

Efficacia degli interventi sanitari contro il fumo di tabacco

3) Politiche di cessazione

Fabrizio Faggiano

OED – Piemonte e

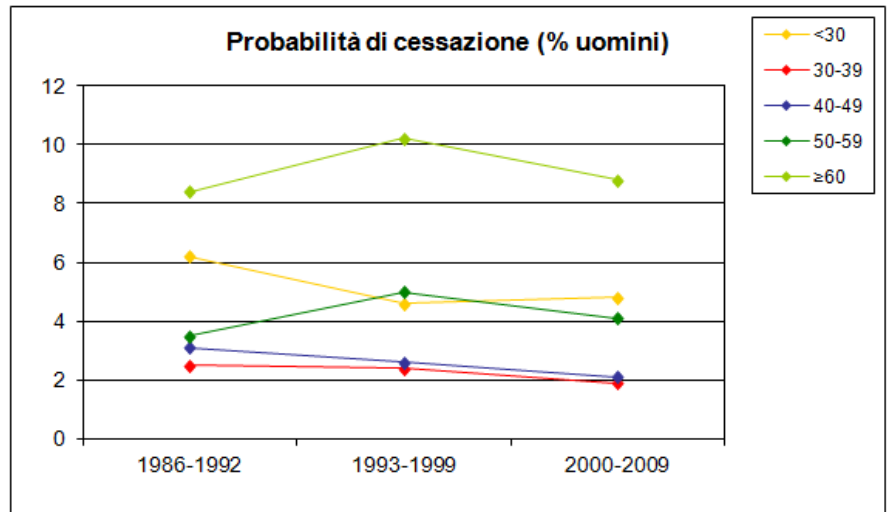
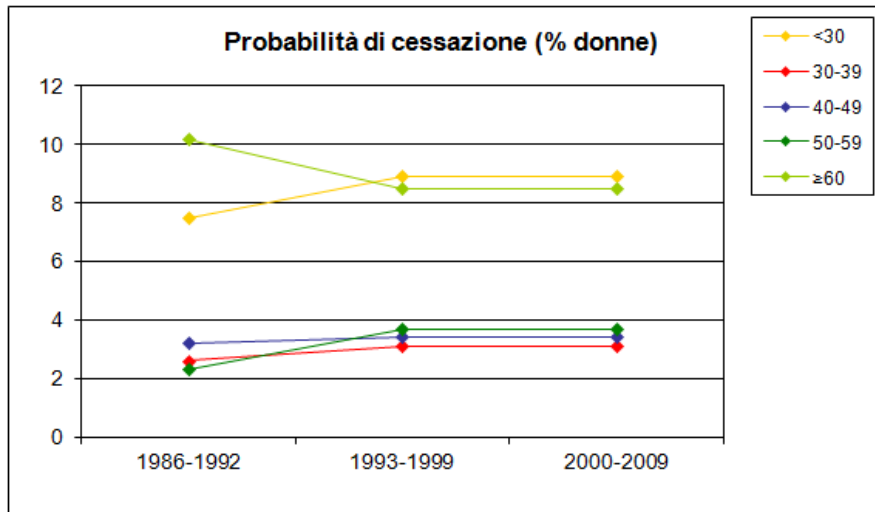
Università del Piemonte Orientale

Obiettivi generali

1. Il tabagismo
 - effetti sulla salute in Italia
 - tipologia di problema
 - tendenze in Italia
2. Le strategie possibili di intervento
 - i fattori di rischio
 - cessazione
 - prevenzione primaria
3. Gli interventi di cessazione
 - strategie di popolazione
 - criticità di implementazione
4. La prevenzione primaria del tabagismo
 - cautele
 - le Linee guida CCM sulla prevenzione dell'iniziazione

Politiche di cessazione

- E' stato stimato che le politiche di cessazione abbiano un effetto più rapido
 - sia sulla prevalenza che sull'impatto sulla salute
- ma i tassi di cessazione in Italia sono stati poco influenzati dalle politiche degli scorsi anni



