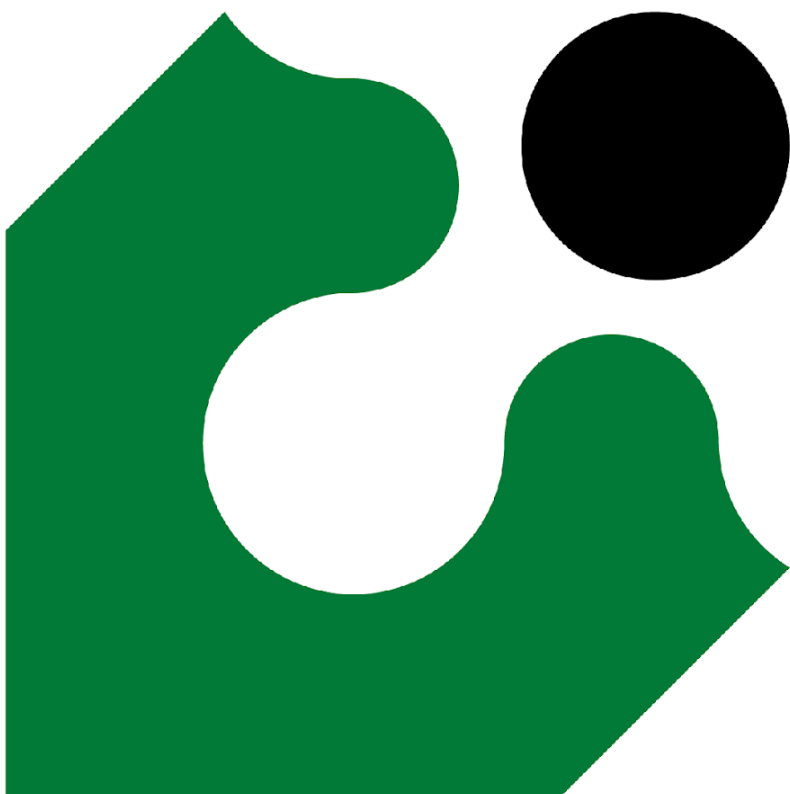


**PROGETTO PER L'ATTIVAZIONE DI UN
AMBULATORIO PER IL TRATTAMENTO DEI
DISTURBI DA USO DI TABACCO**

Assunta Lanza

**Corso di formazione manageriale per
Dirigenti di Struttura Complessa**
anno 2023/2024



Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione UNIMI DSC 2301/CE

Ente erogatore

Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Assunta Lanza, responsabile di struttura semplice Servizio per le dipendenze di Voghera, ASST Pavia

Il docente di progetto

*Silvana Castaldi, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute
Università degli Studi di Milano*

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, Professore Ordinario, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento

può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	6
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	7
METODOLOGIA ADOTTATA	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	9
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	12
RISULTATI ATTESI	13
CONCLUSIONI	14
RIFERIMENTI NORMATIVI	16
BIBLIOGRAFIA	17
SITOGRAFIA	18

Titolo del documento

INTRODUZIONE

Il consumo di tabacco (tabagismo) rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie. (1S)

La quinta edizione del “Manuale diagnostico e statistico delle malattie mentali”, noto con l’acronimo di DSM-V pubblicato nel 2013, ha incluso il tabacco tra le dieci categorie di sostanze in grado di indurre dei quadri patologici classificati come “Disturbi da uso di sostanze”.

Nello specifico si parla di “Disturbo da uso di tabacco” (DUT).

La dipendenza da tabacco è causata dalla nicotina che è una sostanza psicoattiva capace di indurre una dipendenza tanto forte quanto quella instaurata da eroina e cocaina. (1B)

I consumatori di tabacco che iniziano a fumare da adolescenti sono di solito più dipendenti dalla sostanza rispetto a coloro che hanno iniziato da adulti. (2B)

I criteri diagnostici per effettuare la diagnosi di DUT prevedono un modello problematico dell’uso di tabacco capace di determinare un danno clinico caratterizzato da almeno 2 dei sintomi di seguito elencati per un periodo di 12 mesi.

I sintomi di riferimento sono:

- assunzione in quantità o in durata maggiori di quanto previsto
- desiderio persistente o incapacità di cessare
- una grande quantità di tempo viene spesa per procurarsi il tabacco
- presenza di craving
- l’uso di tabacco fa sì che non si riesca a funzionare in modo adeguato sul lavoro, a casa o a scuola
- l’uso del tabacco viene perpetrato nonostante provochi problemi sociali o interpersonali
- importanti attività sociali, lavorative o ricreative sono state cessate o ridotte a causa dell’uso del tabacco
- si ha un utilizzo ricorrente del tabacco in situazioni a rischio
- l’uso del tabacco viene perpetrato nonostante la consapevolezza che stiano creando o esacerbando problemi fisici o psicologici
- presenza di tolleranza
- presenza di segni e sintomi astinenziali

I criteri diagnostici sono gli stessi del DSM-IV, con l’aggiunta di un nuovo criterio: il craving, ovvero il desiderio incontrollabile della sostanza.

In particolare il DUT viene definito:

- **lieve** in presenza in presenza di 2-3 sintomi nell’arco degli ultimi 12 mesi,
- **moderato** se i sintomi sono stati 4-5
- **grave** se si sono manifestati almeno 6 sintomi

Le forme gravi di disturbo da uso di sostanze sono spesso accompagnate da tolleranza e astinenza. La prima si manifesta attraverso la necessità di assumere la sostanza in dosi sempre maggiori per ottenere l’effetto desiderato oppure la marcata riduzione degli effetti quando la sostanza viene assunta nella quantità abituale; l’astinenza, invece, si riferisce agli effetti negativi fisici e psicologici che si manifestano quando si smette di assumere la sostanza o se ne riduce la quantità (3B).

Il tabagismo è un fenomeno complesso che presenta i seguenti aspetti:

Titolo del documento

- socio-culturali, in quanto stile di vita dannoso ma socialmente tollerato
- medico-psicologici, in quanto causa dipendenza patologica
- legali con leggi volte alla promozione di interventi per la cessazione del fumo (Legge n. 75/08), alla tutela della salute dei non fumatori (Legge n. 3/03, art.51) e quelle volte alla lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati (Decreto Lgs. N. 6 del 12 gennaio 2016)

Consumo nella popolazione generale

I dati sulla prevalenza del fumo tra gli adulti sono raccolti ogni anno dall'ISTAT con l'Indagine sulle attività della vita quotidiana e dall'Istituto Superiore di Sanità con la sorveglianza PASSI e l'indagine ISS/Doxa.

