

Gratuità dei farmaci: un incentivo per l'incremento degli accessi ai centri per la cura del tabagismo

Free medications to increase the number of patients who use the centers for the treatment of tobacco addiction

Alessandro Vegliach, Rosanna Ciarfeo Purich, Riccardo Tominz, Ottaviano Cricenti, Giulia Generoso, Salvatore Ticali

Riassunto

Introduzione. Il tabagismo, al pari delle altre dipendenze patologiche, è una malattia cronica recidivante. I centri per la cessazione del fumo dei servizi sanitari pubblici devono pertanto cercare di incrementare il numero di accessi al fine di creare una cultura della cessazione assistita.

Materiali e metodi. Per incrementare gli accessi all'Ambulatorio tabaccologico dell' Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste si è agito su: accessibilità, visibilità, qualità delle cure e gratuità (di farmaci e prestazioni). La somministrazione diretta e gratuita dei farmaci per lo svezzamento è risultata essere cruciale per l'incremento degli accessi.

Risultati. Nell'arco temporale 2006 - 2010 gli accessi all'Ambulatorio tabaccologico del Centro per la Prevenzione e la Cura del Tabagismo sono quintuplicati, raggiungendo quota 527 pazienti nel 2010.

Conclusioni. Nei primi mesi del 2011, pur essendo sospesa la somministrazione gratuita dei farmaci, il flusso di utenza all'Ambulatorio rimane elevato. Ciò comprova che campagne che prevedano, anche per un tempo limitato, la gratuità delle cure farmacologiche, aumenta il numero di persone che per smettere di fumare ricorrono all'aiuto di un centro specialistico del servizio pubblico.

Parole chiave: Cessazione dal fumo; Gratuità dei farmaci; Centri per la cura del tabagismo.

Introduzione

I sistemi di osservazione epidemiologica nazionali e locali indicano in modo univoco che solo una quota

Summary

Introduction. Smoking dependence, like other addictions, is a chronic relapsing disease. In Public Health Service, the centers for smoking cessation should therefore seek to increase the number of accesses in order to create a culture of assisted cessation aimed at change in lifestyle.

Materials and methods. To increase access to the Center for Treatment of Tobacco Dependence in Territorial Health Agency of Trieste, we acted on: accessibility, visibility, quality of care and offering free health services and drugs. The direct administration of free drugs for weaning has proven to be crucial to increase admissions.

Results. In the time period 2006 - 2010 access to the Center for Treatment of Tobacco Dependence increased five-fold, reaching 527 patients in 2010.

Conclusions. In early 2011, despite the suspension of the administration of free drugs, there remains a high flow of users to the Centre. This confirms that providing drugs for free, even for a limited time, increases the number of people who ask for specialized centers of public service in order to quit smoking.

Keywords: Smoking cessation; Drugs free of charge; Centers for treatment of tobacco addiction.

esigua di tabagisti smette di fumare con l'aiuto di un centro specialistico sono. Il sistema di monitoraggio Passi conferma che in Italia come a Trieste solo il 2% dei

Alessandro Vegliach

(alessandro.vegliach@ass1.sanita.fvg.it)
psicologo psicoterapeuta, Centro Interdipartimentale
Prevenzione e Cura del Tabagismo, Azienda per i
Servizi Sanitari 1 Triestina

Rosanna Ciarfeo Purich

medico igienista, responsabile del Centro
Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo,
Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina

Riccardo Tominz

medico epidemiologo,
Centro Interdipartimentale Prevenzione
e Cura del Tabagismo, Azienda per i Servizi Sanitari
1 Triestina

Ottaviano Cricenti

medico psichiatra, Centro Interdipartimentale
Prevenzione e Cura del Tabagismo,
Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina

Giulia Generoso

psicologa, Centro Interdipartimentale Prevenzione
e Cura del Tabagismo, Azienda per i Servizi Sanitari
1 Triestina

Salvatore Ticali

medico igienista, responsabile
della Struttura Complessa Dipendenza
da Sostanze Legali, Azienda per i Servizi Sanitari
1 Triestina

fumatori smette con l'aiuto dei centri per la cessazione del fumo [1,2].