Tentativi di smettere (ultimi 12 mesi)

	Stima dei soggetti che fumavano		Soggetti che hanno tentato di smettere		Soggetti che sono riusciti a smettere fumare		Soggetti che ancora fumano	
	n	%	n	%	n	%	n	
Frequenza consumo								
tutti i giorni	23542	28,2	6717	8,7	2031	91,3	21511	
occasionalmente	2695	41,6	1105	18,3	488	81,7	2207	
N sigarette fumate/die								
<10	4976	30,8	1507	9,2	434	90,8	4542	
10-19	9404	27,6	2653	7,7	714	92,3	8690	
>19	8775	27,5	2465	9,6	853	90,4	7922	

Tentativi di smettere (ultimi 12 mesi)

Tipo di tentativo	Totale tentativi (% sul totale per colonna)						Tentativo riuscito (% sui tentativi per riga)					
	Uomini		Donne		Totale		Uomini		Donne		Totale	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Da solo senza aiuti	87,6	296	89,3	208	88,3	504	27,4	81	36,5	76	31,2	157
Con aiuto di un medico	2,7	9	1,3	3	2,1	12	88,9	8	66,7	2	83,3	10
Gruppi di auto-aiuto	0,9	3	0,4	1	0,7	4	33,3	1	0,0	0	25,0	1
Farmaci tradizionali	5,0	17	4,3	10	4,7	27	5,9	1	20,0	2	11,1	3
Terapie non convenzionali	3,0	10	2,6	6	2,8	16	40,0	4	0,0	0	25,0	4
Altro	2,1	7	3,0	7	2,4	14	28,6	2	42,9	3	35,7	5
Totale	100	342	100	235	100	577	28,4	97	35,3	83	31,2	180

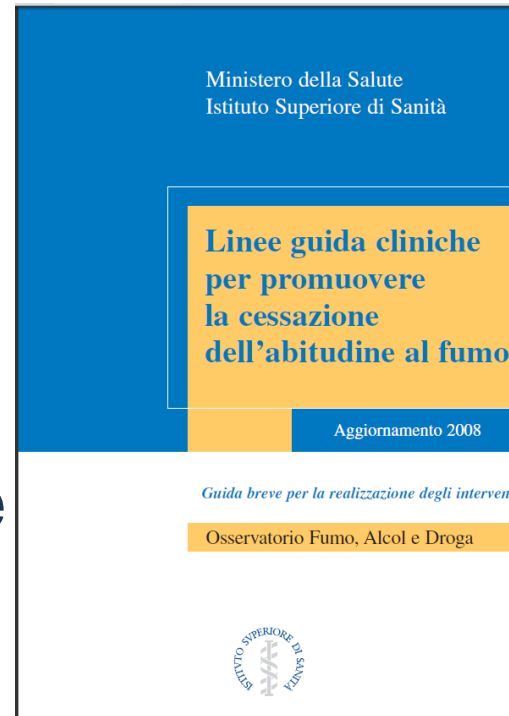
Politiche di cessazione

- Numerose revisioni Cochrane dimostrano che gli interventi di cessazione (counseling, nicotinici, Brupropione, Vareniclina, gruppi di auto-aiuto) siano efficaci nel fare cessare il fumo
 - con RR da 1.5 a 2.5
 - a tempi di follow-up brevi (6 mesi-1 anno)
 - vd Linee Guida ISS
- In Italia pochi cessano con aiuto professionale
- seppure sembra che abbiano più successo
- Ma con quale impatto?