Gli ultimi dati sono stati comunicati il 31 maggio del 2023 in occasione della giornata mondiale contro il tabacco ; dall'analisi emerge che in Italia i fumatori sono 10,5 milioni (2S).

Questi ultimi rappresentano il 20,5% della popolazione , di cui il 25,1% (6,3 milioni) sono uomini e il 16.3% (4,4 milioni) sono donne.

La prevalenza del fumo di sigaretta si concentra negli uomini, nella fascia d'età che va dai 25 ai 44 anni, con il 33% e nelle donne, nella fascia d'età che va dai 45 ai 64 anni, con il 22,4%.

La prevalenza dei fumatori, inoltre, si concentra nelle regioni meridionali, con una percentuale di uomini pari al 29,7% e di donne pari al 18,7%, valori superiori alla media nazionale.

Si fumano in media 12,2 sigarette al giorno, ma è ancora elevata la percentuale di fumatori (24,4%) che consuma più di un pacchetto di sigarette al giorno.

Si fumano principalmente sigarette confezionate (81,1,2%), sebbene sia presente anche il consumo di sigarette fatte a mano (11,2%), con prevalenze maggiori tra i maschi (12,5%), tra i giovani tra i 15 e i 24 anni (22,8%) e tra gli abitanti delle regioni del centro-sud Italia (rispettivamente il 12,6% e il 14,8%). Il tabacco trinciato è arrivato a rappresentare il 7,3% del mercato e, avendo un costo inferiore rispetto alle sigarette tradizionali, risulta particolarmente appetibile per i consumatori meno abbienti, soprattutto quelli di età compresa tra i 15 e i 24 anni.

I fumatori di sigarette elettroniche in Italia, tra abituali ed occasionali, sono 1.300.000 (2.5%), l'85,6 % dei quali sono fumatori duali. Le sigarette elettroniche possono contenere nicotina (36%) o esserne prive (6%).

I fumatori di sigarette a tabacco riscaldato in Italia, tra abituali ed occasionali, sono 1.900.000 (3.7% della popolazione adulta), l'85,9 % dei quali sono fumatori duali.

Consumo negli adolescenti

Il consumo di tabacco tra gli adolescenti è affidato allo studio HBSC. La ricerca in questione è un progetto internazionale, patrocinato dall' OMS, che ha lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati con la salute nella popolazione pre-adolescente.

La ricerca viene realizzata ogni 4 anni e raccoglie informazioni sui comportamenti collegati alla salute attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione tra i ragazzi di 11, 13, 15 e 17 anni.

I diciassetenni sono stati inseriti nell'indagine solo a partire dalla rilevazione 2021-2022.

L'Italia ha partecipato per la prima volta al progetto nel biennio 2001-2002.

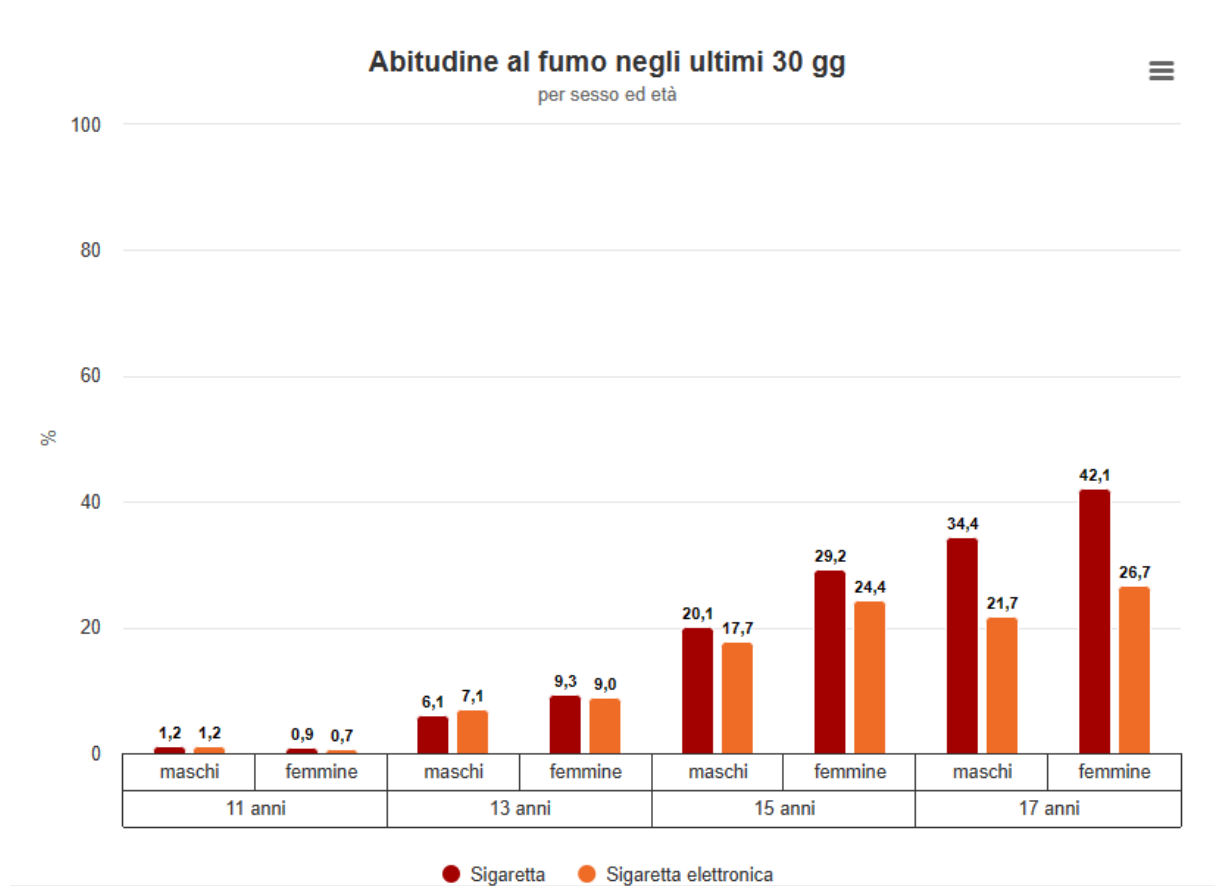
Il fumo di sigaretta è stato indagato sin dalle prime rilevazioni, mentre, solo nell'indagine 2021-2022 è stata introdotta fra le domande del questionario anche quella sull'uso della sigaretta elettronica.

