

# Progetto "Medici di Medicina Generale e Disassuefazione dal Fumo": finalità, metodi, risultati e prospettive di un intervento su vasta scala

## *Project "General Practitioners and smoking cessation": purpose, methods, results and prospects of a large scale intervention*

Federico E. Perozziello, Donatella Sghedoni, Paola Gini, Silvia Comelli, Alberto Donzelli, Gemma Lacaíta, Massimo Verga, Stefano Centanni

---

### Riassunto

**Introduzione:** La ASL di Milano, già attiva in passato nel campo del tabagismo, ha inteso attivare un progetto per coinvolgere attivamente i Medici di Medicina Generale (MMG) nella disassuefazione dal fumo dei propri assistiti fumatori. Il progetto si è articolato nel biennio 2011-2012 nelle sue linee portanti, ricevendo poi un ulteriore rinforzo nel 2013 con l'uscita dei PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) sulla Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e sulla disassuefazione dal fumo.

**Materiali e metodi:** Il totale dei MMG dell'ASL Milano impegnati nella prima fase del Progetto (2011-2012) è stato pari a 784 e nella seconda fase (2013) pari a 382. Il MMG che ha aderito al progetto antifumo e ha partecipato agli incontri di formazione specifica distrettuali ha operato secondo queste modalità: ha somministrato ai propri assistiti fumatori il Test di Fagerström e il Questionario di valutazione della motivazione a smettere di fumare; è intervenuto direttamente, mediante un'azione educativa con il supporto di materiale informativo, il counseling e la terapia farmacologica. In alternativa ha inviato gli assistiti ad un Centro Antifumo tra quelli aderenti al Progetto e indicati dalla ASL di Milano, perché fosse possibile praticare un trattamento antifumo intensivo di secondo livello; ha rendicontato, utilizzando l'apposito schema informatico, disponibile in una specifica area del sito web dell'ASL di Milano, il numero degli assistiti coinvolti identificati attraverso il codice fiscale. Sono stati interessati in totale 65.529 assistiti.

**Risultati:** I risultati ottenuti nella disassuefazione dal fumo sono risultati in linea con quanto riportato nella letteratura scientifica, con tassi di cessazione nei primi tre mesi di oltre il 7% dei casi (7,08%) e, per un periodo superiore a tre mesi, di oltre il 10,83%. Questo aumento suggestivo del numero dei soggetti non fumatori su di un periodo più lungo potrebbe essere attribuito al rinforzo dell'attività del Progetto che è stata prodotta nel tempo, in particolare nel 2013, tramite degli incentivi economici e attraverso un'opportunità di formazione continua e specifica antifumo. Un'attenzione specifica è stata dedicata all'esame della differenza di genere tra i due sessi nel processo di disassuefazione dal fumo. I risultati ottenuti appaiono suggestivi, anche per la significativa numerosità del campione.

**Conclusioni:** Questo lavoro mostra come la Modalità di Rete nella disassuefazione dal fumo di tabacco offra le caratteristiche di salvaguardare le specifiche di professionalità dei vari componenti la Rete stessa e di poterle utilizzare in modo sinergico per le competenze loro proprie. Si tratta di un impegno ambizioso che richiede risposte anche di tipo politico e sociale, non unicamente di carattere sanitario e tecnico.

**Parole chiave:** Fumo di tabacco, disassuefazione, intervento su larga scala, rete di operatori.

## Abstract

**Introduction:** The ASL of Milan, already active in the past in the field of smoking cessation, aimed to start up a project to actively involve general practitioners (GPs) in smoking cessation programmes in favour of their patients who are smokers. The project was divided in two periods: the first 2011-2012 period in its main lines, and then the second, in 2013, by receiving a further reinforcement with the release of Path Diagnostic Therapeutic Relief (PDTA) on Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and one on smoking cessation.

**Materials and methods:** The total number of General Practitioners ASL Milan involved in the first phase of the Project (2011-2012) amounted to 784 physicians and in the second phase (2013) of 382 GPs. The GPs who subscribed to the anti-smoking project and participated in the meetings of district specific training were instructed to operate in this manner: administration to their smoking patients of the Fagerström test and Evaluation of Motivation to Quit Smoking Questionnaire; direct intervention, by means of educational action with the support of information material, counselling and pharmacological treatment; alternatively, addressing the smoker to an Antismoking Centre among those participating in the project, indicated by the ASL of Milan, in case of the need of a second levelled more intensive treatment; and accounting by means of an appropriate computerised sheet, available in a specific area of the ASL Milan website, the total number of the involved clients identified by means of their individual electronic tax code card. A total number of 65,529 patients were involved.

**Results:** The results obtained are consistent with those reported by reliable scientific literature, with cessation rates in more than 7% of cases in the first three months of intervention and reaching more than 10% of the cases after three months. This notable increase in the number of quitters after a longer observation may be attributed to the repeated reinforcements realised over time in the Project, especially in the 2013 reinforcement phase, providing both financial incentives and Continuing Education opportunities for the participating GPs. Gender differences in the smoking cessation have also been assessed. The results are noteworthy, also because of the large number of involved patients.

**Conclusions:** This work shows how the Cessation of Tobacco Smoke Network Mode may offer the features to protect the specific skills of the various actors of the network itself, with the possibility of using in synergy each of their own specific skills. It is an ambitious task that requires political and social, not only medical and technical efforts.

