



I CENTRI ANTIFUMO IN ITALIA

Metodi ed esperienze

Biagio Tinghino

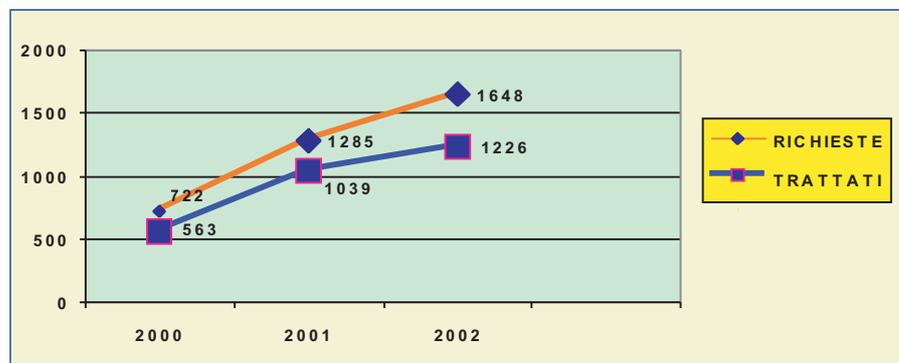
Negli ultimi quattro anni in Italia si è assistito ad un importante sviluppo del numero dei Centri Antifumo, che attualmente sono circa 345 (di cui 80 della Lega Italiana Lotta ai Tumori). Insieme al crescere delle strutture specialistiche è cresciuto il numero di persone che ad esse fanno riferimento. Si osserva una certa eterogeneità nella tipologia di prestazioni fornite e di composizione delle equipe. La maggior parte dei centri, comunque, effettua una valutazione preliminare dei pazienti, pratica tratta-

menti di disassuefazione sotto forma di counselling individuale (80%) in più colloqui o di gruppo (60%), offre la prescrizione di NRT o bupropione. Resta alta l'esigenza di formazione, di una maggiore possibilità di integrazione fra le varie risorse professionali (medici, psicologi, infermieri etc...), di un inquadramento istituzionale di questi servizi e di un adeguato riconoscimento delle prestazioni erogate. Emerge

infine la necessità dell'assegnazione di risorse costanti e specifiche.



La storia dei trattamenti di disassuefazione dal fumo è lunga, più lunga di quanto sembra se si osserva il fatto che più della metà dei Centri Antifumo italiani ha iniziato la propria attività negli ultimi quattro anni. Importato dagli Stati Uniti nel 1975 e sostenuto dalla Lega Vita e Salute della comunità avventista, il "Piano dei 5 giorni per smettere di fumare" fu il primo approccio importante al problema, con migliaia di persone che lo seguirono e centinaia di edizioni. Nel 1986 fu la Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, insieme a quanti avevano già esperienza nel settore a lavorare attorno ad un "metodo". La nascita dei primi centri di disassuefazione risale alla fine degli anni '80, in particolare in Veneto ed in Emilia Romagna. Oggi i posti presso i quali si può effettuare un trattamento antibagico sono 345 in tutto il territorio nazionale, stando ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità, che sul proprio sito fornisce una mappatura dei vari centri e censisce alcune tra le caratteristiche salienti dei servizi forniti da