I dati riferiti dai ragazzi di 11, 13, 15 e 17 anni rispetto al fumo di sigaretta e all'utilizzo della sigaretta elettronica nel corso dell'ultimo mese, evidenziando un aumento della prevalenza di entrambe le abitudini all'aumentare dell'età, sia nei maschi che nelle femmine.

Se fino a 13 anni le prevalenze sono molto simili, a partire dai 15 anni il fumo di sigaretta risulta più frequente rispetto all'utilizzo della sigaretta elettronica, soprattutto fra le ragazze.

Infine, solo nei più giovani, entrambi i comportamenti presentano prevalenze più alte nei maschi rispetto alle loro coetanee, mentre a partire dai 13 anni sono le ragazze a riferire di fumare più dei ragazzi, con differenze che crescono all'aumentare dell'età.

A livello nazionale, poco più dell'11% degli adolescenti italiani (11,13,15 anni) dichiara di aver fumato sigarette e circa il 10% riferisce di aver fatto uso di sigarette elettroniche nel corso degli ultimi 30 giorni (3S).



<https://www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2022-fumo>

Mortalità e morbosità in Italia

- In Italia, il Ministero della Salute stima che ogni anno oltre 93.000 decessi siano attribuibili al fumo di tabacco, in particolare il 20,6% del totale di tutte le morti tra gli uomini e il 7,9% del totale di tutte le morti tra le donne (2S).
- Ne derivano costi diretti e indiretti pari a oltre 26 miliardi di euro (4B).
- In Lombardia il numero complessivo di vittime per patologie fumo correlate (tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie) è stimabile in oltre 26.000 annue (di cui 10.000 esclusivamente attribuibili al fumo) (2S).
- Il fumo causa circa l'85%-90% dei casi di tumore al polmone oltre ad aumentare il rischio di sviluppo di tumori del cavo orale, della gola, del pancreas, del colon, della vescica, del rene, dell'esofago, del seno e di alcune leucemie (5B).
- Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Il fumo di tabacco, in particolare, è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive e altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie (1S).
- Circa il 50% dei fumatori muore in media 14 anni prima dei non fumatori e i fumatori sono affetti per più anni da condizioni precarie di salute nel corso della vita (1S).
- Il fumo materno durante la gravidanza aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale, morte improvvisa in culla, affezioni broncopolmonari, deficit mentali e comportamentali; mentre l'esposizione al fumo passivo durante la gravidanza è legata a un aumento del rischio di aborto e di malformazioni congenite vita (4S).

Mercato del tabacco

Nell'ultimo decennio l'industria del tabacco nel mondo ha puntato sulla diversificazione dell'offerta. Attualmente la sigaretta tradizionale è stata affiancata dal tabacco sciolto da rollare a mano destinato ad un consumatore meno abbiente, dalla sigaretta elettronica e dai dispositivi a tabacco riscaldati. L'industria incentiva l'uso di questi nuovi prodotti sostenendo che essi siano meno dannosi per la salute in quanto riducono il danno causato dall'inalazione delle sostanze cancerogene che si sprigionano nella combustione (6B).

Nello specifico, le sigarette elettroniche (e-cig) sono prodotti non combustibili costituiti da una batteria che riscalda un atomizzatore in grado di vaporizzare un liquido (e-liquido) contenuto in un serbatoio che viene rifornito dal consumatore ogni qual volta si esaurisce. I liquidi possono contenere o meno nicotina unitamente ad aromi, glicerolo, acqua, glicole propilenico e glicerina vegetale (7B).

Il glicole propilenico viene utilizzato in quanto crea vapore e favorisce il "colpo in gola" provocato dalla nicotina e ricercato dai fumatori; invece, la glicerina vegetale e il glicerolo, se nebulizzate, forniscono al vapore delle e-cig una consistenza simile al fumo della sigaretta tradizionale (8B).

La sigaretta elettronica non apporta né catrame né monossido di carbonio, tuttavia, anche se in quantità minore rispetto alle classiche sigarette, contiene nicotina e provoca, quindi, assuefazione. Inoltre, la disidratazione del glicerolo e l'ossidazione del glicole propilenico generano formaldeide,

acetaldeide e acroleina ricinociuti tra i principali agenti tossici presenti nel fumo di tabacco e contribuenti all'insorgenza di malattie fumo correlate. E' stato anche dimostrato che all'interno degli e-liquidi sono presenti metalli pesanti: l'uso esclusivo di sigaretta elettronica determina una riduzione significativa solo di esposizione a cadmio, ma non ad altri metalli pericolosi presenti nel tabacco come nichel, cromo e piombo (9B).

Le sigarette a tabacco riscaldato sono costituite da una batteria e da una piccola sigaretta chiamata heatstick contenente tabacco trattato in modo particolare. La differenza fondamentale tra le HTP e le sigarette convenzionali è che queste ultime bruciano il tabacco a temperature molto elevate, oltre i 600-800°C, producendo, quindi, migliaia di composti chimici, moltissimi dei quali tossici e cancerogeni. Le sigarette a tabacco riscaldato, invece, non bruciano il tabacco ma lo riscaldano, in modo da non superare i 350°C e produrre così quantità inferiori di sostanze tossiche (10B).

Le HTP contengono nicotina e, se pur in misura minore, emettono livelli, comunque, misurabili, di sostanze cancerogene come nitrosamine, acroleina, acetaldeide e formaldeide. Sono, inoltre, stati riscontrati livelli significativamente maggiori rispetto alle sigarette classiche di altre 56 sostanze, il cui impatto sulla salute e il livello di tossicità è ancora sconosciuto. Non è dunque possibile stabilire se le HTP siano più o meno sicure delle sigarette tradizionali, né si conoscono gli effetti a lungo termine, ma certamente non sono prive di rischi per la salute (11B).

