

I centri per la smoking cessation in Italia: approcci metodologici, punti di forza, criticità organizzative

Smoking Cessation Centres in Italy: methodological approach, point of strength, organisational issues

Biagio Tinghino

Riassunto

Introduzione. I Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) in Italia, secondo il censimento DOXA 2011 effettuato per conto dell'OSSFAD/Istituto Superiore di Sanità, sono 396. La produttività di tali servizi e la loro struttura organizzativa però rappresentano ambiti molto eterogenei.

Materiali e metodi. Vengono riportati i dati di una indagine a cui hanno aderito 255 centri italiani, effettuata attraverso un questionario autocompilato e una successiva telefonata, che aveva come obiettivo una analisi della produttività dei servizi e delle criticità organizzative, nonché una valutazione degli aspetti metodologici applicati.

Risultati. La collocazione prevalente dei centri è quella nei Dipartimenti per le Dipendenze (46,6%), nelle Divisioni di Pneumologia (29,1%), o nelle sedi della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (14,2%). I dati che emergono indicano un impatto ancora poco rilevante dei servizi rispetto al numero di utenti seguiti (14,6 pz/mese nel 2011 vs 13,9 del 2010). Si registra un lieve incremento per tutte le aree geografiche (1,1% Nord Ovest, 1,7% Nord Est, 3,7% Centro, 0,5% Sud), salvo le isole (-1,9%). L'approccio metodologico prevede il ricorso a tecniche di counseling insieme all'uso di farmaci (modello "integrato") nel 67,5% dei centri ospedalieri (era il 54,6% nel 2010) e nell'80,4% dei centri territoriali (era 36,5% nel 2010). Trattamenti solamente farmacologici vengono praticati nel 10,7% e 5,6% dei casi (rispettivamente servizi ospedalieri e territoriali). Viene effettuato solo counselling nel 18,2% dei centri ospedalieri e nel 12,4% dei territoriali

La maggior parte dei pazienti affrisce spontaneamente ai servizi (57,4%), e solo nel 17,7% dei casi è inviato dal medico di medicina generale, nel 7,8% dallo pneumologo e nel 5,3% da cardiologi. Quasi tutti i centri si basano su programmi di trattamento che prevedono 7 o più sessioni (82,6%). La presenza di figure professionali per ciascun Centro vede una media di 1,3 medici,

Summary

Introduction. There are 396 centres for the treatment of smoking dependency in Italy according to the DOXA 2011 census, which was carried out on behalf of OSSFAD / Istituto Superiore di Sanità (Superior Health Institute). However, their efficiency and organisational structure are very heterogenic reflecting different contexts.

Materials and methods. The results of a survey that was conducted in 255 Italian centres with the use of a self-administered questionnaire and a phone interview, are presented. The objective of the study was to analyse the efficiency of the services and the organisational issues and to evaluate their applied methodology.

Results. The centres are located inside the Departments for Dependencies (46.6%), the Pulmonology Divisions (29.1) and in the offices of the Italian Association against Cancer (14.2%). There seems to be an almost non-significant impact of the services compared to the number of people that are followed (14.6 patients / month in 2011 vs. 13.9 in 2010). However, there is a slight increase in all geographic areas (1.1% North West, 1.7% North East, 3.7% Centre, 0.5% South) with the exception of the islands (-1.9%). In 67.5% of the hospital centres (54.6% in 2010) and in 80.4% of the territorial centres (36.5% in 2010) the methodological approach entails counselling techniques alongside drug use ("integrated" model). Exclusive drug treatment is applied in 10.7% and 5.6% of the centres, whereas sole counselling is conducted in 18.2% and 12.4% of the centres respectively.

The majority of the patients contact the services on their own accord (57.4%), while 17.7% of the cases are referred by their GP/FP, 7.8% by a pulmonologist and 5.3% by a cardiologist. Approximately all the centres base their treatment programmes on 7 or more sessions (82.6%). In each centre the mean number of the employees is 1.3 medical doctors, 1.3 psychologists and 1.5 nurses. Other professionals, such as educators, welfare workers,

1,3 psicologi, 1,5 infermieri. Altre (diverse) professionalità, come educatori, assistenti sociali, dietisti, nutrizionisti, fisioterapisti, assistenti sanitari sono rappresentate in misura variabile. Il trattamento farmacologico più diffuso è la Vareniclina (circa 61%), seguita da NRT (circa il 25%). Il tasso di cessazione riferito, ai follow-up a 12 mesi è del 39,2%. Tra i punti di forza segnalati c'è la presenza di più figure disciplinari, l'efficacia dei farmaci, l'esperienza degli operatori, l'integrazione col territorio. Le criticità più importanti riportate riguardano lo scarso afflusso ai servizi, il costo dei farmaci (non rimborsati dal sistema sanitario nazionale), la carenza di personale e lo scarso riconoscimento istituzionale.

Conclusioni. I servizi per il tabagismo rivestono un ruolo insostituibile di promozione, stimolo e coordinamento delle iniziative sul territorio, fornendo competenze e supporto, anche ai progetti di prevenzione. Sarebbe fondamentale inquadrare i servizi per la dipendenza da tabacco nel Sistema Sanitario Nazionale, includere nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) le cure per la smoking cessation e rendere gratuiti i farmaci necessari.