Linee guida ISS

- Per questo consultate

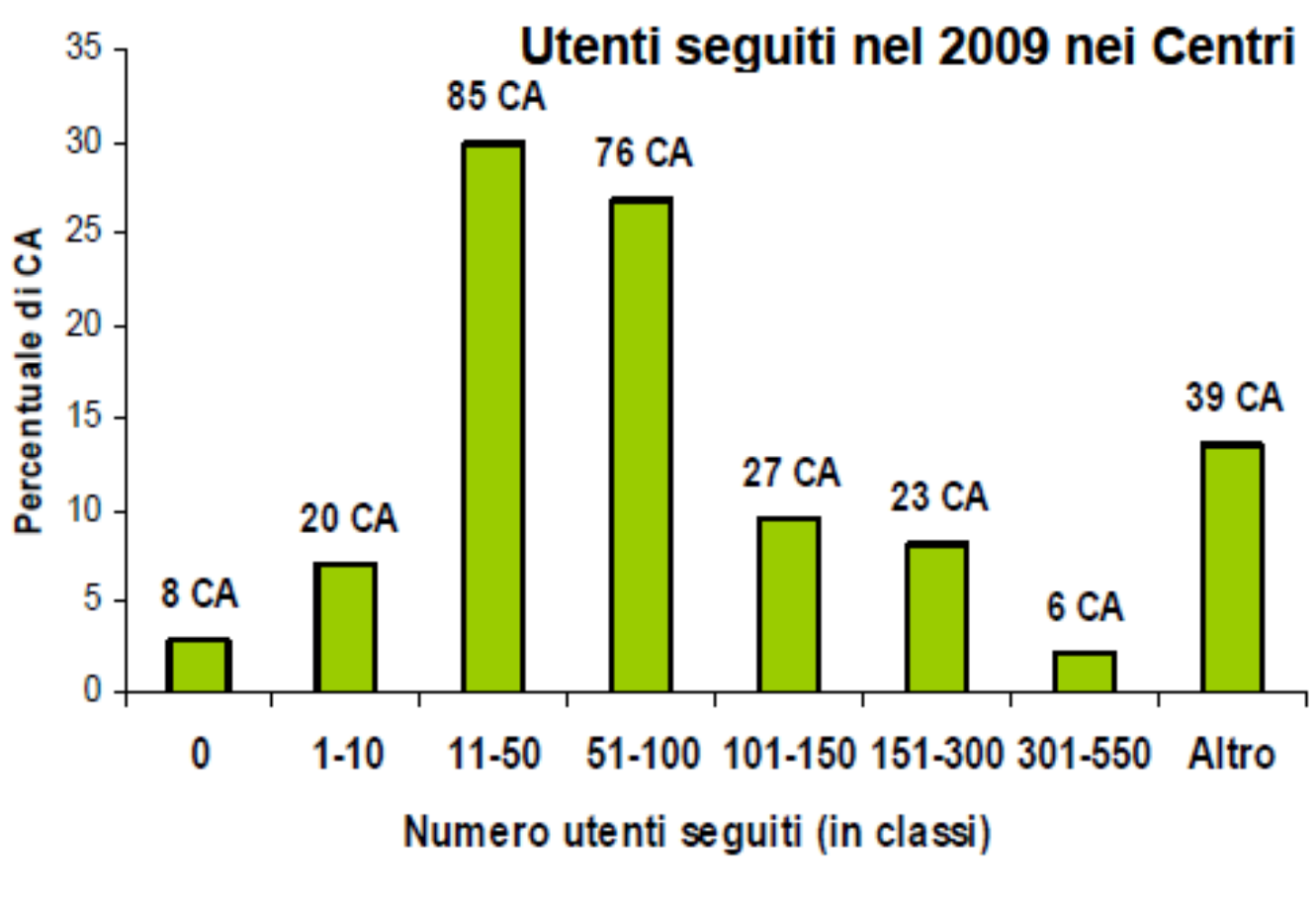
www.iss.it/fumo



Centri Trattamento Tabagismo

- Italia 2010 n= 375
- nel 2009, su 284 CTT, 18 900 utenti (77/centro)
- Assumendo una probabilità di cessazione senza intervento a lungo termine del 10% e un RR=2
- il numero medio annuo di cessazioni per centro sarebbe di 7,7 fumatori
- Assumendo che i centri non rispondenti (n=75) abbiano lo stesso n° di utenti, nel 2009 il totale delle cessazioni = 2764 (0,025%)

Distribuzione n° di utenti CTT



Dati deludenti...