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo di questo progetto è quello di introdurre, all'interno dell'offerta trattamentale del SerD di Voghera, un programma terapeutico volto alla cura del disturbo da uso di tabacco da offrire alle persone che desiderano abbandonare la dipendenza dal fumo.

L'obiettivo è in linea con quanto affermato dall'articolo 14 della convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (OMS FCTC) che chiede ai paesi membri di "sviluppare e diffondere linee guida appropriate, complete e integrate, basate su prove scientifiche e sulle migliori pratiche, per promuovere la cessazione del consumo di tabacco e un trattamento adeguato per la dipendenza da tabacco". Secondo queste linee guida i paesi membri sono tenuti a "creare una infrastruttura sostenibile che motivi i tentativi di smettere, garantisca un ampio accesso ai supporti per i consumatori di tabacco che vogliono smettere e fornisca risorse sostenibili per garantire che tale supporto sia disponibile" ed ad "inserire il trattamento del tabagismo nei programmi nazionali di controllo del tabacco nei sistemi sanitari"

Il progetto ha i seguenti obiettivi:

- formazione di una equipe multidisciplinare costituita da un medico, uno psicologo e un infermiere
- introduzione all'interno dell'offerta trattamentale del SerD di Voghera un programma terapeutico volto alla cura del disturbo da uso di tabacco
- costruzione un programma capace di arrivare alle diverse fasce di popolazione dedite all'uso di tabacco attraverso la creazione di una rete tra gli specialisti operanti nell'ambulatorio per il trattamento dei DUT e i medici ospedalieri, i medici competenti, i Medici di Medicina Generale (MMG), le farmacie e gli specialisti ambulatoriali.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Sono destinatari del progetto tutti i pazienti che presentino disturbi da uso di tabacco di età adulta.

In particolare:

- Persone che spontaneamente si rivolgeranno al servizio una volta che il nuovo ambulatorio sarà attivo
- Dipendenti aziendali attraverso una stretta collaborazione con i medici competenti aziendali di ASST Pavia
- Persone che afferiscono agli ambulatori e ospedali di ASST Pavia. Si inizierà dai reparti con persone a maggior rischio: ginecologia, pneumologia, cardiologia, oncologia.
- MMG attraverso un lavoro di rete con il Dipartimento delle cure primarie
- Specialisti operanti sul territorio in libera professione attraverso una informativa fatta giungere all'ordine dei medici
- Dentisti attraverso una informativa fatta giungere all'ordine degli odontoiatri
- Farmacie attraverso una informativa fatta giungere all'ordine dei farmacisti

METODOLOGIA ADOTTATA

Equipe multidisciplinari

Un principio generale alla base del trattamento dei DUT è quello di utilizzare un approccio multidisciplinare. Il trattamento integrato psico-farmacologico induce tassi più elevati di cessazione tabagica (13B).

Questa è la strategia indicata da tutte le linee che si sono occupate della gestione di pazienti con DUT in particolare le linee guida delle SITAB (Società italiana di tabaccologia) e le linee guida dell'ISS per il trattamento della dipendenza da tabacco.

In questo tipo di approccio terapeutico gli aspetti medici sono strettamente integrati con quelli psicologici garantendo così una maggiore efficacia clinica.

Per la costituzione dell'equipe multidisciplinare bisognerà selezionare del personale con formazione specifica nel trattamento di persone con DUT.

Da una valutazione delle competenze del personale già presente all'interno dell'ASST di Pavia nelle discipline coinvolte nell'equipe si osserva quanto segue:

- nel servizio per le dipendenze di Voghera è già presente un medico che ha effettuato un percorso di formazione per la cura di persone con disturbo da uso di tabacco
- nel servizio di psicologia clinica è già presente una psicologa con competenze specifiche per il trattamento di persone con disturbo da uso di tabacco
- nel servizio infermieristico bisognerà attivare un percorso di formazione rivolto al personale che si vorrà dedicare a questo progetto

Approccio integrato sul territorio

L'equipe multidisciplinare opera in stretto collegamento con le strutture pubbliche e private che potenzialmente intercettano le persone con DUT: MMG, medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, medici competenti aziendali, farmacie e dentisti al fine di rendere capillare la conoscenza del nuovo servizio.

L'idea sarebbe quella di organizzare un lavoro di collaborazione con i colleghi della rete per presentare l'equipe multidisciplinare, per renderli partecipi della problematica e per invitarli a fare sempre il "Minimal Advice". Quest'ultimo consiste in un breve colloquio (3-4 minuti) con il paziente attraverso il quale il sanitario, aiutandosi con specifiche strategie di comunicazione, può motivare la persona ad intraprendere un percorso di disassuefazione dal fumo, può offrire supporto e raccomandare l'uso dei farmaci antifumo disponibili. I fumatori che non dovessero riuscire a smettere solo con il primo livello di intervento (forza di volontà, consiglio medico breve, farmacoterapia) come secondo passo dovrebbero ricevere trattamenti specializzati (Linee guida ISS e Linee guida condivise Società italiana di tabaccologia, Istituto di ricerche Mario Negri, European Network for smoking and tobacco prevention). Il consiglio breve fornisce una motivazione per la cessazione ove non ne esista alcuna e, allo stesso tempo, è stato dimostrato che aumenta i tassi di cessazione del fumo (14B). Molti fumatori, però, non riescono a smettere da soli, pertanto, dovranno essere inviati al nuovo ambulatorio.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto prevede la strutturazione di un percorso per la presa in carico del paziente affetto da DUT. Il trattamento parte dalla consapevolezza, da parte della persona che necessita del nostro intervento, che il fumo di tabacco è nocivo alla salute o per proprio convincimento o attraverso la mediazione di un professionista coinvolto nella rete.

Partendo da tale presupposto, la persona interessata telefona all'ambulatorio per il trattamento del tabagismo e chiede un appuntamento.

L'intervento successivo prevede le seguenti tappe:

- fase di accoglienza
- fase di valutazione
- fase di presa in carico
- fase di follow-up

IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO

1. ACCOGLIENZA

La fase di accoglienza è il primo contatto della persona con l'ambulatorio specialistico.

