

TRATTAMENTI PER SMETTERE DI FUMARE: QUANDO A CARICO DELLO STATO?

Stefano Nardini

Pneumotisiologia- Vittorio Veneto

ULSS 7- Regione Veneto

Vice-Presidente



L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore

The role of General Practitioner in tobacco control: recommendations for a proper management of the smoking patient

G. INVERNIZZI, S. NARDINI*, G. BETTONCELLI, A. CODIFAVA, F. CORTI**, R. FOSSATI***, C. GUERRA**, C. LAVECCHIA***, C. LAZZARO****, E. SABATO*, P. ZUCCARO*****

SIMG, Società Italiana di Medicina Generale

*AIPO, Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

**FIMMG, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

***Istituto "Mario Negri", Milano

****Economista Sanitario, Milano

RESEARCH PAPER

BRIEF

Particulate
an ex

G Invernizzi

Residual tobacco smoke: measurement of its washout time in the lung and of its contribution to environmental tobacco smoke

Giovanni Invernizzi, Ario Ruprecht, Cinzia De Marco, Paolo Paredi, Roberto Boffi

Tobacco Control 2007;16:29-33. doi: 10.1136/tc.2006.017020

Monaldi Arch Chest Dis
2004; 61: 3, 0-00

12

TOBACCO PUCH

Indoor particulate matter as a tool in the implementation of Smoking cessation: a preliminary

S. Nardini¹, R. Cagnin¹, G. Invernizzi¹,
R. Boffi², S. For

Respiratory Research

Research

Inhaled steroid/tobacco smoke particle interactions: a new light on steroid resistance

Giovanni Invernizzi^{*1}, Ario Ruprecht¹, Cinzia De Marco¹, Roberto Mazza¹,
Gabriele Nicolini² and Roberto Boffi¹

BioMed Central

Open Access

GIOVANNI INVERNIZZI

... CHE CI HA LASCIATO IL 1[^] APRILE
SCORSO



SOMMARIO

- ❑ CESSAZIONE DEL FUMO: 2 PROSPETTIVE DIFFERENTI
- ❑ TRATTAMENTO PER SMETTERE A CARICO DEL SSN:
LA TEORIA
- ❑ AGGIORNAMENTO SU DUE PROGETTI:
 - FUMO IN PAZIENTI IN OSSIGENO-TERAPIA
 - TRATTAMENTO GRATUITO PER SMETTERE DI FUMARE NELLE PATOLOGIE FUMO-CORRELATE
- ❑ CONCLUSIONI

CESSAZIONE DAL FUMO: 2 DISTINTE PROSPETTIVE

□ PREVENZIONE DELLE MALATTIE FUMO- CORRELATE (PREVENZIONE PRIMARIA)

- La disassuefazione viene fornita ai "sani"
- Misure di comunita' maggiormente costo-efficaci

□ TERAPIA DELLE MALATTIE FUMO- CORRELATE (PREVENZIONE SECONDARIA)

- La disassuefazione viene fornita ai malati
- E' un intervento clinico, una terapia su un malato (di cui si sa che è sensibile ai danni del fumo)

L' ESEMPIO DEL CANCRO DEL POLMONE

(Doll et al, 2004

Videtic et al, 2003)

