



per un totale di 796 incontri. In tal modo la media di sessioni per ciascun paziente è stata di 2,16. Il numero di cessazioni ottenute è stato di 95, con un tasso pari al 25,8%. I dati della cessazione erano a breve termine e autoriferiti.

L'arruolamento dei pazienti è avvenuto nel 95,2% dei casi in farmacia. Gli invii ai CTT del territorio sono stati 74 e quelli ai MMG 55. Il numero di farmacie attive nel proporre gli interventi è stato molto alto, e le percentuali sono mostrate nel grafico 1.

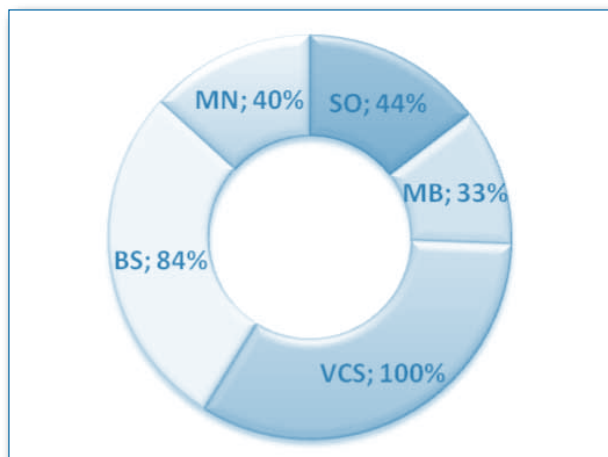


Fig.1 Percentuale di farmacie attive su quelle aderenti al progetto.

Una valutazione sulla percezione di efficacia dello strumento formativo ha evidenziato che ben il 94% dei farmacisti considerava adeguata la formazione effettuata e il 96% dichiarava che avrebbe continuato autonomamente ad utilizzare il counselling motivazionale breve nel proprio lavoro.

### Discussione

Il progetto, che aveva l'obiettivo primario di consolidare i processi di collaborazione, non prevedeva randomizzazione, gruppi di controllo o follow-up con misurazione di

parametri biochimici. Le valutazioni che sono state compiute, anche se riguardano output clinici (tassi di cessazione), vanno soprattutto nella direzione del verificare la replicabilità e trasferibilità di questi interventi in setting opportunistici, connotati spesso dal poco tempo a disposizione, riguardanti ampie fasce di popolazione generale.

L'analisi delle criticità e dei punti di forza ha permesso di appurare che nelle farmacie è possibile effettuare interventi di Minimal Advice, ma che vanno adottate opportune strategie formative e organizzative all'interno del luogo di vendita.

La formazione ha costituito un elemento professionalizzante, è stata molto apprezzata ed è stata considerata agevole oltre che replicabile.

La possibilità di effettuare Minimal Advice in farmacia è stata confermata dall'85,5% dei farmacisti, e il 53,7% ha giudicato fattibile il seguire i pazienti con più di un incontro. Il poco tempo a disposizione è stata la difficoltà maggiore (44%), ma superabile in gran parte con strategie organizzative, come:

1. L'aver almeno un farmacista adeguatamente formato a cui i colleghi possono far riferimento
2. Il riuscire a ritagliare uno spazio di privacy per parlare coi pazienti (per es. un piccolo studio o un angolo del bancone)
3. L'utilità di avere disponibile materiale informativo, sia per le vetrine che per l'interno della farmacia.
4. La capacità di ascolto, l'empatia e gli strumenti acquisiti sono indicati come gli elementi di qualificazione professionale più usati per superare le criticità.

### Conclusioni

I processi sperimentati, sia per il versante formativo che per quello organizzativo, sono risultati validi, trasferibili ed efficaci. Il livello di standardizzazione degli interventi raggiunto è soddisfacente e l'alto livello di interesse degli operatori fa ritenere ben integrabile lo strumento del Minimal Advice per il tabagismo e gli stili di vita nelle farmacie. ■



## La sinergia tra Centri Anti-Tabagismo (CAT) e medici competenti aziendali: un punto di forza nella lotta al tabagismo

Baraldo M.<sup>1</sup>, Rosa I.<sup>2</sup>, Petrin G.<sup>2</sup>, Robotti M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Anti Tabagismo, SOC Istituto di Farmacologia Clinica; <sup>2</sup>SOS Tutela della Salute dei Lavoratori, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia, Udine

### Introduzione

Gli operatori sanitari (OS) svolgono un ruolo importante nella prevenzione del tabagismo essendo considerati come modelli per i pazienti. Inoltre è noto che il fumo di tabacco è causa di malattie che possono avere una ricaduta sull'attività lavorativa. È quindi importante attuare strategie aziendali che abbiano non solo l'obiettivo di aumentare l'informazione e la formazione dei dipendenti, ma che

prevedano anche percorsi agevolati di disassuefazione al fumo associati al *counseling breve*. Questo è un progetto pilota che ha come obiettivo principale di individuare tra gli OS i fumatori motivati a smettere di fumare ed indirizzarli ad un Centro Anti-Tabagismo (CAT).

### Metodo

All'atto della visita medica c/o l'ambulatorio del Medico Competente, individuati i fumatori, veniva eseguito il *counseling breve* con valutazione del grado di dipendenza e della motivazione a smettere di fumare. A seguire veniva



proposto un percorso aziendale mirato di disassuefazione dal fumo, mediante invio al CAT dell'Azienda. Qui i soggetti venivano seguiti mediante follow-up di 8 visite in 12 mesi consistente in prima visita e successivi controlli completi di *counseling*, valutazione dell'effetto della terapia farmacologica e controllo dei parametri clinici e strumentali (peso, FC, PAO, CO espirato).