Parole chiave: fumo di tabacco, smettere di fumare, centri per la Terapia del Tabagismo.

Introduzione

Dai rapporti sul fumo realizzati dall'Osservatorio Fumo Alcol e Droghe dell'Istituto Superiore di Sanità, e presentati ai Convegni Nazionali sul Tabagismo (31 maggio) si evince che negli ultimi anni la prevalenza dei fumatori in Italia è in modesta ma in costante diminuzione, nonostante nel 2011 sembra esserci stato un piccolo incremento di circa 1 punto percentuale. La fonte principale di questo Rapporto sul Fumo 2011 è l'indagine DOXA effettuata per conto dell'OSSFAD/Istituto Superiore di Sanità che prende in considerazione la popolazione italiana di età superiore a 14 anni [1]. Altre fonti di informazione disponibili sono costituite dall'ISTAT (Istituto nazionale di Statistica), dalle e dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Le modalità di raccolta dei dati e le fasce di età considerate dai tre sistemi di rilevamento sono leggermente diverse, cosa che spiega la differenza dei numeri prodotti, ma il trend di riduzione è confermato in tutte le rilevazioni.

I dati DOXA dell'ISS mostrano una prevalenza attuale di fumatori del 22,7%, pari a 11,8 milioni (femmine 19,6%, maschi 26%), complessivamente. Nel 2003 la stessa fonte indicava una prevalenza di 26,2% fumatori tra la popolazione generale.

Il progetto Passi rileva che nel 2009 la prevalenza dei fumatori era pari al 28,7% (maschi 33% e femmine 24%), considerando però che la fascia di età presa in considerazione è più ristretta delle altre fonti: 18-69.

Più modesta è la riduzione, secondo l'ISTAT, che vede passare i fumatori dal 23,8% nel 2003 al 23% (maschi 29,5%, femmine 17%) nel 2010.

Questa riduzione probabilmente è determinata da una crescente e diffusa informazione sui danni prodotti dal fumo e risente sicuramente della legge che vieta il fumo nei

nutritionists, physiotherapists and health officers, are present in different numbers. Varenicline is the most widespread drug treatment (nearly 61%), followed by NRT (approximately 25%). The reported percentage of cessation is 39.2% in the follow-up after 12 months. The multidisciplinary team, the drug effectiveness, the experience of the health workers and the territorial integration are among the stated points of strength. Conversely, the most important issues include the low service turnout, the drugs cost (which are not reimbursed by the National Health System), the lack of personnel and the limited institutional recognition.

Conclusions. The services for smoking dependency play a significant role in the promotion, motivation and coordination of the territorial projects and they can offer their expertise and support even in preventive initiatives. Thus, it is essential to assign a proper place inside the National Health System to them, include the smoking cessation treatment among the Essential Assistance Levels and supply the necessary drugs free of charge.

Keywords: tobacco smoke, smoking cessation, centres for the treatment of smoking dependency.

locali pubblici, legge che viene rispettata in modo soddisfacente in tutte le regioni italiane. Minore sembra essere il ruolo della prevenzione, visto che i programmi scolastici – che pure diverse regioni stanno prendendo in considerazione attraverso i progetti del CCM (Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute) - hanno ancora un impatto numerico trascurabile sulla popolazione giovanile.

La maggior parte dei fumatori (il 94,8%) smette senza alcun aiuto. Pochissime persone si rivolgono ai centri specialistici. I medici di medicina generale suggeriscono raramente ai fumatori di smettere (17,3% dei casi nel 2010), addirittura sembra che nel corso degli ultimi 6 anni l'attenzione di questi professionisti sia in calo, visto che nel 2004 il numero di medici che consigliava di smettere era maggiore (23,1%). (Fonte: rapporto annuale sul fumo, Istituto Superiore di Sanità – OSSEAD 2010)

I centri per la smoking cessation sono poco conosciuti (37,4% dei fumatori non sa della loro esistenza), e curano complessivamente non più di 23000 persone in un anno, mentre in altri paesi il ruolo da essi svolto è stato determinante. In Inghilterra, nel 2007, 462.000 persone si erano rivolte ai centri e 234000 avevano smesso, al follow-up a 4 settimane. (<http://www.ic.nhs.uk>).

Introduzione e obiettivi

In Italia il numero dei fumatori si sta lentamente riducendo. Ma i fattori che stanno determinando questo calo sono poco noti e soprattutto alcuni (per esempio l'offerta di cure adeguate per i fumatori, programmi di prevenzione per i giovani) svolgono un ruolo trascurabile. In particolare lo scarso ruolo dei centri specialistici sembra costituire una delle criticità più importanti del sistema sanitario nel nostro paese. Scopo di questo articolo è mostrare i dati di

uno studio condotto dalla Società Italiana di Tabaccologia che aveva sostanzialmente cinque obiettivi:

1. Rilevare le modalità e la numerosità di accesso dei pazienti ai CTT Italiani
2. Individuare i punti di forza e le criticità o gli ostacoli di ogni centro e quantificarne l'impatto
3. Individuare quali sono state le strategie più efficaci adottate da ciascun centro per superare questi ostacoli
4. Esplorare l'efficacia della rete di collaborazione tra CTT e medici del territorio
5. Valutare i bisogni dei centri in termini di informazione, formazione, organizzazione

Materiali e metodi

L'indagine è stata svolta con una metodologia quantitativa multi step. In una prima fase è stata effettuata una analisi di questionari autocompilati dai professionisti dei centri per la smoking cessation di un'area-campione abbastanza estesa (regione Lombardia). Sulla base di questo primo report è stato prodotto un questionario che è stato somministrato attraverso interviste telefoniche a tutti i centri italiani. La prima fase della ricerca era propedeutica alla seconda ed ha permesso di individuare le aree di maggiore interesse e le domande più efficaci.

