

Curare il tabagismo: un decennio di attività presso Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona

To treat nicotine addiction: a decade of activity of the addiction unit, University hospital of Verona

Fabio Lugoboni, Daniela Bettoni, Rebecca Casari, Marco Faccini, Patrizia Guadagnini, Luca Tomezzoli

Riassunto

Introduzione. È ormai validato che il fumo di sigaretta rappresenti la prima causa evitabile di morte nel mondo industrializzato. Eppure il tabagismo, nel mondo medico, non è affrontato, prevenuto e curato con l'efficacia che meriterebbe. È trascurato anche a livello di insegnamento e di formazione del medico. Tra le 6 politiche ritenute cruciali dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ridurre l'impatto negativo del fumo sulla collettività (MPOWER), la cura dei fumatori riveste una rilevanza particolare. Il tabagismo deve essere diagnosticato come una normale malattia mentale e trattato adeguatamente, il più possibile uniformemente alle correnti linee-guida internazionali e nazionali.

Obiettivi. Questo articolo cerca di presentare l'attività decennale, anche in chiave narrativa oltre che numerica, del più frequentato ambulatorio del fumo della regione Veneto, esaminandone i punti di forza e di debolezza. Si è cercato di confrontare le variazioni d'utenza nel corso degli anni, per cercare di comprendere possibili variazioni nella domanda di trattamento, per offrire ad altri servizi analoghi un proficuo confronto di esperienza.

Metodi. Dall'analisi di oltre 4500 cartelle, abbiamo cercato di presentare l'attività decennale, anche in chiave narrativa oltre che numerica, del più frequentato ambulatorio del fumo della regione Veneto, esaminandone i punti di forza e di debolezza.

Risultati. 12 anni di attività di cura del tabagismo non hanno messo in evidenza grandi differenze di flusso tra il primo triennio e l'ultimo. La frequenza si è sempre mantenuta alta. È cambiata l'organizzazione interna, modellata sulla domanda, e le fonti di invio, con una maggior considerazione da parte della medicina generale e degli specialisti. La tipologia dei pazienti è pure cambiata con un significativo aumento di pazienti complessi per comorbidità psichiatrica.

Conclusioni. L'aumento di complessità rappresenta, almeno nel campo della tabaccologia, un fattore di qualità. Infatti solo l'aspettativa di risultato muove i fumatori più dipendenti e maggiormente comorbili. I dati rilevati sono un incoraggiamento a proseguire sulla strada intrapresa. Un continuo rimodellamento organizzativo è necessario in questa tipologia di servizi.

Parole chiave: nicotina, tabagismo, fumo, trattamento

Summary

Abstract. It is well known that cigarette smoking represents the leading cause of preventable death in the world industrialized. Yet the use of tobacco in the medical world, it is not addressed, prevented and treated with the effectiveness it deserves. Tobacco use is neglected at the level of education and training of the physician. Among the policies considered critical by World Health Organization to reduce the negative impact of smoking on society (MPOWER), the treatment of smokers is of particular relevance. Cigarette smoking should be diagnosed as a normal mental illness and treated appropriately, accordingly much as possible to current national and international guidelines.

Objectives. This article tries to present the clinical activity of a decade, in a narrative as well as numerical way, the most attended clinic of smoking in the Veneto region, examining the strengths and weaknesses of our protocols. We tried to compare the changes occurred in the attenders over the years, searching to understand the changes in the demand for treatment.

Methods. By evaluating data from over 4500 patients, we have tried to present a decade of activity, both in a narrative and numerical as well, of the busiest clinic of smoking in the Veneto region, examining the strengths and weaknesses.

We hope that this shared experiences could be helpful to similar services in the daily clinical practice.

Results. 12 years of activity in tobacco addiction treatment have revealed large differences in the accesses between the first and the last three years. The frequency has always remained high. Changes have regarded the internal organization, modeled on the demand, the sources of sending, with a greater consideration by the general practitioners and specialists. The typology of the patients is also changed with a significant increase of complex patients for psychiatric comorbidity.

Conclusions. The increase in complexity is, at least in the field of tobacco and addiction as well, a quality factor. In fact, only the expectation of result moves more and more dependent smokers. The data collected are an encouragement to continue along this path. A continuous remodeling organization is necessary in this type of services.

Keywords: tobacco, nicotine dependence, smoking, treatment

Fabio Lugoboni (fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it),
Servizio di Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera di Verona, Italia

“Curare il tabagismo è più efficace che prevenirlo”
(Richard Peto, 2001)

Introduzione

La sostanza più pericolosa dal punto di vista sociale? L'alcol. La più dannosa per l'individuo? L'eroina. Ma la sostanza più micidiale, nel senso che contribuisce al più alto numero di decessi, è sicuramente il fumo di tabacco, responsabile nel mondo di un decesso ogni 10 secondi. Ogni fumatore, se non smette, si vedrà scippare di 14 anni di vita [1]. Il desiderio di smettere di fumare è presente in molti fumatori. La maggior parte dei fumatori italiani ha provato almeno una volta a smettere. Spesso però si tratta di tentativi sorretti da scarsa informazione e senza un programma terapeutico adeguato ed è ormai noto che tali tentativi sono destinati a fallire nell'80% dei casi già nella prima settimana di astinenza [1]. Per dare una risposta concreta a questi problemi, dal gennaio 2001 MDD (metterei prima la definizione della struttura con il relativo acronimo), ha attivato un ambulatorio dedicato ai fumatori.

