

Piano regionale del Veneto per la prevenzione delle malattie legate al fumo

“La disassuefazione dal fumo”

Obiettivi

Nei paesi industrializzati occidentali gli interventi che riducono i danni da fumo sono la più efficace misura di salute possibile, in termini di efficacia e di efficacia rapportata al costo.

Il piano regionale veneto della prevenzione delle malattie legata al fumo si propone l'obiettivo principale di ridurre la prevalenza di fumatori nella popolazione generale.

Strategie per il controllo del fumo

Com'è noto, vi sono due strategie per raggiungere questo obiettivo: la prima è quella di cercare di ridurre la percentuale di giovani che iniziano fumare; la seconda è quella di aiutare coloro che già fumano a smettere completamente e definitivamente. Le due strategie non sono mutuamente esclusive e, anzi, si integrano; tuttavia, in termini di salute pubblica, il primo raggiunge risultati misurabili dopo alcuni decenni, mentre il secondo ottiene risultati immediati.

A queste due linee strategiche è opportuno venga affiancata una terza che consiste nella modificazione dell'ambiente sociale e culturale ai fini della protezione dagli effetti dannosi del fumo passivo di coloro che non fumano.

Le modifiche dell'ambiente, che avranno necessariamente l'effetto di definire il non fumo come norma, avranno anche l'effetto di spingere molti fumatori a cercare aiuto per smettere.

E' a queste considerazioni di carattere generale che si ispira il piano regionale veneto per la prevenzione delle malattie legata al fumo.

In particolare in questa fase l'enfasi viene riservata alla disassuefazione dal fumo, poiché molto è stato fatto negli anni scorsi sul piano della prevenzione della iniziazione e, del resto, le leggi dello stato sono in Italia molto avanzate nella protezione dei non fumatori dal fumo passivo.

Perché la disassuefazione

Il fumo danneggia gravemente il fumatore: praticamente metà dei fumatori viene uccisa dal fumo. Un quarto dei fumatori viene ucciso fra i 35 e i 69 anni. Smettere di fumare riduce i danni in misura tanto più consistente quanto più precoce è la cessazione dell'abitudine.

Com'è noto, il Veneto ha una incidenza tra le più elevate non solo in Italia ma anche in Europa di malattie legate al fumo.

Ad esempio, nel 1995, i tassi standardizzati di mortalità per tumore al polmone nel Veneto sono stati di 91,6 per centomila a fronte di una media italiana di 81,8 per centomila, di 72,5 nell'Unione Europea, di 70,6 negli Stati Uniti e 30,5 in Svezia.

Il numero medio di deceduti annui nel Veneto per tumore ai polmoni negli anni fra '95 e '97 è stato di quasi tremila persone ma più di 2600 di queste morti potevano essere prevenute se i fumatori fossero stati aiutati a smettere per tempo.

Anche dopo la diagnosi di malattia legata al fumo, smettere assicura comunque una migliore qualità di vita oltre che un prolungamento della sopravvivenza, non soltanto in caso di malattie quali la cardiopatia sistemica e la bronchite cronica ostruttiva, ma anche in caso di tumori.

Di qui la necessità di rendere disponibili i trattamenti per smettere di fumare nell'ambito del servizio sanitario nazionale. I trattamenti che vengono messi a disposizione dei fumatori debbono essere basati sulle prove di efficacia e resi accessibili a tutti, senza distinzione di genere, di censo, di istruzione.

Organizzare la disassuefazione - medicina di comunità e medicina clinica

Da quanto sopra esposto è chiaro che esistono almeno due differenti piani nei quali articolare l'offerta dei servizi di disassuefazione.

Il primo- che definiremo il piano della medicina di comunità- è quello nel quale la disassuefazione è destinata a persone sane, che riconoscono come unico fattore di rischio quello del fumo. In genere si tratta di persone giovani, il cui tentativo di smettere nasce spesso da considerazioni di

carattere familiare, sociale oppure preventivo. In questa categoria di fumatori vengono ottenuti i migliori risultati in termini di rapporto costo efficacia, in quanto il guadagno che si ottiene in termini di prolungamento dell'esistenza e di riduzione dei fatti patologici è massimo. In questa categoria di fumatori le consuete modalità di approccio allo smettere di fumare trovano la loro più ampia applicazione: vengono trattati solo soggetti motivati a smettere, in caso di fallimento si attende - prima di iniziare un ulteriore tentativo- che maturino nuovamente le condizioni soggettive. Tutt'al più, gli operatori sanitari coinvolti nella disassuefazione cercano di rimotivare il paziente a un nuovo tentativo.