L'indagine è stata effettuata nel 2010 e ripetuta nel 2011.

Il target delle interviste telefoniche erano costituite dai direttori dei CTT italiani.

Il campione è costituito da 255 centri su 396 esistenti formalmente e censiti dall'Istituto Superiore di sanità attraverso la sua rilevazione annuale.

Circa 90 sono strutture appartenenti alla Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori (LILT) che adottano un modello di trattamento che generalmente esclude la prescrizione di farmaci, e si basa su una terapia di gruppo condotta da uno psicologo.

Il *timing field* entro il quale l'indagine è stata svolta andava dal 12 aprile al 6 maggio 2010 (prima indagine) e dal 31 maggio all'8 agosto 2011 (seconda indagine).

La raccolta dei dati è stata affidata nel primo caso ad una agenzia esterna, nel secondo caso ad operatori dell'Ufficio Progetti SITAB, tutti con esperienza clinica nel settore.

Il questionario prevedeva domande a risposte prevalentemente chiuse sulle seguenti aree:

1. Area geografica in cui è situato il centro
2. Anni di attività del centro
3. Tipo di figure professionali impiegate
4. Utilizzo del misuratore di monossido di carbonio (CO)
5. Numero di pazienti seguiti in un mese
6. Provenienza (accesso spontaneo, invio del medico generale, altri specialisti etc...)
7. Tipo di trattamento effettuato
8. Tipo di trattamento farmacologico usato, in monoterapia o in associazione
9. Prevalenza di fumatori con patologia fumo-correlata nota
10. Tipologia di pazienti stratificati per: sesso, età, stato

civile, numero di figli, titolo di studio, occupazione, patologie fumo-correlate, numero di sigarette al giorno, numero di anni di fumo, durata del trattamento presso il centro.

11. Periodicità dei follow-up.
12. Percentuale di cessazioni dal fumo relative al numero di pazienti che iniziano il trattamento.
13. Punti di forza del centro
14. Criticità del centro
15. Modalità e strategie usate per cercare di superare le criticità
16. Bisogni formativi

Risultati

I centri sono distribuiti maggiormente al Nord della penisola italiana (58% dell'universo statistico, il campione dell'indagine ne ha censiti 52,8%), rispetto al centro (25% dell'universo, campionamento del 17,6%) al Sud-Isole (24,7%, campionamento del 24,3%). Essi sono nella quasi totalità dei casi servizi legati ad altre attività e strutturati all'interno di dipartimenti clinici, sia ospedalieri che nel territorio.

Collocazione, anni di attività, misurazione CO

Nel 2011 il 46,6% dei servizi era collocato nei Dipartimenti per le Dipendenze (vs il 39% del 2010), nel 29,1% in unità per malattie respiratorie. Le restanti percentuali sono distribuite tra unità di igiene e prevenzione, medicina del lavoro, cardiologia e altri servizi. La collocazione è prevalentemente sul territorio (51%), rispetto alle strutture ospedaliere (49%). Questi dati concordano con quelli rilevati da altri autori (Di Pucchio et al). Da sottolineare, come elemento di ambiguità, il fatto che i Dipartimenti Dipendenze in alcune regioni fanno parte delle strutture ospedaliere.

Il 22,8% dei centri ha un numero di anni di attività compreso tra 1-5, il 32,9% tra 6-9 anni, il 35,5% tra i 10 e 19 anni, mentre solo l'8,8% ha più di 20 anni di esperienza. La media è di 9,6 anni di attività.

Non tutti i centri utilizzano il misuratore di monossido di carbonio. La misurazione del CO espirato per monitorare il trattamento e verificare i risultati ottenuti è effettuata di routine nel 72,3% dei servizi per la cessazione.

Numerosità e tipologia di pazienti

Il numero di pazienti seguiti al mese è molto basso, nel 2010 era pari a 13,9, nel 2011 a 14,6. La maggior parte dei centri tratta meno di 20 fumatori in un mese. Il modesto incremento è spalmato su tutte le aree geografiche (+1,7% al Nord Est, +1,10% al Nord Ovest, + 3,7% al Centro, +0,5% al Sud), mentre nelle isole il trend è negativo (-1,9%).

Per lo più sono i maschi che chiedono di essere aiutati (61%), mentre il 39% dei pazienti è femmina. Prevalgono i coniugati/conviventi (76,3%), seguiti da celibi/nubili (12,7%), separati o divorziati (8,8%), vedovi (2,2%).

La fascia di età più rappresentata è quella tra i 35-65 anni (90,4%). Molto bassa la richiesta proveniente da per-

sone minori di 35 anni (6,6%) e superiori a 65 anni (3,1%). Si rivolgono di più ai centri coloro che hanno un titolo di studio più alto: 68,9% scuole superiori e laureati, 26,8/ scuole medie, 2,2% scuole elementari.