Breve storia e profilo dell'unità. L'Unità Operativa di Medicina delle Dipendenze (MDD) è stata fondata nel 2000. Inserita nel Policlinico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona è pienamente operativa, come degenze, dal 2002 ed è una delle pochissime strutture in Italia ad avere posti letto (4 posti letto) interamente dedicati alla cura di qualsiasi tipo di dipendenza sia lecita che illecita. In tutti i casi, alla detossificazione segue un periodo di riabilitazione, che va dalla psicoterapia individuale o di gruppo, ad un periodo di comunità residenziale o ad altre forme di supporto anche farmacologico. Operativamente è composta da 2 medici strutturati a tempo indeterminato, 1 a tempo determinato, 1 amministrativo, 1 psicologo borsista ed un numero variabile di psicologi tirocinanti. Il corpo infermieristico è condiviso con l'adiacente reparto di Malattie Infettive, con i cui medici vengono anche condivise le guardie divisionali notturne e festive.

I pazienti provengono (dati del 2013) nel 61 % da fuori Veneto, il coefficiente d'attrazione più alto dell'Azienda Ospedaliera. La percentuale di pazienti dalla provincia di Verona è sotto il 20%, a riprova di un'operatività su area vasta che tali tipi di strutture dovrebbero avere. Il coefficiente di occupazione dei letti è normalmente del 97%, con una degenza media di 7,5 giorni ed un DRG medio di 2600 euro. I tempi d'attesa per il ricovero sono mediamente di 15-25 giorni dopo la visita di valutazione [2].

Materiali e metodi

Dall'analisi di oltre 4500 cartelle, abbiamo cercato di presentare l'attività decennale, anche in chiave narrativa oltre che numerica, del più frequentato ambulatorio del fumo della regione Veneto, esaminandone i punti di forza e di debolezza. Si è cercato di confrontare le variazioni d'utenza nel corso degli anni, per comprendere meglio le variazioni nella domanda di trattamento, azione indispensabile al fine di migliorare sempre più l'offerta per favorire

al meglio la domanda di una patologia, come il tabagismo, che vede i servizi di secondo livello spesso marginalizzati numericamente nel processo di cessazione. Le osservazioni riportate potrebbero offrire ad altri servizi analoghi un proficuo confronto di esperienza.

Risultati e discussione

Contesto generale anti-tabagico anni 2001-2003. A quel tempo, in provincia di Verona ed in genere nel Veneto, l'attività di sostegno ai fumatori era di gran lunga minore rispetto ad oggi. Le sporadiche esperienze di “trattamento del tabagismo” erano limitate ad un servizio pneumologico legato alla promozione del bupropione-SR (Zyban[®]), e durate il breve tempo che il farmaco è stato sostenuto dalla sua casa farmaceutica, oltre alla presenza di attività di auto-aiuto e dei primi gruppi strutturati di sostegno alla cessazione, perlopiù secondo la tipologia della LILT.

In questo scenario, percependo una crescente domanda d'aiuto specifica riguardo al fumo e disponendo di abbastanza tempo poiché l'attività di ricovero di MDD stentava ad avere i letti di degenza previsti per l'immane crociata interna contro “i tossici” in ospedale, si diede la possibilità di vedere ambulatorialmente i primi fumatori. L'avvio fu facilitato da un'esperienza triennale antecedente c/o un Servizio per le tossicodipendenze (SerT) limitato alla sola auricoloterapia (Acudetox) ed a qualche decina di pazienti per anno, svolta da un singolo medico (Dr. Lugoboni), trasferitosi poi nel reparto di MDD. Essendosi interrotta l'attività antitabagica nel SerT con questo trasferimento, i pazienti alla ricerca di un trattamento venivano indirizzati presso MDD.

Contesto terapeutico, anni 2001-2003

Inizialmente si dedicarono all'attività ambulatoriale 2 medici su 3, con contatti telefonici diretti per gli appuntamenti, non disponendo di una segreteria.