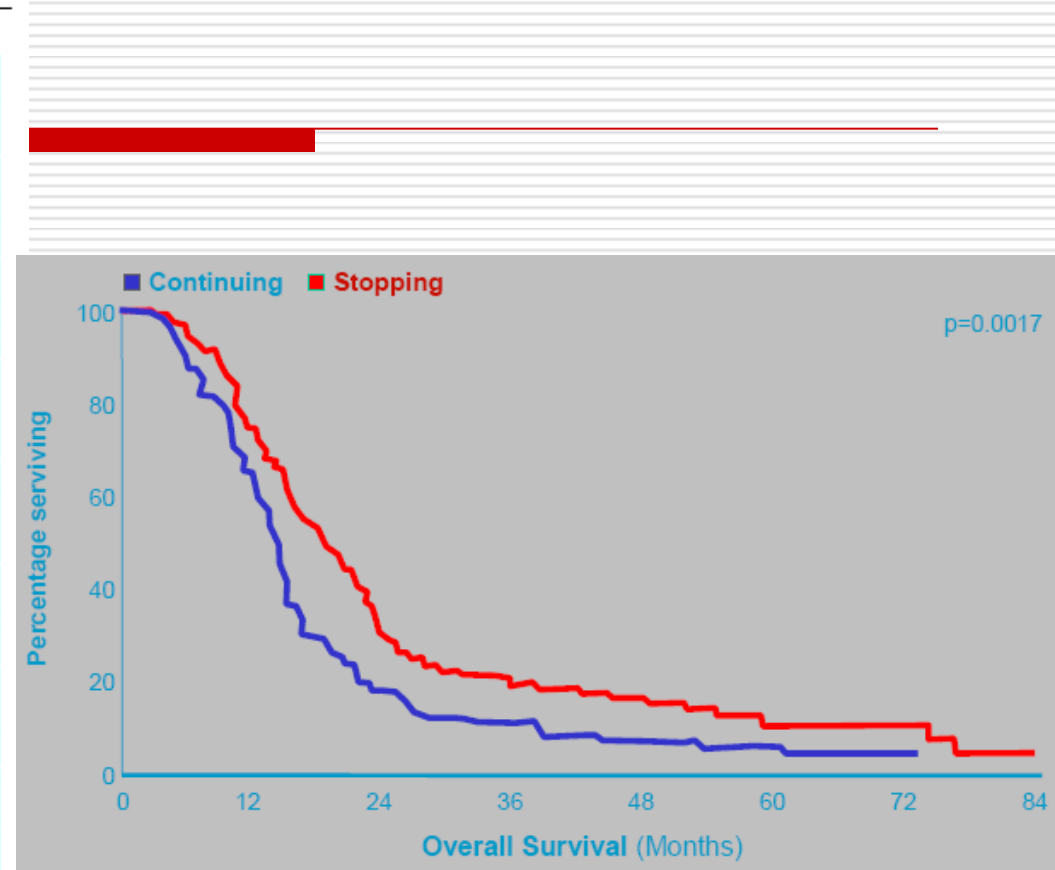
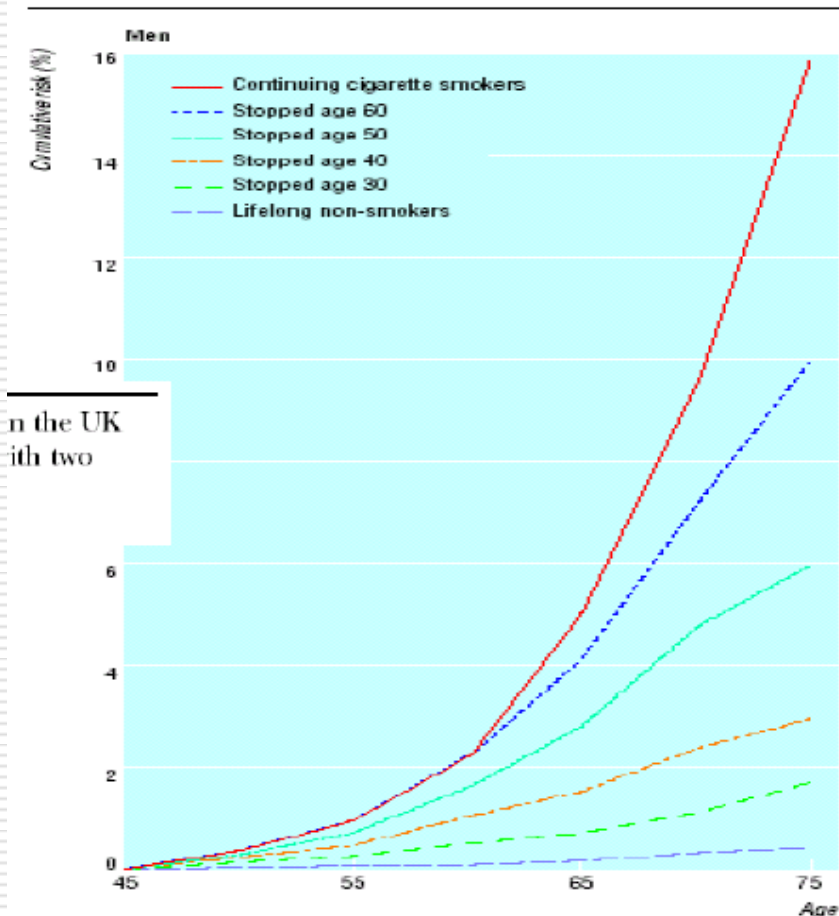


Fig 3 Effects of stopping smoking at various ages on the cumulative risk (%) of death from lung cancer up to age 75, at death rates for men in United Kingdom in 1990. (Non-smoker risks are taken from a US prospective study of mortality¹⁴)

SMETTERE DI FUMARE NELLE MALATTIE FUMO-CORRELATE

- **Sopravvivenza** in Pazienti con tumore del polmone non operabile, fumatori all'atto della diagnosi:

	Hanno smesso	Hanno continuato
Mediana (mesi)	18 mesi	13.6 mesi
a 5 anni	8.9%	4% (P = .0017).

