad esempio estrogenici) sono considerate momenti "critici" nella vita della persona, momenti nei quali è possibile far leva per incidere sulla motivazione a smettere di fumare e in cui la domanda rivolta dal medico e l'implicita disponibilità a offrire

aiuto possono far scattare il meccanismo del cambiamento. Un invito a smettere di fumare a un paziente con riacutizzazione di un bronchite cronica ostruttiva ha un effetto nettamente superiore alla popolazione generale (12).

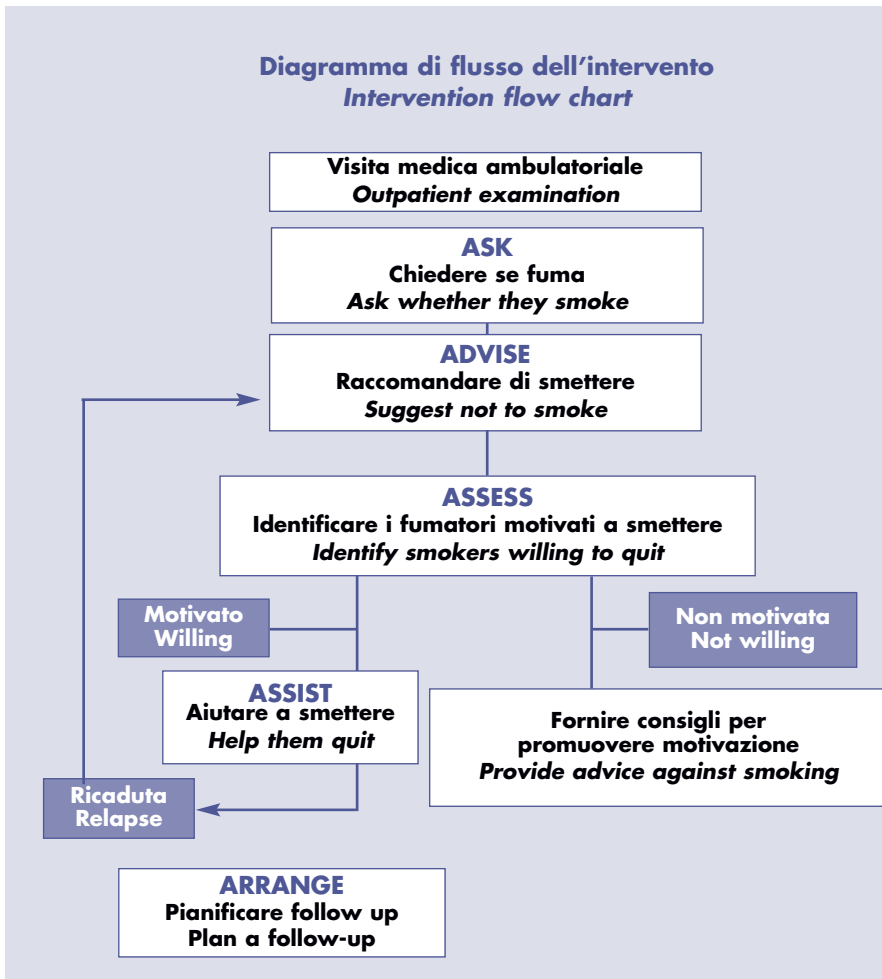
L'intervento di counselling può dunque dare risultati significativi, anche considerando la posizione di indubbio riferimento dell'Ufficiale medico per i militari del Reparto. Consiste nella valutazione dell'abitudine al fumo e nel valutare lo stato motivazionale del paziente. È un intervento che richiede pochi minuti, ma deve presupporre alcuni requisiti per essere efficace nel far smettere nel fumare (13): eseguito ad ogni visita; condotto da medici o suo staff delegato e appositamente formato; presentato in modo chiaro e di supporto; centrato su specifici piani di assistenza e follow-up; assicurato un contatto di follow-up ravvicinato dopo la data di interruzione dal fumo; ogni singolo sforzo per smettere deve essere rinforzato e gratificato.

Come terapia di primo livello il counselling è efficace: è accettato dai pazienti, riduce la necessità di trattamenti molto più lunghi ed anche costosi e il dovere rinviare a strutture specialistiche di secondo livello (14).

L'intervento clinico minimo di efficacia raccomandato nelle principali linee guida per la dipendenza da fumo è quello noto con la sigla delle 5 A (15): *Ask, Advice, Assess interest, Assist, Arrange follow-up*. Analizziamo i singoli componenti (**Tab. 1**).

Ask (chiedere): identificare ogni singolo fumatore e chiedere ai fumatori quanto fumano e da quanto tempo. Sono utili anche dei questionari auto valutativi la dipendenza dalla nicotina, per far prendere coscienza al paziente. Tali dati è necessario documentarli sulla

Tab. 1 - Intervento “breve” (3'-5')
(Linee guida dell'AHCPR Agency for Health Care Policy and Reserch americana).



cartella clinica del paziente (16) Una traccia sulla abitudine del paziente serve da nota per il successivo incontro. Da notare che una persona di età superiore a 25 anni che ha smesso da lungo tempo o non ha mai fumato, è molto improbabile che inizi quindi si può evitare di chiedere a ogni accesso in ambulatorio (17).

Advice (raccomandare): raccomandare a tutti i fumatori di smettere di fumare, fornendo un consiglio chiaro e inequivocabile a smettere. L'approccio deve mettere in evidenza gli aspetti positivi, personalizzando sulla base della anamnesi del paziente. È di fondamentale importanza cercare di stabilire una

alleanza con il soggetto; gli elementi del dialogo che possono contribuire a determinarla sono: esprimere chiaramente la consapevolezza che si tratta di una scelta difficile, accettare lo stato di ambivalenza e la resistenza come aspetti normali ed evitare di entrare in conflitto verbale o psicologico con il fumatore, aiutare il fumatore a trovare le proprie motivazioni per smettere (che non necessariamente sono quelle indicate dal medico), accettare di parlare degli aspetti “positivi” del fumare oltre che di quelli negativi per entrare in relazione con il paziente, comprenderne meglio i meccanismi e aiutarlo ad accettare il ruolo guida del medico. Discutere gli

aspetti di prevenzione delle malattie legate al fumo: malattie respiratorie, neoplasie diverse dal cancro del polmone, cardiovasculopatie, possibili conseguenze sul feto. Collegare il messaggio sul fumo allo stato attuale di salute o di malattia e/o ai costi sociali ed economici del fumo; e/o al livello di motivazione a smettere, e/o all'impatto del fumo sui figli o altre persone che vivono in casa.

Assess (identificare): valutare quanto interessa smettere di fumare ed entro quando vuole iniziare. Si valuta lo stato motivazionale del paziente nel cambiare le sue abitudini.