The inverse impact law of smoking cessation

In 1985 I argued for the abandonment of smoking cessation clinics,¹ which make an inconsequential contribution to reducing smoking in whole populations^{2,3}—the test of their public health significance. Their labour intensity devours resources which could be better used in mass campaigns⁴ to motivate cessation in far more smokers than the best evidence shows are interested in attending clinics, let alone benefiting from them.

www.thelancet.com Vol 373 February 28, 2009

But the most powerful argument against a frontline role for clinics is their reiterating message “you need help and are unlikely to succeed alone”. Over 25 years, with the advent of nicotine-replacement therapy (NRT), bupropion, and varenicline, the same message has been turbocharged by pharmaceutical advertising directed at physicians. Whilst legions of smokers are interested in attending clinics, let alone benefiting from them, the real-world evaluation shows that the impact is minimal. See [Comment](#) page 703

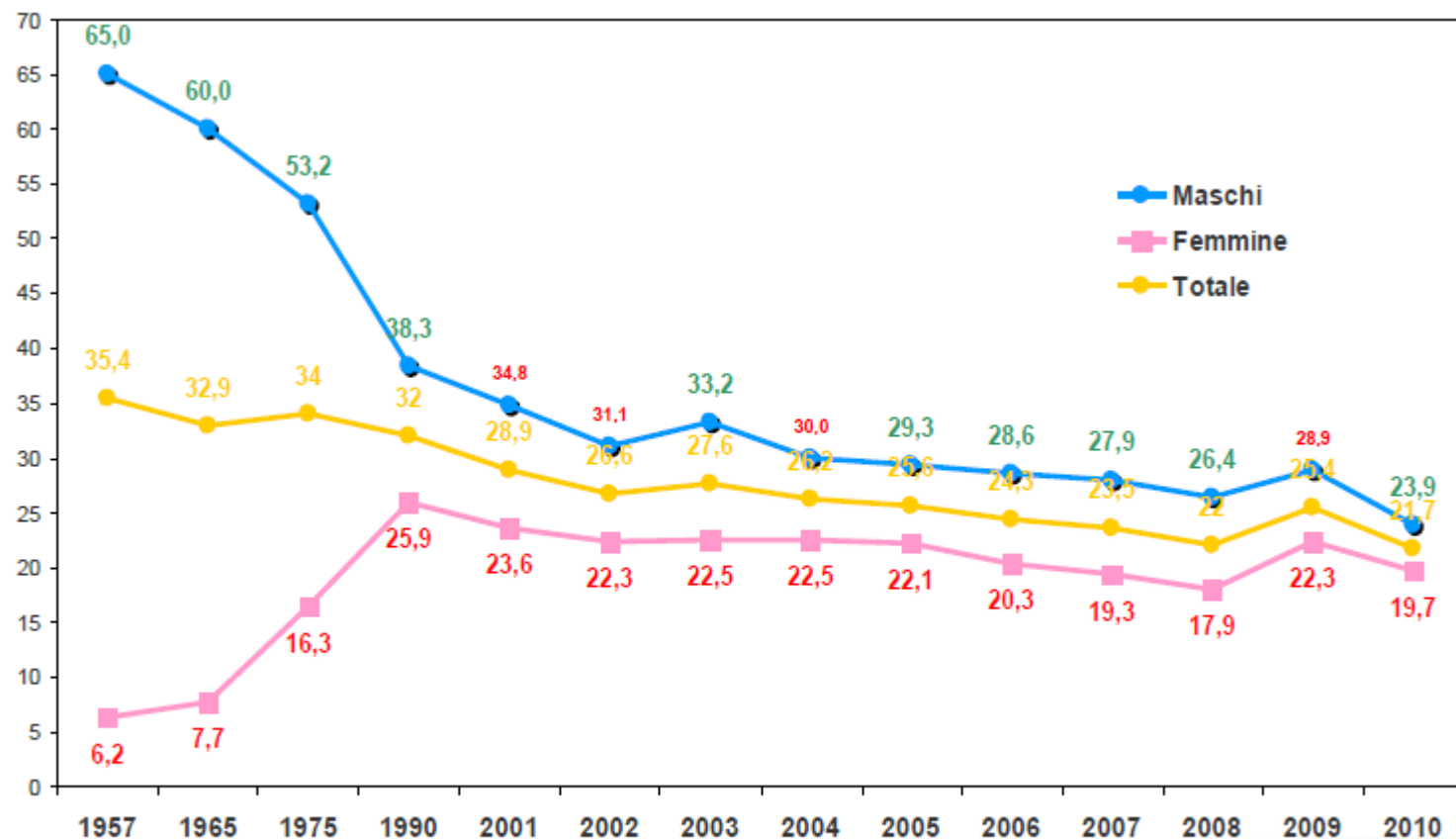
Per cui i centri antifumo devono essere supportati da una politica per pretendere un impatto significativo