La dipendenza da fumo è spesso di lunga durata: > di 30 anni (23,7%) oppure compresa tra 21 e 30 anni (33,8%). Seguono coloro che hanno tra 11-20 anni di dipendenza (36,0%) e meno di 10 anni (6,6%).

Il 68% dei pazienti fuma più di 20 sigarette al giorno, il 30,7% tra 10 e 20 sigarette.

Il 45% dei pazienti ha patologie croniche legate al fumo, tale prevalenza è maggiore nei pazienti che afferiscono ai centri collocati dentro un ospedale (40% versus 39% dei centri non-ospedalieri). Non tutti i fumatori che si curano presso i servizi per la smoking cessation hanno malattie correlate diagnosticate. Il 42,1% non ha (o non sa di avere) alcuna malattia. Il 26,3% ha malattie respiratorie (genericamente) e il 9,6% COPD diagnosticata, il 15,8% ipertensione, cardiopatia ischemica (7,5%), diabete (6,6%), ansia/depressione (6,6%), pregresso infarto cardiaco (3,9%), altre malattie psichiatriche (2,2%), malattie gastroesofagee (1,3%) (Figura 1).

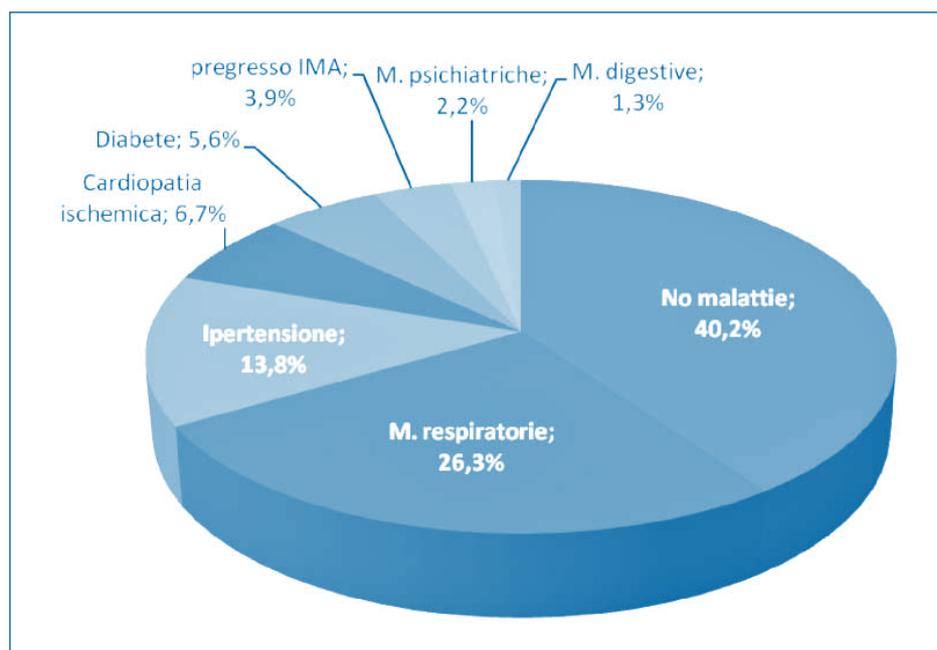


Figura 1. Fumatori afferenti ai centri, divisi per patologia prevalente.

La maggior parte dei pazienti afferisce spontaneamente ai servizi (57,4%), e solo nel 17,7% dei casi è inviato dal medico di medicina generale, nel 7,8% dallo pneumologo e nel 5,3% da cardiologi (Figura 2).

Personale impiegato, approccio metodologico, farmaci usati, efficacia

Il personale impiegato nei centri è costituito soprattutto da medici (21,7%), psicologi (21,8%), infermieri (25%). Da osservare che nelle sedi della LILT prevalgono gli psi-

cologi, per cui gli altri centri hanno proporzionalmente una maggiore presenza di medici. Il 31,3% costituisce un gruppo variamente composto da nutrizionisti, assistenti sociali, educatori, fisioterapisti, tecnici di altre competenze, amministrativi e biologi.

In media, per ciascun centro (esclusi quelli della LILT), sono disponibili 1,3 medici, 1,3 psicologi, 1,5 infermieri, 0,1 educatori.

La specializzazione dei medici prevalente è quella legata all'area dipendenze (46,9%), alle malattie respiratorie (27,5%), seguita da ORL (8,8%), prevenzione (6,9%), medicina interna (4,4%), cardiologia 3,8%).

L'85,5% dei pazienti viene seguito solo dal centro, mentre una gestione congiunta (concomitante o in fasi successive) tra MMG e centri avviene solo nell'11,8% dei casi.

I follow-up vengono eseguiti in modo molto irregolare. La maggior parte dei servizi per il tabagismo verifica il risultato dei trattamenti a 4 settimane (40,2%), 3 mesi (38,9%), 6 mesi (29,2%), mentre solo il 5,8% effettua i controlli a 12 mesi.

Il farmaco più impiegato è attualmente la vareniclina. Nel 2010 era utilizzato nel 49,4% dei casi, nel 2011, nel 61%. Seguono la NRT (24,8%, era circa il 30% nel 2010), bupropione (5,7% nel 2010 vs 4,5% nel 2011). Le rimanenti quote di utilizzo sono divise variamente tra combinazioni di NRT+vareniclina (probabilmente molti hanno inteso così indicare switch da un farmaco all'altro), altri trattamenti non specificati (Figura 3).