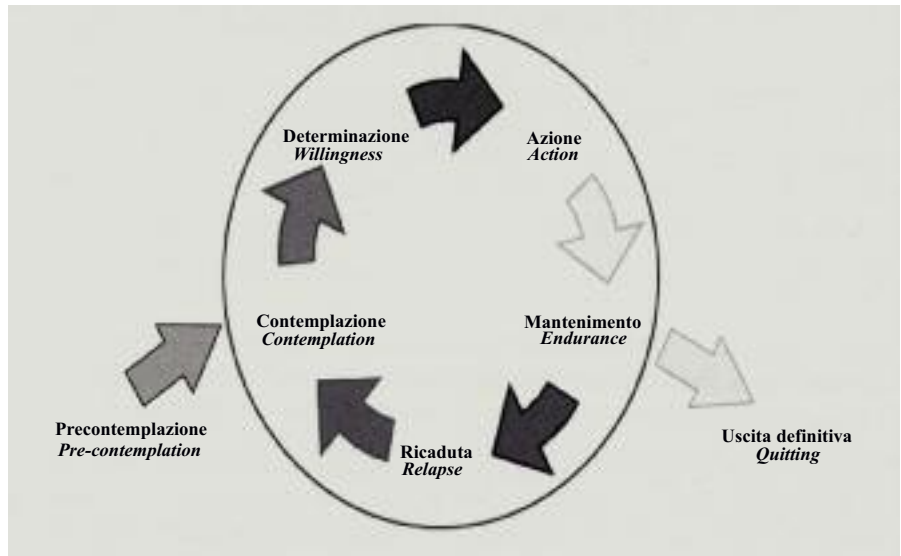
In generale la strategia di approccio al paziente è determinato dalla motivazione al cambiamento. Spesso si ritiene che il cambiamento di comportamenti complessi sia sotto controllo della volontà. Si usa dire “se voglio veramente smettere di fumare lo posso fare”. La motivazione però non è un tutto-nulla, bensì un processo attraverso cui ogni individuo costruisce per se stesso le ragioni per cui cambiare un comportamento (o persistere in esso). Gli individui quindi si trovano in una serie di stadi che li porta a comportarsi in maniera diversa di fronte a dei cambiamenti. Affinché si possa capire facilitare questo cambiamento, è di fondamentale importanza identificare a quale stadio del processo si trova la persona: in tabella è rappresentato il passaggio da uno stadio al successivo. E' rappresentato in forma ciclica più che lineare perché molti possono avere delle ricadute e ritornare alla fase di contemplazione se non di pre-contemplazione. La maggior parte di chi è riuscito con successo ad eliminare la dipendenza da nicotina ha avuto dalla 3 alle 5 ricadute (18).

I pazienti sono in genere in fase di pre-contemplazione (persone che non

sono interessate a smettere nei prossimi 6 mesi), o di contemplazione (persone che sono interessate a smettere entro i prossimi 6 mesi, ma rimangono ambivalenti sulla decisione di smettere). Nel caso si sia decisi seriamente a smettere entro 30 giorni sono in fase di determinazione. Coloro che hanno smesso da meno di 6 mesi sono in fase di azione, ma sono ancora in rischio di ricaduta. Infine chi supera gli oltre 6 mesi di astensione dal fumo è definito in fase di mantenimento. La ricaduta è un evento possibile (altamente probabile) nel percorso della disassuefazione e può intervenire sai quando il tentativo di smettere è in corso, sia quando è stato ottenuto da un certo tempo. Col passare dei mesi le percentuali di persone si riducono drasticamente, fino a diventare molto basse dopo due anni dalla cessazione (**Tab. 2**).

Assist (assistere): l'assistenza nello smettere può essere in tre forme: counselling, materiali di auto-aiuto, farmacologica. Nel caso del counselling sono sufficienti poco più di 3 minuti in cui il medico aiuta il paziente a stabilire una data di cessazione dal fumo entro 2-4 settimane, dare consigli su come prepararsi per il giorno da cui non fumerà più (e.g. liberare casa, macchina, posto di lavoro da ogni richiamo al fumo, rendere partecipi familiari, amici, parenti), riconoscere i sintomi da astinenza da nicotina e dell'importanza della completa astinenza dalla data stabilita. Il tempo necessario può anche essere superiore, ma è importante ricordare che brevi consigli sono più efficaci di una lunga discussione: serve dare un breve messaggio e proporre di continuare alla successiva visita (16). La presenza di altri fumatori in casa, in particolare il coniuge, è associata con una minore probabilità di successo nella disassuefazione. I pazienti pertanto dovrebbero pensare a smettere in modo coordinato con le persone convi-

Tab. 2 - Rappresentazione grafica del modello a stadi di Prochaska e Di Clemente.



(Gli stadi del cambiamento e l'intervista motivazionale, Moro r, Sualdino d, Valerio A., La Promozione della salute 2008).

venti oppure a pensare a come resistere se smettono di fumare in un ambiente di fumatori (19).

Arrange (follow-up): pianificare un successivo incontro permette di accrescere le possibilità di riuscita di quasi 3 volte (dal 5% al 14%) (20). I contatti con il soggetto andrebbero presi entro la prima settimana dalla data fissata per la cessazione, possibilmente il giorno stesso. Un ulteriore contatto dovrebbe essere preso entro un mese, ulteriori contatti con cadenza regolare entro l'anno successivo alla cessazione. Durante questi contatti, molti dei quali possono essere soltanto telefonici, ci si informa della situazione e ci si complimenta per i risultati ottenuti. Si evidenziano i risultati ottenuti sul piano dei sintomi (ad esempio miglioramento della tolleranza allo sforzo, riduzione o "ammorbimento" della tosse, riduzione della frequenza cardiaca e di eventuali extrasistoli, restituzione e di eventuali extrasistoli, restituzione "ad integrum" dell'olfatto e del gusto, ecc.). Si controlla l'esistenza di situazioni che hanno posto il

paziente a rischio di ricaduta e si analizzano con l'interessato. Se il contatto avviene in infermeria si controlleranno anche polso, pressione e peso corporeo. In caso di una recidiva, analizzare le circostanze che l'hanno causata e motivare all'astinenza totale. Ricordare al paziente che una recidiva può essere utilizzata per imparare dall'esperienza e non è un segno di fallimento.

Materiali e metodi

Si tratta di uno studio di audit clinico sulla rilevazione dell'abitudine al fumo, applicazione del counseling breve per smettere di fumare secondo quanto raccomandato dalle linee-guida italiane (criterio di riferimento) e verifica dell'impatto di tale counseling a distanza di tempo.

Tale studio è stato svolto su personale appartenente alle forze armate. I militari appartengono al Reparto Comando e Supporti Tattici inserito nell'organico della Brigata di Cavalleria "Pozzuolo del Friuli".

Ogni militare deve sottoporsi alla visita periodica annuale la quale è il risultato di 3 elementi: visita medica generale, controllo esami ematochimici periodici e visita cardiologica periodica. Sia gli esami ematochimici che la visita cardiologica variano in base all'età.