	Proportion (number) using in 1 million smokers making quit attempts	Proportion (number) quit at 8 months
Total without professional help or NRT	83.2% (832 000)	7.3% (60 999)
Unassisted	80.1% (801 000)	7.0% (56 070)
Used self-help materials	3.1% (31 000)	15.9% (4929)
Total with professional or NRT help	16.8% (168 000)	19.7% (33 014)
Counselling	2.9% (29 000)	16.7% (4843)
NRT without counselling	11.7% (117 000)	20.9% (24 453)
Counselling and NRT	2.2% (22 000)	16.9% (3718)
Total	100.0% (1 000 000)	9.4% (94 013)

NRT=nicotine-replacement therapy. Data are extrapolated from reference 12, for 1996. Data are for California, USA.

Table: Estimated cessation rates and numbers at 8 months in population of 1 million smokers attempting to quit

La crisi e le recidive...



La crisi e le recidive

- nel 2009:
 - aumento di 3.4% della prevalenza di fumatori
 - calo del 3.8% degli ex-fumatori (da 14.6% nel 2008 a 18.4% nel 2009)
 - invarianza della prevalenza di coloro che non hanno mai fumato (sempre intorno al 60% sia nel 2008 che nel 2009)
 - Effetto della crisi?

Politiche di cessazione

- Ma restano ancora inattuate molti raccomandazioni efficaci:
 - accessibilità gratuita ai servizi
 - appropriatezza dei trattamenti
 - adeguata distribuzione sul territorio

LG piemontesi



www.oed.piemonte.it

www.cpo.it

Perché le Linee-guida sulla cessazione?

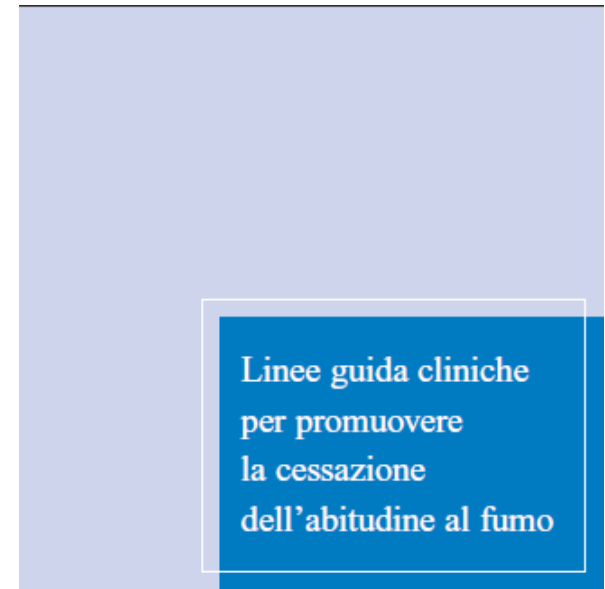
- **Definizione:** *raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di **revisione sistematica della letteratura** e delle **opinioni di esperti**, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche (Institute of Medicine 1992)*
- **basate sulle migliori prove di efficacia esistenti**
- **elaborate da gruppi multidisciplinari**

Perché le Linee-guida sulla cessazione?

