



L'attività di consulenza per la cessazione del fumo*

Una prospettiva di gestione nella pratica

Carol Pohlig, BSN, RN, CPC, ASC

Gli individui continuano a fumare nonostante i vari effetti avversi per la salute dimostrati dal fumo. Dato che è considerata una condizione medica cronica, gli operatori sanitari sono più coinvolti in sforzi di cessazione. I medici rappresentano spesso la prima linea di difesa, che fornisce l'intervento attraverso la prescrizione, la gestione e la consulenza. Alcuni assicuratori riconoscono questi sforzi come promotori della salute e contenimento dei costi, rivedendo le politiche per comprendere rimborsi. Questo articolo si rivolge alla più recente revisione della politica di cessazione del fumo implementata dai Centers for Medicare e dai Medicaid Services.

(CHEST Edizione Italiana 2006; 4:61-63)

Parole chiave: cessazione; consulenza; G0375; G0376; fumo; consumo di tabacco; gestione pratica; rimborso

Abbreviazioni: IPAH = ACCP = American College of Chest Physicians

L'abitudine di fumare sigarette viene associata a molte condizioni morbose che si sviluppano lungo l'arco della vita dell'individuo. Fumare durante la gravidanza può aumentare il rischio di asma nell'infanzia.¹ La durata dell'abitudine al fumo può limitare il flusso in individui che abbiano età pari o maggiore ai 40 anni.² La maggior parte dei casi di BPCO

e tumore polmonare sono attribuibili al fumo di sigaretta, e i fumatori hanno più probabilità rispetto ai non fumatori di morire a causa di tumore polmonare.^{3,4} Il rapporto causa ed effetto è ben provato e ciò giustifica la necessità di smettere di fumare e di prevenire l'insorgenza delle malattie. Diversi studi dimostrano l'impatto positivo che la cessazione del fumo ha sulla riduzione dei rischi di insorgenza di determinate malattie polmonari.^{5,6} La cessazione riesce a sortire maggiore successo in coloro i quali riconoscono la relazione causa-effetto e sono motivati a smettere al fine di migliorare la loro condizione di salute. La motivazione è ancora maggiore quando la gente capisce i rischi legati al fumo, i benefici che derivano dalla cessazione e l'impatto di ciascuno di questi elementi sulle loro vite.⁷ I medici sono esposti ad un continuo contatto con il pubblico e hanno la responsabilità di sensibilizzare i loro pazienti con queste informazioni necessarie. Dal momento che "il consumo di tabacco è il rischio per la salute umana che maggiormente si possa prevenire nei paesi sviluppati",⁸ molte organizzazioni come l'American College of Chest Physicians (ACCP), supportano fortemente il ruolo dei medici come prima linea di intervento per la riduzione del consumo di tabacco. La possibilità di intervento viene

*Dal University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA.

Ms. Pohlig è Senior Coding and Education Specialist, Office of Clinical Documentation, Department of Medicine, University of Pennsylvania Medical Center; Independent Coding and Compliance Consultant, Millennium Healthcare Consulting; Consulting Editor, The Coding Institute's Pulmonology Coding Alert; Associate Editor, ACCP's Appropriate Coding for Critical Care Services and Pulmonary Medicine, 10th and 11th editions; e National and Specialty Board Member, Board of Advanced Medical Coding.

Ms. Pohlig non ha conflitti d'interesse da dichiarare.

Manoscritto ricevuto il 24 gennaio 2006; revisione accettata il 29 giugno 2006.

La riproduzione di questo articolo è vietata in assenza di autorizzazione scritta dell'American College of Chest Physicians (www.chestjournal.org/misc/reprints.shtml).

Corrispondenza: Carol Pohlig, RN, BSN, University of Pennsylvania Medical Center, 3400 Spruce St, 100 Centrex, Philadelphia, PA 19104; e-mail: carol.pohlig@uphs.upenn.edu

(CHEST 2006; 130:1231-1233)

proposta sia ai soggetti che si mostrano desiderosi di smettere, sia ai soggetti che non mostrano alcuna intenzione di smettere.⁸ L'ACCP raccomanda ai medici di sottoporre alla pratica delle cinque A quei soggetti identificati come "desiderosi" di smettere:

- Avere cura di domandare ai pazienti in occasione di ogni visita se abbiano consumato tabacco
- Aiutare i fumatori consigliando loro di smettere
- Accertarsi sulla reale volontà di smettere
- Assistere il paziente con metodi per smettere
- Avere cura di organizzare un follow-up per via telefonica o tramite incontri vis-à-vis.