La visita medica generale deve seguire un protocollo standardizzato per tutti i militari dell'esercito. Questa prevede una fase di anamnesi generale dove si chiede l'incarico, se ha svolto o meno la visita della medicina del lavoro, numero di missioni estere durata e luogo delle stesse,

(con ripercussioni anche sul tipo di esami ematochimici da eseguire, esempio chi è stato nell'area balcanica deve eseguire il protocollo Mandelli), fumatore (se sì o ex e da quanto tempo oppure mai), utilizzo di alcolici, alvo, diuresi, ritmo sogno/veglia, allergie e utilizzo di farmaci. Vengono considerati ex fumatori coloro che hanno smesso da oltre 6 mesi in base alla definizione OMS (21).

Segue l'anamnesi patologica riferita però all'ultimo anno e l'anamnesi prossima. Terminata la parte iniziale, si verificano gli esami ematochimici, controllo

della vista cardiologica ed esame obiettivo (E.O.) completo di peso, altezza, I.M.C, visus, valutazione dell'udito, pressione, polso radiale, polsi femorali, torace, addome, linfonodi nelle zone esplorabili, palpazione tiroide, ed approfondimento dell'E.O. in base all'anamnesi prossima.

A partire dal mese di gennaio 2010 e per la durata di 12 mesi fino a dicembre 2010 in cui si sono analizzati i risultati ottenuti, durante l'anamnesi tutto il personale fumatore è stato sottoposto al test di Fagerström (22) modificato (**Tab. 3**).

Tab. 3 - Test di Fagerström

Domande Questions	Risposte Answers	Punti Points
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta? <i>How long after waking up do you smoke the first cigarette?</i>	Entro 5 minuti <i>Within 5 minutes</i>	3
	Entro 6-30 minuti <i>Within 6-30 minutes</i>	2
	Entro 31-60 minuti <i>Within 31-60 minutes</i>	1
	Dopo 60 minuti <i>After 60 minutes</i>	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)? <i>Do you have trouble not smoking where doing so is forbidden (cinemas, churches, public transport means, etc.)?</i>	Sì (Yes)	1
	No (No)	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare? <i>Which cigarette do you have the most trouble giving up?</i>	la prima del mattino <i>The first in the morning</i>	1
	Tutte le altre <i>All the others</i>	0
4. Quante sigarette fuma al giorno? <i>How many cigarettes do you smoke a day?</i>	10 o meno <i>About 10</i>	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più <i>31 or more</i>	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno? <i>Do you smoke more during the first hour of your day than the rest of the day?</i>	Sì (Yes)	1
	No (No)	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno? <i>Do you smoke also when you are so ill you are forced to spend most of the day in bed?</i>	Sì (Yes)	1
	No (No)	0

Un punteggio da 0 a 2 indica lieve dipendenza, 3 o 4 media dipendenza, 5 o 6 forte dipendenza, da 7 a 10 dipendenza molto forte.

A score from 0 to 2 shows a mild addiction, a score of 3 or 4 shows an average addiction, a score of 5 or 6 shows a severe addiction, a score from 7 to 10 shows an extreme addiction.

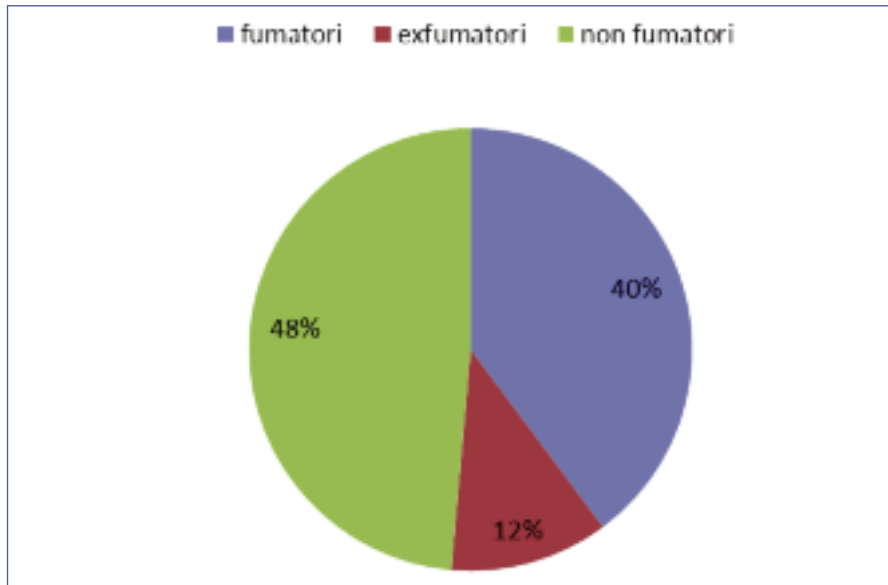


Grafico 1 - Prevalenza nella popolazione dello studio.
Predominance in the population under analysis.

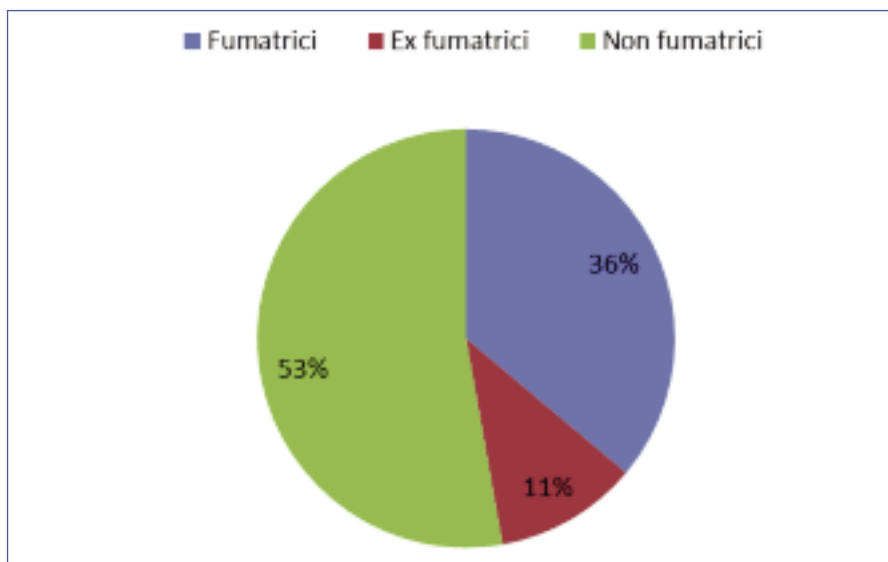


Grafico 2 - Prevalenza nel sesso femminile.
Predominance in the female population under analysis.