- Le linee cliniche hanno accumulato prove di efficacia come strumento di miglioramento dell'appropriatezza degli interventi in setting complessi come quelli ospedalieri
 - *aderenza a trattamenti-chiave (Mehta 2002)*
 - *miglioramento della sopravvivenza a 30 giorni e ad 1 anno x IMA (Eagle 2005)*
 - *riduzione ospedalizzazione per dolore toracico (Weingarten 1993)*
 - *appropriatezza della prevenzione e incidenza della TVP (Scaglione 2005)*
- *e anche nella cessazione del fumo (Katz 2004).*

Perché una LG regionale?

- le LG ISS sono cliniche e non affrontano:
 - nodi organizzativi critici
 - interventi di popolazione
- si voleva uno strumento di politica sanitaria
- il processo di costruzione della LG produce consenso



Osservatorio Fumo, Alcol e Droga



Perché una LG regionale?

- le evidenze scientifiche su altri interventi erano/sono deboli
- come in generale per tutti gli interventi su cui non vi è interesse dell'industria
- per cui era necessario un processo originale di costruzione di raccomandazioni

Perché le Linee-guida sulla cessazione?

Raccomandazioni	Livello delle prove di efficacia			opinione di esperti
	1	2	3	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
...				

Le tappe della cessazione...