- Riduzione del rischio di evento cardiaco successivo in soggetti in riabilitazione cardiologica dopo un evento acuto:
 - 10% in seguito al controllo della ipertensione
 - 28% per la rieducazione all'esercizio fisico
 - 35% per il controllo dell'iper-colesterolemia
 - **36% per la cessazione del fumo.**
- Rischio di morte per infartuato che continua a fumare vs. chi smette :
 - **+ 45%.**
- Dopo un ricovero per evento cardiaco > 50% dei fumatori continua o ricomincia a fumare
- Soggetti affetti da Bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che continuano a fumare è circa il 26%.

In tutti questi casi...

- ❑ Il SSN spende risorse per il trattamento farmacologico e non farmacologico
- ❑ La comunità paga un elevato costo indiretto (invalidità, premorienza..)

E Allora....

- ❑ Potrebbe aver senso che il SSN pagasse gli interventi per la cessazione dal fumo?

Finanziamento pubblico per incrementare l'uso del trattamento della dipendenza da tabacco

Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment (Review)

Reda AA, Kaper J, Fikretler H, Severens JL, van Schayck CP

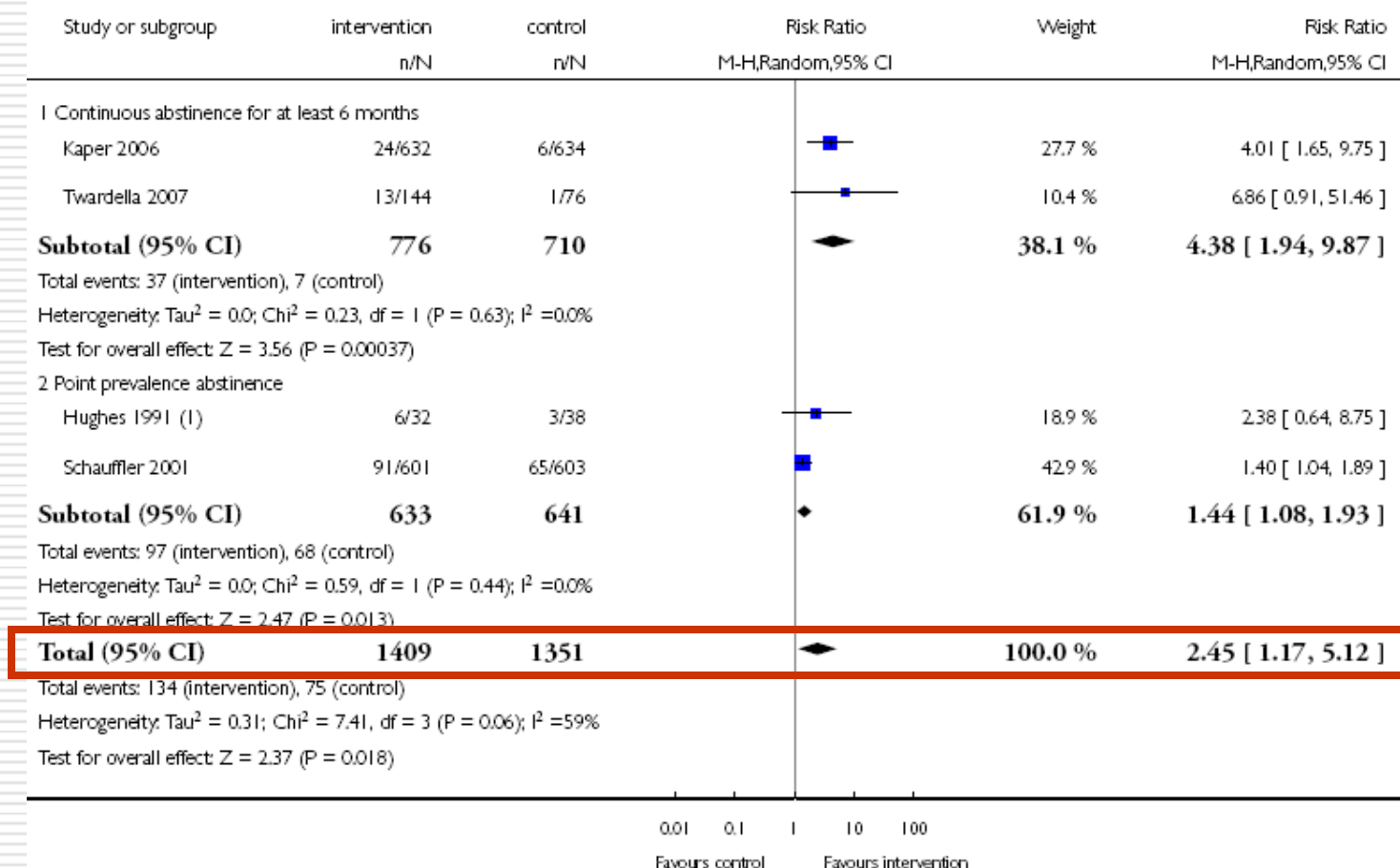


Analysis 1.1. Comparison 1 Interventions directed at patients: Abstinence from smoking, Outcome 1 Full versus no financial coverage.