Il responsabile di MDD di allora non vedeva favorevolmente l'attività che si stava organizzando, ritenendola minoritaria come importanza rispetto alle disintossicazioni ospedaliere da droghe illecite; la tollerava perché i ricoveri non erano ancora stati attivati e l'attività dei 2 medici si sarebbe altrimenti limitata alla pratica di corsia internistica. La condizione, da subito, fu che all'apertura dell'attività di ricovero di MDD l'ambulatorio del fumo sarebbe dovuto cessare. La formula adottata per il reclutamento fu il “passaparola” e l'invio da parte di qualche collega ospedaliero che aveva smesso di fumare con noi, piuttosto che una pubblicità su locandine ed opuscoli. Un certo ruolo possono averlo giocato interviste su TV e giornali locali. Il traino iniziale del trasferimento di richieste dal SerT di Bussolengo a MDD sembrò decisivo.

Nei primi 12 mesi di attività furono presi in carico 255 fumatori. Le visite avvenivano con impegnativa, la prima compilata dal medico di medicina generale (MMG), le altre compilate volta per volta dai medici di MDD. Il secondo anno d'attività vide accrescere notevolmente il

numero degli accessi, tutti per visita individuale medica, fino a toccare i 360 pazienti nel 2002 ed a superare i 400 pazienti nel 2003.

La tipologia del paziente medio era maschio (56% dei casi), età mediana di 44 anni (identica per maschi e femmine), forte fumatore (FTND mediano di 6 in ambo i sessi, superiore o uguale a 8 nel 20% dei casi), al primo tentativo assistito di smettere nel 73% dei casi [3]. Per quanto riguarda i carichi di lavoro, la media era di 6,1 visite a paziente in un arco di 6,5 settimane di trattamento; il tempo medio della prima visita era di circa 45 min., quello delle visite di controllo 20-30 min., circa un'ora nei pazienti trattati con auricoloterapia.

Il trattamento proposto più frequentemente nel biennio 2001-2002 era quello con bupropione, seguito dalla sostituzione nicotinic (NRT), fin dai primi momenti proposta in combinazione cerotto + assunzione di nicotina orale (gomme, inhaler, compresse). Molto comune anche l'associazione tra bupropione e NRT. Rilevante, in quegli anni la richiesta di agopuntura o la sua associazione con le terapie tradizionali. L'agopuntura, pur molto praticata e non priva di una documentazione scientifica di validità, non è ritenuta uno strumento validato dalle linee-guida internazionali [1,4]. Si scelse fin da subito (in controtendenza con molti servizi italiani del tempo, scelta poi promossa dall'evidenza) di non sottoporre i pazienti a valutazioni strumentali di routine (spirometriche, ECGrafiche ecc.).

Venne sempre molto usato il contatto telefonico coi pazienti nei momenti di difficoltà [5,6].

Venne data fin da subito (e in notevole anticipo sui tempi) grande rilievo alla diagnostica in chiave depressiva, con un test di screening per ogni paziente preso in carico (SDS) [3,7,8], oltre allo *smoking-status* ed al test FTND.

Sul finire del 2002, con la sospirata apertura dei posti letto per le disintossicazioni, venne deciso di non chiudere l'ambulatorio del fumo, come paventato in un primo momento, ma, visto il successo ottenuto, di prevedere anzi l'utilizzo dei posti letto per trattare in regime di ricovero i tabagisti di particolare gravità.

La mancata considerazione della possibilità di ricoverare in elezione il fumatore particolarmente resistente non ha corrispettivi in medicina; il ricovero per alcolismo è una pratica comune non solo ove si tema una grave sindrome d'astinenza pericolosa per la vita ma anche come prologo ad un intervento che proseguirà a livello territoriale. Analogo discorso vale per le detossificazioni da oppioidi, spesso praticate prima di un ingresso in comunità residenziali

o diurne; in questo caso, pur potendosi presentare quadri clinici di intensa sofferenza, non esiste praticamente mai un pericolo per la vita del paziente e potrebbero essere praticati con facilità a domicilio; si preferisce il regime ospedaliero perché l'isolamento dall'ambiente consueto tiene bassi gli stimoli condizionanti unitamente alla possibilità di un intervento specifico, da parte dei sanitari, più volte al giorno. Ciò, evidentemente, non vale per il tabagismo. In Italia, in modo molto simile a quanto fatto dalla Nicotine Unit diretta dal Dr. Hurt c/o la Mayo Clinic (USA), MDD è stata la sola struttura pubblica che ha proposto, fino al 2013, il ricovero per casi di tabagismo particolarmente resistente ai trattamenti [9,10].

Punti forti del periodo 2001-2003

Veramente sorprendente e non del tutto spiegabile è stato il successo d'affluenza verso l'ambulatorio del fumo. Ancora oggi solo il 9% dei centri anti-fumo italiani vede un'affluenza di fumatori superiore alle 150 unità annuali [11].

La risposta che ci siamo dati potrebbe risiedere in queste caratteristiche:

- Ampia apertura oraria e settimanale del centro, con personalizzazione degli appuntamenti da parte del medico
- Ampio uso del telefono con facile reperibilità dei terapeuti
- Formazione in chiave tossicologica (addiction medicine) e motivazionista (motivation interviewing)12
- Personalizzazione terapeutica con tendenza spiccata alla combinazione di più terapie
- Tendenza a privilegiare i fumatori più gravi ("Se ha smesso quello, ce la posso fare anch'io") (Tab. 1).