Decisione
di smettere



Ricorso al
SSN



Trattamento

...e cosa può fare il Servizio Sanitario

Front-line accogliente,
servizi accessibili,
professionisti formati

Decisione
di smettere



Ricorso al
SSN



Trattamento

Interventi di policy e
campagne mediatiche

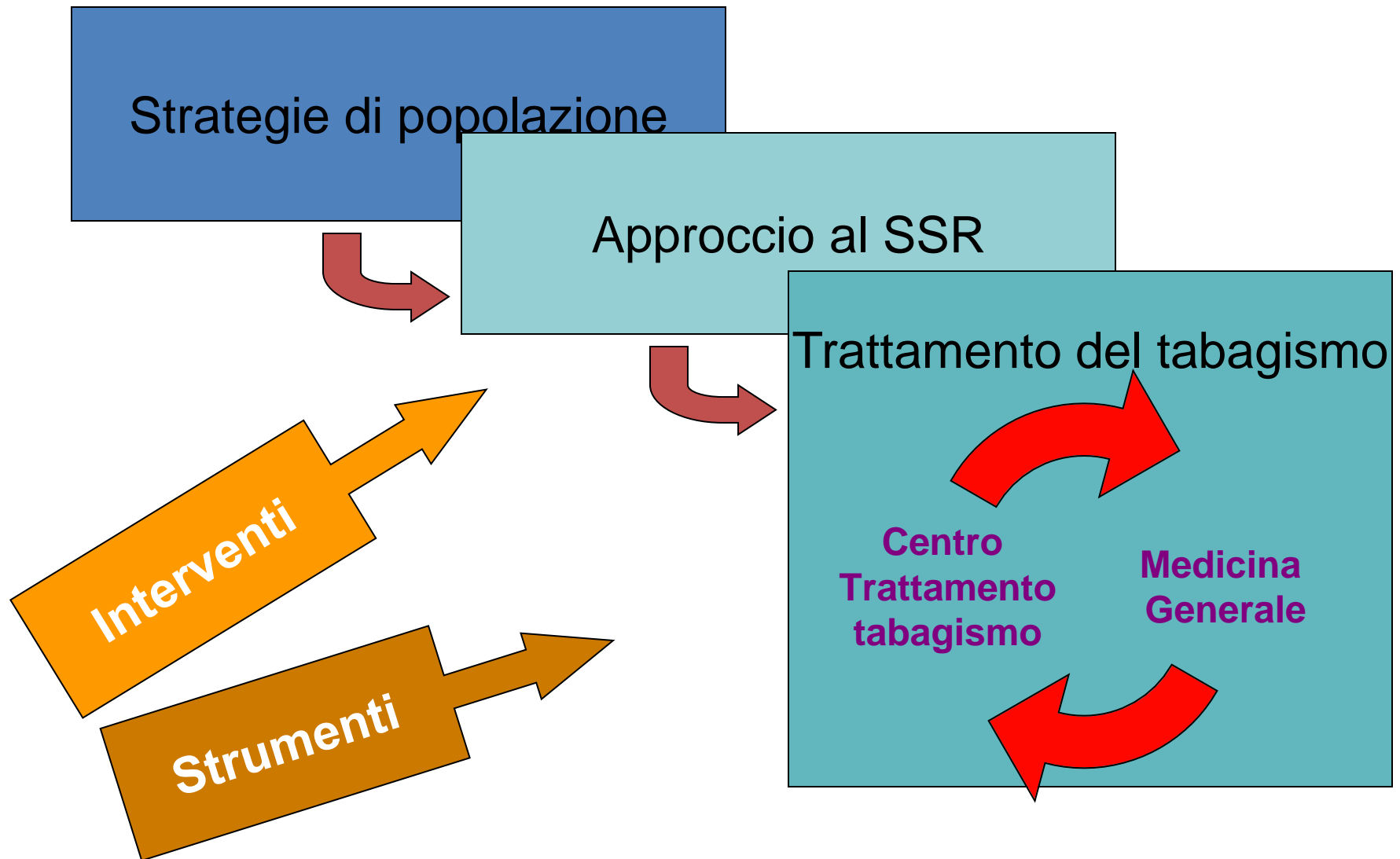
Assicurazione di qualità
ed efficacia

Le linee guida per la cessazione

Le Linee-guida mirano ad aumentare i tassi di cessazione dei fumatori

- 1. *Per promuovere la decisione di smettere*: interventi di popolazione e misure di *policy***
 - p.e. Campagne di mass media
 - Linee telefoniche di supporto alla cessazione
 - Divieti e restrizioni al fumo di tabacco
 - Riduzione dei costi diretti della cessazione per il fumatore
 - Aumento del prezzo unitario dei prodotti del tabacco
- 2. *Per incoraggiare la richiesta di aiuto*: interventi per il primo contatto del fumatore con il servizio sanitario**
- 3. *Per trattare appropriatamente il tabagismo*: il percorso di presa in carico del fumatore**
 - Gli Operatori di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta
 - I Centri per il Trattamento del Tabagismo

Le linee guida: caratteristiche generali del testo



Le raccomandazioni per diversi destinatari

Amministrazione regionale → 13

Facoltà di medicina e chirurgia → 1

Aziende sanitarie → 17

Operatori di medicina generale → 22

Centri trattamento del tabagismo → 22

Ginecologi ed ostetrici → 4

Uffici scolastici → 1

Le linee guida: struttura particolare del testo

Sintesi
dell'evidenza

Qualità
dell'evidenza

Rilevanza
clinica

I singoli professionisti e le strutture sanitarie il cui personale abbia contatti più regolari con utenti fumatori (per esempio dentisti, farmacisti, medici e infermieri degli ambulatori) dovrebbero informarsi circa l'uso di tabacco da parte del soggetto e, nel caso di fumatori, consigliare di smettere (ASK e ADVISE, vedi capitolo 3 - Gli Interventi) indirizzandoli alle strutture deputate alla cessazione. Le evidenze scientifiche raccolte in revisioni sistematiche mostrano un certa efficacia dell'intervento operato dai farmacisti di comunità appositamente formati, che mostra aumenti nelle cessazioni a lungo termine (9 mesi - 1 anno) superiori del 71% rispetto ai controlli [Sinclair 2004]. Anche i dentisti formati sono in grado di aumentare il tasso di cessazione del 44% (OR 1,44; IC 95% 1,16-1,78 a 12 mesi dall'intervento) [Carr 2006].