Review: Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment

Comparison: 1 Interventions directed at patients: Abstinence from smoking

Outcome: 1 Full versus no financial coverage



Finanziamento pubblico per incrementare l'uso del trattamento della dipendenza da tabacco

- 9 studi diretti a finanziamento per i fumatori, due studi rivolti a personale sanitario (health care providers).
- Effetto del finanziamento totale ai fumatori:
 - sull'astinenza, continuativa o puntuale;
 - sul numero di fumatori che intraprendono un tentativo di smettere di fumare di almeno 24h;
 - effetto sull'uso di terapia farmacologica (NRT RR 1.99; 1.56- 2.53. Bupropione RR 5.07; 2.41-10.61)
- Non effetto su finanziamento del personale sanitario sull'astinenza continuativa o puntuale o sulla prescrizione di NRT; ma maggiore uso di intervento comportamentale.
- 5 studi hanno presentato analisi di costo-efficacia del finanziamento totale rispetto a quello parziale o a non finanziamento: costo per quitter addizionale 260-1543 \$.

Pero'...

- ❑ Siamo sempre nella cessazione del fumo in ambito "preventivo"
 - ❑ Mancano solide evidenze per la cessazione in ambito "curativo"
- Passiamo quindi ai dati personali

IL CONTROLLO DEL FUMO

NEI PAZIENTI IN OSSIGENOTERAPIA

U.O. Pneumotisiologia

Presidio Ospedaliero di Vittorio Veneto

ULSS n. 7 – Pieve di Soligo

O2-TERAPIA DOMICILIARE E FUMO

L'ossigenoterapia continua domiciliare (>15/18 ore al giorno – LTOT) migliora la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti con insufficienza respiratoria cronica da BPCO.

Il fumo di sigaretta può vanificare i benefici effetti della ossigenoterapia:
 mantiene lo stato di infiammazione bronco-polmonare
 si lega alla emoglobina, riducendone la capacità di trasporto di O₂.
Oltre a tutto questo, in caso di disattenzione/imprudenza, il fumare mentre si assume O₂, mette il paziente e chi lo assiste a rischio di ustioni/combustioni incontrollate.

Quindi: **fumo di sigaretta nocivo**

- **al paziente insufficiente respiratorio cronico in O₂terapia**
- **alla comunità che impiega risorse per un trattamento inutile/pericoloso**

SCOPO DEL LAVORO

Scopo principale: misurare in modo preciso il numero di fumatori all'interno della popolazione di assistiti in LTOT per insufficienza respiratoria e offrire loro un trattamento farmacologico e comportamentale per smettere di fumare.

Scopi secondari:

1. tracciare un profilo psicologico dei pazienti fumatori in LTOT confrontati con pazienti non fumatori;
2. verificare le caratteristiche cliniche dei pazienti fumatori in LTOT confrontati con pazienti non fumatori;
3. verificare la conoscenza dei benefici e dei rischi della LTOT tra i pazienti fumatori, confrontati con pazienti non fumatori.

RICOGNIZIONE DATI

NOVEMBRE 2012-FEBBRAIO 2013

In questo periodo si sono intervistati

136 PAZIENTI

su un campione di circa 340 pazienti assistiti in LTOT



I PRIMI RISULTATI

PAZIENTI FUMATORI (8.1%)

P/Y → media 40

CO → media, moda e mediana convergono su un valore pari a 20

**LIVELLO DI DIPENDENZA FISICA (Fagerström) → media 5
→ moda 7
→ mediana 6**

PRESENZA DI ANSIA (misurata con CBA 2.0 scheda 2) → nel 22.2% dei casi

**PRESENZA DI DEPRESSIONE
(misurata con CBA 2.0 scheda 8) → nel 33.3% dei casi**

**PERCEZIONE DI AUTOEFFICACIA → media di 9.2 (la percezione di auto
efficacia è tendenzialmente bassa)**

(misurata con The smoking Self-efficacy Questionnaire modificato – SEQ₁₂)

TENTATIVI DI SMETTERE DI FUMARE → media 2

Tempo massimo di astinenza:

- > un anno 20.0%
- tre mesi 10.0%
- un mese 10.0%
- una settimana 40.0%
- neppure un dì 20.0%

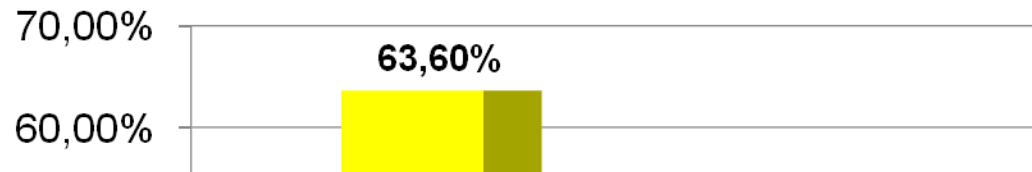
Utilizzo di supporto (farmacologico e/o psicologico):