Il paziente potrà presentarsi senza impegnativa e previo appuntamento telefonico, spontaneamente oppure su invio di un professionista o di persone che siano a conoscenza della presenza dell'ambulatorio.

Il paziente sarà accolto dall'infermiere che fornirà tutte le notizie inerenti la modalità di funzionamento dell'ambulatorio, spiegherà l'articolazione del percorso di cura, sosterrà la motivazione al cambiamento, farà una prima misurazione della carbossimetria nell'espriato per valutare e restituire al paziente il grado di intossicazione, infine darà al paziente il primo appuntamento con il medico e con lo psicologo.

2. FASE DI VALUTAZIONE

E' articolata in due momenti distinti: la visita medica e la valutazione psicologica.

VISITA MEDICA

La visita medica ha i seguenti scopi :

1. Identificare lo status del fumatore
2. Identificare il tipo di prodotto del tabacco consumato
3. Identificare il quantitativo di tabacco fumato
4. Valutare il livello di gravità della dipendenza da nicotina attraverso l'uso del test di Fagerstrom
5. Analisi dei precedenti tentativi di smettere di fumare
6. Valutare il livello di motivazione alla cessazione tabagica
7. Raccolta della storia clinica del tabagista
8. Individuazione dello stato fisiologico
9. Attenta valutazione di eventuali disturbi d'ansia e depressione
10. Misurazione della carbossimetria nell'aria espirata

VALUTAZIONE PSICOLOGICA

Il colloquio psicologico

1. approfondisce la storia di fumo del soggetto e i precedenti tentativi di smettere di fumare
2. raccoglie le opinioni rispetto ad eventuali fallimenti
3. raccoglie le preferenze del paziente sulle metodologie ritenute più appropriate per il proprio progetto di disassuefazione
4. valuta il funzionamento emotivo del fumatore e dell'uso della sigaretta in relazione ad eventuali stati di ansia, depressione e alla gestione del piacere e delle frustrazioni. Le modalità di valutazione possono essere integrate con test
5. sostiene e rafforza la motivazione al cambiamento, esprime empatia, usa tecniche di ascolto riflessivo, esprime supporto, sviluppa frattura interiore, aiuta a costruire una motivazione al cambiamento

3. DISCUSSIONE DEL CASO IN EQUIPE

Al termine della fase di valutazione, per ogni nuovo caso, l'equipe si riunisce e discute del nuovo ingresso.

Nelle riunioni gli operatori coinvolti si confrontano sugli elementi clinici emersi dalle singole valutazioni specialistiche, valutano la congruità della presa in carico e decidono quale sia il percorso più indicato per il singolo paziente a seconda dei dati clinici emersi durante le valutazioni individuali.

La frequenza di questa fase di lavoro verrà decisa in base alle necessità condizionate dal numero di pazienti in carico.

4.PRESA IN CARICO

La presa in carico può essere di gruppo o individuale

PRESA IN CARICO DI GRUPPO

1. Gli operatori coinvolti sono il medico, lo psicologo e l'infermiere.
2. E' previsto un numero di partecipanti massimo di 12 persone.
3. Si prevedono un numero totale di 8 incontri di cui 6 a cadenza settimanale e gli ultimi 2 a cadenza quindicinale. Questi ultimi sono finalizzati a stabilizzare l'astinenza conseguita, consolidare la rinuncia al fumo, verificare le condizioni dei pazienti e condividere strategie di prevenzione.
4. Gli incontri durano 1 ora e trenta minuti.
5. I criteri di esclusione per il trattamento gruppale riguardano i disturbi di personalità o caratteri psicopatologici pronunciati (quali ad esempio i disturbi narcisistici o istrionici, l'ansia, la fobia sociale, forti atteggiamenti manipolativi, comportamenti schizofrenici, polidipendenze e casi multiproblematici) (Linee guida condivise Società italiana di tabaccologia, Istituto di ricerche Mario Negri, European Network for smoking and tobacco prevention)
6. Gli incontri di gruppo hanno lo scopo di far acquisire ai pazienti una maggiore consapevolezza rispetto al disturbo da uso di tabacco sia sul versante medico che psicologico e sono finalizzati alla cessazione del fumo di tabacco.

Nello specifico i compiti sono distribuiti come di seguito elencati.

1. **L'infermiere**, prima di ogni incontro, misura la carbossimetria nell'aria espirata, si congratula con il paziente per i risultati raggiunti e lo gratifica.
2. **Il medico** ha il compito di dare informazioni sugli aspetti sanitari del disturbo, di illustrare i trattamenti farmacologici esistenti, di dare sostegno farmacologico durante l'astinenza, di interpretare i valori della carbossimetria nell'espriato e di trattare eventuali eventi fisiopatologici che potrebbero emergere durante la disassuefazione.
3. **Lo psicologo** utilizza tecniche di verbalizzazione di gruppo, cognitivo-comportamentali e motivazionali. Il compito a lui affidato è quello di aiutare il paziente nell'elaborazione dei significati del consumo di sigaretta e delle connessioni tra fumo e stato emotivo, di fornire supporto all'autostima, di insegnare delle strategie comportamentali per la gestione del craving, dei sintomi astinenziali, se presenti, e per la realizzazione del cambiamento attraverso l'adozione di stili di vita sani.

In merito al trattamento farmacologico esso mira a mitigare i sintomi del craving e dell'astinenza associati spesso al tentativo di cessazione. Questo obiettivo viene raggiunto attraverso la desensibilizzazione dei recettori nicotinici e interrompendo indirettamente il rilascio di dopamina (17B).

I farmaci di prima linea sono quelli per cui è stata dimostrata la sicurezza e l'efficacia per il trattamento del tabagismo e che sono stati approvati dalla FDA (Food and Drug Administration) a tale scopo.

Questi sono

- il bupropione
- la terapia sostitutiva della nicotina (o NRT)
- la citisina

L'uso della farmacoterapia è sconsigliato solo quando sono presenti controindicazioni o se si interagisce con popolazioni specifiche per cui non sono ancora presenti sufficienti prove di efficacia, tra cui donne incinta, fumatori leggeri e adolescenti (13B).