Il secondo piano- che definiremo quello della medicina clinica- è quello nel quale la disassuefazione è destinata a persone malate, di malattie causate o aggravate dall'abitudine al fumo (malattie respiratorie, tumorali, cardiovascolari). In genere si tratta di persone di mezza età o più anziane, che hanno già fatto tentativi (quasi sempre non assistiti) per smettere e ogni volta hanno sperimentato una recidiva. In questa categoria di fumatori i risultati in termini di rapporto costo efficacia sono minori e tuttavia ancora vantaggiosi, in particolare se si considera che per molte delle malattie citate la disassuefazione dal fumo costituisce la prima- irrinunciabile- misura terapeutica in termini di efficacia. In questa categoria di fumatori le modalità di approccio allo smettere di fumare possono essere differenti da quelle consuete, in particolare in quanto l'intero trattamento per smettere dovrebbe essere proposto indipendentemente dalla motivazione manifestata, nell'ambito del monitoraggio successivo alla diagnosi delle malattie citate.

Nel programmare i servizi sanitari per smettere di fumare appare necessario che a questi due piani nei quali va articolata l'offerta dei servizi corrisponda un'articolazione dei livelli di intervento del servizio sanitario nazionale. Gli aspetti operativi di questa articolazione sono riportati più avanti, qui basta notare che esiste un *primo* livello che è proprio di qualsiasi operatore sanitario, indipendentemente dall'ambiente nel quale opera e dalla qualifica che possiede, ed esiste un *secondo* livello che potremmo definire specialistico, nel quale opera personale dedicato.

Il primo livello opera con interventi di screening su tutti fumatori; il secondo opera su soggetti già selezionati.

Le metodologie per smettere di fumare

Fumare è insieme una dipendenza fisica e psicologica.

Si fuma per procurarsi il piacere dato dalla nicotina (o per evitare il dispiacere nato dalla sua mancanza) ma, d'altra parte, questo piacere fisico viene con il tempo associato a momenti di vita individuale e sociale.

Così l'atto di fumare nasce ogni volta dalla ricerca della assunzione della nicotina tanto quanto dal trovarsi in situazioni nelle quali si sia già sperimentato l'effetto piacevole del fumo.

Quindi, smettere di fumare è sia combattere con una dipendenza da una sostanza che agisce sul cervello in modo potente sia cercare di evitare che le abitudini consolidate inducano a ripetere- magari in modo automatico- i gesti del fumare.

Molte persone smettono di fumare di punto in bianco (*cold turkey* degli anglosassoni), senza aiuti esterni.

La maggior parte dei fumatori che hanno smesso però riprende a fumare entro un anno.

Fornire assistenza sanitaria a chi smette ne migliora le probabilità di successo.

Come noto, i trattamenti sanitari per smettere di fumare consistono in un intervento cosiddetto minimo (detto dagli anglosassoni delle 5 A) e in interventi più intensi. Il primo consiste nel chiedere al paziente se è fumatore, consigliargli di smettere e, dopo aver valutato il suo grado di motivazione, aiutare il paziente a mettere in atto il tentativo con un piano preciso, e seguirne poi l'evoluzione. Nell'intervento intenso il paziente riceve un trattamento psicologico che gli insegna a modificare il comportamento (c.d. *counselling*) e un trattamento farmacologico che lo aiuta a combattere i sintomi della astinenza. Il trattamento intenso è costituito essenzialmente da una maggiore disponibilità nei confronti del paziente sia di tempo sia di mezzi a disposizione. La conoscenza della abitudine al fumo del paziente è approfondita mediante test psicologici e esami biologici. Il trattamento viene il più possibile ritagliato su misura del paziente ed è completo.

Il trattamento psicologico può essere fornito su base individuale o di gruppo, mentre la terapia farmacologica può essere direttamente acquisita dal paziente senza ricetta oppure su prescrizione medica.