- SI 40.0% (prevale su tutto l'utilizzo di NRT)
- NO 60.0%

Motivo della ripresa dell'uso di tabacco (+ di 1 risposta):

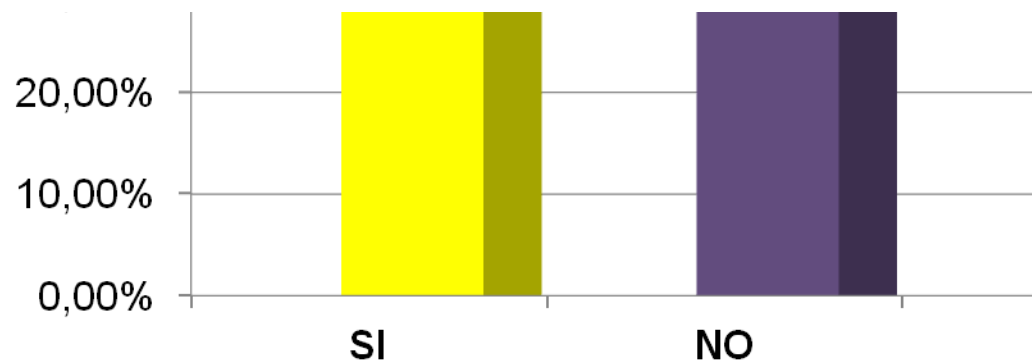
- stato di nervosismo /tensione 60.0%
- era un piacere che mancava 30.0%
- pressioni esterne 20.0%
- certezza che una sigaretta non avrebbe comportato la ripresa 20.0%
- certezza che il danno oramai era fatto 10.0%

DESIDERIO DI SMETTERE DI FUMARE



ANCHE IN QUESTI FUMATORI, MALATI GRAVI, VI
E' NON SOLO INDICAZIONE MA ANCHE MARGINE
PER FORNIRE TERAPIA PER SMETTERE DI FUMARE

CON CHE PROSPETTIVE?





**Finanziamento D.G.R.V. 3669
del 25 novembre 2008**

***PROTOCOLLO REGIONALE
DI SOMMINISTRAZIONE GRATUITA DI TERAPIA FARMACOLOGICA
A PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE FUMO-CORRELATE
(ULSS n. 7 – Pieve di Soligo, ULSS n. 9 – Treviso, ULSS n. 19 – Adria)***

SCOPI:

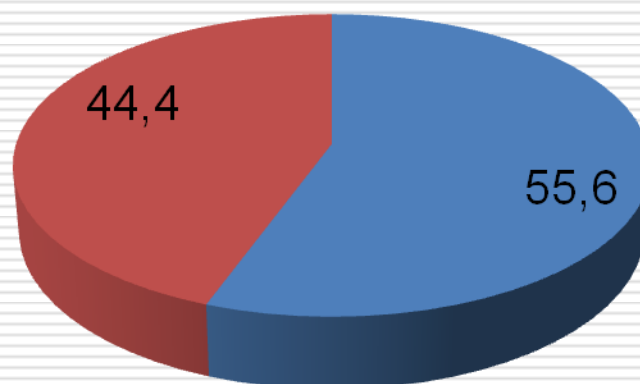
1. VERIFICARE LA ADERENZA AL TRATTAMENTO DI FUMATORI MALATI, RECLUTATI IN MODO DIVERSO DALL' USUALE
2. VERIFICARE LA EFFICACIA DEL TRATTAMENTO (ASTINENZA)