Le prime due domande valutano la dipendenza fisica dal tabacco. 1) Quanto tempo dopo il risveglio fumi la prima sigaretta? Nei primi 5 minuti (tre punti), da 6 a 30 minuti (2 punti), da 31 a 60 minuti (1 punto) più di 60 minuti (0 punti) 2) Quante sigarette fumi al giorno? 31 o più (3 punti), da 21 a 30 (2 punti), da 11 a 20 punti (1 punto), meno di 10 (0 punti) Il punteggio determina

una bassa dipendenza (0-3 punti) o una alta dipendenza (4-6 punti).

Le altre 4 sono rivolte alla motivazione del soggetto. 3) ti piacerebbe smettere di fumare se potessi riuscirci facilmente? No (0 punti), sì (1 punto); 4) quanto ti interessa smettere di fumare?

Per niente (0 punti), un po' (1 punto), abbastanza (2 punti), molto (3 punti) 5) intendi provare a smettere di

fumare nelle prossime due settimane? Sicuramente no (0 punti), forse sì (1 punto), sì (2 punti), sicuramente sì (3 punti) 6) esiste la possibilità che nei prossimi sei mesi tu non sia più fumatore? Sicuramente no (0 punti), forse sì (1 punto), sì (2 punti), sicuramente sì (3 punti). Dalla somma dei singoli punteggi si può inserire ognuno in 4 categorie: 1) dipendenza bassa e motivazione alta; 2) dipendenza alta motivazione alta; dipendenza bassa motivazione bassa; dipendenza alta motivazione bassa.

Tutto il personale è stato catalogato secondo lo schema di fumatore, non fumatore ed ex fumatore. Vengono considerati ex fumatori coloro che hanno smesso da oltre 6 mesi in base alla definizione OMS (21). Ai fumatori veniva applicato il test di Fagerström modificato. Tramite il test così modificato si determina il livello di dipendenza il grado di motivazione.

A questo punto tutti i militari fumatori venivano sottoposti a un counselling personalizzato, mirato a rendere cosciente della propria situazione e a prospettare la possibilità di annullare i disagi quotidiani: “non avere fiato nello sport”, “sentirsi la testa pesante”, “puzzare di fumo”, piuttosto che presentarla come una minaccia: “fumare nuoce gravemente alla salute”.

L'impegno è stato finalizzato a modificare gli atteggiamenti verso il fumo che non deve essere socialmente accettato e vissuto come piacevole abitudine. E' quindi molto importante sviluppare nel giovane una critica razionale che lo porti ad indagare se la scelta di fumare sia consapevole ed informata o non dipenda invece dai modelli culturali, dalla spinta del “gruppo”, intesa come l'insieme di coetanei che svolgono attività insieme: turni di guardia, servizi armati...

A chi si dimostrava intenzionato a smettere si è instaurata una alleanza terapeutica con il paziente.

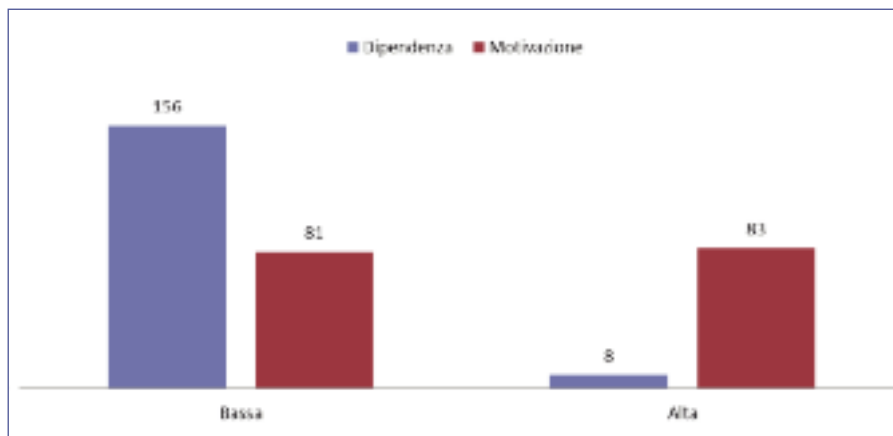


Grafico 3 - Dipendenza e Motivazione.
Dependence and motivation

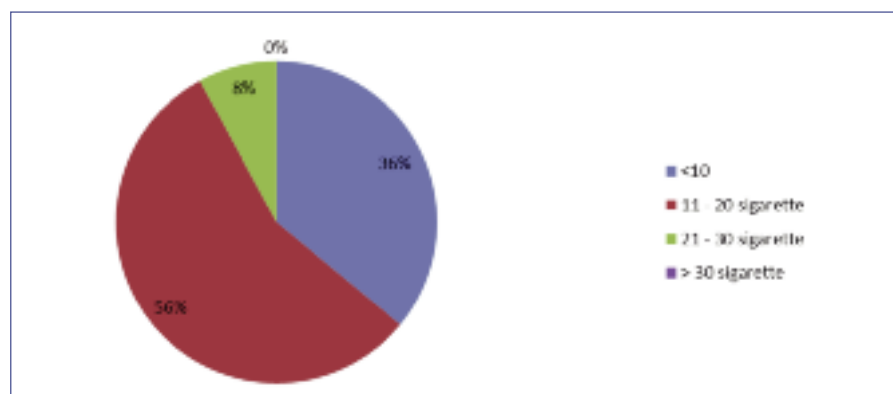


Grafico 4 - Numero di sigarette.
Number of cigarettes smoked per day

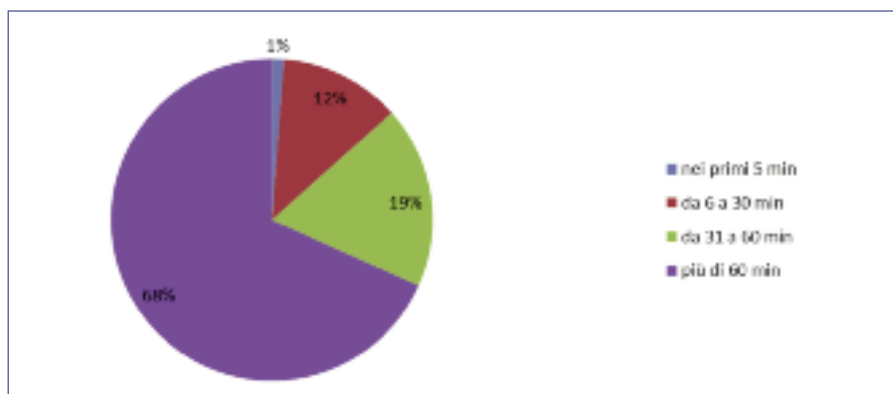


Grafico 5 - Accensione prima sigaretta dopo il risveglio.
Time to the first cigarette of the day.

Questa riguardava la data di interruzione dal fumo, gli effetti positivi e le difficoltà nel resistere e le possibili ricadute soprattutto nelle prime 2 settimane. Si è tentato anche di indirizzare l'intervento verso una cultura

della salute, del prendersi cura di sé, ad esempio tramite la pratica dello sport o il cimentarsi in attività che mantengono la forma fisica, o che agevolano il raggiungimento di situazioni di benessere.