Punti deboli del periodo 2001-2003

La difficoltà maggiore incontrata nei primi anni è stata la gestione delle prime visite; il successo di pubblico ha comportato una notevole problematicità nelle liste d'attesa, tendenzialmente sempre troppo lunghe, anche per la mancanza di personale di segreteria. L'alto carico di lavoro, unitamente all'alta affluenza, hanno limitato i contatti con altre realtà di terapia anti-tabagica, portando ad un certo isolazionismo, caduto negli anni successivi.

Il rapporto con i MMG e con i reparti del Policlinico è stato a lungo quasi inesistente, creandosi così il paradosso di un servizio molto frequentato e popolare in città, praticamente sconosciuto ai MMG ed ancor più ai colleghi dello stesso ospedale.

Tabella 1. Il cambiamento: le azioni mirate di MDD

"Possiamo volere solo ciò che possiamo immaginare"

Motivazione:	• Colloquio motivazionale, Contingency management
Capacità:	• Cosa fare > Smettere di fumare • Perché > Rispetto per la motivazione del pz. anche se "banale" • Come > Forte personalizzazione terapeutica
Opportunità:	• Fische > Grande attenzione agli aspetti astinenziali • Sociali > Ampia apertura dell' ambulatorio, orari flessibili

Inoltre MDD, oberata dall'alto numero di visite, non ha mai investito risorse nel follow-up dei pazienti dopo la dimissione dall'ambulatorio.

Contesto generale anti-tabagico anni 2011-2013

In poco più di dieci anni la realtà tabaccologica veronese e, più in generale, veneta è mutata profondamente. A livello locale si è assistito al nascere di molti ambulatori del fumo, perlopiù di tipo medico, mentre la realtà dei gruppi di auto-aiuto e quella dei gruppi assistiti da un *counselor*, è rimasta sostanzialmente con le stesse caratteristiche di approccio e di utenza dei 10 anni precedenti. Globalmente, con 6 ambulatori per il trattamento del tabagismo, oltre ad altre attività di gruppo, si può affermare che la realtà veronese offra attualmente ai fumatori locali molteplici possibilità di scelta, di gran lunga maggiori rispetto alle province limitrofe.

Anche la realtà regionale ha visto concretizzarsi un forte coordinamento degli ambulatori del fumo, con momenti formativi, un nuovo sito web e la creazione, in collaborazione con l'Università di Verona, di un Corso di Perfezionamento Universitario di Tabaccologia, quest'anno alla sua terza edizione. I momenti di contatto e formativi si sono susseguiti sempre più frequentemente. MDD ha inoltre ospitato a Verona il Congresso Nazionale SITAB nel 2012. Il personale medico di MDD è stato molto spesso presente, negli ultimi anni, agli eventi tabaccologici più significativi a livello nazionale ed internazionale [13].

Contesto terapeutico, anni 2011-2013

Negli ultimi anni il carico di affluenze all'ambulatorio del fumo di MDD si è mantenuto costante intorno alle 400 unità per anno, senza particolari variazioni rispetto agli anni precedenti. Negli ultimi 3 anni sono aumentati notevolmente gli invii specialistici dai reparti di psichiatria, medicina interna, cardiologia e chirurgia vascolare (meno o nulla da altri reparti) che rappresentano ormai circa un quarto di tutti i fumatori visti da MDD. Anche gli invii da parte dei MMG, quasi del tutto assenti nel primo triennio d'attività, sono aumentati e rappresentano il 13% degli invii, quota da ritenersi ancora insufficiente. Una certa sorpresa rappresenta il 24% degli invii da parte di medici specialisti, quasi il doppio dei MMG. Il "passaparola", pur sempre presente come strumento di informazione, dalla quasi totalità dei casi dei primi anni 2000 è sceso attualmente al 28% degli invii. Il rimanente 35% dei pazienti sono arrivati in seguito al nostro sito internet, a nostre interviste sulla stampa o sono ex-pazienti ripresi in carico (Tab. 2).

Tabella 2. Modalità di invio: 2001-2003 vs. 2011-2013

Passa-parola: 91% • 27%
MMG: 1% • 13 %
Medici specialisti: 2% • 24%
Altro: 7% • 35%