PAZIENTI IN CARICO: 151

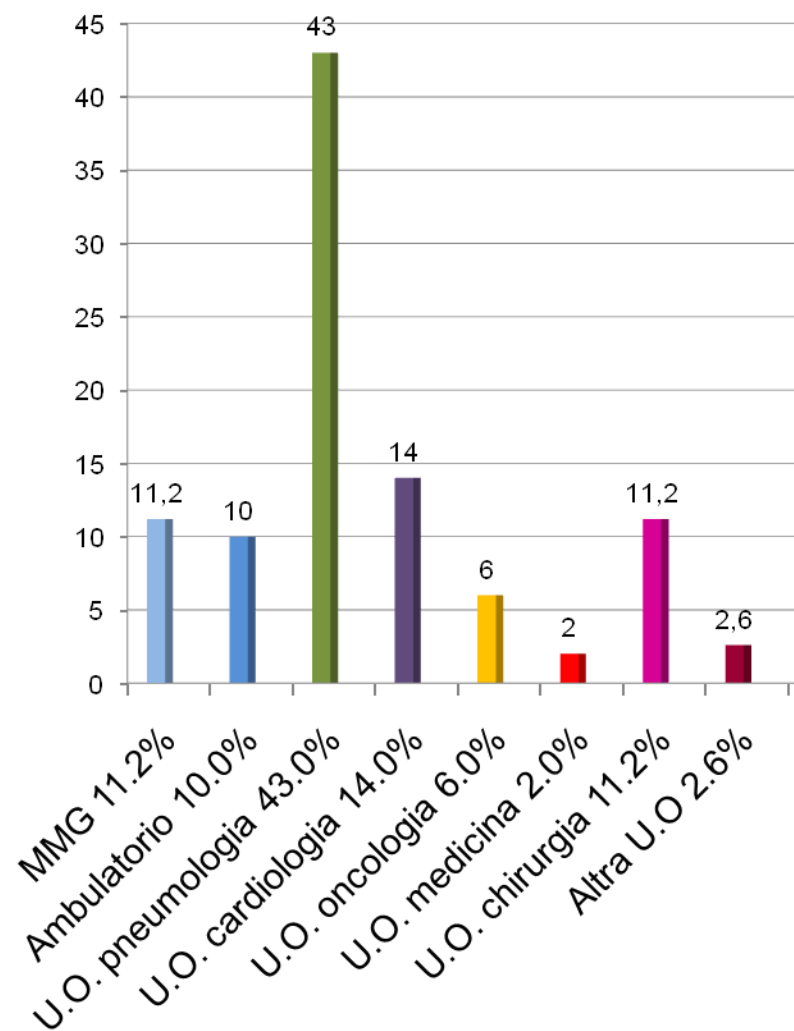
55.6 % maschi
44.4 % femmine

ETA' MEDIA:

