



A 6 e 12 mesi operatori di screening contattano telefonicamente le donne per il follow-up.

### Risultati

Le arruolate al 2012 sono 2258, il follow up a 6 mesi si è concluso per 1873, a 12 mesi per 1450.

Il tasso di dimissione a 6 mesi è: A=8,8% B=7,9% C=9,8%(B+C=8,8). A 12 mesi è: A=11,6% B=14,2% C=15,2%(B+C=14,7). Non si evidenziano differenze statisticamente significative (A vs B+C, 12mesi, p=0,6).

### Conclusioni

I risultati preliminari suggeriscono che attività sul tabagismo nel target femminile "screening" sia importante in termini numerici. Il counselling breve sembra raggiungere l'efficacia più elevata a 12 mesi per la dimissione dal fumo, anche se non ancora in maniera statisticamente significativa. ■



## Modellizzazione di una rete Aziendale per la Disassuefazione dal fumo di sigaretta: l'esperienza dell'ASL MI 1

Colombo A.<sup>1</sup>, Cereda D.<sup>2</sup>, Durello R.<sup>2</sup>, Paola D.<sup>2</sup>, Boni R.<sup>2</sup>, D'Orio F.<sup>2</sup>, Pirola M.E.<sup>2</sup>

(alessandra.colombo@aslmi1.mi.it)

<sup>1</sup>Università degli studi di Torino, <sup>2</sup>ASL Milano 1

### Introduzione

Il tabagismo è la prima causa di morte evitabile nel nostro paese e il trattamento della dipendenza da tabacco è uno dei temi nella letteratura internazionale con elevato numero di evidenze scientifiche.

Dai dati epidemiologici Italiani risulta che circa il 15% dei decessi, nella popolazione con età maggiore 34 anni, è attribuibile al fumo di tabacco, la percentuale raddoppia nei maschi fra 35 e 69 anni. I dati lombardi mostrano nella popolazione sopra i 15 anni il 17,6% di donne fumatrici e il 26,8% di uomini fumatori, a fronte di valori nazionali rispettivamente del 16,6% e del 28,6%.

In ASL MI 1 fino al 2011 non era ancora stata discussa l'opportunità di offrire alla popolazione una proposta coordinata per la disassuefazione dal Fumo attraverso una Rete Aziendale. Obiettivo dello studio è quello di definire una modellizzazione della rete per la disassuefazione dal fumo di sigaretta in ASL MI 1 a seguito della analisi della letteratura, del nostro contesto aziendale e del costo/efficacia delle buone pratiche.

### Materiali e Metodi

È stato costituito nel primo trimestre 2012 un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare composto da medici e assistenti sanitari delle aree di: medicina di comunità, dipendenze e promozione della salute.

È stato avviato lavoro di mappatura delle iniziative e risorse per la dismissione da fumo di sigaretta già presenti sul territorio.

È stato avviato un lavoro di revisione della letteratura scientifica attraverso l'analisi del database della Cochrane Collaboration ricercando interventi applicabili alla popolazione generale (escludendo gli studi solo con terapie farmacologiche).

Il Gruppo di Lavoro ha poi selezionato gli interventi applicabili nella nostra azienda.

### Risultati

Sono state identificate 47 revisioni sistematiche Cochrane sul tema.

La mappatura delle risorse disponibili sul territorio ha identificato: 1 medico formato sulla tematica, circa 50 operatori formati per la somministrazione di minimal advice, 3 UO di radiologia che applicano la tecnica del Minimal Advice nell'ambito dello screening mammografico, la presenza di 2 UO di pneumologia e di un centro antifumo, la presenza sul territorio della lega tumori.

La modellizzazione della rete per la disassuefazione dal fumo di sigaretta è stata pensata su 3 livelli di complessità in relazione all'intensità dell'intervento:

#### LIVELLO 1 (intensità bassa)

- formazione di personale che possa svolgere l'attività di Minimal Advice in setting opportunistici
- divulgazione di materiale informativo in particolari gruppi di popolazione (es. donne in gravidanza)
- reminder elettronici (SMS)



**LIVELLO 2 (intensità intermedia)**

- Formazione dei Medici di Medicina Generale per l'attività di Minimal Advice
- Formazione di personale ASL per la conduzione di gruppi antifumo

**LIVELLO 3 (intensità alta)**

- Organizzazione di centri antifumo
- Alcune di queste azioni sono già state implementate mentre altre sono in via di formalizzazione o di organizzazione.



**Prevalenza di commorbidità psichiatrica, patologie internistiche e abuso di sostanze tra i pazienti del centro per il trattamento del tabagismo di Monza**

**Tinghino B.<sup>1</sup>, Andreoni V.<sup>1</sup>, Epifani A.<sup>1</sup>, Grimaldi L.<sup>1</sup>, Rovelli M.<sup>1</sup>, Resentini M.<sup>2</sup>**

(tinghino.biagio@aslmb.it)

<sup>1</sup>Centro per il Trattamento del Tabagismo, ASL Monza e Brianza, Dipartimento Dipendenze.

<sup>2</sup>Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Monza e Brianza

**Introduzione**

La correlazione tra uso di sostanze psicotrope e diagnosi psichiatrica è nota da tempo, dai dati di letteratura internazionale. Il termine diagnosi duale o doppia diagnosi viene usato dall'OMS per definire la coesistenza, nello stesso

individuo, di disturbi mentali e altri disturbi determinati dal consumo di droghe.

I dati esistenti parlano di una elevata prevalenza *lifetime* di abuso di alcol o droghe nei pazienti con malattie mentali (29%, OR=2,7). Allo stesso tempo l'uso patologico di alcol tra quanti sviluppano un disturbo psichiatrico è molto elevato (45, OR=2,9). La dipendenza tabagica è anch'essa correlata ad una maggiore frequenza di disturbi psichiatrici, ma i dati relativi alla situazione italiana non sono molti.

Il presente report è relativo ai pazienti del Centro per il

Malattie internistiche		Sostanze psicotrope o alcol	
Patologia	Prevalenza	Sostanza	Prevalenza
M. cardiovascolari	25,3%	Alcol	8,6%
M. respiratorie	8,1%	Cannabis	2,0%
M. oncologiche	2,0%	Cocaina	1,5%
Diabete	4,5%	Eroina	1,0%