Gli aspetti operativi- primo e secondo livello di intervento

In base a tutte le linee guida pubblicate nella letteratura internazionale, un breve intervento sulla dipendenza da fumo è efficace e dovrebbe essere il minimo offerto ogni fumatore. D'altra parte è noto che esiste una correlazione diretta dose-risposta tra l'intensità dell'intervento (espressa in minuti di contatto) e l'efficacia dell'intervento stesso nel lungo periodo.

Queste considerazioni, basate su una notevole mole di lavori scientifici pubblicati negli ultimi vent'anni, consente di individuare due livelli di intervento.

Il primo livello consiste nell'intervento minimo già citato, il secondo consiste nell'intervento intenso.

Se un operatore sanitario di cure primarie (in particolare il medico di medicina generale, ma anche infermieri, medici specialisti di qualsiasi disciplina, dentisti farmacisti) ha il tempo, le competenze e la volontà è certamente titolato a fornire al paziente fumatore l' intero intervento minimo (tutte e 5 le "A").

Se, come spesso avviene, l'operatore di cure primarie non ha il tempo né ha la formazione necessaria a fornire l' intero intervento minimo, allora gli viene comunque richiesto di fornire le prime due "A", cioè chiedere al paziente se è un fumatore e, in caso di risposta affermativa, consigliarlo in modo personalizzato di smettere, facendo seguire a questo consiglio, la consegna di materiale cartaceo che delinea e facilita l' itinerario della disassuefazione e, eventualmente, l' indicazione a fruire dell' ambulatorio specialistico.

Definiamo "screening" questa attività, che in pratica utilizza una parte dell' intervento minimo. Nella sua attività di screening, l' operatore di cure primarie dovrebbe anche stabilire il grado di priorità da assegnare alla disassuefazione del singolo paziente, intendendosi con il termine priorità il vantaggio che lo smettere darebbe alla salute del paziente. Sul piano individuale la priorità è minima nell' intervento inquadrato nella medicina di comunità ed è massima nell' intervento di medicina clinica.

Se la priorità è minima, il paziente può essere lasciato solo nel suo tentativo, controllando nel tempo l' esito dell' azione intrapresa.

Se la priorità è massima, il paziente viene riferito all' ambulatorio specialistico.

Quest'ultimo è presenziato da personale dedicato, anche a tempo parziale, tra il quale vanno obbligatoriamente inclusi un medico e uno psicologo. L' ambulatorio specialistico fornisce trattamenti comportamentali e farmacologici secondo lo stato dell' arte. Il paziente viene inquadrato sia in base alle sue condizioni cliniche sia in base alla sua abitudine al fumo. Il trattamento deciso (e formalizzato su un piano terapeutico) può venire poi applicato anche da personale non medico e non psicologo (infermieri, educatori, assistenti sanitari) purché adeguatamente formato.

Gli aspetti operativi: le azioni messe in atto nel Veneto

La delibera della giunta regionale veneta numero 3231 del 15 novembre 2002 ha stabilito che nel campo della disassuefazione gli obiettivi sono:

1. Aumentare il numero di fumatori che smettono.
2. Garantire la promozione della disassuefazione e l'assistenza a smettere a tutti fumatori.
3. Aumentare negli operatori sanitari la consapevolezza del fumo come malattia.
- 4 Assicurare lo svolgimento coordinato delle attività di primo e di secondo livello.

Per raggiungere questi obiettivi sono necessarie iniziative di formazione professionale (obiettivo 3), di ri-organizzazione del servizio sanitario (obiettivo 4), di una miscela di misure organizzative, di formazione e di educazione alla salute (obiettivo 1 e 2)

Infatti, per aumentare il numero di fumatori che smettono è necessario da un lato fornire assistenza sanitaria ai fumatori che tentano spontaneamente di smettere il modo da aumentare le loro probabilità di raggiungere una astinenza completa e definitiva. Dall'altro lato è necessario

operare sulla popolazione dei fumatori in generale di modo che aumenti il numero di fumatori che desiderano tentare di smettere.

Quest'ultimo intervento è in genere operato da cambiamenti sociali e culturali quali sono quelli che avvengono sulla spinta di iniziative di carattere normativo e di educazione alla salute.

Il primo intervento invece è tipicamente ed esclusivamente sanitario.

Nel Veneto, in base a una ricerca condotta nel 2003, i fumatori che desiderano smettere sono poco più del 50% tra le femmine di più del 60% tra i maschi.