**Keywords:** Tobacco smoking, smoking cessation, large-scale intervention, network operators.

## Introduzione

Intervenire sui fumatori, nonostante questi possano risultare privi dei sintomi legati ad alcune malattie correlate all'utilizzo del tabacco, permette di prevenire un grande numero di patologie. In particolare la disassuefazione dal fumo riduce il rischio cardiovascolare ed il rischio oncologico per numerose neoplasie, oltre a quello legato alle note patologie specifiche dell'apparato respiratorio, come la BPCO (Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva). Promuovere infine la realizzazione di stili di vita sani favorisce una riduzione dei costi correlati alle cause evitabili di malattia, di cui il fumo di sigaretta costituisce l'esempio più importante. Occorre tenere presente come ad oggi il fumo di tabacco rappresenti la principale causa evitabile di morte nel contesto epidemiologico del mondo econo-

micamente più evoluto. La dipendenza da fumo di tabacco è stata riconosciuta come una condizione patologica sia nella decima revisione della Classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10), che nel manuale diagnostico e statistico dell'Associazione Americana di Psichiatria (DSM-IV e, con qualche differenziazione, anche dal più recente DSM-V). Si tratta pertanto di una vera e propria malattia da dipendenza e non, come erroneamente indicato in molteplici situazioni informative, di "un vizio", oppure di "un'abitudine" dannosa per la salute [2,3]. In Italia almeno il 40% dei fumatori attivi, circa 4 milioni di persone, vorrebbero smettere. Molti hanno provato a farlo, ma non vi sono riusciti a causa della forte dipendenza prodotta dalla nicotina, una sostanza chimica assorbita attraverso

il fumo di sigaretta che agendo con elezione su alcune aree cerebrali rende il soggetto legato coercitivamente all'utilizzo ripetitivo di tale molecola [4,5].

## Materiali e metodi

### Scopo del lavoro

Lo scopo del lavoro è stato quello di dimostrare la necessità e la fattibilità di promuovere interventi su larga scala nel campo della dipendenza dal fumo di tabacco. Rendere possibile la creazione di una struttura di rete a cui possano partecipare operatori sanitari di centri specialistici e del territorio, in un insieme coordinato di lavoro contro la dipendenza dal fumo. I risultati dimostrano l'efficacia nei grandi numeri di questa prospettiva e le suggestive differenze di genere di cui tenere conto nel disegno degli interventi.

Il totale dei Medici di Medicina Generale (MMG) dell'ASL Milano impegnati nella prima fase del Progetto (2011-2012) è stato pari a 784 e nella seconda fase (2013) pari a 382. Il MMG che ha aderito al progetto antifumo e ha partecipato agli incontri di formazione specifica distrettuali ha operato secondo queste modalità: ha somministrato ai propri assistiti fumatori il Test di Fagerström e il Questionario di valutazione della motivazione a smettere di fumare; è intervenuto direttamente, mediante un'azione educativa con il supporto di materiale informativo, il *counseling* e la terapia farmacologica. In alternativa, ha inviato gli assistiti ad un Centro Antifumo tra quelli aderenti al Progetto e indicati dalla ASL di Milano perché fosse possibile praticare un trattamento antifumo intensivo di secondo livello.

### Operatività

L'adesione al progetto antifumo della ASL di Milano da parte dei Medici di Famiglia ha comportato l'accettazione dei seguenti momenti operativi:

- la partecipazione ad un primo incontro formativo specifico sul tema della disassuefazione dal fumo, dedicato alla presentazione di apposite Linee Guida ed alla condivisione degli strumenti adoperati per misurare la dipendenza tabagica e la motivazione a smettere di fumare. Sono stati utilizzati in proposito il *Test di Fagerström* e il *Questionario di valutazione della motivazione a smettere di fumare* (Istituto Superiore di Sanità, Italia), da somministrare ai propri assistiti fumatori. Sono stati organizzati dei corsi di formazione ad hoc nelle sedi dei sette Distretti dell'ASL, più uno di recupero nel periodo gennaio-marzo 2012;
- la promozione della disassuefazione dal fumo attraverso la diffusione agli assistiti di materiale informativo specifico sul tema, fornito dalla ASL di Milano;
- un'interazione anamnestica approfondita ed efficace a riguardo

della dipendenza dal fumo degli assistiti che accedono all'ambulatorio del MMG, con la segnalazione di questa condizione nella cartella clinica;

- la possibilità di intervenire con terapie nei confronti dei fumatori, sia ricorrendo al *counseling*, che attraverso l'utilizzo di farmaci di provata efficacia, oppure attraverso l'invio eventuale presso alcuni Centri Antifumo specialistici.

Il MMG che ha aderito al progetto antifumo e ha partecipato agli incontri di formazione specifica distrettuali ha operato secondo queste modalità:

- ha somministrato ai propri assistiti fumatori il Test di Fagerström e il Questionario di valutazione della motivazione a smettere di fumare;
- è intervenuto direttamente, mediante un'azione educativa, con il supporto di materiale informativo, il *counseling* e la terapia farmacologica per ridurre la dipendenza dalla nicotina;
- ha potuto in alternativa inviare i propri assistiti ad un Centro Antifumo tra quelli aderenti al Progetto, indicati dalla ASL di Milano, perché fosse possibile praticare un trattamento antifumo intensivo di secondo livello;
- ha rendicontato, utilizzando un apposito strumento informatico disponibile in un'area dedicata del sito web dell'ASL di Milano e ad accesso riservato ai Medici di Famiglia, il numero degli assistiti coinvolti, che sono stati identificati attraverso il codice fiscale. Sono stati inseriti il risultato del test di Fagerström, il risultato del questionario di valutazione della motivazione e la tipologia dell'intervento messo in atto, con un follow-up relativo;
- l'intervento antifumo è stato limitato alla sola attività informativa ed educativa unicamente in caso di un punteggio inferiore a "6" del questionario di valutazione della motivazione, mentre si è proceduto ad un utilizzo del *counseling* e di una eventuale terapia

farmacologica nei restanti casi. Si è promosso inoltre l'intervento nei confronti dei soggetti che hanno riportato un esito al Test di Fagerström legato ad un punteggio di "5" o superiore [4,6,7].

### Campione

Il numero di assistiti su cui intervenire è stato programmato con questa modalità:

- 150 per MMG con carico di assistiti uguale o superiore a 1000;
- 100 per MMG con carico di assistiti compreso tra 500 e 999;
- 50 per MMG con carico di assistiti inferiore a 500.

Tale rendicontazione ha costituito il presupposto indispensabile per accedere alla incentivazione di risultato, poi erogata ai medici aderenti, che è stata comunque preceduta da un incontro distrettuale specifico rivolto alla condivisione delle esperienze ed alla discussione dell'efficacia degli interventi terapeutici.