A distanza di circa 1 mese tutto il personale fumatore che si è dimostrato interessato è stato personalmente ricontattato. Chi invece aveva dimostrato l'intenzione di smettere veniva richiamato più volte nell'arco del mese, per rinforzare e consolidare il progetto. A sua volta a distanza di circa 6 mesi e un anno veniva richiamato il personale per verificare i miglioramenti/peggioramenti.

Risultati

A termine dell'audit i risultati sono i seguenti possiamo ottenere alcuni interessanti risultati: nella popolazione dei militari si distinguono le tre categorie in rapporto all'abitudine al fumo: fumatori pari al 39,8 %; ex fumatori pari al 11,6% (per ex fumatore devono essere trascorsi almeno 6 mesi); non fumatori 48,6%.

Approfondendo si è analizzata la percentuale di fumatori per categorie maschi e femmine: permane maggiore l'aspetto maschile con 40,1 % fumatori contro il 36,1 % delle donne.

Nel calcolo del tasso di incidenza il numeratore è costituito dal numero dei nuovi soggetti che hanno smesso di fumare durante lo studio, mentre il denominatore è la popolazione dei fumatori all'inizio dello studio.

Dallo studio è emerso un tasso di incidenza pari a 1 su 164 pari a 0,6 %. Ovvero nel corso dello studio 1 sola persona tra i fumatori hanno deciso di smettere e può essere considerata non fumatrice in quanto ha superato i 6 mesi di astinenza. Altri 2 casi hanno dichiarato di aver smesso ma nel periodo di studio considerato non hanno raggiunto i 6 mesi quindi non posso essere considerati ex fumatori. Considerando anche questi due il tasso di incidenza sarebbe 3 su 164 pari a

1,8%. Sicuramente inferiore quanto riportato in letteratura (10), comunque sempre positivo se riportiamo il valore su larga scala, soprattutto nell'ambito della medicina generale.

Per quanto riguarda lo stato di dipendenza e la motivazione dei fumatori, si è notata una bassissima percentuale di alta dipendenza pari al 4,8 % contro il 95,2 % di bassa dipendenza.

Questo dato può essere confermato dal tempo prima dell'accensione della prima sigaretta. Il 68,2% accende la sigaretta dopo oltre 60 minuti che è sveglio, contro solo 2 (1,2%) persone che accende la sigaretta nei primi 5 minuti da quando si alza.

Viceversa per la motivazione con un livello pari circa a metà tra alta e bassa. Al momento il numero delle sigarette permane alto, 56,2% dei fumatori fuma tra 11 e 20 sigarette, il 35,9% fuma sotto 10 sigarette e lo 7,9% oltre 31 sigarette.

Conclusioni

L'interruzione dell'abitudine al fumo è un momento importante nella vita dei tabagisti, non è un fenomeno "tutto o nulla" ma comporta un percorso che si snoda in varie fasi, seguendo un percorso ciclico e progressivo definito modello trans-teorico degli stadi di cambiamento di Prochaska e Di Clemente (Tab. 2).

E' necessario capire in che stadio del modello trans-teorico degli stadi di cambiamento si trovi il paziente per agire in maniera empatica e tendere all'instaurazione di un rapporto di fiducia. Implica da parte del medico anche il saper attendere lo stadio del cambiamento. Nel interruzione dal fumo è necessario stabilire un contratto tera-

peutico tra chi cura e chi è curato. Tale richiesta è il presupposto del contratto.

Al termine dello studio, il fatto che soltanto una persona possa essere definita non fumatore ha permesso di capire che l'approccio al personale militare ha sue caratteristiche proprie, e che l'ufficiale medico ha le competenze adatte.

La comunità militare è costituita prevalentemente da personale giovane, proveniente da differenti città o molto più spesso regioni differenti, pertanto si tende a sviluppare una ambiente associativo e di supporto in cui i più giovani seguono i consigli e gli aiuti degli "anziani".

Questo può favorire le abitudini imitative nei loro confronti da parte dei più giovani ed esaltare il modello sociale del fumatore. In aggiunta la suscettibilità alle pressioni dell'ambiente è diversa per ogni individuo e ha molto a che fare con il percorso educativo che egli ha compiuto. Succede allora che, al di là del piacere intrinseco che una giovane recluta possa provare, la suggestione del gruppo dei pari possa influenzarlo nelle scelte. Pertanto l'efficacia della campagna contro il fumo dipenderà notevolmente dal consenso e dall'appoggio generale della popolazione che saranno tanto più validi quanto più precoce, coinvolgente e capillare sarà stata l'informazione. Non si dovrà coinvolgere il singolo a smettere, ma l'intero "branco", in tal modo si otterrà un effetto fionda e molte più persone saranno portate a smettere ed assumere un comportamento virtuoso.

Nello studio può avere avuto influenza l'errore casuale (random). Tale errore è la divergenza, dovuta solamente al caso, di una osservazione condotta su di un campione ridotta dal vero valore delle popolazione.

All'interno della popolazione dello studio la quasi totalità dei fumatori appartiene alla categoria dei fumatori "sani", ovvero aventi il fumo come unico fattore di rischio. Per questo viene percepito meno il fumo come un pericolo.

Nella popolazione inserita nello studio, inoltre, si assiste ad una bassa dipendenza da fumo ed ad una motivazione per il 50 % bassa e 50 % alta. Questo comportamento è da spiegarsi nelle caratteristiche del militare. Svolge un lavoro turnistico, caratterizzato da molte ore di attesa e di osservazione (es. turni di guardia notturni, sorveglianze,..). Quindi a fronte di persone che sono ben consapevoli dei danni e delle conseguenze del fumo, accettano di continuare a fumare durante il lavoro, come momento per rilassarsi, senza perdere la concentrazione e l'attenzione sul proprio compito. Spesso si può sentire la frase: "dottore ma io fumo solo in caserma, a casa mai" oppure "dottore posso smettere quando voglio fumo in caserma quando sono di turno con gli altri colleghi". Questo viene anche confermato dalla media delle sigarette fumate (inferiore a 10 sigarette) nel 36% della popolazione presa a campione.

In conclusione cercare di contrastare il fumo nel personale militare è importante perché interessa prevalentemente le classi di popolazione di età compresa tra 25 e 34 anni, quindi quelle che possono essere soggette per molti anni agli effetti negativi del fumo, possono dare esempi negativi ai loro figli e ancora sono in tempo per fermare gli effetti negativi del fumo.

Consiglio ai colleghi ufficiali medici di eseguire durante le visite di idoneità annuali il counseling breve in quanto aiuta la motivazione nel smettere di fumare e nella aumentare la coscienza dei gravi danni prodotti dal fumo.