MDD, nonostante abbia visto crescere in modo importante le attività in contesti molto diversi (dipendenza da benzodiazepine, alcol, droghe illecite con una spiccata attività di ricerca ed innovazione terapeutica) 2, ha saldamente mantenuto la sua attività nella clinica del tabagismo dove sono attualmente impegnati 3 medici e 2 psicoterapeuti (un borsista ed un tirocinante). Ai pazienti viene offerta l'opportunità di scegliere tra un trattamento individuale con un medico ed uno di gruppo con uno psicologo. La proposta viene fatta al momento della presa in carico del paziente, attualmente fatta dallo psicologo che raccoglie la storia del fumatore, esegue alcuni test (SDS per il tono umorale, HAM-A per la valutazione dell'ansia, MALT2 per una valutazione alcolica) oltre allo smoking-status ed all'FTND. I fumatori più dipendenti e con maggiore comorbilità vengono invitati dallo psicologo ad optare il trattamento individuale col medico. In totale, il trattamento individuale col medico è stato scelto dall'88% dei fumatori, mentre nel 12% è stato preferito il trattamento di gruppo in uno schema di gruppo aperto. A tal riguardo, va sottolineato l'incremento di pazienti con malattie psichiatriche in carico ai centri di salute mentale, favorito dalla marcata specializzazione dell'ambulatorio del fumo di MDD verso questa tipologia d'utenza, sia in chiave di ricerca che formativa. MDD infatti, prende parte attiva nella formazione della Scuola di Psichiatria dell'Università di Verona e gli specializzandi in psichiatria frequentano per un bimestre il reparto e gli ambulatori di MDD [13].

Gli ultimi anni hanno visto sensibili cambiamenti nella tipologia dei trattamenti offerti, con la notevole riduzione nelle sedute di agopuntura (ormai ridotte quasi esclusivamente a quanti rifiutano categoricamente altri trattamenti oppure, in combinazione con trattamenti etici). La varenclina è diventata il trattamento elettivo, anche se l'utilizzo di bupropione e NRT (quasi sempre in trattamento combinato: cerotto + nicotina per os) rappresentano un quarto dei trattamenti. Il sempre più forte impegno psichiatrico dei fumatori impone notevoli rimaneggiamenti nelle terapie psichiatriche, preferibilmente di concerto con i terapeuti [14].

La tipologia del paziente medio di questi ultimi 3 anni è cambiata rispetto agli esordi. Se la divisione tra i sessi è rimasta quasi la stessa (maschio nel 57% dei casi), l'età media è cresciuta notevolmente, da 44 anni a 51, identica anche in questo caso per maschi e femmine. I fumatori presi in carico si sono rivelati ancora più dipendenti dalla nicotina (FTND mediano di 7 nei maschi, 6 nelle femmine, superiore o uguale a 8 nel 25% dei casi) (Tab. 3).

È stato eseguito un controllo random sul 178 pazienti del primo triennio verso un egual numero di pazienti dell'ultimo triennio sul tono d'umore alla presa in carico. Si è assistito ad un peggioramento dei sintomi depressivi nell'ultimo periodo, soprattutto a carico della componente maschile (Tab. 4).

Tabella 3. Confronto fumatori tra triennio 2001-3 vs. 2011-3 (Dati anagrafici; N 178, campione randomizzato)

	N	%	età media	FTND medio
Femmine	85 • 77	48 • 43	45 • 50	6 • 6
Maschi	93 • 101	52 • 57	44 • 51	6 • 7
Totale	178 • 178	100 • 100	44 • 51	6 • 7

Tabella 4. Confronto fumatori tra triennio 2001-3 vs. 2011-13 (Tono dell'umore; N 178: campione randomizzato)

Zung SDS				
% Femmine	53 (52)	28 (28)	13 (16)	6 (4)
% Maschi	74 (67)	20 (21)	6 (10)	0 (2)
% Totale	64 (61)	24 (24)	9 (12)	3 (3)

La maggioranza dei fumatori, con disturbi psichiatrici o meno, vorrebbe smettere ma si vede frenata dal farlo per il timore degli effetti negativi legati all'astinenza. Questo aspetto, frequente in tutti i fumatori, diventa cruciale in presenza di qualsiasi comorbidità psichiatrica. Gli aspetti astinzionali gravi non trattati sono correlati con probabilità di successo minime. L'auto efficacia è un punto cruciale in questi pazienti e quindi l'individuazione di un adeguato counselling ha un ruolo centrale ma deve essere necessariamente associato ad un trattamento farmacologico adeguato nei tempi, nelle dosi ed applicato al tipo di psicopatologia. Esiste uno storico ostacolo rappresentato dagli operatori sanitari che si occupano di disagio psichico, spesso loro stessi fumatori, che ritengono il fumo un problema minore e temono ripercussioni sulla gestibilità di questi pazienti, soprattutto a carico di ostilità ed aggressività [14]. L'attività di formazione sul campo, con la presenza di specializzandi in psichiatria nei nostri ambulatori del fumo ha aiutato moltissimo a rimuovere queste barriere.