Andamento delle richieste di trattamento presso i Centri Antifumo lombardi

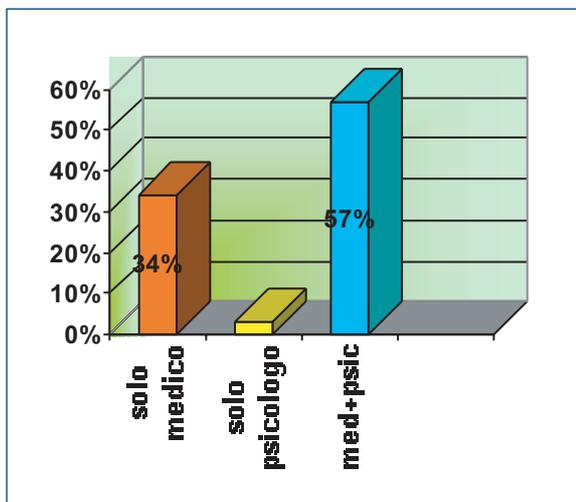
ciascuno di essi. Il dato è probabilmente sottostimato perché non sono riportati alcuni centri privati e le attività che continuano ad essere svolte in ambito squisitamente volontaristico, o nel contesto di altre realtà cliniche (Ser.T. o ambulatori di Pneumologia, per esempio) che non hanno formalizzato l'offerta. Nel numero sono comprese le 80 sezioni della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, presso le quali vengono generalmente condotti corsi di disassuefazione. Se la crescita del numero dei centri negli ultimi anni (correlato, ovviamente, ad un aumento dei pazienti trattati) è un dato sicuramente incoraggiante e dimostra l'aumentata sensibilità degli

operatori verso il problema, l'analisi più dettagliata delle metodologie adottate e delle scelte operative mostra una realtà più eterogenea.

Gli operatori, la distribuzione sul territorio, il livello di integrazione

Il primo dei problemi, per esempio, è costituito dal cosa si intenda per "Centro Antifumo". Già una panoramica superficiale ci permette di evidenziare

Biagio Tinghino
 Coordinamento gruppo di lavoro sui Centri di Disassuefazione, Regione Lombardia
 Centro Antifumo di Monza (btinghi@tin.it)



Tipologia di personale operante nei Centri Antifumo in Italia

grosse diversità nell'identificazione delle figure professionali che compongono o dovrebbero comporre l'organico di questi servizi. Il medico è presente nel 98% di queste strutture, mentre lo psicologo nel 55% dei casi circa.

plinare integrata, composta almeno da un medico e da uno psicologo).

La distribuzione geografica dei servizi fa pendere la bilancia, in modo molto forte, verso il Nord, dove i centri sono più numerosi. Da Roma in su (escluden-

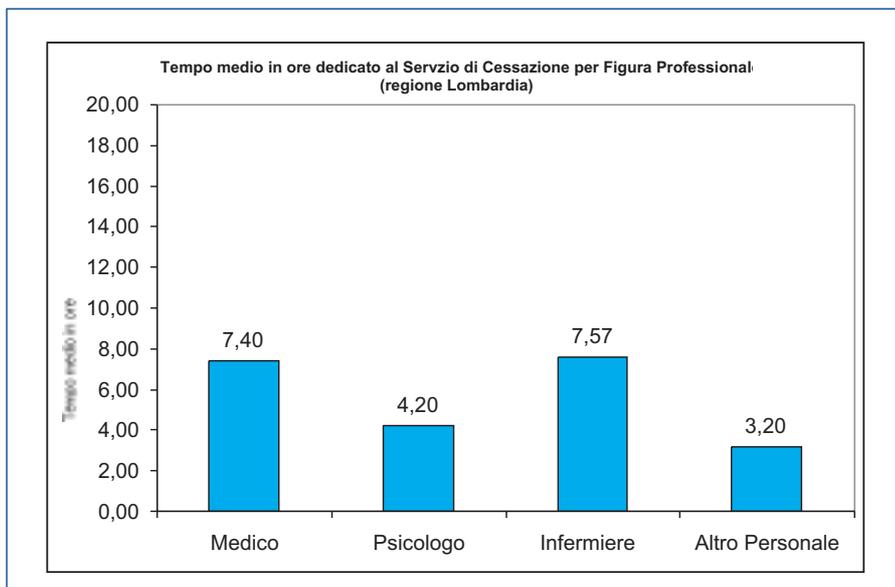
corso di separazione dalla sigaretta. Sono in aumento, però, le sezioni dove si pratica un approccio "integrato", ossia che prevede l'uso di NRT o bupropione. Questa prima discrepanza (presenza delle figure professionali) ha portato il gruppo regionale lombardo sui centri di disassuefazione a proporre una distinzione tra Ambulatori Antifumo (dove opera un professionista) e Centri Antifumo (luoghi dove esiste una equipe multidisciplinare).