Questo dato diviene drammatico se confrontato con l'efficacia delle varie modalità di cessazione che raggiunge i livelli più alti (38%) [3] proprio tra i fumatori che smettono con l'aiuto di un centro specialistico che basi la cura sui metodi *evidence based*. Risulta viceversa molto bassa l'efficacia per chi smette da solo (1%). Ciò nonostante il 93% di chi smette [2] prova a farlo senza alcun supporto, con modalità *naive*, che portano nella quasi totalità dei casi a ricadere nell'arco del primo anno di astinenza.

L'ampia discrepanza tra i tanti che tentano di smettere ed i pochi che lo fanno con la modalità che garantiscono la miglior riuscita impone alcune riflessioni per migliorare le politiche di cura dei centri pubblici per la cessazione del fumo.

Sin dalla fine degli anni '50 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito le dipendenze patologiche come malattie croniche recidivanti. La scoperta e la progressiva definizione degli aspetti compulsivi che spingono l'astinente verso il riutilizzo della sostanza ha permesso alle aziende sanitarie di orientare la cura dei fenomeni di *addiction* organizzando strutture specialistiche che trattino anche gli aspetti legati alla cronicità [4].

Il tabagismo risulta essere, a pieno titolo, una dipendenza patologica e come tale inserita tra i quadri di sofferenza psichica ordinati sull'asse I° del DSM IV° Tr [5]. Esso evidenzia infatti, fatto salva la componente di degrado e marginalità sociale [6], tutti gli aspetti complessivi delle altre dipendenze patologiche: la crisi di astinenza, il *craving*, la sensibilità alle ricadute, un certo grado di immaturità affettiva [7]. Tutto ciò è ben rappresentato nello storico studio di Hunt [8] che evidenzia come il tasso di ricadute ad un anno dalla fine del trattamento tra un gruppo di eroinomani ed un gruppo di tabagisti sia pressoché identico (Grafico 1). Questo testimonia chiaramente le difficoltà

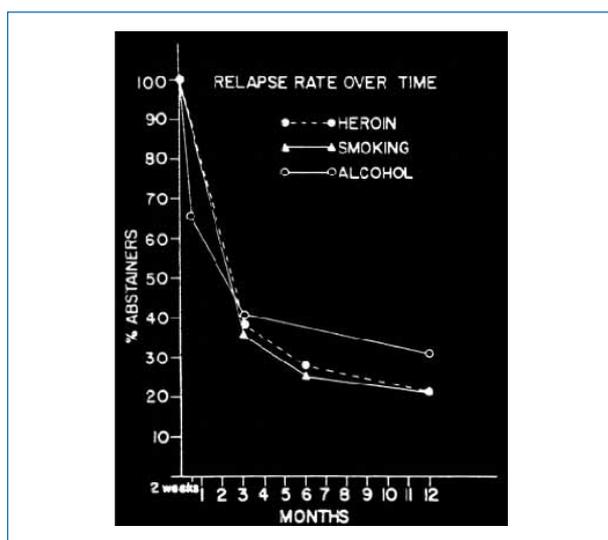


Grafico 1 tasso di ricadute ad un anno dalla fine del trattamento in alcolisti, eroinomani e tabagisti (Hunt et al., 1971).

tecniche nella cura del tabagismo che prevede quindi, al pari delle altre tipologie di *addiction*, alti tassi di recidive, alto numero di *drop out*, scarsa *compliance* alle cure specie nella fase di stabilizzazione; da qui la necessità di attivare presidi stabili nella fase di mantenimento dell'astinenza.

È quindi auspicabile un ripensamento delle organizzazioni di cura del tabagismo strutturandole sui bisogni, estremamente complessi del dipendente da fumo di tabacco. Gli aspetti di cronicità e la scarsa propensione, da parte del tabagista, ad essere pienamente critico sulla gravità della dipendenza dovrebbe spingere i centri specialistici operanti sul territorio a riflettere non solamente sull'efficienza/efficacia, peraltro importantissima, delle cure fornite, ma anche sullo sviluppo di politiche che favoriscano l'accesso dei tabagisti verso i sistemi di cessazione assistita. In altri termini si tratta di orientare le risposte ai bisogni del tabagista adattandosi alla complessità propria di questa patologia. Tutto questo, necessariamente, orienta i centri per la cura del tabagismo agenti sul territorio verso una riorganizzazione più articolata, che li porta a diventare centri non solo di cura ma anche di prevenzione, sistemi cioè che forniscano risposte complesse alle problematica e non solo le terapie previste nella fase di svezamento. A Trieste questo ha portato alla nascita del Centro Interdipartimentale per la Prevenzione e Cura del Tabagismo, dove collaborano, integrando le loro specificità, il Dipartimento delle Dipendenze ed il Dipartimento di Prevenzione.