Si riducono altresì le terapie non basate su evidenze scientifiche, che nell'indagine sono state classificate come "altro" (per es. agopuntura o ipnosi). Quasi tutti i servizi appartenenti al sistema sanitario nazionale hanno in teoria nel loro armamentario terapeutico l'offerta farmacologica. Di fatto, nel corso degli ultimi anni, il ricorso a questa risorsa sta aumentando, ma contemporaneamente cresce l'utilizzo del counselling strutturato (individuale o di gruppo). In altre parole, aumentano i trattamenti "integrati".

I centri territoriali, per esempio, nel corso di poco più di un anno sono passati da un 42,8% di cure effettuate solo col sostegno psicologico al 12,4%, spostandosi in modo considerevole verso l'approccio combinato (farmaci + sostegno psicologico nell'80,4% dei casi).

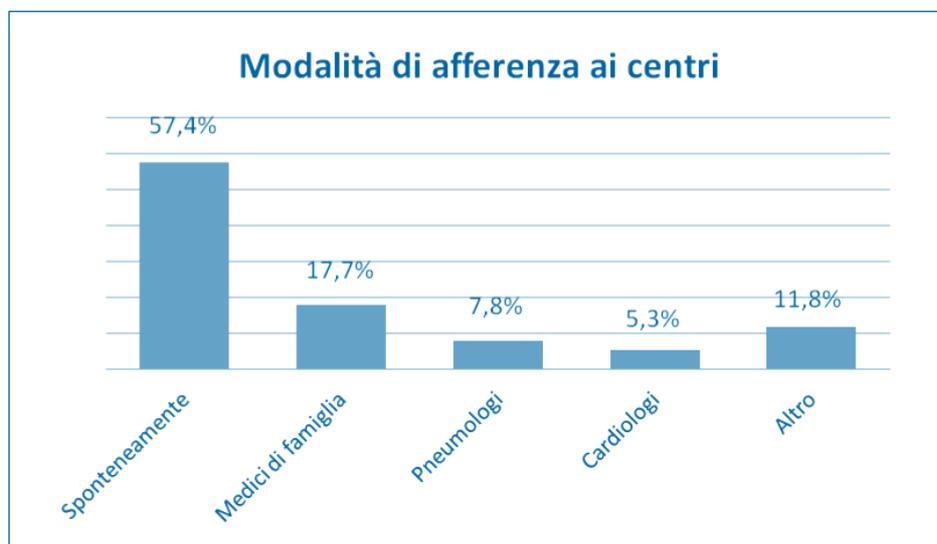


Figura 2

Nei centri ospedalieri si descrive la stessa tendenza. La terapia combinata passa dal 54,6 al 67,5%, a scapito di "solo farmaci", "solo counselling", "altro" (Figura 4).

L'efficacia dichiarata (cessazione totale dal fumo a 12 mesi) dai responsabili dei centri è complessivamente del 39,2% dei pazienti trattati casi trattati solo con counselling o solo con farmaci.

Quasi tutti i centri articolano i loro percorsi di trattamento in un numero di sessioni superiori a 5. In particolare, il 15,3% dei servizi ospedalieri e il 27,2% di quelli territoriali hanno un protocollo di 5-6 sedute. Il 34,5% e il 25% degli ospedalieri e il 34,5% degli extraospedalieri adottano un iter di 7-8 sedute, mentre il 36,5% e il 14,5%

nata dalla difficoltà di acquisto dello smoker analyzer, oltre che da una certa resistenza culturale. In qualsiasi caso, l'assenza della misurazione del CO si rivela controproducente ai fini dell'efficacia dei percorsi terapeutici. Dove la pratica della valutazione del monossido di carbonio è costante, è anche più alto il tasso di cessazione. Ne è un esempio eclatante quello che succede in quelle sedi LILT che usano misurare il CO ed hanno un tasso di cessazione del 40,7%, vs il 33,7% delle sedi in cui non viene misurato. Si conferma così il dato che gli incontri di follow-up possono incrementare l'efficacia del percorso, mentre si smentisce l'idea che i dati "autoriferiti" (per es. con intervista telefonica) siano sovrastimati.