dono generalmente ad effettuare iter diagnostici che comprendono esami di funzione respiratoria, soprattutto spirometrie, e dare molta importanza alla valutazione diagnostica delle patologie correlate al fumo. Quasi assenti, invece, sullo scenario i reparti di cardiologia. Gli operatori che provengono dai Ser.T. tendono a privilegiare gli aspetti psicodiagnostici e relativi al grado di dipendenza. Resta il dato positivo di un generale consenso sulla necessità di un percorso valutativo, sia pur minimo, che permetta di indagare sulla motivazione e sul grado di dipendenza dal fumo. Non occorre, però, sottovalutare le scelte di gruppi "aperti" o a libero accesso, che rappresentano un'esperienza importante soprattutto in alcune regioni (Trentino, Veneto) dove i gruppi per tabagisti hanno ricalcato il lavoro compiuto con gli alcolisti e dove il fulcro dell'attività sono spesso dei volontari o ex-fumatori.

La formazione, i modelli terapeutici

Dati rilevati nella regione Lombardia evidenziano come il 78,5% degli operatori ha ricevuto una formazione specifica, mentre il 7% non ha seguito un percorso formativo.

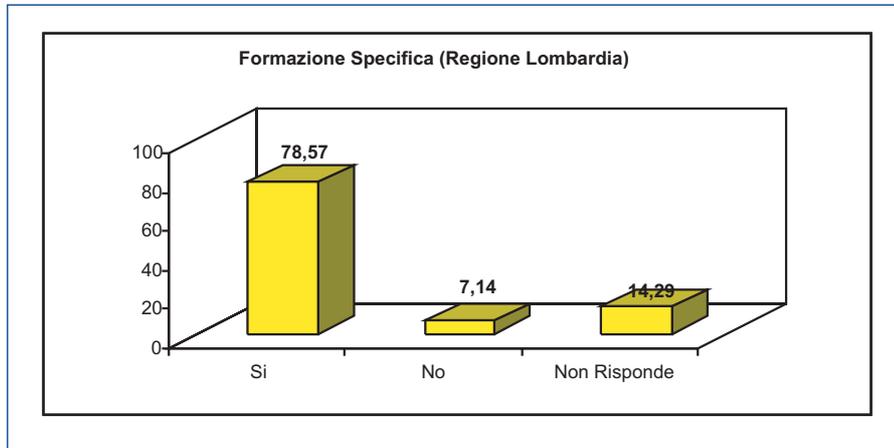
Accomunando il 7% dei non-formati al 14% di chi non risponde (posizione quantomeno dubbia), emerge un 21% di personale la cui competenza professionale è più di natura esperienziale che non strutturata. In risposta a questo bisogno sono state svolte, a cavallo tra il 2003 e il 2004, ben tre edizioni di un corso regionale di formazione, che hanno visto coinvolto quasi un centinaio di operatori. Le lacune in ambito formativo non devono sorprendere, soprattutto se si pensa che la maggior parte degli sforzi sono iniziati solo nel 1999 (se si eccettuano i corsi della LILT), grazie anche al rinnovato interesse nei confronti del fumo derivante dall'immissione in commercio del bupropione e dal costituirsi di gruppi di lavoro sempre più importanti, sia a livello regionale che nazionale. Decisivo è, in questo senso, l'input dato dalla Consulta Nazionale sul Tabagismo e dalla SITAB.



Un'equipe che preveda entrambe le figure professionali è disponibile solo nel 54% dei casi. Una situazione diametralmente opposta invece è stata illustrata di recente in un convegno della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, tenutosi a Milano il 9 giugno. Meno del 20% delle sezioni che tengono corsi per smettere di fumare fanno riferimento ad un intervento medico specifico e alla prescrizione di farmaci. In questo caso l'intervento è affidato quasi esclusivamente alla gestione psicologica del per-

do il Lazio) sorgono infatti ben il 75% delle strutture. La Lombardia risulta la regione a più alta densità, con 45 centri censiti, anche se occorre ricordare che è una delle più popolate del territorio nazionale.