Metodi

I fattori cruciali [9] per incrementare gli accessi ad un centro e al connesso ambulatorio tabaccologico sono:

- *accessibilità logistica*: il centro deve risultare facilmente raggiungibile quindi collocato entro realtà del tessuto urbano servite dai servizi di trasporto pubblico, possibilmente entro aree sanitarie ad accesso eterogeneo (es. distretti sanitari, servizi poliambulatoriali, ecc.);
- *accessibilità burocratica*: il centro dovrebbe prevedere la possibilità di accesso diretto, senza il bisogno di impegnativa medica. Pur se la collaborazione con i medici di base risulta cruciale, specie in fase di sensibilizzazione e mantenimento del tabagista, è bene rendere, per quanto possibile, rapida e diretta la possibilità di contatto e presa in carico da parte dei servizi specialistici;
- *visibilità*: organizzare ed attuare corsi formativi sulle cure del tabagismo in vari ambienti sanitari, scolastici, istituzionali e prevedere campagne informative sull'esistenza del centro con pieghevoli e locandine esposti nei luoghi sanitari (es. farmacie, studi MMG);
- *qualità del servizio*: applicare pratiche di cura *evidence based* che prevedano la definizione concordata di progetti di cura individualizzati nel rispetto dei tempi soggettivi seguiti dallo sviluppo di programmi di *follow up* atti a presidiare almeno il primo anno di astinenza;
- *gratuità delle prestazioni*: al pari degli altri pazienti affetti da dipendenza, il tabagista deve poter fruire di cure interamente gratuite che non prevedano necessità di *ticket*;

ANNO	Pazienti trattati con Vareniclina	Pazienti trattati con NRT
2010	296	72
2009	235	64
2008	92	42

Numero di pazienti trattati con terapie farmacologiche gratuite dispensate direttamente dall'ambulatorio del Centro Interdipartimentale per la Prevenzione e Cura del Tabagismo dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste. I dati del 2008 si riferiscono al solo periodo settembre-dicembre.

- *gratuità dei farmaci per lo svezzamento*: fattore estremamente importante ma con diverse criticità che ne rendono difficile l'attuazione, specie in un periodo, come l'attuale, di isorisorse.

Quest'ultimo punto è particolarmente rilevante. Il Servizio Sanitario Nazionale non contempla la copertura economica dei farmaci per la cessazione del fumo, contrariamente a quanto avviene in molti altri paesi del mondo occidentale. Visti i costi sanitari legati alle conseguenze del tabagismo alcuni stati (UK, Irlanda, Australia) prevedono rimborsi pieni, altri (US, Svezia, Francia) rimborsi parziali [10]. La riduzione delle spese vive sostenute dai pazienti per terapie antifumo efficaci è quindi un intervento raccomandato dalle principali *community guide* internazionali [11,12]. Questo tipo di intervento risulta infatti efficace nell'aumentare la *compliance* dei pazienti. Con la proposta, dopo valutazione medica, di fornitura diretta del farmaco adeguato per lo svezzamento da parte del Centro si agisce sia favorendo l'entrata in cura degli indecisi sia delle persone con oggettive difficoltà economiche.

Ripercorrendo quindi l'esperienza degli Stop Smoking Service inglesi, il Centro di Trieste ha iniziato a dispensare direttamente e gratuitamente i farmaci per la cura (vareniclina tartrato, NRT in forma di cerotti e compresse) e dei presidi (inalatori privi di nicotina) al fine aumentare il numero degli afferenti al Centro [13]. La prima fornitura di vareniclina data giugno 2008. La Direzione Generale dell'Azienda, accertato che nel 2008 gli interventi in tema di tabagismo erano inseriti nei LEA, considerato che il Programma "Guadagnare Salute" sottolineava come il 77% degli anni di vita perduta e il 75% delle spese sanitarie sono causate da patologie che hanno in comune fattori di rischio modificabili e correlati ad alcuni stili di vita e tenuto conto che il far-

maco più efficace per trattare il tabagismo tra tutte le monoterapie riconosciute [14] risultava essere la vareniclina, deliberava di promuovere sperimentalmente una campagna di disassuefazione gratuita acquistando una partita di farmaco a prezzo concordato, farmaco gestito e dispensato direttamente dall'ambulatorio tabaccologico del Centro.