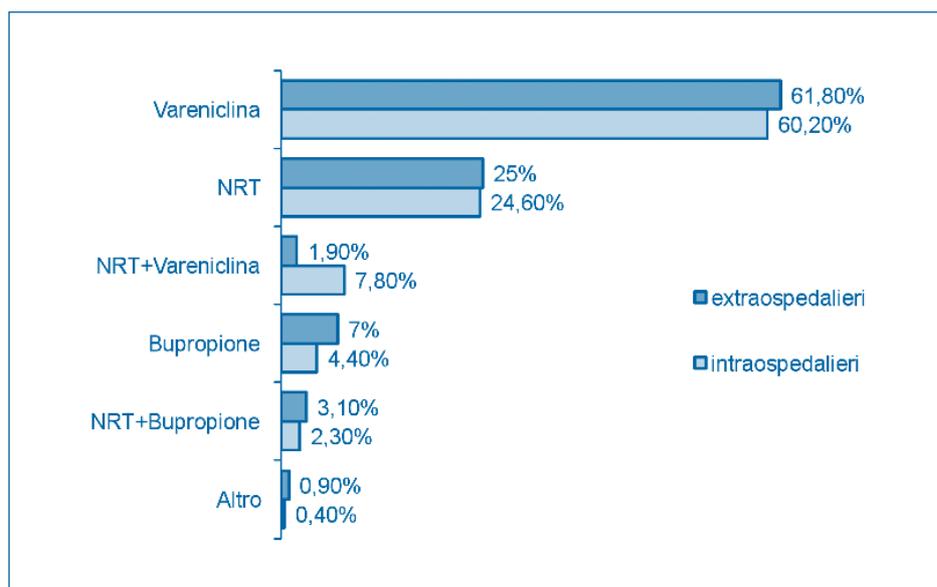


Figura 3 Farmaci usati nei servizi per il tabagismo (anno 2011).

Profilo dei centri collocati nei Dipartimenti per le Dipendenze e nelle Divisioni di Pneumologia

I servizi ubicati presso i Dipartimenti per le Dipendenze hanno un profilo funzionale e delle caratteristiche abbastanza peculiari. Il loro rapporto col territorio è più costante dei centri ospedalieri, il 67% dei pazienti arriva spontaneamente, il 18% è inviato dai medici di medicina generale, mentre è residuale la quota inviata da cardiologi (3%), pneumologi (5%), altri specia-

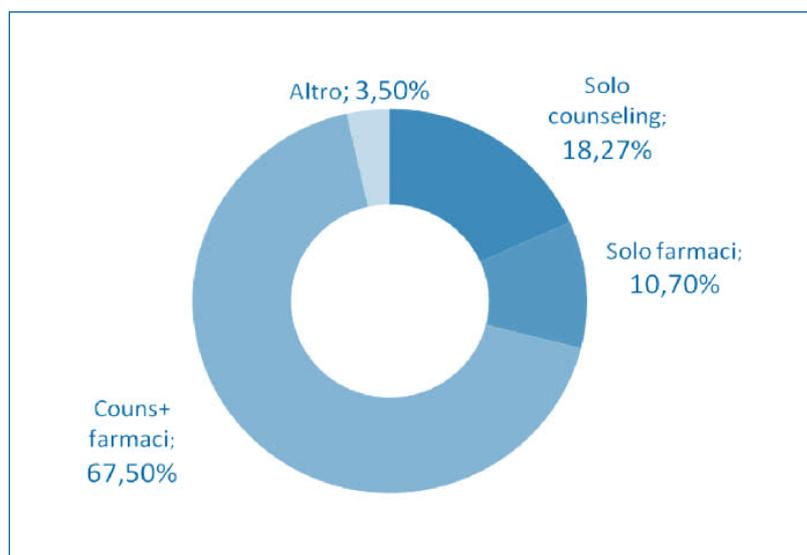


Figura 4. Modalità di trattamento (2011).

listi. Queste strutture sono più recenti (in media da 8,4 anni), hanno equipe multidisciplinari abbastanza equilibrate (1,4 medici; 1,4 psicologi; 1,2 infermieri; 1,6 altre figure). Hanno, rispetto alla media, una tendenza maggiore a usare "altre" terapie (per es. agopuntura auricolare) e solo counselling. Il loro numero è in aumento, tanto che si è verificato il "sorpasso" nei confronti dei servizi nati in un contesto pneumologico.

I servizi collocati nell'area delle patologie respiratorie, invece, hanno iniziato la loro attività prima (9,8 anni), ma hanno più difficoltà a costituire equipe multidisciplinari, soprattutto per quel che riguarda la risorsa dello psicologo, che è presente nella misura di 0,6 unità per ciascun centro, mentre i medici sono in media 1,6, gli infermieri 0,8.

Altre figure sono rappresentate in proporzione di 0,7% unità per servizio. La propensione ad usare farmaci è più marcata rispetto ai centri dei Dipartimenti per le Dipendenze (in totale più dell'84%), ma una maggior parte di servizi pneumologici riferisce un approccio integrato (72%). La quota di "altro", in termini di trattamenti, è solo del 3,7%.

I pazienti afferiscono spontaneamente (34%), su invio del MMG (33%), di pneumologi (18%), cardiologi (8%), altri specialisti (4%), in altro modo (5%). E' evidente che la maggior collocazione ospedaliera cambia il target di riferimento, che è costituito maggiormente da pazienti con patologie, agganciati attraverso una visita pneumologia o cardiologica o con un invio da parte del medico di famiglia.

Punti di forza

Per indagare i "punti di forza" dei centri è stato usato un questionario a domande chiuse, costituito da più domande a cui ciascun centro doveva rispondere con un punteggio da 0 (poco importante) a 6 (molto importante), per spiegare quanto ciascun punto costituiva una caratteristica positiva del servizio.

Riportiamo qui di seguito il questionario e la media dei punteggi ottenuta sui singoli items (Figura 5).

L'esperienza clinica maturata, il lavoro di equipe e la disponibilità in commercio di farmaci efficaci sono indicati come i punti di forza più rilevanti. Nella misura in cui vengono effettuati, i trattamenti hanno buoni risultati e sono fonte di soddisfazione per gli operatori.