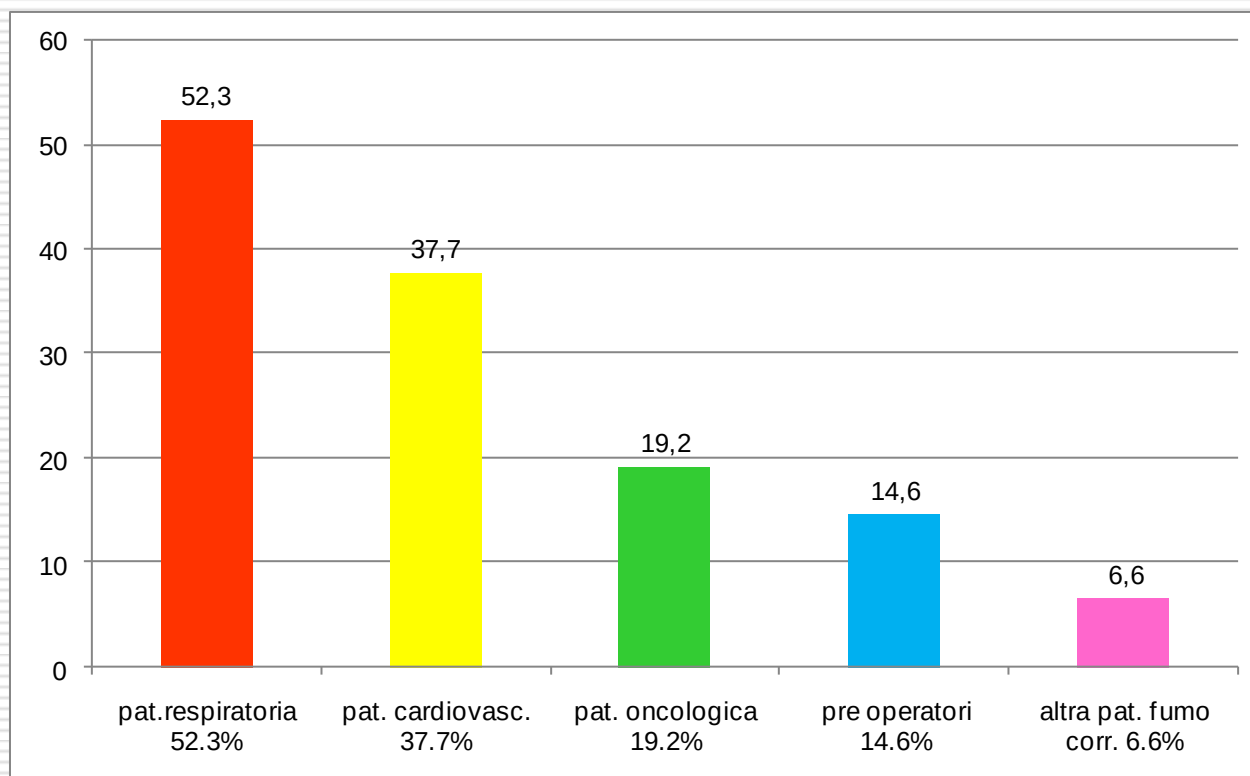
54.6 anni



INVIO

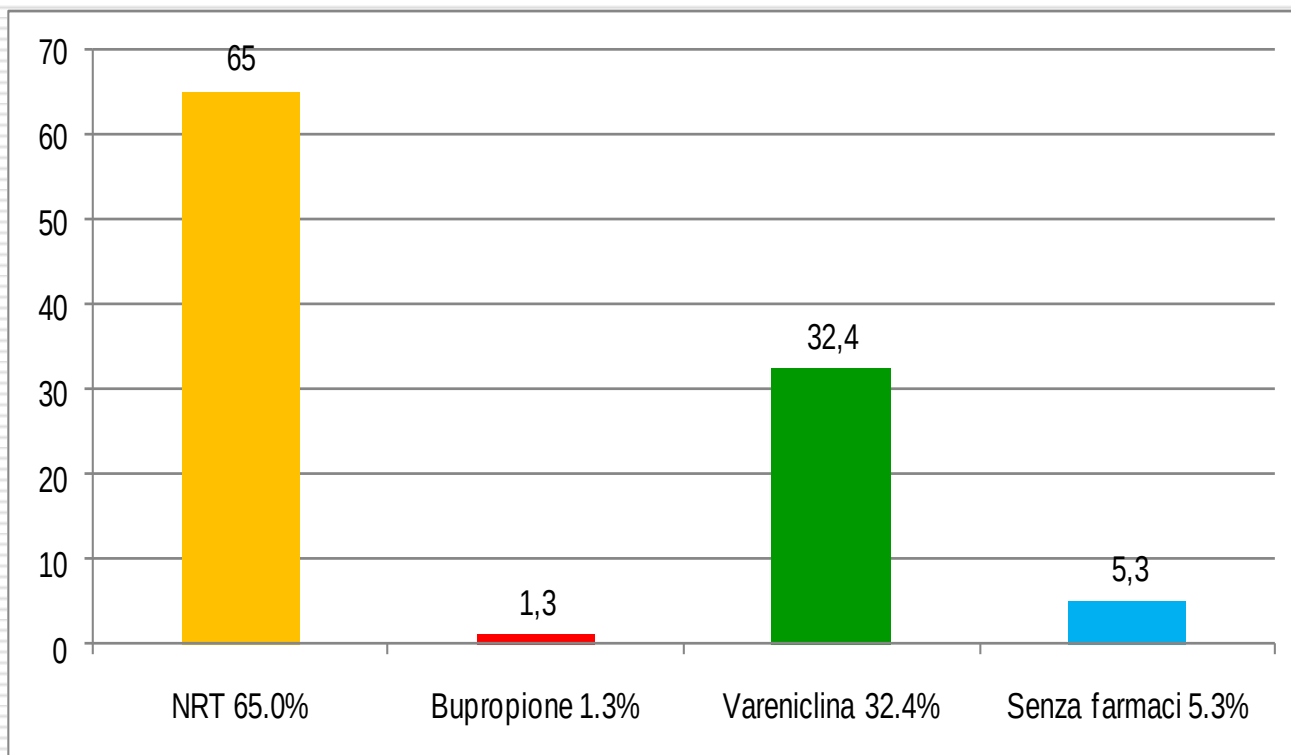


TIPOLOGIA DI PATOLOGIA FUMO-CORRELATA



N.B. Alcuni pazienti presentano più patologie, per cui % > 100%

TIPOLOGIA DI FARMACI SOMMINISTRATI



N.B. Alcuni pazienti assumono farmaci in associazione, per cui % > 100%

DEFINIZIONI DI “ADERENZA” AL PROTOCOLLO:

ADERENZA TOTALE: *partecipazione costante del paziente al progetto, secondo le linee guida indicate nel protocollo*