Nel 2008 il Centro vinceva il premio Formez "guadagnare salute" e la Direzione dell'Azienda determinava che tale premio venisse utilizzato per l'acquisto di farmaci per la cura dei tabagisti. Da qui l'acquisto di vareniclina tartrato e di nicotine sostitutive (NRT) in forma di cerotto e di compresse (per ampliare la scelta di trattamenti farmacologici e per i casi di effetti collaterali alla vareniclina). Si acquisivano inoltre inalatori privi di nicotina per coprire, nella fase di svezzamento, gli aspetti legati alla gestualità.

Nel 2010 al Centro veniva assegnato dall'Istituto Superiore di Sanità il premio "Fumo, salute e sanità". Anche in questo caso la Direzione aziendale determinava di utilizzare il premio in denaro nell'acquisto di equivalente quantità di vareniclina. Attualmente l'Azienda sta deliberando l'acquisto di una nuova partita di vareniclina visto l'esaurimento totale delle confezioni di farmaco a suo tempo acquisite.

Risultati

Nell'arco temporale settembre 2008 – dicembre 2011 sono stati trattati con farmaci gratuiti 801 pazienti (Tabella 1),

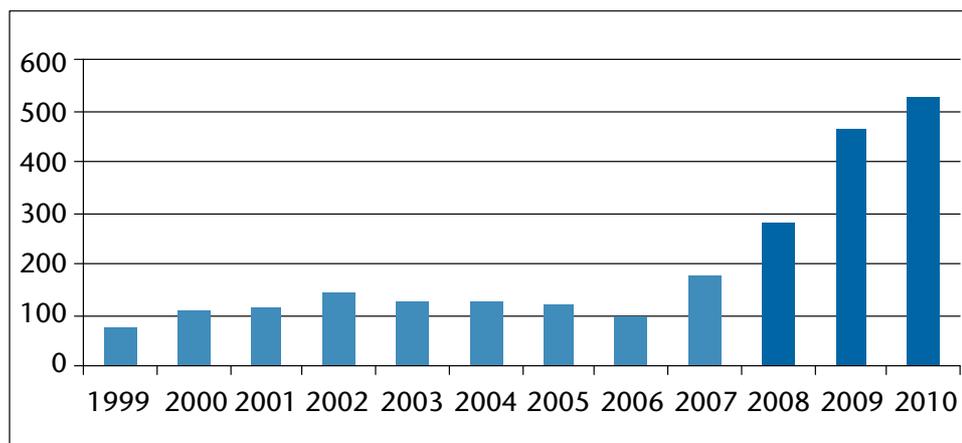
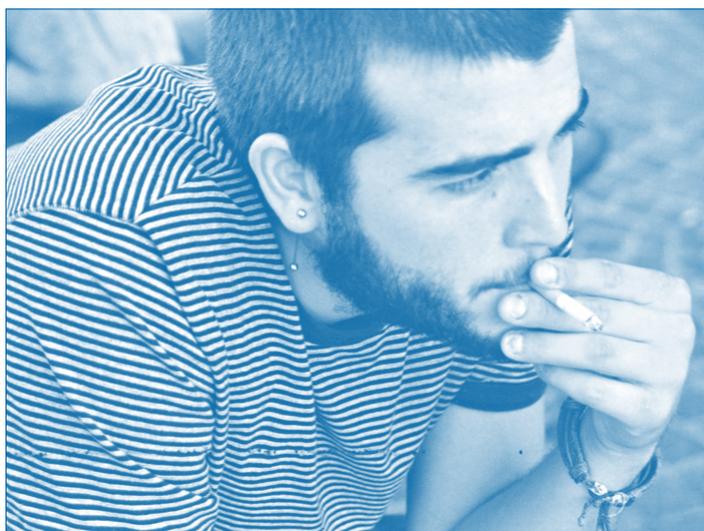


Grafico 2 Flusso di utenza dell'ambulatorio tabaccologico del Centro dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste nel periodo 1999 – 2010. La gratuità delle cure farmacologica è iniziata a settembre 2008 e si è conclusa nei primi mesi del 2010.

il 78% con vareniclina ed il 22% con NRT.