Relativamente a coloro i quali non manifestano alcuna voglia di smettere, l'ACCP consiglia che medici e pazienti cerchino insieme di identificare le cinque R:

- Rilevanza di smettere per il paziente
- Rischi di malattia legati al consumo prolungato di tabacco
- Ricompense/benefici legati alla cessazione del fumo
- Resistenze alla cessazione interne ed esterne
- Ripetizione dell'intervento di motivazione ad ogni incontro

Due sono le strategie di base per smettere di fumare: quella farmacologica e quella comportamentale. Le misure farmacologiche si limitano alla terapia di sostituzione della nicotina e al bupropione, mentre le misure comportamentali variano da brevi interventi di consulenza a programmi strutturati. "Una serie di meta analisi suggerisce che la percentuale di coloro che smettono aumenta in proporzione all'aumento dell'intensità dell'intervento e che diverse sessioni maggiori o pari a 10 minuti ottimizzeranno i benefici".^{9,10} I medici stabiliscono quale sia l'approccio migliore per ogni paziente, e quanto debba durare ogni intervento. La personalizzazione delle dosi farmacologiche e le sessioni di consulenza offrono dei risultati soddisfacenti.¹¹

I costi di gestione della malattia sono di gran lunga maggiori rispetto a quelli destinati alla prevenzione. Gli assicuratori riconoscono gli sforzi compiuti dai medici nella loro attività di consultorio per la cessazione dell'abitudine al fumo e supportano la causa rivedendo la loro politica in modo da includere un rimborso per tali sforzi. Il cambiamento più recente è avvenuto nel 2005 quando i Centers for Medicare e i Medicaid Services hanno pubblicato le linee guida sui criteri di rimborso per i consultori per la cessazione dal fumo di sigaretta e del consumo di tabacco (<http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3834.pdf> o <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R36NCD.pdf>). Sono stati creati due nuovi codici dell' Healthcare Common

Procedural Coding System che sono entrati in vigore nel Luglio 2005, e riguardano la realizzazione di servizi intermedi e intensivi:

- G0375: visita di consulenza di cessazione del fumo e dell'uso di tabacco; intermedia, > 3 minuti fino a 10 minuti
- G0376: visita di consulenza di cessazione del fumo e dell'uso di tabacco; intensiva, > 10 minuti

I Centers for Medicare e i Medicaid Services rimborsano i medici che hanno svolto dei servizi di cessazione del fumo ragionevoli e necessari in conformità con i provvedimenti di copertura nazionale e locale. Le indicazioni di copertura delle spese richiedono che il paziente abbia una malattia o un effetto avverso che sia causato o complicato dall'uso di tabacco. "L'effetto avverso" può essere una condizione per la quale il paziente è stato trattato con una terapia il cui metabolismo o dosaggio è inficiato dal consumo di tabacco. Ogni sessione di consultorio medico, fino ad un massimo di quattro, è coperta durante ogni singolo tentativo. Due tentativi medici, per un totale di otto sessioni, sono coperti per un periodo di 12 mesi. Al fine di ricevere il rimborso, il medico o il personale non medico qualificato (per esempio gli infermieri specializzati, gli assistenti medici, gli infermieri ospedalieri, gli assistenti sociali ospedalieri) deve personalmente fornire un servizio che abbia la durata di almeno 3 minuti e registrare la sessione/le sessioni di consultorio con il numero di provider corrispondente, in base alla localizzazione dei servizi (consulta cap.15, sezioni 170 e 190-210 del Medicare Benefit Policy Manual per le regole di pagamento: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c15.pdf>). I pagamenti variano di regione in regione con una media di 13 \$ per G0375 e 25 \$ per G0376. Il trattamento inferiore ai 3 minuti è incluso nella visita medica standard e non si può riportare separatamente con i codici G elencati precedentemente.

Relativamente alla politica dei pagamenti, esistono poi delle sfumature che pongono delle restrizioni sui servizi forniti da alcuni individui in determinate aree. Per esempio i medici non possono chiedere il rimborso per l'attività di consultorio di cessazione dal fumo svolta dagli infermieri ospedalieri specializzati "riferibili" a servizi medici di cliniche rurali o a centri di cura qualificati a livello federale poiché questi soggetti solitamente sono degli impiegati con particolari contratti di assunzione. Anche se registrate, tali attività non vengono rimborsate. Maggiori informazioni su tali categorie di servizi possono trovarsi al capitolo 15, sezione 60 del Medicare Benefit Policy Manual (<http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c15.pdf>). Inoltre, i servizi di cessazione forniti durante la degenza del paziente non

vengono rimborsati se la ragione principale della permanenza è la cessazione dell'abitudine al fumo.