L'accesso alle strutture è regolato in modo assolutamente eterogeneo e lo stesso iter di valutazione del fumatore risente ancora molto del contesto culturale in cui si sono formati gli operatori e in cui operano. I molti servizi collegati alle divisioni di pneumologia ten-



Gli interventi praticati nei Centri Antifumo risentono delle risorse umane disponibili e della storia degli operatori. In molti casi la presenza di una equipe multidisciplinare è garantita da accordi interdipartimentali, interaziendali, o da convenzioni tra enti pubblici e privato sociale. Nei servizi ospedalieri, dove più difficilmente è disponibile uno psicologo, è in genere il solo medico a gestire la terapia. Nell'80% dei casi viene praticato un counselling individuale, per lo più nell'ambito dei 2-6 incontri (40% dei casi circa), spesso per un numero di sedute comprese tra 7 e 10 (13-15%), molto raramente per più di 10 incontri o per meno di due. L'alta frequenza del counselling individuale si affianca ad una percentuale abbastanza alta di inserimento dei farmaci nei modelli di trattamento. Si può dedurre che il counsellor più frequente è quindi un medico che opera in ambito ospedaliero e che insieme ad un certo supporto sul piano comportamentale fornisce anche la possibilità della prescrizione di NRT o bupropione. Mentre non ci sono dati di letteratura che controindichino un numero di incontri elevato, e quindi un monitoraggio attento e prolungato della disassuefazione, generano perplessità gli interventi "specialistici" fondati su un solo colloquio o due. La Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, al contrario, privilegia l'approccio di gruppo, per cui sono molto rari gli interventi individuali.

Le terapie di gruppo sono praticate in circa il 60% dei centri e nella maggior parte dei casi vengono effettuati più di 6 incontri (55%, versus il 7% che effettua 2-6 incontri). Se si confrontano i dati

della presenza degli psicologi con quella di utilizzo del gruppo come strumento terapeutico si osserva una certa sovrapposizione di cifre. Si può dunque ragionevolmente pensare che la conduzione dei gruppi raramente è effettuata da medici o personale sanitario. Nella maggior parte dei casi sono gli psicologi a gestire i gruppi o figure dell'area psico-sociale (educatori, assistenti sociali).

Le modalità di conduzione dei gruppi non sono standardizzate. In alcuni casi l'esperienza ha condotto alla formulazione di strategie abbastanza direttive, fondate sul rinforzo positivo e sull'autoaiuto, con un profilo di intervento basso sul piano psicologico. Si tratta di metodi derivati dal Piano dei 5 giorni e che utilizzano le risorse di volontari o personale non laureato. In altri casi (Lega Italiana per la Lotta ai Tumori) l'impostazione è prevalentemente psicologica, frequentemente di tipo psicodinamico. Il percorso proposto prevede uno stimolo importante alla consapevolezza e al riconoscimento del "sintomo fumo", nonché all'elaborazione delle problematiche dell'abbandono dell'abitudine tabagica, dell'astinenza e della gestione delle gratificazioni. Nell'ambito di questo metodo, però, gli strumenti comportamentali sono diversi ("diario del fumatore", "calcolo dei soldi spesi", "rischi e tattiche" etc...) e vengono utilizzati a seconda dei casi e dell'orientamento dell'operatore. Stanno sempre più emergendo, infine, gli approcci "integrati" che prevedono la collaborazione stretta di psicologi e medici (o figure sanitarie), sia nella fase di valutazione che di terapia. I medici,