Bibliografia

- Ezzati M, Loperz AD:**
Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000.
Lancet 2003; 362 (9387): 847-52.
- Mariano ME, Elia D, Scarascia A, et al.:**
Smoking cessation: aspects of prevention and therapy.
The activity of the smoking cessation center of Parma-Italy Acta Biomed 80:42-6, 2009.
- Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, et al.:**
Increasing the efficacy of physician delivered smoking interventions.
J Gen Intern Med 6:1-8, 1991.
- Joseph AM, Muggli M:**
The cigarette manufactures' efforts to promote tobacco to the U.S. military.
Mil Med 170 (10): 847-80, 2005.
- Blake GH.:**
Smoking and the military.
NY State J Med 1985; 85: 35411.
- Sarah R, Ruth E:**
Advance and Retreat: Tobacco Controll Policy.
U.S. Military Mil Med 173 (10): 985-91, 2008.
- Terry L Conway:**
Tobacco use and the United States military: a longtanding problem.
Tobacco Control 7:219-21, 1998.
- Cucciniello G.**
Campagna di educazione sanitaria contro il tabagismo, 3 settembre 1986.
- Waugh JB, Lorish DC:**
New Guideline on treating tobacco use and dependance: 2008.
Update is an opportunity to advance 53: 1166-68, 2008.
- U.S. Department of Health and Human Services: reducing the health consequences of smoking 25 years of progress. A report of Surgeon General.**
Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Center for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
DHHS Publication No. (PHS) (CDC) 89-8411, 1989.
- Owen N, Davies MJ:**
Smokers' preference for assistance with cessation.
Prev Med 19:424-31. 1990.
- U.S. Department of Health and Human Services: Role of physician in Smoking Cessation. In The Health consequences of smoking: Chronic Obstruttive Lung Disease.**
Rockville, MD, Department of Health and Human Service p 471, 1984.
- Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, et al:**
Encouraging primary care physicians to help smokers quit: a randomized controlled trial.
Ann Internal med 110:648, 1989.
- Russell Searight H:**
Realistic Approaches to counseling in the Office Setting.
American Family Physicia 79, 4, 2009.
- Melvin CL, Dolan-Mullen P, et al.**
Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence.
Tob Control. 9(suppl 3): 80-84, 2009.
- Kottke TE:**
Observing the delivery of smoking cessation interventions.
Am J Prev Med 14:71, 1998.
- Pine D, Sullivan S, et al.:**
Promoting tobacco cessation in primary care practice.
Tobacco use and cessation volume 26 (number 3) 591-610, 1999
- Prochaska Jo, Goldstein MG:**
Process of smoking cessation: implications for clinicians.
Clin Chest Med 12:727, 191.
- Invernizzi G, Nardini S., Bettoncelli G:**
L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore Rass.
Patol. Resp. 55-70, 2002.
- Corinne G:**
Smoking cessation in Young adults.
Am J Public Health 97 (8): 1354-56, 2007.
- WHO evidence-based recommendations on the treatment of tobacco dependance (http://www.euro.who.int/document/e73285.pdf).**
Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
- Fagerstrom K.O.**
Valutare la dipendenza.
Ital Heart J, Suppl 1 53-55, 2001.
- Kottke TE, Battista RN, DeFries GH, et al.:**
Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials.
JAMA 259:2883.
- http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060110_00/testointegrale.pdf**
- Young Adult smokers: Strategies and Opportunities, R.J. Reynolds**
Tobacco Company, 29 February 1984.



The role of medical officers in smoke cessation counseling

Pasquale Giannelli *

Introduction

The tobacco industry has considered military as one of their target markets for several reasons: an easily accessible population and a large number of personnel; the opportunity to influence young people with a specific socio-economic and cultural profile; a launch point for the civil market, since the military population is integrated in each own social and family context. The tobacco industry has also developed specific means to promote their products, in the United States as well in other countries (4,5). It is well known that smoking adversely affects the ability to operate: numerous researches confirm the negative relation between smoking and different standards of performance (lower reactivity in combat training, less ability to successfully complete physical tests) (6). The effects of regular tobacco consumption are clearly incompatible with the maintenance of the required standards to perform this type of job. Statistics also show that those who smoke are more likely to consume alcohol and have lower endurance (7).

The first anti-smoking health campaigns were promoted in 1986 (8). Their aim was to spread awareness among the community about the health consequences of smoking, showing the

correlation between the substances contained in tobacco and their pathological effects. Medical officers of each Service, Unit, or Body were in charge of carrying out anti-smoking health campaigns, so they became the first target to sensitize about the most practices in running such campaigns. Banning smoking in the dormitories and granting of awards (diplomas, special leaves, etc ..) to those active duty military personnel who, according to Commanders, best contributed to spread the values of the anti-smoking campaigns among their Service, Unit, or Body. Dorm smoking ban started in 1986 and it was eventually expanded to meeting rooms, shared workplaces and collective canteens, with few exceptions.

The purpose of this practice is to influence the patient's choices before they led to serious health problems (9). Smoke cessation offers medical personnel a great opportunity for present and future health improvements (10).

In such context, infirmaries are the ideal place because the entire military personnel of each Unit are subjected to a compulsory medical examination at least once a year.

Even an intervention with a low level of effectiveness in terms of smoking cessation can produce appreciable benefits to public health, whenever it affects a consistent number of smokers. Moreover,

smokers believe that when their doctor encourages them to quit smoking, they feel more motivated to do so (11).

There are conditions (pathologies such as asthma, COPD, heart diseases or physiological conditions related to pregnancy, breastfeeding, paternity or drug assumptions, such as estrogen and progestin) that are considered "critical". Such conditions offer an opportunity for motivating the patient to quit smoking. When a request is made by the doctor, the implicit willingness to offer help often encourages some changes. When doctors invite patients with an acute exacerbation of chronic obstructive bronchitis to quit smoking, they will have a significantly higher success compared to a similar intervention directed toward the general population (12).

Counseling can therefore lead to some considerable results, also because medical officers are an important touchstone within military Units. It evaluate the patient's smoking habits and motivation. It only takes few minutes but it must meet certain requirements in order to be effective (13): it has to be performed during each medical examination; it has to be conducted by doctors or their delegated staff who must be specially trained; it needs to be presented in a clear and supportive fashion; it must focused on care plans and follow-ups; it must include a follow-up meeting shortly after

* Cap me, chief of RCST health service "Pozzuolo del Friuli".

the date of smoking cessation; every effort the patient makes must be reinforced and rewarded.

As a first-level therapy, counseling is effective: it is accepted by patients, it reduces the need for much longer and more expensive treatments as well as the need of turning to specialized second-level structures (14).

The lowest effective clinical intervention recommended by major guidelines on smoking addiction is known as the 5A's (15): Ask, Advice, Assess interest, Assist, Arrange follow-up. Here is an analysis of each component (**Table 1** - "Short" intervention (3'-5') - AHCP Agency Guidelines for Health Care Policy and Research).