Un aspetto importante è stata l'attivazione nei 2 ospedali dell'AOUI di Verona (6500 dipendenti, la più grande azienda del Veneto) di un progetto specifico sul fumo, atto ad impedire la visibilità del personale ospedaliero che fuma in divisa. Un ristretto gruppo (2 della direzione medica, 1 cardiologo, 2 farmacologi, coordinati dal responsabile di MDD) ha steso una delibera, operativa dal 2012. Concretamente, il fumatore in divisa può fumare solo in aree aziendali riservate, ovviamente all'aperto, opportunamente individuate in modo da non essere visibili al pubblico. Alcune aree sono state occultate, con barriere ad hoc, con la collaborazione del Servizio Tecnico. L'iniziativa è stata fortemente voluta e pianificata dalla Direzione Sanitaria dell'AOUI, e si tratta sicuramente di una soluzione innovativa, che può anche essere esportata in altre strutture ospedaliere. Tale iniziativa sta a testimoniare come l'azione di cura possa muovere l'attenzione e la considerazione anche di servizi potenzialmente ritenuti marginali, come i centri antifumo.

Per quanto riguarda i carichi di lavoro, la nuova organizzazione ha permesso di ridurli: la media, da 6,1 visite a paziente è scesa 5,1 in un arco di tempo aumentato da

6,5 settimane a 7,9 di trattamento; il tempo medio della prima visita è rimasto di circa 45 min., come quello delle visite di controllo da 20-30 min. Da segnalare l'impiego, negli ultimi 2 anni, di una piattaforma automatica per l'invio di SMS di sostegno a tutti i pazienti consenzienti presi in carico. L'uso di SMS si è dimostrato valido, in studi di metanalisi [15,16]. I motivi per cui tale tipologia di intervento sembra essere superiore alle hot-line telefoniche sono dovuti al fatto che i messaggi SMS sono:

- Discreti (non disturbano la privacy)
- Sempre attivi
- Diffusi (nella nostra esperienza, praticamente tutti hanno un cellulare)
- Economici
- Ripetibili
- Popolari (il 97% dei nostri pazienti lo gradisce come forma comunicativa)

L'invio di SMS motivanti non sono sostitutivi delle visite, vanno a coprire un lasso di tempo di un anno, permettendo inoltre di raccogliere dati di follow-up attraverso le risposte dei pazienti, così si potranno "risparmiare" centinaia di visite di pura valutazione di risultato, visite che verranno dedicate alla presa in carico di nuovi fumatori.

I problemi d'afflusso, da sempre una delle problematiche di MDD, sono attualmente gestiti da una segretaria che fissa direttamente le prime visite, mantenendo i tempi d'attesa entro i 20 giorni. Ogni medico (che all'interno di MDD si occupa in modo prioritario di diverse competenze) stila all'inizio dell'anno la lista e le date delle sue potenzialità di presa in carico, così che la segretaria ha una piena visione e gestione dei flussi delle prime visite. Anche il sistema delle impegnative è stato notevolmente migliorato; la prima impegnativa viene richiesta al MMG, con lo scopo di far conoscere il servizio e di far sapere che l'assistito intende smettere di fumare. Tutte le visite di controllo vengono comprese in un ciclo di visite in un'unica impegnativa, rilasciata da MDD: così il paziente spende meno e si reca alla cassa una volta soltanto, con notevoli risparmi di tempo. Purtroppo il 2013 ha visto chiudersi l'esperienza del ricovero per i fumatori estremi, portata avanti con successo per 10 anni. La mancanza di uno spe-

cifico DRG e la stretta che la Regione Veneto ha imposto sui ricoveri impropri ha posto fine a questa innovativa e senza dubbio positiva esperienza.

Punti forti del periodo 2011-2013

L'attrattiva dell'ambulatorio non è cambiata nei numeri, ma negli invii, segno di un collegamento più significativo con le reti locali. Consci che la formazione sul tabagismo sia un punto cruciale per portare l'offerta terapeutica ad un livello accettabile, abbiamo iniziato a pensare che siamo tabaccologi e come tali detentori di un sapere peculiare e rilevante. Sono stati così organizzati corsi elettivi, a partire dal 2005, per gli studenti di medicina, seminari per gli studenti di Scienze infermieristiche e lezioni di specialità per le scuole di Medicina Interna, Psichiatria e Medicina Generale.

I corsi elettivi sul tabagismo hanno trovato molta attenzione da parte degli studenti che vi partecipano per libera scelta [13].

Da non trascurare infine la presenza dei tirocini post-laurea, sia per medici che per psicologi. Portare questi giovani laureati negli ambulatori del fumo significa far vivere loro una situazione di apprendistato preziosa, superiore a qualsiasi formazione teorica. Nel caso degli psicologi infine, molti di questi hanno protratto di molto la loro permanenza, rappresentando col tempo un valido sostegno alle esigue forze del servizio. In sintesi, rispetto al triennio d'esordio:

- Migliore radicamento con le reti locali.
- Forte incremento formativo a livello universitario e medicale, in genere.
- Forte collegamento con società scientifiche e soggetti di ricerca sul tabagismo.
- Ottimizzazione della divisione del lavoro e delle prese in carico.
- Forte innovazione tecnologica.