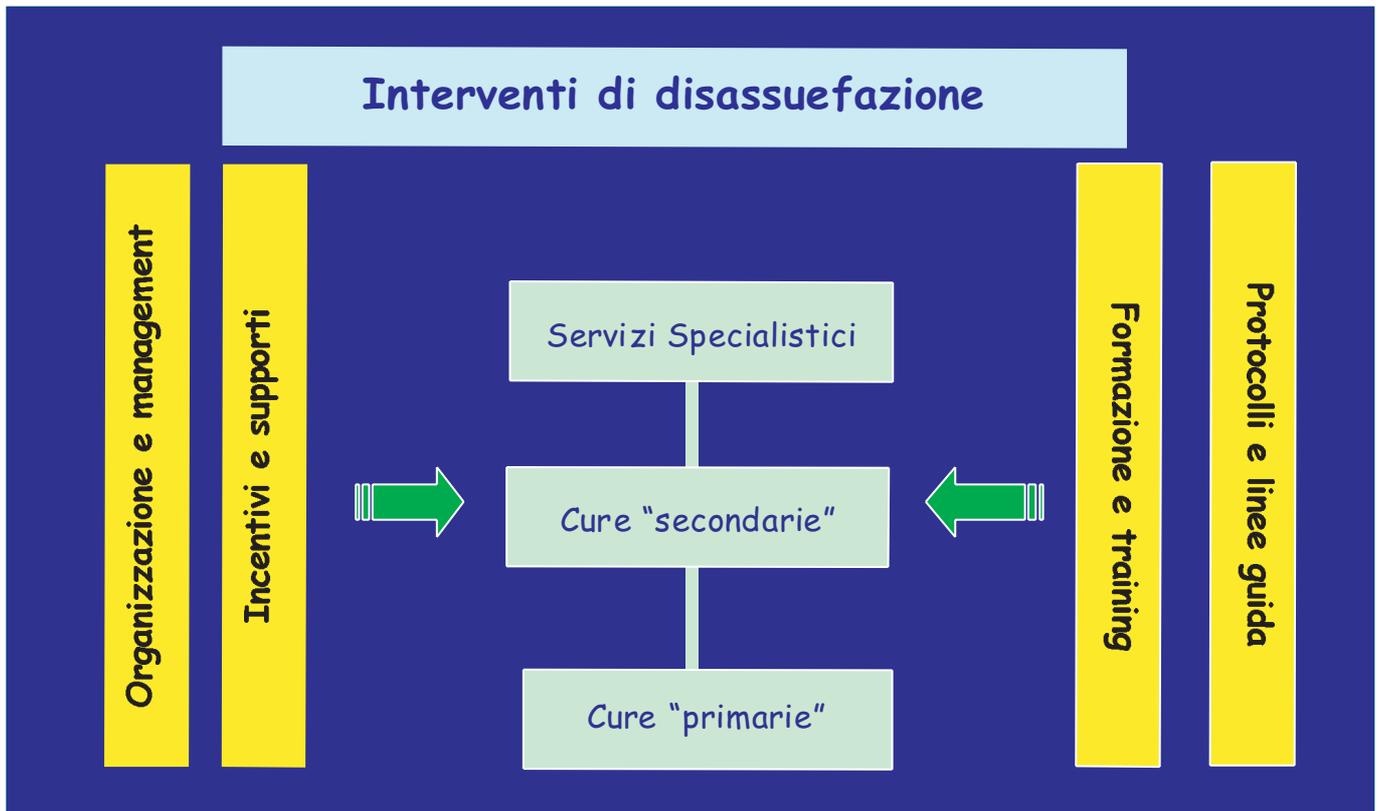
oltre che prescrivere i farmaci, si occupano generalmente del counselling sulle problematiche astinenziali e forniscono un supporto rispetto ai problemi dietologici.

Un peso molto importante rivestono le terapie alternative, prima fra tutte l'agopuntura. Pochi invece praticano l'ipnosi, tecniche di training o associano suggerimenti di fitoterapia. L'elevata frequenza con cui i centri dichiarano di praticare l'agopuntura, nonostante la mancanza di letteratura scientifica che dimostri in modo inequivocabile la sua efficacia, deve fare riflettere. È possibile che la pratica clinica suggerisca una certa efficacia di questi trattamenti, da cui la necessità di una più attenta valutazione di queste esperienze, come si sta cercando di fare sia nell'ambito di uno studio sull'efficacia dei trattamenti coordinato dall'ISS, sia nell'ambito di una multicentrica con profilo osservazionale (sul metodo Acudetox) che partirà nell'ottobre 2004 nella Regione Lombardia e che riguarda l'ambito più generale delle tossicodipendenze.