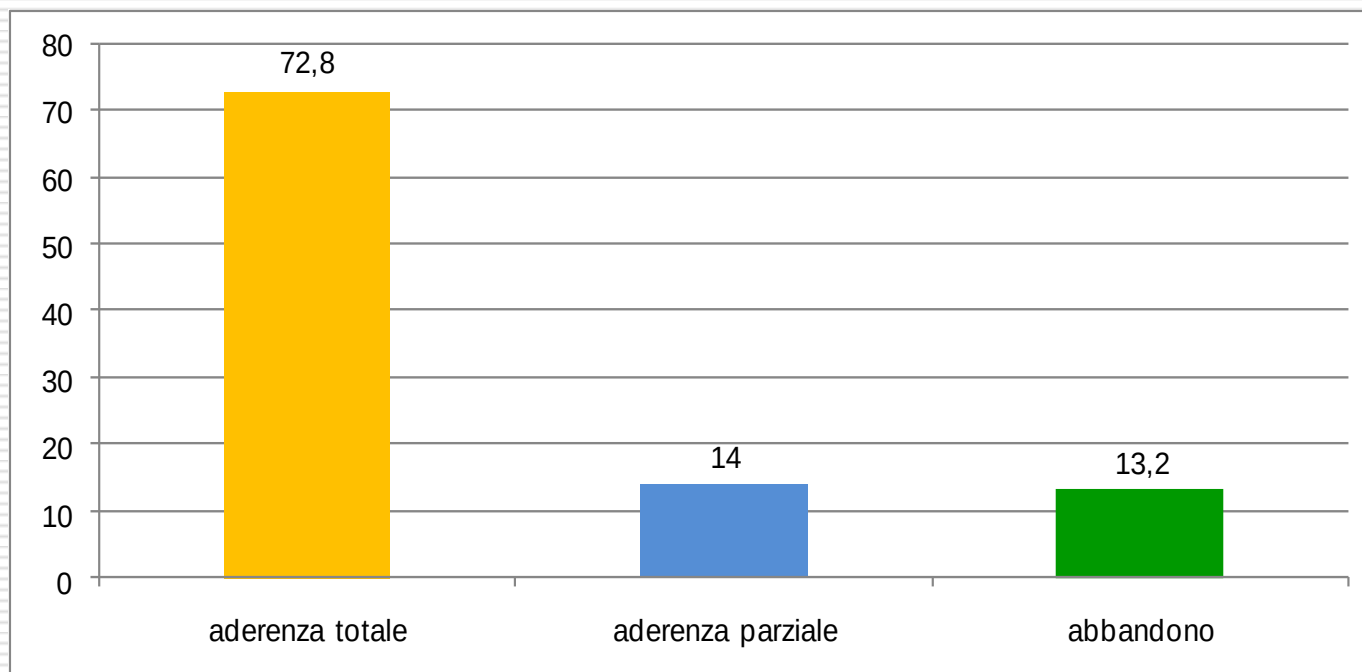
ADERENZA PARZIALE: *partecipazione parziale, a volte incostante, del paziente al progetto, ma in assenza di una sua precisa ed espressa volontà di interromperlo*

ABBANDONO VOLONTARIO: *interruzione della partecipazione agli incontri programmati per decisione volontaria del paziente*

ABBANDONO PER MALATTIA: *interruzione della partecipazione agli incontri programmati da progetto per cause di forza maggiore (in tutti i casi per malattia del paziente)*

RISULTATI (3 ULSS): ADERENZA AL PROTOCOLLO:

- totale 72.8 %
- parziale/incostante 14.0 %
- abbandono 13.2 %



RISULTATI: ASTINENZA

Totale Pazienti ULSS 7 e ULSS 19:

- ❑ **astinenza a 6 mesi (su 59 pazienti): 49.2%**
- ❑ **astinenza a 12 mesi (su 53 pazienti): 32.1%**

RISULTATI: ASPETTI CRITICI

- ❑ Reclutamento difficile.
- ❑ Solo un terzo (151/450) del campione inizialmente previsto di partecipanti allo studio è stato arruolato in due anni, nonostante il prolungamento del periodo di arruolamento
- ❑ Questo ha portato alla scadenza di un certo quantitativo dei farmaci, che si era dovuto procedere ad acquistare preventivamente.

PROGETTO REGIONE VENETO: conclusioni

- Buon risultato per la aderenza al trattamento
- Terapia farmacologica accettata dalla maggior parte dei Pazienti
- Ottimo risultato (>30% a un anno) per l'astinenza

- Bassa sensibilità (sia dei medici sia dei Pazienti) verso la cessazione del fumo come misura terapeutica essenziale nel trattamento delle malattie fumo-correlate
- Questa bassa sensibilità ha determinato e può determinare in futuro un sottoutilizzo delle disponibilità sia di risorse umane sia di farmaci.

Conclusioni

- ❑ Nei fumatori malati di malattie legate al fumo, l'assistenza per smettere è un trattamento terapeutico efficace
- ❑ Vi sono percentuali misurabili di fumatori anche tra malati gravi
- ❑ Sui fumatori sani è dimostrato che la copertura della spesa dell'assistenza per smettere migliora compliance e tasso di astinenza.
- ❑ I nostri dati, in Regione Veneto sembrano indicare che il trattamento gratuito dei fumatori malati ottiene buona aderenza e resa
- ❑ Il reclutamento resta un punto critico.

TRATTAMENTI PER SMETTERE DI FUMARE: QUANDO A CARICO DELLO STATO?

Grazie a Voi per l'
attenzione...

...E ai miei
Collaboratori
Laura de Lozzo &
Fabrizio Facchini
per il lavoro svolto