Questa quota di utenza ha contribuito in modo sostanziale a quintuplicare il numero degli afferenti all'ambulatorio tabacologico del centro nel periodo 2006 - 2010 (Grafico 2). Gli anni in cui c'è stato l'incremento maggiore dell'utenza sono infatti proprio quelli caratterizzati dalla distribuzione interamente gratuita dei farmaci.



logici di cura di primo livello. Attualmente stiamo lavorando all'interno dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste con i Centri Diabetologici Distrettuali e con il Centro Cardiovascolare ma anche con la Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera e Universitaria di Trieste su progetti che prevedono, percorsi di formazione e supervisione del personale al counseling antitabagico. Sviluppare una rete di cura

Conclusioni

Questi risultati appaiono avere autonomia funzionale, perdurando nel periodo attuale in cui la dispensa gratuita del farmaco è sospesa. L'afferenza all'ambulatorio del Centro è infatti sempre sostenuta, anche se questo non prevede al momento la gratuità del farmaco. Qualora questa tendenza dovesse mantenersi potremmo ipotizzare che campagne di distribuzione gratuita anche per tempi limitati possano essere utili alla promozione dei centri per la cura del tabagismo pubblici. Va sottolineata una criticità legata, paradossalmente, agli ottimi esiti dell'operazione: il carico di lavoro sopravvenuto ha infatti evidenziato i limiti di ricezione dell'ambulatorio del Centro che, in tempi di isorisorse, non può essere opportunamente rinforzato. Ciò ha imposto una nuova fase operativa che prevede di potenziare i programmi per implementare ambulatori tabacco-

di primo livello che si affianchi all'ambulatorio di secondo livello dovrebbe permettere al Centro di aumentare ulteriormente la ricettività e conseguentemente di radicare ulteriormente la cultura della cessazione assistita.

In definitiva, iniziative quali la distribuzione gratuita dei farmaci possono indurre ulteriori sviluppi quali la formazione, lo sviluppo ed il sostegno di reti di primo livello che concorrano alla cura sul territorio dei tabagisti. Riprendendo quanto affermato da Tinghino "un centro diviene un Centro se ha qualcosa attorno" nel senso che i Centri Antifumo devono diventare dei moltiplicatori, che dalla propria esperienza traggono la capacità di coinvolgere altri, creare rete, promuovere salute [15]. ■

Disclosure: L'Autore dichiara l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Sistema di sorveglianza Passi. rapporto 2007-2008. Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina http://www.ass1.sanita.fvg.it/ser-vizi/allegati/passi_ass1_07_08.pdf
2. Rapporto nazionale Passi 2008 www.epi-centro.iss.it/passi/report_2008.asp
3. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence, US Department of Health and Human Services, 2000 http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
4. Vegliach A. Dalla tossicomania al polibuso. *Psyche nuova* n.u. 2008; 55-60.
5. American Psychiatric Association, DSM IV° Tr, Masson ed. 2005
6. Hughes JR, Baker T, Breslau N, Covey L, Shiffman S. Applicability of DSM criteria to nicotine dependence. *Addiction* 2011; 106: 894-895
7. Vegliach A, Poropat C. Psicodinamiche dei gruppi nel trattamento del tabagismo. *Tabaccologia* 2007, 4: 34-38
8. Hunt WA, Barnett WL, Branch LG. Cessation rates in addiction program, *Journal of Clinical Psychology*. Oct.1971, 27 (4): 455-456
9. Vegliach A, Ciarfeo Purich R, Tominz R, Ticali S. Curarsi dal tabagismo utilizzando il servizio sanitario nazionale. *Mission*, 2008, 27: 7-10
10. Ferketich AK, Gallus S, Colombo P et al. Use of pharmacotherapy while attempting cessation among Italian smokers. *Arch. Intern. Med.* 2009; 18(1): 90-92
11. CDC. Best practices for comprehensive tobacco control programs – August 1999. Atlanta GA, US Department of Health and Human Services, CDC National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1999 <http://tobaccofree.mt.gov/publications/cd-cbestpractices.pdf>
12. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use. A report of Surgeon General Atlanta, GA; CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2000 http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/index.htm
13. Poropat C, Purich R, Vegliach A, Tominz R. Gratuità dei farmaci per la disassuefazione da tabacco. *Tabaccologia* 2008, 3: 27-28.
14. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, Tobacco Cessation. Treating tobacco use and dependence: Clinical Practical guidelines 2008 update http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
15. Tinghino B. Saper fare "Centro". *Tabaccologia*, 2010; 1: 8-16.