Punti deboli del periodo 2011-2013

Anche se la forte crescita di ambulatori per il trattamento del tabagismo a livello locale ha in parte ridotto la forte domanda di presa in carico, MDD resta pur sempre il centro più frequentato del Veneto e la gestione delle richieste resta sempre un punto di criticità. Il forte incremento di fumatori con franca patologia psichiatrica ha ridotto le percentuali di cessazione o, perlomeno, aumentato le riprese in carico per ricaduta. La chiusura, nel giugno 2013 dell'esperienza di ricovero per fumatori estremi (venivano solitamente considerati per il ricovero i fumatori che superavano le 80 sigarette/

Tabella 5. Stopsmoking Manage Service

Il Sistema prevede:
14 messaggi preimpostati ad invio automatico di cui:
n. 10 messaggi di sostegno:
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sms al dì per i primi 3 giorni • 2 sms nella 2° settimana • 1 sms nella 3° settimana • 1 sms nella 4° settimana
n. 4 messaggi di verifica:
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sms al 2° mese • 1 sms al 3° mese • 1 sms al 4° mese • 1 sms al 12° mese

die), ha rappresentato un impoverimento dell'offerta terapeutica di MDD. Il collegamento con le reti ospedaliere ed il territorio resta ancora a "macchie di leopardo": ottimo con alcune realtà, inesistente con alcuni reparti della nostra azienda ospedaliera. 3 reparti molto legati a patologie fumo-correlate quali Pneumologia, ORL ed Oncologia si sono caratterizzati per la totale mancanza di invii, negli ultimi anni. Una giornata di sensibilizzazione al trattamento del fumo nel paziente ricoverato, ampiamente pubblicizzata, sostenuta personalmente dal Direttore Generale e replicata nei 2 ospedali, ha registrato una decina di presenze nel nostro Policlinico e zero presenze nell'Ospedale Maggiore! L'offerta di inserire in gruppi di terapia pomeridiani i degenti fumatori autosufficienti e deambulanti è rimasta totalmente inutilizzata per un anno circa, prima di essere accantonata. D'altra parte le richieste di consulenza tabaccologica dei 3 reparti di Medicina, Cardiologia ed altri, ha superato le 100 per anno, divenendo una fonte di impegno notevole.

Un punto debole resta la valutazione a distanza dei fumatori. La convocazione a 6 - 12 mesi di un numero così alto di utenti non è sostenibile da MDD, il cui poco personale è gravato da attività di reparto, consulenza, guardie festive e notturne e da molte ore di attività didattica, di cui quella sul tabagismo è una piccola parte. Il Sistema di sostegno con messaggeria SMS, che prevede messaggi di risposta a 6-9-12 mesi ("Hai fumato nell'ultima settimana?") ha iniziato a dare i suoi riscontri.

Conclusioni

Pur rappresentando il fumo di sigaretta la prima causa evitabile di morte nel mondo industrializzato, il tabagismo, nel mondo medico, non è tuttora diagnosticato e curato con l'attenzione che meriterebbe. Ancor oggi è purtroppo vera l'affermazione che "Non vi è nulla in medicina come il fumo che unisca un così forte concentrato di preva-



lenza, letalità e di negligenza nonostante l'offerta terapeutica disponibile" (U.S. Department of Health and Human Services, 2008)¹. Smettere di fumare è un processo, non un evento. Tale processo può risultare piuttosto semplice per alcuni ma può essere estremamente arduo per altri e spesso questi ultimi sono anche quelli che fumano di più e che necessitano maggiormente di smettere. Gli aspetti volontaristici, di impatto relativo in una dipendenza come il tabagismo, vengono purtroppo eccessivamente enfatizzati dai medici a scapito della ricerca sistematica di ogni possibile terapia atta a raggiungere la cessazione del fumo. In questa prospettiva i centri di trattamento del fumo devono essere maggiormente considerati come un'opzione importante dal mondo medico.

Questo articolo ha cercato di narrare ed esaminare esperienze, difficoltà e successi di un gruppo ospedaliero che ha dedicato e dedica tuttora alla cura del tabagismo un'ampia parte della sua attività.

Vi è inoltre un paradosso che si va facendo sempre più evidente, parallelamente al declino della prevalenza dei fumatori cresce la percentuale dei tabagisti fortemente dipendenti dalla nicotina, una sorta di selezione naturale che mantiene attivi i soggetti più legati alla sostanza; il forte tabagismo si lega fortemente, come dimostrato da più fonti, a problematiche di tipo psichico o più francamente psichiatriche. I dati riportati hanno confermato questa tendenza di fondo. Questo fenomeno impone di pensare i trattamenti per il fumo in modo nuovo ed adeguato soprattutto se si pensa al tabagismo come patologia da dipendenza, chimica e comportamentale. È paradossale come i soggetti con comorbidità psichica, in assoluto tra i più forti fumatori sia come prevalenza che come consumo

pro-capite di sigarette, ricevano in assoluto meno informazioni sui rischi fumo-correlati, meno consigli su come smettere e meno supporto nel farlo. Smettere di fumare non è stato correlato significativamente ad un peggioramento della malattia di base, tranne forse nei disturbi affettivi dove però esistono soluzioni praticabili ed efficaci. Al contrario, smettere di fumare può portare netti miglioramenti psichici in questi soggetti, sia dal punto di vista propriamente sanitario che sociale [17-21].