Data la prevalenza di fumatori nel Veneto si stima che in totale fumatori siano circa 800000 persone; in base a stime conservative si può quindi immaginare che la popolazione potenzialmente destinatarie dell'intervento di disassuefazione ammonti a circa 400.000 persone.

Questi dati fanno capire che l'intervento sanitario che si intende mettere a disposizione della popolazione del essere organizzato in modo semplice e capillare.

Dato che né la facoltà di medicina o di scienze infermieristiche né le scuole di specializzazione post-laurea prevedono fra le loro materie l' insegnamento della diagnosi e della terapia della malattia-fumo, è necessario che gli operatori sanitari vengano formati sia per gli interventi di primo sia per gli interventi di secondo livello, ciascuno secondo le proprie competenze e attività.

Nel Veneto dal 2003-2004 sono state messe in atto numerose azioni di formazione professionale e di conoscenza della effettiva attività di controllo del fumo, in particolare:

1. È stata iniziata la formazione all'intervento minimo su tutti medici di medicina generale (articolato in un corso centrale regionale e in diversi corsi locali); ciò è stato possibile in quanto è stato affiancato a un corso di aggiornamento obbligatorio sulle malattie cardiovascolari. La formazione sarà completata, cioè tutti medici saranno stati formati, nel marzo 2005.
2. È stato fatto un corso di formazione regionale, articolato in due edizioni, sui fondamentali del controllo del fumo nelle strutture sanitarie, in base al programma europeo della "rete europea degli ospedali senza fumo" (*European Network of smoke-free hospitals*). Tale corso ha riguardato 46 operatori sanitari, due per ogni azienda sanitaria locale, e ha toccato tutti gli argomenti, legali, amministrativi, organizzativi e sanitari relativi al controllo dal fumo, incluse le nozioni fondamentali relative all'intervento minimo.
3. Sono stati effettuati i corsi locali della disseminazione delle nozioni impartite nel corso di formazione regionale (vedi punto 2, sopra) a tutto il personale locale incaricato della vigilanza dell'osservanza della legge che vieta il fumo in ospedale.
4. In collaborazione con la facoltà di medicina dell' università di Padova, scuola di specializzazione in malattie dell'apparato respiratorio, è stato fatto un corso di formazione centralizzato regionale per operatori di ambulatori specialistici di secondo livello. Tale corso ha visto la partecipazione di 46 sanitari, due per ogni azienda sanitaria locale.
5. È stato condotto- in collaborazione con l' Istituto Superiore di Sanità- un censimento regionale sulle attività di disassuefazione e già in essere nelle aziende sanitarie locali venete. Tale censimento ha cercato di riguardare la più ampia base possibile, al fine di non trascurare di contattare professionisti sanitari che, a qualunque titolo, stessero lavorando sulla disassuefazione. A questo proposito è da notare che la mancanza di una formazione specifica sugli aspetti sanitari della malattia-fumo si traduce in questo ambito, in una impossibilità a catalogare attività cliniche di disassuefazione e in una difficoltà oggettiva nel classificare le attività eventualmente avviate.
6. È stato condotto una attiva di controllo di qualità (self-audit) sul grado di controllo del fumo nelle aziende sanitarie.
7. Sono state prodotte delle linee guida regionali sulle attività di secondo livello per la disassuefazione dal fumo, che costituiranno la bozza sulla quale lavorerà il gruppo degli operatori sanitari, già "storicamente" coinvolti a vario titolo in attività di disassuefazione dal fumo, così come sono emersi del censimento. L'obiettivo è quello di stabilire uno standard regionale che da un lato tenga conto delle linee guida nazionali e internazionali e dall'altro rispetti e coordini le specificità regionali.

Gli aspetti operativi: la situazione attuale

La situazione dell'assistenza specialistica per la disassuefazione dal fumo, così com'è emersa del censimento effettuato, appare disomogenea, frutto molto spesso di iniziative personali e individuali, con modalità operative spesso assai diverse nei differenti casi.

La estrema disomogeneità è dimostrata tra l'altro dalla diversa collocazione di tale assistenza (reparti di degenza clinica, servizi di educazione alla salute, servizi per le tossicodipendenze) così come dalla diversità di denominazione (ambulatorio anti fumo, ambulatorio per il tabagismo, ambulatorio per smettere di fumare ecc).