I tempi di realizzazione sono stati i seguenti: entro l'aprile 2012 si è ottenuta la rendicontazione relativa al 50% del numero dei fumatori stabilito in base al carico assistiti. Entro il dicembre 2012 si è verificata la rendicontazione del 100% del numero dei fumatori selezionati, sempre valutata secondo il carico degli assistiti e la partecipazione ad un secondo incontro distrettuale specifico.

Nella primavera del 2013, in seguito alla presentazione ai MMG del *PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) sulla B.P.C.O. e di quello sulla Disassuefazione dal tabacco*, si è proceduto da parte dei MMG ad effettuare il follow-up degli assistiti già arruolati nel biennio precedente e ad arruolare alcuni nuovi assistiti, implementando la metodica sopra presentata [8-10].

Come detto, il totale dei Medici di Medicina Generale dell'ASL Milano impegnati nella prima fase del Progetto (2011-2012) è stato pari a 784 e nella seconda fase (2013) pari a 382.

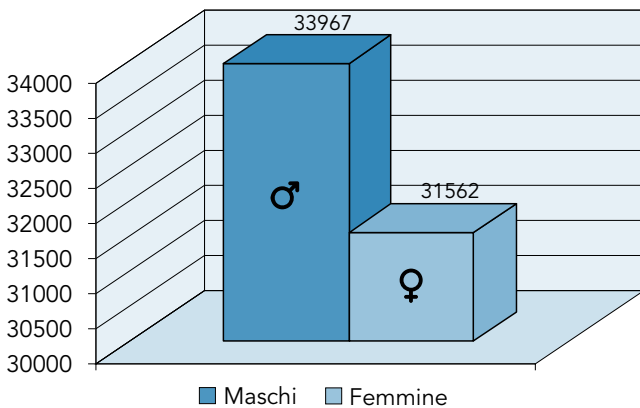
## Risultati

Sono stati interessati in totale **65.529 assistiti**, appartenenti alla popolazione di Milano (1.336.106 abitanti) e dei popolosi comuni limitrofi, quali Cinisello Balsamo (74.905), Sesto San Giovanni (82.078), Cologno Monzese (47.545), per un totale di oltre 1.540.000 persone. In particolare, destinatari dell'intervento antifumo sono stati direttamente **33967 maschi e 31562 femmine (Grafico 1)**.

La distribuzione per classi di età dei soggetti ha evidenziato come la maggioranza delle persone sono stati ricomprese nelle fasce di età della popolazione lavorativa (fasce 21-40 anni e 41-60 anni) (**Grafico 2**). Il Medico di Medicina generale ha seguito con interesse le linee di condotta di tale progetto, intervenendo nei confronti dei propri assistiti attraverso un *counseling* dedicato e, in misura minore, attraverso l'utilizzo di una terapia antifumo farmacologica. Per quanto riguarda le tipologie di intervento

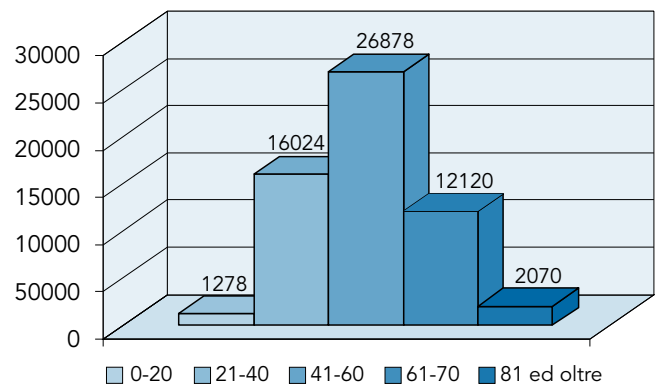
impiegate occorre sottolineare come in questo lavoro i MMG siano stati supportati dai Centri per la Disassuefazione dal Fumo operanti nell'ambito territoriale della ASL di Milano e nella realtà degli Ospedali milanesi e dal Centro per la Disassuefazione dal fumo della ASL di Milano, strutture a cui è stato possibile inviare alcune migliaia di fumatori (**Grafico 3 e seguenti**). Un'analisi delle tipologie di intervento praticate nella prima fase su di un campione particolareggiato di oltre 2000 individui (n. 2125) ha

Distribuzione per sesso dei soggetti arruolati (tot. 65529)



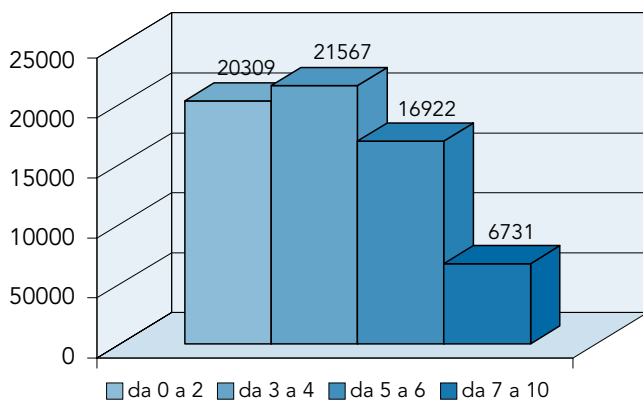
**Grafico 1** Sono stati interessati in totale 65.529 persone, per un totale interessato di oltre 1.540.000 individui. In particolare, destinatari dell'intervento antifumo sono stati direttamente 33.967 maschi e 31.562 femmine.

Distribuzione dei soggetti fumatori arruolati per classe di età



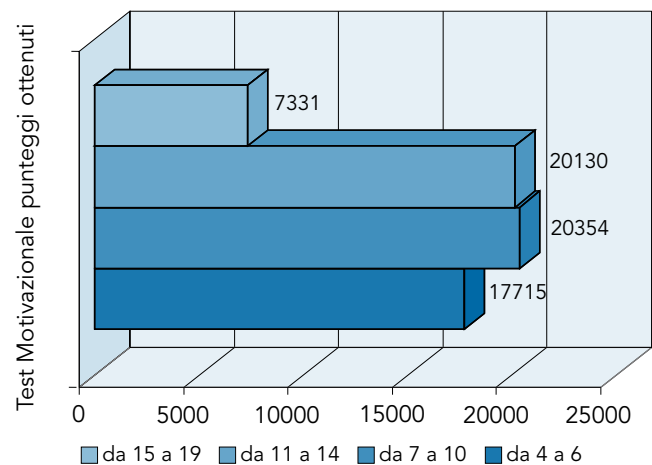
**Grafico 2** La maggioranza dei soggetti interessati dall'intervento antifumo ha riguardato due fasce di età della popolazione lavorativa (fasce 21-40 anni e 41-60 anni).