Ogni servizio rimborsato deve essere supportato da documentazione. Questa deve includere indicazioni circa i servizi, la durata e i dettagli relativi alla sessione di consultorio. Si può ricevere un ulteriore pagamento per i servizi di valutazione e gestione effettuati nello stesso giorno e identificabili separatamente dall'attività di consultorio per la cessazione dell'abitudine al fumo. Per esempio, il medico che valuta la dispnea di un paziente affetto da enfisema durante un incontro in cui viene messa in pratica un'attività di consultorio di 7 minuti per la cessazione del fumo, può riportare su questo intervento il codice G0375, la categoria appropriata e il livello di valutazione e gestione (99201-99215). Il medico deve inoltre assegnare, secondo l'International Classification of Diseases, nona Edizione, il Clinical Modification Code che corrisponde, con opportuna documentazione, ad ogni servizio: G0375 con 492.8 (enfisema polmonare, non altrimenti specificato) e 305.1 (disfunzione causata dal consumo di tabacco); 99213 con 786.05 (dispnea) e apporre a seguire il codice 25 alla visita di valutazione e gestione (cioè, 99213-25). Le indicazioni coperte da assicurazione non si limitano soltanto ai casi di enfisema, ma includono un'ampia gamma di condizioni respiratorie e cardiovascolari, come la BPCO (496) o l'asma cronica ostruttiva (493.20).

Sebbene gli assicuratori non-Medicare possono non riconoscere i nuovi codici G del consultorio per la cessazione del fumo, alcuni possono tuttavia avere delle politiche che offrono un rimborso a parte per i medici che compiono sforzi di questo genere ricorrendo a codici alternativi di Health Common Procedural Coding System come S9075 (terapia per la cessazione dell'abitudine al fumo). Le metodologie di pagamento variano dalla capitazione, per la quale i medici identificati come idonei a svolgere tale attività vengono pagati con una percentuale maggiore rispetto alla capitazione standard, a modelli di compenso in base al servizio. I progetti di rinnovamento messi in pratica da diversi assicuratori per entrambe queste metodologie hanno dimostrato che non esiste per il medico un programma di incentivazione che sia più efficace o più efficiente dell'altro.¹²

La documentazione su tali servizi rimane un fattore chiave e dovrebbe riportare una descrizione accurata dell'interazione che è intervenuta. È prudente controllare con ogni assicuratore la copertura dei costi, le norme e le regolamentazioni necessarie per la documentazione. Anche la comunicazione tra i provider e il personale che si occupa dei pagamenti è critica.

La formazione del personale circa i requisiti necessari agli assicuratori al fine di effettuare i rimborsi e le richieste dei provider, incluse le informazioni relative all'incontro registrate su appositi moduli, sono i meccanismi migliori per assicurarsi il compenso.

Il consumo di tabacco e i rischi per la salute che da esso derivano hanno indotto sempre più medici a focalizzare la loro attenzione sul problema e a condurre interventi finalizzati alla cessazione dell'abitudine al fumo. Il riconoscimento di questo servizio da parte degli assicuratori come un'attività a se stante e specifica, è testimoniata dal fatto che essi stessi continuano a finanziarla. Con il supporto da entrambe le parti, sarà più facile identificare i consumatori di tabacco ed offrire loro un'alternativa per raggiungere uno stile di vita più salutare.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Li YF, Langholz B, Salam MT, et al. Maternal and grandmaternal smoking patterns are associated with early childhood asthma. *Chest* 2005; 127:1232-1241
- 2 Zielinski J, Bednarek M. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening. *Chest* 2001; 119:731-736
- 3 United States Surgeon General. The health consequence of smoking: chronic obstructive pulmonary disease. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1984
- 4 United States Surgeon General. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. Washington, DC: US Government Printing Office, 1989
- 5 Buist AS, Sexton GJ, Nagy JM, et al. The effect of smoking cessation and modification on lung function. *Am Rev Respir Dis* 1976; 114:115-122
- 6 Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁. *JAMA* 1994; 272:1497-1505
- 7 Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, et al. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop-smoking rate. *Chest* 2003; 123:1916-1923
- 8 Joint Committee on Smoking and Health. Smoking and health: physician responsibility; a statement of the Joint Committee on Smoking and Health. *Chest* 1995; 108:201-208
- 9 US Department of Health and Human Services. Smoking cessation: clinical practice guidelines. Washington DC: US Department of Health and Human Services, 1996; Agency for Health Care Policy and Research Publication No. 96-0692
- 10 Rennard SI, Daughton DM. Smoking cessation. *Chest* 2000; 117:360-364
- 11 Bars MP, Banauch GI, Appel D, et al. "Tobacco Free With FDNY": the New York City Fire Department World Trade Center Tobacco Cessation Study. *Chest* 2006; 129:979-987
- 12 Lobdell, Donna J. Designing provider reimbursement and incentive models for tobacco cessation in managed care settings. California Tobacco Control Alliance. Available at: <http://www.tobaccofreealliance.org/pdfs/LobdellMay2001.pdf>. Accessed June 20, 2006