L'efficacia, l'aspetto organizzativo

L'efficacia dei trattamenti praticati in Italia non è stata finora testata in modo regolare, né sono standardizzate le metodiche di valutazione dei pazienti. Pochi centri ancora adottano la rilevazione del Co espirato e non tutti praticano i follow-up.

Rispetto alle esperienze finora compiute, però, alcuni dati sono noti. Sappiamo, per esempio, che il Piano dei 5 Giorni ha fornito una percentuale di astinenti a fine corso che varia tra il 75 e il 90%, mentre a fine anno si attestava intorno al 38%. La presenza ai gruppi di sostegno era di circa il 25% dei fumatori che frequentavano il corso iniziale. Nell'ambito dei corsi tenuti dalla Lega, sono stati prodotti negli ultimi anni dati significativi. Dei 1032 partecipanti considerati nell'area fiorentina aveva smesso il 65% a fine corso e ad un anno il 32%, a Milano su 499 partecipanti il 67% era astinente a fine corso e il 42% ad un anno. I dati del Centro Antifumo-Ser.T. di Ferrara e di quanti nella stessa



regione seguivano il metodo dei gruppi "aperti" mostravano un'efficacia del 40% ad un anno, che saliva al 50% su chi aveva partecipato almeno al 50% degli incontri. Una valutazione effettuata su tre centri della Lombardia forniva un dato di circa il 23% ad un anno. Per quanti rilevano gli esiti, tramite intervista telefonica, occorre però considerare un correttivo, a causa di una percentuale di pazienti che non dichiarano il vero o non si considerano fumatori, pur fumando occasionalmente o poche sigarette.

L'aspetto probabilmente più precario è costituito dal riconoscimento formale dell'attività svolta. In moltissimi casi i centri operano de facto, ma non sono stati approvati con una delibera, non hanno un organico di personale dedicato e si reggono sulla buona volontà degli operatori che devono anche occuparsi del loro lavoro "istituzionale", diverso dal trattamento del tabagismo. Poche regioni si sono dotate di strumenti normativi che riconoscono l'esistenza dei centri antifumo e la valorizzazione, anche economica, delle prestazioni erogate è precaria. Ci si deve rivolgere a voci simili del nomenclatore, col rischio che alcune prestazioni siano

fuori dai LEA. Nota dolente resta il costo dei farmaci di supporto, sia nicotini che bupropione. Il fumatore deve pagare di tasca sua le medicine, anche se è noto che l'uso di questi prodotti può arrivare a raddoppiare l'efficacia dei trattamenti.

I bisogni e le prospettive

Una riflessione complessiva sul problema fa emergere, dunque, aspetti incoraggianti, che mostrano la crescente attenzione verso la disassuefazione da fumo e lo svilupparsi delle competenze nel nostro paese. A fianco di tale considerazione, vanno tuttavia sottolineate le tante aree critiche. Occorre infatti ribadire la necessità di un approccio integrato alla dipendenza tabagica, che non può essere vista unicamente come problema psicologico o - viceversa - come dipendenza neurochimica. I dati

di letteratura indicano nell'integrazione degli interventi il gold standard per chi si occupa di disassuefazione. Si rende indispensabile una più omogenea formazione degli operatori, i quali devono almeno parzialmente staccarsi dal loro background culturale e clinico per calarsi in una professionalità "diversa", che richiede competenze specifiche. I trattamenti devono rispondere a requisiti di efficacia, convenienza, sicurezza. Essi debbono altresì risultare realmen-

te disponibili considerato anche il fabbisogno, facilmente accessibili nonché accettabili rispetto al contesto socio-culturale entro il quale l'offerta viene formulata.