Punteggi ottenuti nel Test di Fageström dai soggetti fumatori che si sono rivolti al proprio Medico di Famiglia



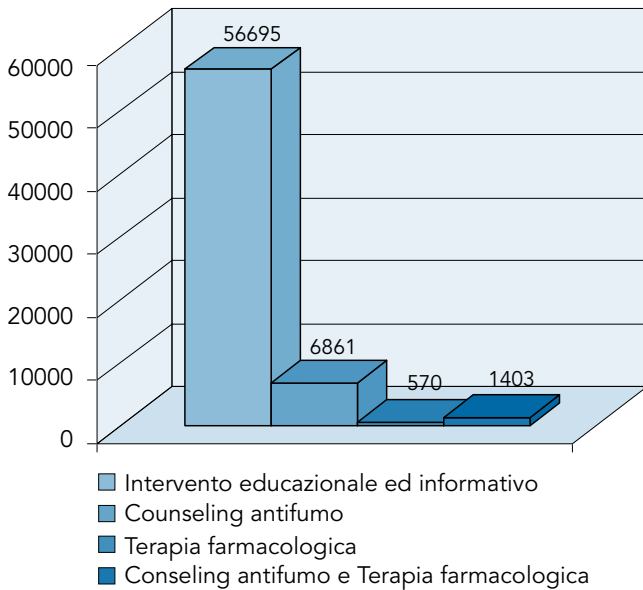
**Grafico 3** Punteggi ottenuti alla somministrazione del Test di Fagerström nei soggetti fumatori.

Test Motivazionale (Istituto Superiore di Sanità)



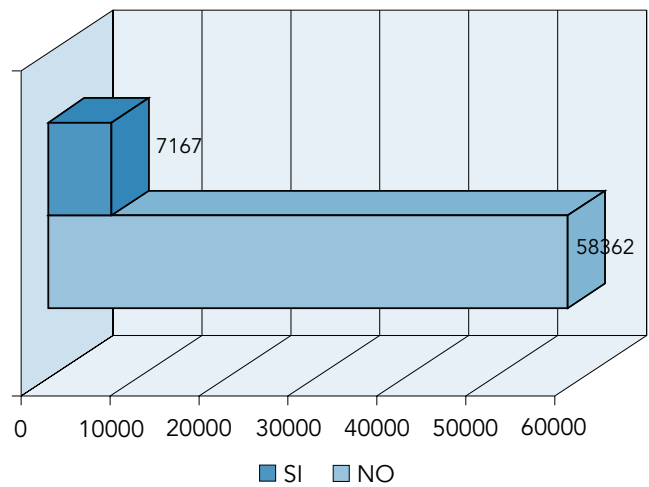
**Grafico 4** Punteggi ottenuti alla somministrazione del Test Motivazionale elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità italiano (ISS) di Roma, che riprende il Test H. Mondor francese.

**Tipologie di intervento operate dal Medico di Medicina generale nella dipendenza da tabacco**



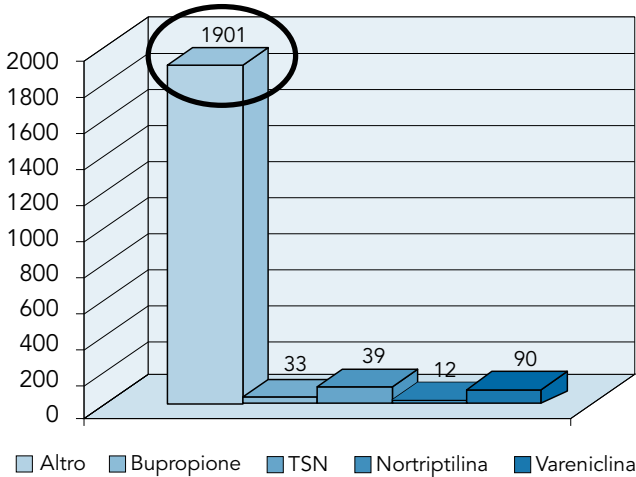
**Grafico 5** Tipologie di intervento messe in atto dal Medico di Medicina Generale nel Progetto su larga scala di Milano (Italy) contro la dipendenza da tabacco.

**Fumatori inviati dal MMG nei Centri antifumo nella prima fase del Progetto**



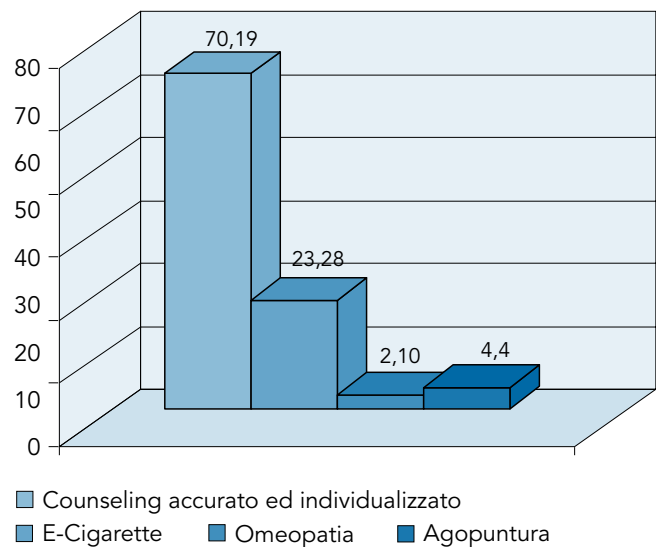
**Grafico 6** Nella prima fase del Progetto sono stati inviati nei Centri antifumo specialistici 7167 persone, pari al 10,93% del totale. Questa percentuale dimostra l'impegno dei medici di medicina generale nell'affrontare la situazione clinica del loro paziente fumatore.