### Risultati

Nel periodo maggio 2011-aprile 2012 sono stati visitati 1121 dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine e tra questi, 198 (17,6%) sono risultati fumatori. Sono stati eseguiti 172 *counseling brevi* e 52 fumatori hanno aderito al percorso aziendale. Di questi, 40 (14 M e 26 F) si sono presentati al CAT. I profili rappresentati sono: 14 Operatori Socio-Sanitari, 16 Infermieri, 2 Tecnici di Laboratorio, 6 Dirigenti Medici, 1 amministrativo e 1 autista. Associati all'abitudine al fumo compaiono l'anamnesi positiva per abitudine al fumo in famiglia (padre fumatore 32/40), il consumo di caffè (in media 5/die) e una scarsa propensione all'attività fisica regolare (18/40). L'età media d'inizio è risultata 17.8±4.9 aa, il numero medio di sigarette fumate/die 17.9±6.6 con un contenuto medio di nicotina di 0.5±0.2 mg. I tentativi eseguiti in precedenza per smettere di fumare sono stati in media 1.8±1.1. Al Test di Fargeström

è risultato un valore medio di 4.3±2.1. Il risultato medio del Test Motivazionale è stato 13.8±2.7. Il CO espirato ha dato un valore medio di 25.8±11.4. Complessivamente i parametri cardiovascolari sono risultati nei limiti di norma.

A seguito della valutazione è stato intrapreso un percorso di disassuefazione farmacologica con: vareniclina (33), NRT (2), bupropione (0), niente (5). Dei 40 dipendenti che hanno effettuato la prima visita, 11 hanno deciso di rimandare la sospensione e pertanto solo 29 hanno realmente assunto la terapia prescritta. Tra questi 21 (72.4%) hanno smesso di fumare per un periodo medio osservato di 113±95 gg.

### Conclusioni

Tra il personale ospedaliero c'è una larga prevalenza di fumatori, a volte più elevata che nella popolazione generale. Una politica aziendale che favorisca la disassuefazione dal fumo di tabacco, anche attraverso il sostegno clinico e terapeutico, è fortemente auspicabile. Allo scopo è fondamentale una forte collaborazione tra il Medico Competente e il CAT, con il sostegno della Direzione Aziendale, nell'ottica di un progetto complessivo di promozione della salute degli OS, che vede nella lotta al tabagismo uno dei suoi obiettivi principali. ■

**Nota:** si ringrazia la Pfizer-Italia per il supporto e le ASV Castellani M, Piemontese M e Roveredo E della SOS TSL per la fattiva collaborazione.



## Ruolo della Fitoterapia nel trattamento del paziente fumatore

**Nagy A.<sup>1</sup>, Mangiaracina G.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medico di Medicina Generale, Diploma in Fitoterapia, Université Paris Descartes (Francia).  
<sup>2</sup>Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma.

### Razionale

Il tabagismo è una patologia da dipendenza che richiede un approccio terapeutico complesso e personalizzato. Le Linee Guida cliniche per il trattamento vanno tenute in considerazione per garantire un trattamento appropriato ed efficace. Tuttavia, in base al principio della "personalizzazione" dell'intervento terapeutico, è opportuno ampliare lo spettro degli interventi terapeutici, non limitati ai farmaci e ai prodotti sostitutivi della nicotina. Considerata anche la letteratura scientifica prodotta nell'ultimo decennio, si ritiene utile esplorare le possibilità di un approccio fitoterapico oltre a un adeguato cambiamento dello stile di vita nel fumatore in terapia.

### Obiettivi

Ipotizzare una collocazione della fitoterapia nel trattamento del tabagismo specie in pazienti che rifiutano il farmaco.

### Materiali e Metodi

Si è fatta una revisione dei dati di letteratura scientifica (Cochrane, PubMed), pubblicazioni su riviste di società

scientifiche (Phytothérapie, Tabaccologia), testi di riferimento in materia, per il loro valore storico o per le informazioni in ambito botanico, e i siti internet specializzati (Système Canadien d'information sur les plantes toxiques, The Plants Database, Catalogue of Life, Società Italiana di Medicina Naturale).

### Discussione

Le evidenze scientifiche hanno consacrato Bupropione e Vareniclina (derivata dalla Citisina) nella terapia farmacologica del tabagismo, in rigorosa associazione con *counseling* e terapia di gruppo. Ma anche la Citisina si è dimostrata efficace nella cessazione a lungo termine [1]. Usata in alcuni paesi dell'Est europeo sin dagli anni 60. La Lobelina (estratta da *Lobelia inflata*) veniva usata negli anni 30 per aiutare i fumatori a smettere, ma è stata oggetto di studi recenti. Sia Lobelina che Citisina sono agonisti parziali dei recettori nicotinici [2]. In considerazione del fatto che esiste un approccio "fitoterapico" al tabagismo, abbiamo passato in rassegna le piante i cui principi attivi possono avere un ruolo nella cura del Tabagismo. A tale proposito Gigon propone una suddivisione in 4 gruppi, che abbiamo riadattato e sintetizzato in tabella [3].