PRESA IN CARICO INDIVIDUALE

E' prevista solo per i pazienti che facciano specifica richiesta o che presentino controindicazioni al trattamento di gruppo.

Il trattamento individuale segue integralmente lo schema del trattamento di gruppo.

4.FASE DI FOLLOW UP

Il follow-up del paziente a lungo termine è parte essenziale ed integrante del lavoro di disassuefazione dal fumo, permette agli operatori di monitorare i risultati raggiunti, di consolidarli e di intervenire precocemente in caso di ricaduta.

Le indicazioni che provengono dalla letteratura vanno nella direzione di un follow-up programmato a distanza di 3, 6, 12 mesi dalla conclusione dell'intervento.

Durante questi contatti si controlla la condizione del paziente rispetto al fumo attraverso la misurazione della carbossimetria nell'aria espirata e si attua un intervento di rinforzo positivo rispetto ai risultati ottenuti.

Si verifica la compliance del paziente ai trattamenti prescritti (comportamentale e/o farmacologico). Si controlla l'esistenza di situazioni che hanno posto il paziente a rischio di ricaduta e si analizzano con l'interessato.

FASI E TEMPISTICHE

Il presente progetto richiede fasi diverse per la sua realizzazione. Iniziando dalla condivisione con le figure istituzionali fino alla progressiva attivazione dei servizi offerti. Si confida di effettuare il primo incontro (Fase 1) entro il primo mese di presentazione del progetto.

Fase 1

- Presentazione e condivisione del progetto con il personale del Servizio per le dipendenze di Voghera che sarà la sede dove inizialmente sarà realizzato il nuovo ambulatorio
- Presentazione del progetto al responsabile di struttura complessa e al direttore di dipartimento con i quali si condivide la necessità di fornire una risposta aziendale alla richiesta di salute territoriale
- Condivisione del progetto con la direzione strategica fornendo tempistiche chiare e sottolineando come il progetto rappresenti uno strumento per fornire una risposta strutturata e adeguata alla richiesta di cura dei pz affetti da DUT

Fase 2

- Incontro con il personale amministrativo per l'attribuzione del ticket alle nuove prestazioni che verranno effettuate nel servizio
- Definizione dell'equipe multidisciplinare
- Individuazione di una sede per il nuovo ambulatorio. La sede, inizialmente, sarà il SerD di Voghera. In particolare, l'accoglienza e la fase di valutazione verranno effettuate presso gli ambulatori del SerD mentre gli incontri di gruppo si terranno presso la sala riunione del DSM a motivo della ristrettezza degli spazi presso il servizio per le dipendenze
- Definizione degli eventuali percorsi formativi per i professionisti che verranno coinvolti
- Attività informativa sul territorio attraverso la costruzione di una rete territoriale con i medici di medicina generale, i medici competenti aziendali, i colleghi ospedalieri, gli specialisti operanti come liberi professionisti sul territorio, farmacie e odontoiatri.

La rete con gli altri specialisti verrà costituita con modalità differenti.

Con i medici competenti verrà fissato un incontro organizzativo per condividere con loro la necessità di fare sempre il "Minimal advice". Si chiederà, infine, di inviare presso l'ambulatorio specialistico coloro che vorranno dare inizio alla cessazione tabagica.

Ai colleghi ospedalieri si arriverà attraverso incontri organizzati per gruppi di divisione partendo dalle divisioni il cui bacino di utenza è affetto da patologie strettamente correlate al fumo di tabacco o è affetto da patologie per le quali la cessazione tabagica è fortemente consigliata.

Agli specialisti operanti in libera professione, ai dentisti e ai farmacisti, si arriverà tramite una informativa inoltrata ai rispettivi ordini professionali.

Titolo del documento

Fase 3

- Attivazione del nuovo ambulatorio dedicato al trattamento dei DUT
- Avvio dei primi percorsi di presa in carico dei pazienti

Fase 4

Pieno regime dei percorsi di presa in carico con inizio anche dell'attività di gruppo

Attività	Mesi									
	1	2	3	4	5	6	8	10	12	
Fase1 <ul style="list-style-type: none">● Presentazione alla direzione● Autorizzazione da parte della direzione aziendale										
Fase 2 <ul style="list-style-type: none">● Formazione dell'infermiere● Riunioni organizzative d'equipe● Attività informative sul territorio										
Fase 3 <ul style="list-style-type: none">● Inizio attività ambulatoriale										
Fase 4 <ul style="list-style-type: none">● Pieno regime										

Nella tabella di seguito riportata e' indicato un esempio di cronoprogramma dettagliato (fascia verde) di un ciclo di 12 pazienti e ordine cronologico rispetto al ciclo precedente e successivo (fasce azzurre)

settimana	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
acc medico																						
acc psicologo																						
acc infermiere																						
Equipe																						
M	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5		1,5		1,5												1,5
P	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5		1,5		1,5												1,5
I	1	1	1	1	1	1		1		1												1
acc medico	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1												
acc psicologo	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1												
acc infermiere	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	0,5	1	1												
Equipe										1												
M											1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5		1,5		1,5		
P											1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5		1,5		1,5		
I											1	1	1	1	1	1		1		1		
acc medico											1	1	1	1	1	1	2	1	2	1		
acc psicologo											1	1	1	1	1	1	2	1	2	1		
acc infermiere											0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	0,5	1	1		
Equipe																						1

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Risorse umane

La realizzazione del progetto richiede l'attivazione di nuove attività e conseguentemente l'impiego di risorse umane dedicate; queste ultime saranno, inizialmente, individuate tra il personale dipendente presso il Servizio per le dipendenze di Voghera, in seguito, si chiederà di adeguare le risorse alle richieste territoriali di cura; potranno, pertanto essere incrementate.

Il personale coinvolto:

- Un medico
- Uno psicologo
- Un infermiere

In particolare, il primo periodo vedrà una ottimizzazione dell'orario lavorativo di uno psicologo, di un medico e di un infermiere che si occuperanno del progetto e che dedicheranno alla nuova progettualità una quota pari al 7-8% della rispettiva attività di lavoro che equivarrà a circa 3 ore settimanali per medico, psicologo e infermiere.