**Trattamenti utilizzati nella prima fase  
Totale 2125 persone**



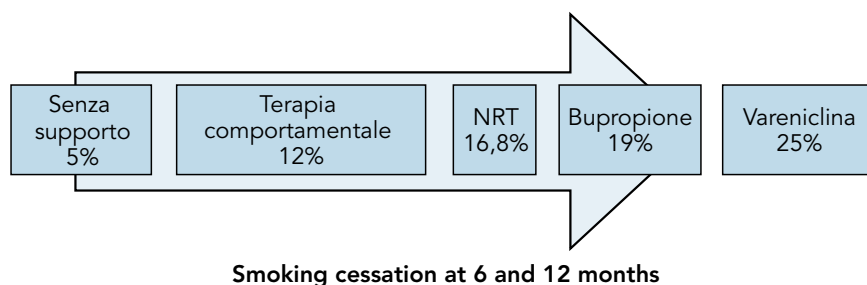
**Grafico 7** Trattamenti antifumo utilizzati nella prima fase del progetto di ASL Milano. Occorre notare l'impiego moderato delle terapie farmacologiche, mentre i Medici di famiglia impegnati nel lavoro hanno preferito utilizzare per lo più il *counseling* (70,19%), come evidenziato anche dal Grafico 8 in maggiore dettaglio.

**Tipologie di interventi non meglio definiti in una prima descrizione dal Medico di Medicina Generale: valori espressi in % - Totale 1901 persone**



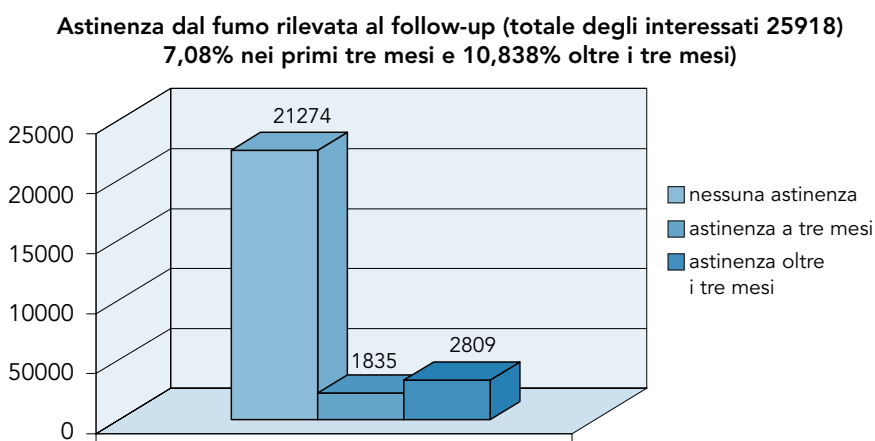
**Grafico 8** Metodiche di intervento ad alto impegno professionale impiegate dai Medici di Famiglia di Milano: 70,19% counseling prolungato ed individualizzato; 23,28% counseling associato a e-cigarette; 4,4% counseling associato ad agopuntura; 2,10% counseling associato all'impiego di farmaci omeopatici e a Medicina non tradizionale.

permesso di valutare come la terapia farmacologica contro il tabagismo necessita di un ulteriore momento divulgativo e di condivisione per essere accettata pienamente dal Medico di Medicina Generale. Questo fatto, unito alla generale mancanza di impiego significativo dei farmaci antifumo in ambito ospedaliero nei confronti dei pazienti affetti da malattie fumo correlate, ci fornisce alcuni elementi importanti di riflessione (**Grafico 7**). Occorre sottolineare come l'aver proposto ai Medici di Famiglia una modalità di approccio al paziente fumatore basata non soltanto su di una metodica di tipo farmacologico, ma caratterizzata da un consapevole utilizzo degli strumenti costituiti dal *counseling* e dall'implementazione cosciente e meditata dell'empatia nel rapporto tra medico e paziente, abbia spinto molti di questi medici a prolungare spontaneamente i limiti temporali del loro intervento ben oltre i confini costituiti dalla tipologia del così detto *counseling breve*. Si tratta di un comportamento che deve farci meditare sulla presenza, spesso sottovalutata, di un'esigenza di un ritorno alle radici umane e culturalmente complesse della professione medica. Un bisogno di *humanitas* che non deve essere trascurato, non solo nel campo della lotta al fumo di tabacco [11-13]. Per implementare il raggiungimento di un livello di intervento antifumo significativo, illustrato nel **Grafico 8** si è utilizzato nei corsi di formazione per i medici un largo impiego degli strumenti comunicativi propri delle *Medical Humanities*. Si tratta di metodiche basate sull'utilizzo della *Medicina Narrativa*, sull'importanza del linguaggio adoperato tra medico e paziente, sul riferimento ad esempi letterari di scrittori famosi che hanno trattato il tema del fumo di tabacco. Questi strumenti possiedono la caratteristica di non determinare un aggravio economico di spesa e di incentivare il senso della gratificazione professionale del medico. Il *General Practitioner* diviene in que-



- Cohill K. et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3.
- La Vecchia C., 31 maggio 2013, ISS (Italy).

**Figura 1** Sintesi delle Revisioni Cochrane riportate in letteratura, con i tassi di cessazione dal fumo a seconda delle metodiche impiegate.



**Grafico 9** Cessazione dal fumo ottenuta dai Medici di Famiglia nei confronti dei loro assistiti fumatori: 7,08% dopo i primi tre mesi di intervento; 10,838% dopo oltre i tre mesi di intervento.

sto modo protagonista e partecipe di un intervento sanitario eticamente positivo ed umanamente efficace, con un miglioramento dei propri rapporti con gli organi di governo della salute, con la cittadinanza e con i medici specialisti che operano negli ospedali [14-16]. I risultati ottenuti si sono dimostrati in linea con quanto riportato nella letteratura scientifica, con tassi di cessazione dal fumo che ascendono, dopo i primi tre mesi di intervento, ad oltre il 7% dei casi e, per un periodo superiore a tre mesi, ad oltre il 10% dei casi. Ne consegue un utile confronto, come riportato nella **Figura 1**, relativa alle Revisioni Cochrane sulla *Smoking cessation*. Questo aumento suggestivo del nu-

mero dei soggetti non fumatori che si è verificato in un periodo più lungo, dopo gli iniziali tre mesi di *follow up*, potrebbe essere attribuito al rinforzo dell'attività del Progetto che è stata prodotta nel tempo. In particolare nell'anno 2013 è stata messa in atto anche un'attività di formazione culturale continua dei Medici di Famiglia attraverso un nuovo Corso di formazione specifico che ha rafforzato i messaggi comunicati nella prima edizione (**Grafico 9**).