Il peso dell'iniziativa individuale personale è testimoniato dal fatto che la maggior parte delle attività censite non sono formalizzate da una delibera aziendale nè godono di un finanziamento dedicato.

Le modalità operative spaziano dall'utilizzo di soli corsi per smettere organizzati a gruppi, formati esclusivamente da persone motivate a smettere e mai valutate dal punto di vista medico, all'assistenza individuale con *counselling* operato da psicologi e prescrizione di terapia medica, dopo valutazione clinica ed esecuzione di esami di laboratorio e di prove funzionali.

Di fronte a queste difformità il gruppo degli operatori coinvolti nelle attività di disassuefazione dal fumo, coordinato da un comitato tecnico, ha deciso di procedere in due tempi. In un primo tempo definendo dei requisiti minimi che potessero definire l'ambulatorio di secondo livello (procedendo quindi al riconoscimento come ambulatori facenti parte della rete della regione veneto di tutte delle strutture che, nel censimento, avessero auto-certificato il possesso di tali requisiti. In un secondo tempo facendo il modo che tutte le strutture censite rispondessero gli standard individuati dal gruppo stesso.

E' stato deciso che i requisiti minimi in questa prima fase fossero la capacità di fornire terapia farmacologica e terapia comportamentale. Su questa base e avendo analizzato i dati del censimento per mezzo di una griglia all'uopo predisposta, sono stati accreditati 14 strutture. Altre 11, che in base al censimento i non erano in grado di fornire ambedue le terapie definite, sono state segnalate rispettivi direttori generali affinché siano messe nelle condizioni di operare, secondo i requisiti minimi.

Il futuro

Entro la prima metà di quest'anno, sarà costituita nella Regione Veneto una prima rete di servizi ambulatoriali per la disassuefazione dal fumo. Per una precisa scelta tecnica e politica, questi servizi- la cui individuazione sarà basata sui dati del censimento citato- avranno sede negli ospedali oppure negli ambulatori dei distretti ma non nei SERT. Il personale che vi presterà servizio- che evidentemente avrà le più differenti provenienze- sarà costituito da medici, psicologi e altre figure professionali, accomunati dalla esperienza maturata nel trattamento di fumatori e dalla comune formazione attuata dal piano regionale. Tra questo personale potrà essere incluso a pieno titolo personale di provenienza SERT, purché in possesso dei requisiti sopra esposti.

Gli ambulatori- servizi, individuati come già operanti ma non rispondenti ancora ai requisiti minimi stabiliti, verranno posti nelle condizioni di raggiungere tali requisiti.

Verranno organizzate iniziative di *peer review*, al fine di aiutare tutto il personale a lavorare in base agli standard definiti: in questo ambito, sulla scorta delle esperienze già maturate nell'ambito della "rete europea degli ospedali senza fumo" (*European Network of smoke-free hospitals*), verrà promosso l'*auditing* interno.

Verranno forniti ai medici di medicina generale e agli operatori sanitari operanti negli ospedali e nei distretti opuscoli di educazione sanitaria e di informazione sui servizi esistenti, al fine di potenziare le azioni di primo livello e di coordinarle con quelle di secondo.

Entro la fine dell'anno verrà organizzata una conferenza di consenso al fine di constatare i risultati raggiunti e di condividere standard e obiettivi.

Sul piano della ricerca, con l'attenzione rivolta al coordinamento tra le attività di primo e di secondo livello, verrà organizzata una ricerca formativa con la collaborazione della medicina generale, per verificare "sul campo" la fattibilità e la resa dello screening proposto e la praticabilità del riferimento al secondo livello.

Altrettanto sperimentale sarà l'offerta, attuata in alcune ULS, di servizi di disassuefazione per studenti di media superiore.

Tutte le azioni descritte verranno portate avanti in stretta collaborazione e coordinamento con le iniziative già in atto sul versante più propriamente preventivo (in particolare per quel concerne il controllo del fumo nelle scuole, nell'ambiente di lavoro e nelle donne in stato di gravidanza.)
Il tutto con l'obiettivo di contribuire sia a migliorare la salute della popolazione nell'immediato, sia a rendere, in prospettiva futura, meno costosi e più efficaci gli interventi sanitari.