Siamo inoltre convinti che aiutare i fumatori a smettere, oltre ad essere molto vantaggioso dal punto di vista socio-economico e sanitario, sia di grande soddisfazione professionale perché i fumatori non dimenticano chi li ha aiutati a smettere. Ogni medico, anche se fumatore, deve sentire quest'obbligo professionale ed etico che può avere straordinari risultati in termini di anni di vita salvati.

Combinando farmaci e sostegno psicologico si può ritrovare un modo antico di fare medicina, meno frenetico e più incisivo. Imparare a trattare il tabagismo non è difficile. I farmaci sono pochi, piuttosto maneggevoli e sicuri. L'atteggiamento da tenere verso i fumatori si impara piuttosto rapidamente e migliora notevolmente nel tempo. Il trattamento del tabagismo è quindi alla portata dei professionisti della salute; servono alcune competenze di base che riguardano i trattamenti farmacologici di provata efficacia e le corrette modalità di comunicazione col paziente. Purtroppo, come nella citazione evangelica, la messe è molta e gli operai sono pochi. ■

Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi. Fabio Lugoboni è consulente dell'European Varenicline Board per la problematiche fumo-depressione.

BIBLIOGRAFIA

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 2008.
2. Lugoboni F, Quaglio G, Faccini M, Pajusco B, Casari R, Albiero A, Mezzelani P (2010). Una Unità di Degenza interamente dedicata alla dipendenza da sostanze: i primi 10 anni di attività di Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona. *Mission* 31: 10-15.
3. Lugoboni F, Quaglio G, Pajusco B, Sarti M, Mezzelani P, Lechi A (2003). Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario. *Ann It Med Intern* 28:73-82.
4. Bier IA, Wilson J, Shakleton M (2002). Auricular acupuncture, education and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial. *Am J Public Health* 92:1642-7.
5. Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E (1997). Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. *BMJ* 314: 1371-5.
6. Lando HA, Rolnick S, Klevan D, Roski J, Chorney L, Lauger G (1997). Telephone support as an adjunct to transdermal nicotine in smoking cessation. *Am J Public Health* 87: 1670-4.
7. Zung WWK (1973). From art to science: The diagnosis and treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 29: 328-37.
8. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Mezzelani P, Lechi A (2007). Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Intern Emerg Med* 2:196-201
9. Hays JT, Wolter TD, Eberman KM, Croghan IT, Offord KP, Hurt RD (2001). Residential (inpatient) treatment compared with outpatient treatment for nicotine dependence. *Mayo Clin Proc* 76:124-33.
10. Nardini S (2007). Un ricovero in ospedale per smettere di fumare; intervista con il dr. Fabio Lugoboni, dell'Azienda Ospedaliera di Verona. *Multydiscipl Resp Med* 3:114-16.
11. DOXA 2013: Il fumo in Italia; OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità: Roma, Italia, 2013.
12. Lugoboni F, Mezzelani P, Quaglio GL, Pajusco B, Casari R, Lechi A (2004). Migliorare la compliance in Medicina Interna: il Colloquio Motivazionale. *Ann It Med Intern* 3:155-62.
13. Lugoboni F, Faccini M, Casari R, Guadagnini P, Canello A (2012). Il ruolo formativo di un Centro per il Trattamento del Tabagismo. Le opportunità da non tralasciare. *Tabaccologia* 3-4:17-22.
14. Lugoboni F, Faccini M, Casari R, Guadagnino P, Gamba F (2011). Figli di un dio minore. Il trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie mentali. *Tabaccologia* 2:37-43.
15. Haug S, Schaub MP, Venzin V, Meyer C, John U (2013). Efficacy of a text message-based smoking cessation intervention for young people: a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 15:e171. doi: 10.2196/jmir.2636.
16. Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Guro-Urganci I, Atun R, Car J (2012). Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database Syst Rev*:CD007457. doi: 10.1002/14651858.CD007457.pub2.
17. Els C & Kunyk D. Management of Tobacco Addiction in Patients with Mental Illness. www.smokingcessationrounds.ca
18. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 10:1691-1715.
19. Japuntich SJ, Smith SS, Jorenby DE, Piper ME, Fiore MC, Baker TB (2007). Depression predicts smoking early but not late in a quit attempt. *Nicotine Tob Res* 9:677-86.
20. Tonstad S, Davies S, Flammer M, Russ C, Hughes J (2010). Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis. *Drug Saf* 33:289-301.
21. Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM (2009). Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study on data from the General Practice Research Database. *BMJ* 339:b3805.