Ask: identifying each smoker and asking how many cigarettes they smoke per day and how long they have been smoking. Self-assessment questionnaires on nicotine addiction can be useful to raise awareness in the patient. Data must be recorded on the patient's medical report (16) Such details on the patient's habits are employed as a note in the following meetings. Please note that it is very unlikely that a person older than 25 who has stopped for a long time or has never smoked, starts smoking. Thus, medical personnel are not required to ask the same questions every time a non-smoker with these characteristics visits the infirmary (17).

Advice: recommending all smokers to quit smoking, clearly advising them to quit. The approach adopted has to point out all positive aspects, personalizing them based on the patient's anamnesis. It is crucial to establish an alliance with the patient; the elements of the dialog which can contribute to build it are: clearly expressing that the doctor is aware of the difficulty of such choice, accepting ambivalence and resistance

and avoiding verbal and psychological conflicts with the smoker; helping patients to find their own reasons for quitting (which are not necessarily those indicated by the doctor), agreeing to talk about the "positive" aspects of smoking as well as negative ones to establish a connection with the patient, to better understand mechanisms and to support them to accept the leading role of the doctor. Discussion on the prevention of smoking-related diseases: respiratory diseases, cancers other than lung cancer, cardiovascular diseases, possible effects on the fetus. Finding relevance between smoking and current health, pathologies, social and economic costs of smoking; and/or the motivation to quit, and/or the impact of smoking on children and on other people of the family.

Assess: assessing how much patients are interested in quitting and when they want to start stopping. Evaluation of the patient's motivation status in changing habits.

Generally speaking, the approach is determined by the motivation to the change habits. Many people believe that changing complex behaviors is an activity under the control of the will. They say "if I really want to quit smoking I can do it." However, motivation is not an everything-or-nothing mechanism; it is rather a process under which each individual builds himself or herself the reasons to change a particular behavior (or keeping it). Thus people go through a series of stages which lead them to follow different patterns when facing changes. To facilitate this change, it is necessary to identify which stage of this process this person is experiencing: the following chart reports the shift from one stage to the next one. They are represented as a circle rather than a line because many patients can experience

relapses by which they go back to the contemplation stage or event to the pre-contemplation stage. The majority of those who manage to successfully eliminate nicotine addiction have experience 3 to 5 relapses (18).

Patients usually experience the pre-contemplation (people who are not interested in quitting within the next 6 months), or contemplation stages (people who are interested in quitting within the next six months, but show ambivalence about the decision to quit). Whenever they are particularly inclined to quit within the next thirty days, they experience the determination stage. Those who quit within less than six months experience the action stage, but the risk of relapse still remains. Lastly, those who keep off smoking for more than six months experience a maintenance stage. Relapse is a possible (highly likely) event that may take place during the process of cessation and it can occur both while attempting quitting smoking or after results had been reached for a specific period of time. After a few months, it is possible to observe how the percentages of people are drastically reduced and they become very low two years after the cessation (**Table 2** - Graphic representation of Prochaska and Di Clemente's model of stages).

Assist: assisting someone who is quitting smoking can be done in three ways: counseling, providing self-help tools, or turning to pharmacology. As far as counseling is concerned, three minutes would be enough for the medical personnel to establish a date for smoke cessation within the next 2-4 week and to advice on how to prepare for that day (e.g.: house, car, workplace free from any reference to smoke, involving family members, friends, relatives), recognizing the symptoms of nicotine withdrawal



and the importance of a complete withdrawal from the established day. The necessary period of time might be longer but it is important to remember that small pieces of advice are more effective than long talks: it is crucial to give short messages and then to propose to continue during the following sessions (16). Other smokers living in the house, especially the spouse, are usually associated with a lower likelihood of success in smoking cessation. Therefore, patients should think about quitting together with the other people they live with or think about how to resist if they stop smoking in a smoking environment (19).

Arrange: planning a following meeting allows to increase of about three times the likelihood of success (from 5% to 14%) (20). The medical personnel should get in touch with the patient within the first week from the day of cessation, when it is possible on the very same day. The patient should be contacted within a month, and more contacts on a regular basis within the year following the cessation are advisable. During this activity, which can be done on the phone, the doctor collects informations about the current situation and congratulates patients for their achievements. All results should be highlighted, giving a particular emphasis to symptoms (such as improvement in cardiac stress tests, cough reduction or “softening”, decreased heart rate and possible ectopic, restoration “ad integrum” of smell and taste, etc.). Risk situations for relapse are analyzed together with each individual. Whenever the follow-up activity takes place at the infirmary, pulse, pressure and body weight will be checked. In the event of a recurrence, an analysis of the circumstances that caused it will be carried out and the patient will be motivated for total cessation. Remind the patient that a recurrence can be used as a learning experience, rather than a sign of failure.

Tools and methods

This treatment includes a clinical audit on smoke habits, applying short counseling for smoke cessation according to the Italian guidelines (employed as a benchmark) and verifying the impact of such counseling over time.

This research was carried out taking under consideration the military personnel belonging to the Command Unit and Tactical Support of the “Pozzuolo del Friuli” Cavalry Brigade.

Each serviceperson undergoes an annual medical examination which encapsulates the results of 3 elements: a general medical examination, periodic blood tests, and cardiac examinations. Blood tests and cardiac examinations vary based on the age of the patient.

The general medical examination must follow a standard procedure for all servicepersons. It includes a general anamnesis in which patients are asked to talk about their tasks and about any medical examination they underwent at work; the number, length and place of foreign military missions conducted (which can affected the type of blood tests performed. For example, those who were in the Balkans must run the Mandelli protocol), smoker (if they smoke or used to smoke, if so since when), use of alcohol, defecation, diuresis, sleep-wake-rhythms, allergies and use of medicines. Former smokers are those who have quit for more than six months based on the definition provided by OMS (21).

However, the anamnesis will take under consideration the current year and the following one. Once the initial part is completed, blood tests will be analyzed, as well as cardiac tests and the physical examination which will include weight, height, BMI, radial pulse,

femoral pulse, thorax, abdomen, lymph nodes, thyroid palpation and a detailed analysis of the physical examination based on the future anamnesis.

Starting from January 2010 and for the next 12 months until December 2010 when the data obtained were analyzed, during the anamnesis every military person who smoked took the Fagerström Test (22) with some modifications (**Table 3**).

The first two questions aim to assess the intensity of physical addiction to tobacco. 1) How soon after you wake up do you light your first cigarette? Within 5 minutes (three points), 6 to 30 minutes (2 points), 31 to 60 minutes (1 point), after 60 minutes (0 points) 2) How many cigarettes do you smoke per day? 31 or more (3 points), 21-30 (2 points), 11-20 (1 point), 10 or fewer (0 points) The lower the score, the lower the dependence (0-3 points) and, conversely, the higher the score, the higher the dependence (4-6 points).