L'integrazione col territorio, l'organizzazione di eventi mirati e la disponibilità di percorsi educazionali si collocano subito dopo i primi punti. Scarso è l'affidamento che si può fare sulla disponibilità di risorse economiche, mentre appare problematico attingere a strumenti di area psicologica. Le terapie alternative occupano l'ultimo posto nella graduatoria dei "punti di forza" (Figura 6).

Criticità

Le criticità più importanti sono costituite dalla scarsa sensibilità/livello di informazione della popolazione rispetto al problema, il costo dei farmaci (che in Italia non sono rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale) e la carenza di personale. Tutto questo sembra essere collegato ad uno scarso riconoscimento istituzionale (nel senso dell'inquadramento dei CTT nel sistema sanitario) che è coerente con la poca attenzione in genere prestata dai direttori generali delle aziende ospedaliere o territoriali. Meno importanti, seppur menzionati, restano la carenza di contatti col territorio, di locali adeguati, di risorse strumentali, di diffusione/conoscenza di linee guida.

Strategie per superare le criticità

Una domanda aperta prevedeva la possibilità che ciascuno indicasse le strategie che aveva messo in atto per superare le criticità. Le risposte sono state aggregate per aree abbastanza omogenee, quando possibile. Questa la descrizione delle esperienze, in ordine decrescente di frequenza:

Collaborazione con i medici di famiglia

- Stesura di protocolli operativi di integrazione tra MMG e servizi per il tabagismo
- Piani di terapia riguardanti la cessazione dal fumo
- Formazione congiunta, incontri di sensibilizzazione
- Accordi aziendali (ASL/MMG)
- Distribuzione di materiali divulgativi negli ambulatori

Rete con altri operatori

- Protocolli operativi o percorsi condivisi con altri specialisti (pneumologi, cardiologi ecc)
- Formazione condivisa con altri specialisti
- Collaborazione con associazioni di volontariato
- Gruppi di lavoro multi professionali



Figura 5. Punti di forza percepiti dai Centri per la smoking cessation in Italia. A sinistra la media dei voti per ciascun item.

- Collaborazione coi farmacisti
- Creazione di una rete regionale tra i servizi per il tabagismo
- Collaborazione con centri erogatori di servizi: ambulatori, centro prelievi, ASL...

Eventi e manifestazioni:

- Conferenze pubbliche
- Stand o iniziative per la misurazione del CO, sensibilizzazione (Tabella 1).

Discussione

Il ruolo dei centri per la smoking cessation (CTT) è in Italia inferiore a quello che il grave problema del fumo di tabacco richiederebbe. La distribuzione dei centri e il loro funzionamento non sono attualmente normati in modo uniforme nelle varie regioni, i livelli essenziali di assistenza (LEA) non prevedono il trattamento per la dipendenza da tabacco. Questo ha fatto sì che i servizi sorgessero in modo spontaneo e sostenuti dallo sforzo di volontari o professionisti isolati. La collocazione geografica ricalca un

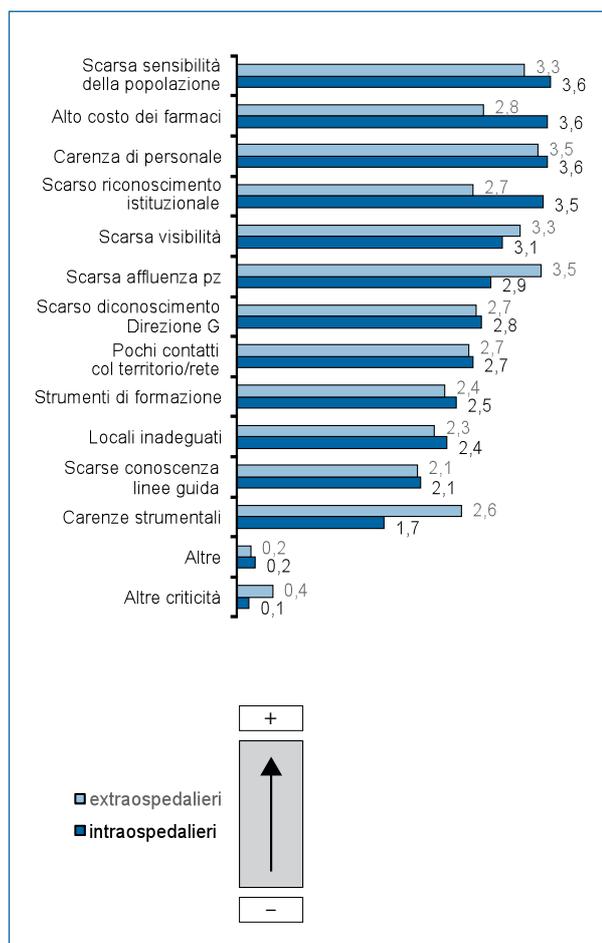


Figura 6. Elementi di criticità percepiti dai Centri per la smoking cessation in Italia. A sinistra la media dei voti per ciascun item.

divario generale, sociale ed economico, tra le regioni del Nord e quelle del Sud, dato che la maggior parte dei servizi si trova al Nord.

I CTT nella quasi totalità dei casi non hanno una organizzazione autonoma e nascono all'interno di altre unità (per esempio: Dipartimenti per le Dipendenze o Unità per le Malattie Respiratorie). Questo fatto rende precaria la continuità delle cure erogate, perché è subordinata alle esigenze e agli obiettivi della struttura principale.