1a	I professionisti del Servizio Sanitario Regionale, o di strutture private ad esso convenzionate, che intrattengono contatti regolari con fumatori, dovrebbero informarsi sull'uso di tabacco da parte dei soggetti e suggerire ai fumatori di smettere.	A
4,2		

Forza della
raccomandazione

Le linee guida: esempi di raccomandazione

Interventi di popolazione e misure di policy

IIb	L'Amministrazione Regionale dovrebbe negoziare con lo Stato l'inserimento dell'addizionale sui tabacchi fra i componenti dell'autonomia tributaria regionale, destinando l'eventuale gettito derivante ai programmi di prevenzione/cessazione del tabagismo.	A
3,7		

Ib	L'Amministrazione Regionale dovrebbe stipulare accordi con una o più <i>quit line</i> nazionali al fine di integrarle nel programma regionale di cessazione.	A
3,1		

IIb	L'Amministrazione Regionale deve includere fra i LEA regionali gli interventi di cessazione raccomandati nel capitolo "Gli Interventi" di questa Linea Guida.	A
4,3		

IV	Le Aziende Sanitarie devono favorire la distribuzione diretta dei farmaci per la cessazione.	C
4,0		

Le linee guida: esempi di raccomandazione

Interventi di popolazione e misure di policy

IIb	L'Amministrazione Regionale dovrebbe negoziare con lo Stato l'inserimento dell'addizionale sui tabacchi fra i componenti dell'autonomia tributaria regionale, destinando l'eventuale gettito derivante ai programmi di prevenzione/cessazione del tabagismo.	A
3,7		

- L'erario incassa 15 mld €/anno per l'accise sul tabacco
- 1.5 mld €/anno vengono dalla Regione Piemonte
- Se aumentassimo di 5 c. l'accise (da c. 1,75 a 1,8)
- E venisse assegnata alla compartecipazione regionale
- Il Piemonte riceverebbe c. 39 ml €/anno

Primo contatto del fumatore con il SSR

IV	Tutti i cittadini che vengano a contatto con il Servizio Sanitario Regionale o con strutture private ad esso convenzionate devono poter ricevere informazioni appropriate sulle opportunità di trattamento e sulle sedi ad esso deputate.	C
4,5		

IV	In tutte le strutture di primo contatto del Servizio Sanitario Regionale devono essere presenti in evidenza materiali per la promozione della cessazione, che includano informazioni sui servizi a ciò preposti.	C
4,3		

Ib	Tutti gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Regionale devono ricevere una formazione adeguata al loro ruolo nel percorso di cessazione.	A
4,5		

Le linee guida: esempi di raccomandazione

La (difficile storia della) presa in carico del fumatore

- **chi deve prendere in carico il fumatore?**
- **cosa devono fare il MMG e il CTT?**
- **sono in concorrenza per accaparrarsi più (meno?) fumatori possibile?**
- **chi deve trattare il fumatore?**
- **chi deve fare il follow-up?**

Le linee guida: esempi di raccomandazione

La presa in carico del fumatore

IV	L'integrazione organizzativa tra la medicina generale e il centro specialistico deve modellarsi sulle caratteristiche del territorio, così da garantire la maggior probabilità di accesso agli interventi.	C
4,3		
la	Il Medico di Famiglia o il Pediatra di Libera Scelta deve farsi carico del percorso di trattamento del tabagismo (ASSIST) presso il proprio ambulatorio o presso un CTT.	A
4,1		
IV	I Centri per il Trattamento del Tabagismo (siano essi pubblici o privati accreditati) dovrebbero offrire tutte le tipologie di valutazione e assistenza per la cessazione al fumo che abbiano basi scientifiche accertate, secondo le necessità dell'utente.	C
4,4		

Le linee guida: flussi organizzativi