I Centri Antifumo, stando ad un modello proposto dal Ministero della Salute olandese, dovrebbero essere inseriti in un conte-

sto multilivello di politica sanitaria. Questo disegno di rete è stato formulato in collaborazione col Dutch Research





Centri Antifumo in Italia i bisogni e le prospettive

- Esigenza di percorsi formativi e di confronto comuni
- Individuazione di indicatori di qualità/criteri di accreditamento delle strutture che permettano di superare l'autoreferenzialità
- Maggiore adesione a modelli terapeutici fondati sulla medicina basata sulle evidenze
- Analisi dei costi/benefici
- Valorizzazione economica degli interventi, con inserimento delle prestazioni nei LEA
- Monitoraggio delle attività dei centri
- Valutazione degli interventi, sia sul piano della accessibilità, diffusione e appropriatezza che dell'efficacia

Bibliografia:

1. www.ossfad.it
2. Alberisio A., Bollettini C., Di Iorio A., Gamba A., Malvezzi E., Morasso G., Ottaviano M., Quaranta M., Terrone R., I gruppi per la disassuefazione dal fumo, note metodologiche, Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, 2002
3. Cuccia G., I corsi di disassuefazione dal fumo nella Azienda ULSS 15 del Veneto: "In cinque giorni puoi smettere di fumare", in "Tabagismo: clinica e prevenzione", Edizioni Regione Toscana, 2002, 151-157
4. Gorini G., Chellini E., Terrone R. et al, "Il corso per smettere di fumare organizzato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Firenze": determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno", *Epid. Prev.* 1998, 22: 165-170
5. Laezza M., "Modello terapeutico ed organizzativo del Centro Antifumo di Ferrara", in "Tabagismo: clinica e prevenzione", Edizioni Regione Toscana, 2002, 158-171
6. Mangiaracina G., "GFT - Manuale per Operatori dei programmi anti-fumo", GEA Progetto Salute, Roma 1999
7. Eva Jané-Llopis, Peter Anderson and Annelies Jacobs, A registry to organize and improve services for the treatment of tobacco dependence; Centre for Quality of care Research, WOK, University of Nijmegen, The Netherlands

Consortium of the Partnership Project e con gli esperti del Centre for Quality of care Research olandese, in un'ottica coerente con le linee guida statunitensi e inglesi sul trattamento del tabagismo. Stando a questo modello, occorrono almeno tre livelli di intervento: uno strategico e di politica sanitaria, uno che riguarda i servizi e un altro di Health Practice. Le istituzioni, dunque, deputate al ruolo di primo livello dovrebbero fornire il supporto manageriale, legislativo e organizzativo. Esse dovrebbero assicurare incentivi e supporti sia ai servizi specialistici che a chi si occupa di cure primarie. Dall'altra parte, la funzione degli "esperti" (e qui trovano il loro ruolo fisiologico le società scientifiche, i gruppi di lavoro, le commissioni tecniche) devono proporre la formazione e il training, le linee guida e i protocolli. Diventare specialisti della disassuefazione richiede un salto di qualità, che è costituito dall'approccio globale al paziente. Servono competenze farmacologiche, tossicologiche, mediche generali, ma anche psicologiche e relazionali. E spesso queste competenze sono richieste, sia pur con diversa modalità, allo stesso operatore, anche

se questo opera nel contesto di una équipe. Ne deriva la necessità di una formazione più omogenea, perché siano seguite procedure di valutazione e di trattamento basate su evidenze scientifiche, pur nel rispetto delle diverse esperienze.

Infine si deve sottolineare l'urgenza di definire meglio l'assetto organizzativo e istituzionale dei Centri Antifumo, che devono essere riconosciuti formalmente e le cui prestazioni devono essere inserite a pieno titolo tra i livelli minimi di assistenza garantiti ai cittadini. Questo aspetto è stato, in particolare, messo al centro dell'attenzione nel recente Convegno Regionale "Liberi dal fumo" tenutosi a Pavia il 27 maggio scorso, da cui è emerso un documento di *consensus* che è stato mandato anche al Ministro della Salute.

È necessario superare la fase del coraggioso pionierismo per giungere a quella dell'efficace intervento sul territorio, col concorso delle istituzioni e con risorse adeguate e certe. Questo è l'unico passaggio che può segnare una svolta nella storia dei trattamenti di disassuefazione in Italia.