### Differenza di genere nella cessazione dal fumo

È stata presa in esame la differenza di genere tra i due sessi per quanto

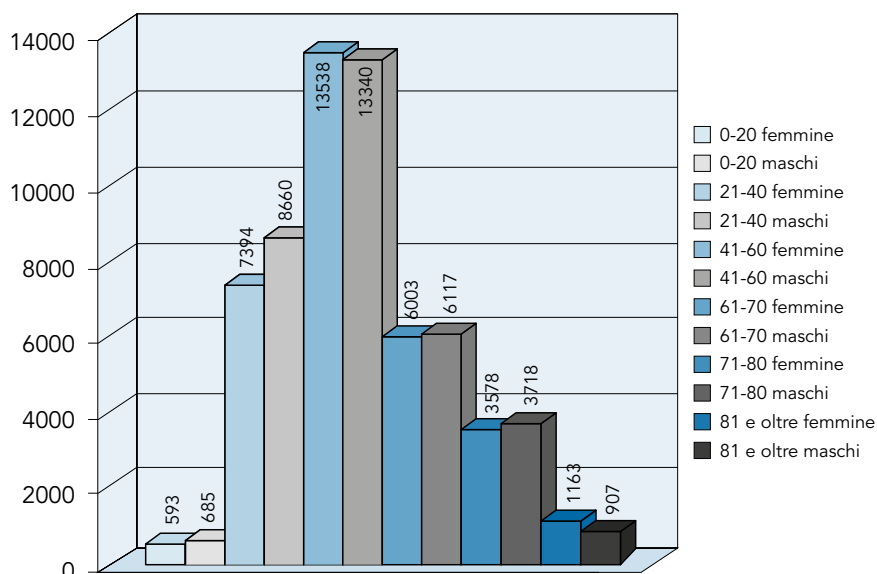
riguarda il processo di disassuefazione dal fumo. Fatto salva la differenza di numerosità iniziale del campione preso in esame (33967 m. e 31562 f. – **Grafico 1**), i risultati preliminari appaiono suggestivi. Le elaborazioni che seguono mostrano le differenze che abbiamo rilevato tra i due generi nel corso del lavoro e nella raccolta dei risultati.

Il primo Grafico in proposito, il **Grafico 10**, ci mostra una prevalenza dei soggetti di sesso femminile nelle classi di età 41-60 anni e oltre gli 81 anni. Tali differenze potrebbero essere spiegabili con una maggiore attenzione tra le donne alla necessità di una salvaguardia delle proprie condizioni di salute nell'età matura e, per quanto riguarda le ultra ottantenni, ad una naturale presenza di un maggior numero di persone di sesso femminile in tarda età.

Il **Grafico 11** e **Grafico 12** ci mostrano invece le differenze nel grado di dipendenza dalla sigaretta e di motivazione alla cessazione dal fumo tra i due sessi. Il **Grafico 11** in particolare evidenzia la possibilità di una prevalenza dei più alti livelli di dipendenza dalla sigaretta (Test di Fagerström con valori da 5 a 10) per quanto riguarda le femmine [17-20].

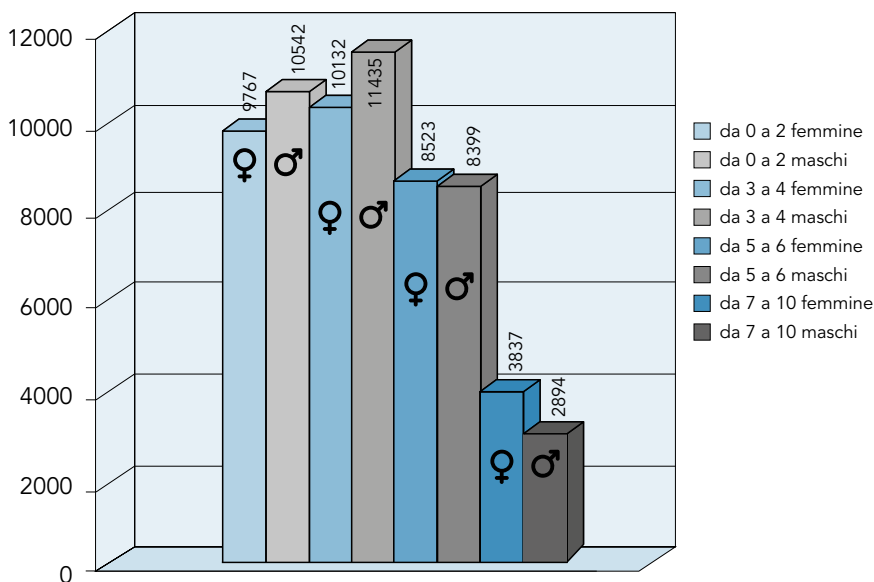
Il **Grafico 12** invece, che riguarda il livello motivazionale (Test motivazionale dell'ISS italiano) tra i due sessi, appare meno significativo nei risultati raggiunti, presentando una sostanziale indeterminazione nei risultati. Per quanto riguarda infine la cessazione dalla dipendenza dal tabacco, nonostante esistano in letteratura pareri discordanti, nel nostro lavoro si è manifestata una differenza significativa tra le donne (46%) e gli uomini (54%) nella *smoking cessation* (**Grafico 13**). Si tratta di dati non completamente paragonabili, vista la non perfetta omogeneità numerica del campione di partenza, i quali devono comunque far riflettere, anche alla luce dei risultati ottenuti nel Test di Fagerström. Nel nostro lavoro si è

**Differenza di genere (m/f) per classi di età nei soggetti fumatori arruolati nello studio**



**Grafico 10** Differenza di genere (m/f) rilevata nei soggetti fumatori che sono stati arruolati nel Progetto di intervento su larga scala. Compare una prevalenza dei soggetti di sesso femminile nelle classi di età ricomprese tra i 41-60 anni ed oltre 81 anni.