Le ore dedicate al nuovo ambulatorio verranno trovate ottimizzando l'organizzazione dell'attuale carico lavorativo.

Lo psicologo il proprio carico lavorativo nel seguente modo:

- Attualmente lo psicologo dedica all'attività amministrativa 7 ore e 30 la settimana. Con la nuova organizzazione ne dedicherà 6 e 30 perchè, spesso, capita che qualche paziente, per i motivi più svariati, non si presenti all'appuntamento, pertanto, l'ora sottratta all'attività amministrativa verrà recuperata in quel periodo.
- Attualmente alle nuove accoglienze, 2 a settimana, vengono riservate un'ora e mezza ciascuna. Ho calcolato che questo tempo è troppo lungo, pertanto, può essere portato ad un'ora per ciascun paziente liberando così un'ulteriore ora per accogliere un paziente tabagista.
- Una ulteriore ora potrà essere ricavata inserendo lo psicologo in formazione affidato allo psicologo strutturato del servizio nell'attività di accoglienza e cura dei pazienti tabagisti. Questa scelta permetterà allo specializzando di fare formazione « sul campo » e al tutor di avere un'ora in più da dedicare al nuovo progetto. .

Il medico ridistribuirà il proprio carico lavorativo nel seguente modo:

- Ottimizzerà l'organizzazione delle attività amministrative alle quali sottrarrà 1 ora a settimana
- Il 31 dicembre 2023 si è concluso un progetto alla quale il medico dedicava 2 ore a settimana che verranno impiegate nel progetto nuovo

Gli infermieri hanno una piccola attività in carcere (somministrazione dei farmaci sostitutivi a un numero ristrettissimo pari a 2-3 con dipendenza da oppiacei) che fino ad ora impiegava due professionisti 1 ora al giorno perchè il secondo infermiere era appena stato assunto e doveva essere affiancato; con l'inizio del progetto l'affiancamento sarà terminato così l'infermiere che si dedicherà al progetto avrà un'ora in più libera.

Dopo 12 mesi di attività dovrà essere effettuata una valutazione che terrà conto

- Della gravosità del nuovo carico lavorativo per i professionisti coinvolti
- Dell'eventuale lista d'attesa creatasi

Se ci si dovesse trovare di fronte a molte richieste di cura si potrà chiedere all'azienda di abbattere le liste d'attesa intervenendo con prestazioni aggiuntive da erogare ai professionisti coinvolti.

Segue una tabella nella quale sono indicati i costi e i ricavi per l'azienda per ogni singola persona trattata.

		TEMPO	COSTI IN EURO	RIMBORSI IN EURO
ATTIVITA' SINGOLE	INFERMIERE	½ ora	10.35 euro	12.91
	VISITA MEDICA	1 ora	44.4 euro	43.38
	VALUTAZIONE PSICOLOGICA	1 ora	38 euro	43.38
ATTIVITA' DI GRUPPO *	RIUNIONE D'EQUIPE	1 ora	8,6 euro	102.3
	INFERMIERE	1 ora	19 euro	
	MEDICO	90 minuti	61 euro	
	PSICOLOGO	90 minuti	53 euro	
TICKET				90
TOTALE			234.35	292

*(I costi delle attività di gruppo sono calcolati tenendo presente il costo orario del professionista per 11 incontri di 90 minuti ciascuno e per gruppi di 12 persone)

L'analisi dei costi evidenzia un ricavo di circa 60 euro per persona trattata.

Inoltre, uno studio recente condotto dal prof. Francesco Moscone, Dipartimento di Economia dell'università Cà Foscari di Venezia, sulla popolazione italiana nel 2020, ha stimato che una diminuzione dell'1% della percentuale di fumatori italiani comporterebbe per il Servizio Sanitario Nazionale un risparmio di circa 331 milioni di euro che equivarrebbero ad un riduzione annua dei costi di circa 660 euro a persona (18).

A tali risparmi dovrebbero essere ulteriormente aggiunti i costi derivanti dalla diagnosi, dalla terapia e dalla riabilitazione delle malattie fumo correlate (19)

Il tabagismo, inoltre, determina non solo la perdita di anni di vita, ma soprattutto la perdita di anni di vita in buona salute a causa dell'insorgenza di malattie fumo-correlate o disabilità. Quest'ultimo

Titolo del documento

aspetto può essere misurato tramite gli anni di vita aggiustati per disabilità (DALY), che sono dati dalla somma degli anni di vita persi (Years of Life Lost - YLL) per morte precoce a causa della malattia e degli anni di vita vissuti con disabilità (Years Lived with Disability - YLD) a causa dell'incidenza della malattia. In particolare, dai risultati delle analisi comparative del "Global burden of disease study 2017" emerge che a livello mondiale tra i tre maggiori fattori di rischio per morte prematura e disabilità è incluso il fumo di tabacco (20).

Strutture ambientali

Dovranno essere individuati spazi dedicati all'attività ambulatoriale, inizialmente, gli spazi individuati saranno, per accoglienza e valutazione, gli ambulatori del servizio per le dipendenze di Voghera e, per le attività di gruppo, la sala riunioni del DSM a causa degli spazi ristretti presenti presso il servizio per le dipendenze di Voghera.

In seguito, con l'incremento delle attività, si potrebbe ipotizzare di spostare l'attività presso un ambulatorio collocato in un luogo meno stigmatizzante e collocato in un ambiente dove sono presenti altri ambulatori specialistici territoriali, ad esempio la Casa di comunità di Voghera.

Strumenti specifici

Da un punto di vista strumentale sarà necessario l'utilizzo di un apparecchio per la misurazione della carbossimetria nell'espriato dei pz in cura, ma questo strumento è già in dotazione al servizio.

Produttività

L'attività ambulatoriale in questo settore richiede prestazioni della durata intensiva di circa 3 mesi con follow-up fino all'anno per ciascun paziente preso in carico.

RISULTATI ATTESI

Con l'attivazione del progetto si dà avvio alla cura per i pazienti affetti da DUT che attualmente non hanno alcun riferimento all'interno dell'offerta trattamentale di ASST Pavia.

A seguito dell'impianto del nuovo ambulatorio si attende l'arrivo di un notevole numero di persone che al momento non trovano altra risposta altrove.