Essi dispongono di poco personale e risorse economiche limitatissime. La presenza dello psicologo, per esempio, è molto bassa, cosa che rende difficile la gestione multidisciplinare effettiva dei casi clinici, anche se questa esigenza è riconosciuta come prioritaria dai responsabili. Si tratta di una difficoltà maggiormente presente nei centri ospedalieri (Unità di Malattie Respiratorie), mentre i Dipartimenti per le Dipendenze hanno abitualmente nella loro équipe psicologi ed assistenti sociali.

La sensibilità dei MMG è bassa e i pazienti inviati da questa figura sono pochi. La rete con altri professionisti

Tabella 1. Strategie impiegate per superare le criticità dai centri extra ospedalieri (anche più risposte)

Formazione specifica per gli operatori	51,5%
Multidisciplinarietà	40%
Campagne di sensibilizzazione	35%
Implementazione del network	24%
Accordi tra aziende sanitarie per condividere risorse	23,6%
Organizzazione di eventi mirati	22,9%
Fund raising	22,6%
Ricerca di riconoscimento istituzionale	
Modalità facilitata di dispensazione dei farmaci	18,2%

Strategie impiegate per superare le criticità dai centri ospedalieri

Formazione specifica per gli operatori	58%
Ricerca di riconoscimento istituzionale	35,7%
Fund raising	22,6%
Implementazione del network	27,6%
Campagne di sensibilizzazione	25%
Multidisciplinarietà	24,8%
Accordi tra aziende sanitarie per condividere risorse	22,3%
Organizzazione di eventi mirati	22,9%
Modalità facilitata di dispensazione dei farmaci	18,2%

è considerata una priorità, ma la sua realizzazione resta un'utopia. Gli specialisti per le malattie respiratorie e i cardiologi, a loro volta, mostrano poca attenzione ai fumatori, tanto che la quota di pazienti inviato ai centri da questi medici è veramente bassa.

Sul piano metodologico gli operatori cercano di seguire le linee guida relative alle best practices internazionali. L'approccio è nella gran parte dei casi costituito dal counselling associato ai farmaci, la misurazione del monossido di carbonio oscilla; supera il 90% se dal numero complessivo dei centri si escludono i servizi della LILT. La frequenza di effettuazione dei follow-up è irregolare e gravemente lacunosa, soprattutto rispetto all'end-point dei 12 mesi (solo il 5,8% dei centri). La percentuale di cessazione a 12 mesi è elevata (39,2%), anche se permane qualche dubbio sulla modalità di rilevazione dei dati, visto che pochi hanno dichiarato di effettuare il follow-up a un anno con regolarità.

Il farmaco più usato risulta essere la vareniclina, seguito da bupropione ed NRT (i tre farmaci di prima scelta indicati da molte linee guida).

Sebbene il denaro speso per i farmaci non risulterebbe maggiore del costo delle sigarette, la non rimborsabilità è un deterrente negativo per molti fumatori, e gli operatori segnalano questa criticità come prioritaria, insieme alla scarsa sensibilità della popolazione rispetto al problema del tabagismo e una scadente attenzione da parte dei decisori di politica sanitaria. Il profilo istituzionale dei centri è diverso da Regione a Regione, le risorse assegnate non sono certe, continuative, adeguate.

Queste carenze si ripercuotono sulla povertà di iniziative atte a implementare l'affluenza di pazienti ai servizi per il tabagismo. Di conseguenza anche il network clinico è deficitario.

A questa situazione gli operatori cercano di reagire migliorando la propria formazione, cercando di stabilire contatti con altri colleghi, attraverso eventi locali e campagne di sensibilizzazione. In taluni casi sono stati presi accordi tra diverse aziende sanitarie per condividere le risorse umane e sono stati trovati finanziamenti non istituzionali. Determinante è, per molti, il ruolo svolto da chi offre sostegno ai servizi e strumenti di condivisione (elevato gradimento nei riguardi dell'Ufficio Progetti e alla rete SITAB dei Centri).

Conclusioni

Nonostante l'impatto relativo, rispetto al numero di utenti trattati, i servizi per il tabagismo rivestono un ruolo insostituibile di promozione, stimolo e coordinamento delle iniziative sul territorio, fornendo competenze e supporto, anche ai progetti di prevenzione. Il loro intervento si esplica, inoltre, nel sostenere la formazione di altri operatori (per es. medici di famiglia, infermieri, ostetriche...), allo scopo di implementare approcci opportunistici di smoking cessation o di minimal advice nei vari contesti clinici.

Sarebbe fondamentale inquadrare i servizi per la dipendenza da tabacco nel sistema sanitario nazionale, includere nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) le cure per la smoking cessation e rendere gratuiti i farmaci necessari. Sarebbe auspicabile, inoltre (sulla scorta di altre esperienze, come quelle dell'UK), rendere più omogenea la presenza dei centri sul territorio e dotarli di risorse economiche certe, continuate nel tempo, con un attento sistema di formazione degli operatori e di monitoraggio dei risultati ottenuti. ■

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

Bibliografia

1. Sito OSSFAD/ISS: http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_anuale_sul_fumo_anno_2011.pdf
2. ISTAT: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_ABT-FUMO
3. PASSI: <http://www.epicentro.iss.it/passi/fumo2010.asp>