**Differenza di genere (m/f) nei risultati ottenuti al Test di dipendenza (Fagerström)**

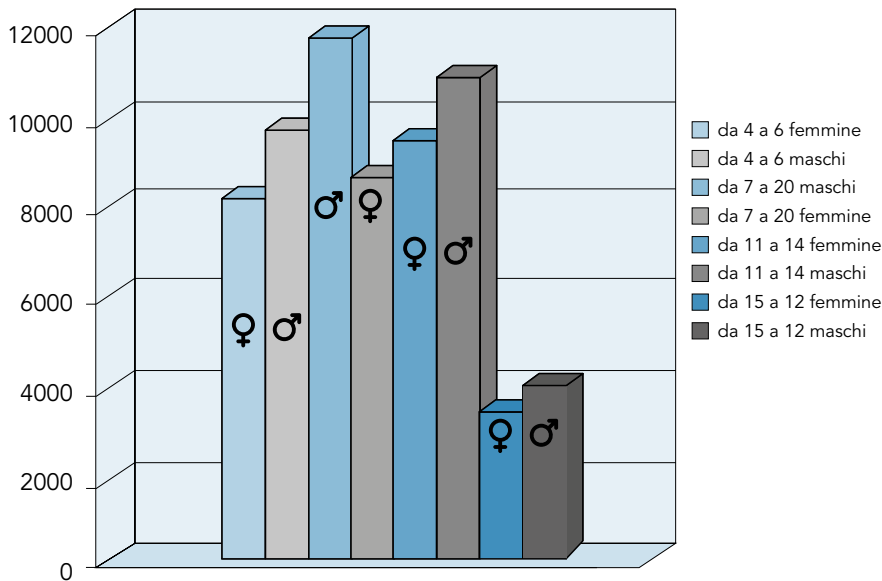


**Grafico 11** Grado di dipendenza dal tabacco tra i due generi (m/f) rilevati in base al punteggio ottenuto nel Test di Fagerström. Si constata una maggiore presenza del sesso femminile nei soggetti con i maggiori livelli di dipendenza dalla sigaretta.

manifestata comunque una differenza significativa tra le donne e gli uomini a questo riguardo, che

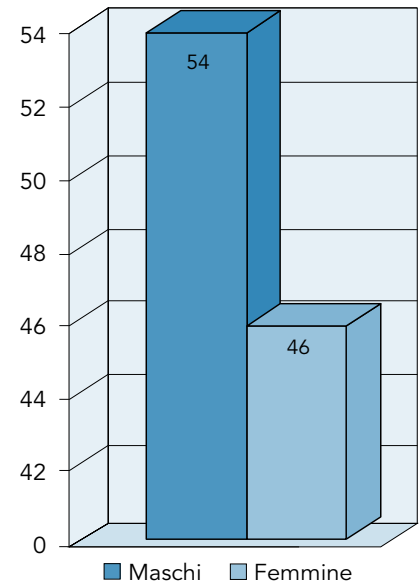
appare meritevole di ulteriori approfondimenti e valutazioni su larga scala.

**Differenza di genere (m/f) al Test motivazionale (H. Mondor e ISS): punteggi ottenuti divisi per valori e genere**



**Grafico 12** Risultati tra i due sessi (m/f) ottenuti nel Test motivazionale (ISS Italy), che non appaiono particolarmente significativi.

**Differenza di genere nelle cessazioni dal fumo: percentuali sul totale**



**Grafico 13** Differenza di genere m: 54% e f: 46% rilevata nella cessazione dal fumo (*smoking cessation*).

## Discussione

Dai riscontri effettuati è emerso un sostanziale gradimento e una partecipazione attenta e consapevole dei Medici di Famiglia al Progetto. Circa il 25% della popolazione adulta italiana fuma abitualmente sigarette e nella realtà urbana di Mila-

no i fumatori sono oltre 300.000 individui [20].

Si tratta di una realtà epidemiologica estremamente ampia, che richiede, per essere affrontata e ridotta con una prospettiva di successo, l'intervento di un numero elevato di operatori sanitari. Il Medico di Medicina Generale, grazie

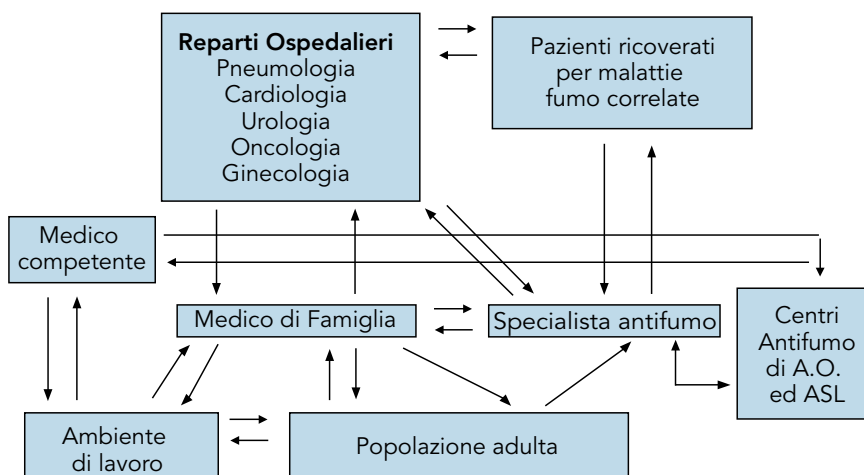
al proprio rapporto di fiducia e di conoscenza approfondita degli assistiti, si colloca in un ambito preferenziale nella terapia della Dipendenza da tabacco.

Il processo di formazione e di intervento sul campo si può auspicare debba consistere e consolidarsi in una **Modalità di rete** tra i **MMG**, i **Centri Specialistici** e le **Diverse Istituzioni**. Una tipologia di azione che per produrre risultati concreti non deve limitarsi ad azioni *una tantum*, magari relegate in iniziative spesso coreografiche e di piazza, ma essere pensata e progettata come un fattore importante e costante di aiuto e di sostegno al cittadino.