The other 4 questions concern the individual's motivation. 3) If you could do it easily, would you like to quit smoking? No (0 points), Yes (1 point); 4) how interested are you in quitting smoking?

Not at all (0 points), a little (1 point), fairly interested (2 points), extremely interested (3 points) 5) are you willing to quit smoking within the next two weeks? Surely no (0 points), perhaps (1 point), yes (2 points), definitely (3 points) 6) is there any chance you will quit smoking within the next six months? Surely no (0 points), perhaps (1 point), yes (2 points), definitely (3 points). The total score will define one of the 4 following profiles: 1) low dependence and high motivation; 2) high dependence and high motivation; low dependence and low motivation; high dependence and low motivation.

Each serviceperson was classified according to the following scheme: smoker, non-smoker, former smoker. Former smokers are those who have quit for more than 6 months based on the definition provided by OMS (21). Smokers took the modified Fagerström test to determine their level of dependence and motivation.

Smokers would receive a personalized counseling, aimed to raise awareness about their own situation and to prospect to eliminate some daily inconveniences: “shortness of breath when playing sports”; “feeling heavy headed”; “smelling like smoke”, rather than presenting it as a threat: “smoking damages your health”.

The initiative aimed to transform smoke habits in a socially unacceptable behavior and in an unpleasant habit. Therefore it is very important to encourage critical thinking in young people which will lead them to analyze whether smoking is a well-informed and aware choice instead of being an encouragement from cultural patterns, social acceptance, seen as the set of peers who carry out activities together: guard duties, armed services...

With those who demonstrated their willingness to quit, medical officers committed to establish a therapeutic alliance.

This alliance triggered conversations about the day of smoke cessation, positive consequences, difficulties to resist to the urge to smoke, potential relapses especially within the first 2 weeks. Doctors also tried to direct interventions towards the culture of health, which includes taking care of oneself, for example practicing sports or engaging in fitness activities, as well as other activities for a better well-being.

About 1 month later, all smoker personnel who show interest in quitting were personally contacted. Those who had previously shown willingness to quit were called several times within the space of a month, to strengthen and consolidate the project. Within 6 months and within one year the personnel were called to verify any improvement/worsening.

Results

At the end of the audit, it was possible to observe some interesting results: the military population can be ranked in three categories in relation with smoking habits: 39,8 % are smokers; 11,6% are former smokers (where by former smokers we intend people who have not been smoking for at least 6 months); 48,6% non-smokers.

A deeper analysis has shown smokers divided by gender: 40,1% of the study subjects were male and 36,1% were female.

Calculating the incidence rate, we observed that the numerator is the number of new people who quit smoking during the research, while the denominator is the population of smokers considered in the beginning of the research.

The study showed an incidence rate of 1 in 164, which equals to 0.6%. This means that during the study 1 single person among smokers decided to quit and he or she can be considered as a non-smoker because he/she had not been smoking for more than 6 months. Other 2 cases declared they had quit during the time of the research but have not finished the 6 months of non-smoking time and therefore they cannot be considered as former smokers. If we take into account the latter two cases, the

incidence rate we obtain is of 3 in of 164, which equals to 1,8%. This data is certainly lower than what is reported in the literature (10), but it represents a positive result when reporting this value on larger scale, especially if we consider the broader context of essential health care.

As far as dependence and motivational are concerned, it was possible to observe a particularly low percentage of high dependence which is equal 4,8% versus 95,2% of low dependence.

This data can be confirmed by the longer time to the first cigarette of the day. 68.2% of military people under analysis light the first cigarette 60 or more minutes after they wake up, only 2 people (1,2%) light the first cigarette within 5 minutes after they wake up.

Vice versa, as far as motivation is concerned, it has an equal level of half high and half low. Currently, the number of cigarettes smoked per day remains high, 56,2% of smokers smoke between 11 and 20 cigarettes , 35,9% smoke less than 10 cigarettes and 7,9% more than 31 cigarettes .

Conclusions

The cessation of tobacco use represents an important time in the life of tobacco users, it is not an “all or nothing” phenomenon and it requires a journey made of several stages, following a cyclical and progressive pattern defined as Prochaska and Di Clemente’s trans-theoretical model of stages of change model (CHART 2)

It is necessary to identify the position of the patient in one of the stages of the trans-theoretical model of stages of change in order to act in an emphatic fashion and build trust. This implies that the medical personnel needs to be able



to wait for the stages of change. In smoking cessation it is necessary to establish a therapeutic relation between the doctor and the patient. This is the requirement of such relation.

At the end of the study, the fact that even just a person can be defined as a non-smoker implies that the approach adopted by the military personnel has its own characteristics and that the medical officers have the right skills.

The military community is mainly composed of young personnel, coming from different cities or regions; this is why they tend to develop a social environment that supports them where young people are very likely to follow the advice and the assistance of the "elders".

This may facilitate the imitative habits towards them by younger people and may enhance smokers as a social model. In addition the vulnerability to pressures exerted by the environment varies from person to person and it has a lot to do with each individual's educational. Therefore, the individual pleasure that junior enlisted members might find in smoking is supported by the group's suggestion which influences his or her choices. This implies that the effectiveness of an anti-smoking campaign considerably depends on the general

consensus and on the support of the military population, the earlier and the more engaging and comprehensive the information, the better. It is not about convincing a single individual to quit smoking, but rather engaging the rest of the group in similar activities and campaigns in order to obtain a sort of slingshot effect and more people adopting a virtuous behavior.

The research might also be influenced by the casual error (or random error). This error consists in the divergence, only due to chance, of an observation conducted on a sample, reduced from the real value of the population.

Among the population of the study almost all smokers belonged to the "healthy" smoker's category, that is those having smoke as the only risk factor. This is why smoking was assumed as a low risk.

Moreover, within the population taken into account in the analysis, it was possible to observe low tobacco dependence and a 50% high and 50% low motivation. The explanation of such behavior can be found in the very peculiarities of military service members. They are usually shift workers who spend a considerable amount of hours

waiting and guarding (e.g. night guard duties, surveillance). Therefore, many of them are well aware of the consequences of smoking, but they accept them and continue to smoke at work, as a way to relieve stress without losing concentration and the necessary attention to perform their tasks. We usually hear things like: "doctor, I only smoke in the barracks, never at home" or "doctor I can stop whenever I want, I only smoke with my colleagues when on duty in the barracks." This is also confirmed by the average of the cigarettes smoked (less than 10 cigarettes) in 36% of the population under analysis.

To sum up, it is important to contrast smoking within the military personnel because it mainly concerns a population between 25 and 34 years old and therefore those people who could be effected for many years by the negative consequences of smoking, they can be a negative model for their children and they can still prevent negative effects of tobacco consumption.

What I can suggest to my fellow medical officers is to perform a short counseling during regular annual examinations as it encourages motivation to quit smoking and it raises awareness about the serious damages caused by smoking.