Per la valutazione dei risultati si prevede, al termine del primo anno di attività dell'ambulatorio, un conteggio e una rendicontazione alla direzione aziendale del numero degli accessi. Si prevede anche di distinguerne la provenienza dividendoli per le seguenti categorie:

- Accessi spontanei
- Inviati dai medici competenti di ASST Pavia
- Inviati dai MMG
- Inviati dai medici ospedalieri dividendoli per divisione di provenienza
- Liberi professionisti territoriali
- Odontoiatri
- Farmacie

Si prevede anche la somministrazione ai pazienti di un questionario per comprendere se l'ambulatorio è stato in grado di dare un' adeguata risposta alle necessità di salute ravvisate dai pazienti. L'analisi delle esigenze di cura sarà uno strumento efficace per comprendere quali aspetti potenziare nell'attività del centro al fine di fornire una risposta adeguata ai bisogni attesi.

Queste strategie di cura dovranno nel tempo dimostrare una risposta efficace anche per colleghi con i quali si è costituita la rete di invii.

Si prevede, pertanto, l'elaborazione di un questionario da distribuire anche ai colleghi per comprendere se l'attività dell'ambulatorio è stata sufficientemente supportiva rispetto alle loro esigenze. Si provvederà, pertanto, all'analisi e alla risposta dei bisogni segnalati.

Con l'implementazione del servizio potrà essere fornita risposta di cura anche alla popolazione non strettamente locale

CONCLUSIONI

I disturbi da uso di tabacco non trovano, al momento, nessuna risposta di cura all'interno dell' ASST di Pavia, nonostante ciò, la letteratura ci fornisce dati sulla mortalità e morbosità collegati a tale patologia che sono molto allarmanti.

Al momento all'interno di ASST Pavia esistono già le competenze per la cura delle persone affette da DUT ; si è ritenuto, pertanto, necessario organizzare un percorso di cura che possa valorizzare e potenziare queste competenze e nello stesso tempo rispondere ai bisogni di cura delle persone affette da DUT .

Questa strategia si allinea inoltre con quanto caldeggiato dalle direttive dell'OMS e dell'ISS.

L'equipe che si costituirà andrà non solo a fornire assistenza alle persone con DUT che al momento non trovano risposte alle loro esigenze di cura, ma costituirà un esempio virtuoso di una rete di collaborazione tra professionisti presenti all'interno dell'azienda e sul territorio

L'attivazione del nuovo ambulatorio vuole contribuire, per la sua parte di competenza, alla inderogabile urgenza che il nostro paese ha di cambiare l'attuale modello di sanità.

Tale cambiamento ci chiede di passare da un modello di Health Care Provision ad uno di Health care Uptake e cioè da un modello di sanità « prestazionale » ad un modello di sanità « diffuso » e cioè da un modello che mette al centro le prestazioni che il SSN eroga a quanti si sono ammalati ad un modello che mette al centro le azioni proattive in grado di favorire prese in carico precoci e di promuovere stili di vita salutari al fine di prevenire le malattie.

Un tale cambiamento non passa solo attraverso un ammodernamento delle tecnologie, una ottimizzazione degli organigrammi e della quantità di risorse destinate al SSN, ma implica anche un cambiamento culturale negli operatori, nelle modalità di relazione tra gli operatori e di ingaggio dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. Stahl S.M. *Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications*, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA.
2. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990.
3. Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. 2017. *Psicologia clinica*. Zanichelli.
4. *Tobacco Atlas* sesta edizione
5. I numeri del cancro in Italia, di AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM PASSI, 2023.
6. Cattaruzza, M.S., D'argenio, P., Zagà, V., Mangiaracina, G., Bodini, L., Gallus, S., Gorini, G., Faggiano, F., (2019). Sponsorizzazioni di società medico-scientifiche da parte dell'industria del tabacco, *Tabaccologia* 2019; 1:16-18
7. Amato, L., Cruciani, F., Solimini, R., Barca, A., Pacifici, R., & Davoli, M. (s.d.). Effetti sulla salute delle sigarette elettroniche: Una revisione sistematica delle prove disponibili.(2019).
8. Colosimo, C., *Strategie nel settore delle sigarette elettroniche in Italia: Il caso "eBreeze"*, tesi di laurea, LUISS, 2013-2014, Dandi, R., 2014
9. Gorini, G. *Sigarette elettroniche*, XXI Convegno Nazionale Tabagismo, OFAD- ISS, 2019.
10. De Marco C, Borgini A, Ruprecht AA, *et al.* La formaldeide nelle sigarette elettroniche e nei riscaldatori di tabacco (HnB): facciamo il punto. *Epidemiol Prev* 2018; 42(5-6):351-355.
11. Gallus, S. *Sigaretta a tabacco riscaldato*. XXI Convegno Nazionale Tabagismo, OFAD- ISS, 2019.
12. *Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (OMS FCTC)*
13. Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence*, 2008 Update.
14. Lindsay F Stead , Diana Buitrago, Nataly Preciado, Guillermo Sanchez, Jamie Hartmann-Boyce, Tim Lancaster. *Physician advice for smoking cessation*, 2013.
15. *Linee guida società italiana di tabaccologia*, 2020.
16. *Linee guida dell'ISS per il trattamento della dipendenza da tabacco*
17. Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T., 2013. *Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
18. Moscone F., *Balancing resource relief and critical health needs through reduced-risk product transition*. *Research in Economics* Volume 77, Issue 4, December 2023, Pages 526-530
19. Sgambato et al. *Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo correlate in Italia*. Centro di Ricerche Oncologiche "Giovanni XXIII" - Istituto di Patologia Generale - Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
20. Carreras G, Lugo A, Gallus S, Cortini B, Fernández E, López MJ, Soriano JB, López-Nicolás A, Sempere S, Gorini G; TackSHS Project Investigators.

SITOGRAFIA

1. <https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp>
2. <https://smettodifumare.iss.it/public-caf/Files/Rapporto%20Nazionale%20Tabagismo%202023.pdf>
3. <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2022-fumo>
4. <https://www.epicentro.iss.it/fumo/controllo-tabacco-salute-bambini-oms-2021>

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

1. Legge n. 75/08
2. Legge n. 3/03, art.51
3. Decreto Lgs. N. 6 del 12 gennaio 2016