A tale proposito, l'ASL di Milano ha organizzato nel corso del 2014 un evento formativo in collaborazione con l'Istituto Stomatologico Italiano di Milano e rivolto ai Medici di Famiglia dal titolo "*Patologia orale e stili di vita*" in cui è stato dato grande rilievo alla correlazione tra il fumo di tabacco e le patologie orali.

Un ulteriore evento antifumo è stato rivolto ai giovani medici nel-

**Un modello di rete proposto da ASL Milano per affrontare la Dipendenza dal fumo di tabacco**



**Figura 2** Un Modello di Rete da costruire e implementare nel tempo per affrontare in modo significativo e su larga scala la dipendenza dal tabacco.



l'ambito del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale-Polo di Milano, attraverso uno specifico seminario sul ruolo del Medico di Famiglia nella disassuefazione dal fumo. Inoltre gli stessi medici di Medicina Generale in formazione, durante il loro tirocinio presso l'ASL di Milano, sono stati invitati a frequentare anche l'Ambulatorio dedicato alla dipendenza dal fumo. In questo contesto sono stati supportati da un'ideale attività di tutoraggio specialistica al fine di potere acquisire una formazione teorica e pratica nella materia.

Non deve essere sottovalutata la proposta culturale e pratica che viene operata a livello universitario, con alcuni Corsi specifici (attività elettive) sul fumo e le malattie fumo correlate nei confronti degli studenti di Medicina dell'ultimo anno di Corso, ad opera della II Cattedra di Malattie dell'Apparato respiratorio dell'Università degli Studi di Milano e nel Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria della stessa Università.

Per concludere, la **Figura 2** illustra un modello di intervento su larga scala nei confronti della dipendenza da tabacco che potrebbe essere replicabile nelle grandi realtà urbane. Appare infatti difficile poter affrontare un problema di salute così importante per la popola-

zione, quale il fumo di tabacco e la riduzione delle patologie ad esso correlate, unicamente attraverso un intervento di tipo specialistico puro.

## Conclusioni

Questo lavoro mostra come la *Modalità di Rete* offra le caratteristiche di salvaguardare le specifiche di professionalità dei vari componenti la Rete stessa e di poterle utilizzare in modo sinergico per le competenze loro proprie. Si tratta di un impegno ambizioso che richiede risposte anche di tipo politico e sociale, non unicamente di carattere sanitario e tecnico [21]. L'interazione in un ambito di "rete" tra ospedale e territorio, attraverso una collaborazione gratificante tra i medici impiegati nei vari nodi funzionali del processo, potrebbe costituire un modello vincente e riproducibile, specie in altri contesti urbani e densamente popolati. Si tratta di una proposta concreta, oltre che di un auspicio. Un modello operativo che ha già prodotto dei risultati interessanti e che attende solo di essere replicato.

## Ringraziamenti

Un ringraziamento speciale va a tutti i Medici di Medicina generale

che operano nella realtà territoriale della ASL di Milano per la partecipazione al Progetto antifumo con continuità ed entusiasmo. Un ulteriore ringraziamento ai Colleghi dei Centri Antifumo specialistici, che hanno supportato il Progetto, accogliendo i pazienti loro inviati dai Medici di Medicina Generale. Un ringraziamento particolare infine ai Sig.ri Graziella Cattaneo e Stefano Beligni, della ASL di Milano, per la raccolta informatica dei risultati.

[Tabaccologia 2016; 2:25-34]

### Federico E. Perozziello

✉ fperozziello@ats-milano.it  
federico.perozziello@email.it

### F.E. Perozziello, D. Sghedoni, P. Gini, S. Comelli, A. Donzelli, G. Lacaïta

ASL di Milano, Dipartimento delle Cure Primarie, Direttore dott.ssa G. Lacaïta

### M. Verga, S. Centanni

AO San Paolo Milano, II Cattedra di Malattie dell'Apparato respiratorio, Direttore prof. S. Centanni

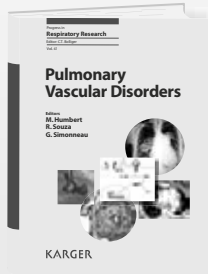
► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi*

## Bibliografia

1. ASL di Milano, PDTA sulla BPCO e la Dissuasione dal fumo, in [www.Agor@sl.it](http://www.Agor@sl.it), 2012.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Clinical practice guidelines: treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service (<http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guideline-recommendations/tobacco/index.html#Clinic>), 2008.
3. Nutt D, Leslie AK, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse, *The Lancet* 2007;369:1047-1053.
4. Shiffman S, Di Marino ME, & Sweeney CT. Characteristics of selectors of nicotine replacement therapy. *Tobacco Control* 2005;14:346-355.
5. Kofman M, Dunton K, Senkewicz MB. Implementation of tobacco cessation coverage under the Affordable Care Act: understanding how private health insurance policies cover tobacco cessation treatments. Washington, DC: Georgetown University Health Policy Institute, <http://www.tobacco-freekids.org/pressoffice/2012/georgetown/coveragereport.pdf>, 2012.
6. Greene J, Sacks RM, McMenamin SB. The impact of tobacco dependence treatment coverage and copayments in Medicaid. *Am J Prev Med* 2014;46:331-336.
7. Shiffman S, Scharf DM, Shadel WG, Gwaltney CJ, Dang Q, Paton SM, & Clark DB. Analyzing milestones in smoking cessation: Illustration in a nicotine patch trial in adult smokers. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 2006;74:276-285.
8. Donzelli A, Perozziello F, et al. Progetto aziendale per la disassuefazione dal fumo degli assistiti dei Medici di Medicina Generale. *A.S.I. n. 3*, 36-40, 2001.

# The 'Blue Series'

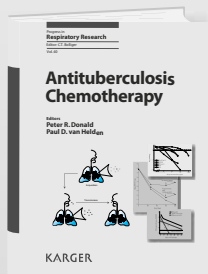
buy it from MIDIA



Vol. 41

## Pulmonary Vascular Disorders

Editors: M. Humbert (Clamart);  
R. Souza (São Paulo);  
G. Simonneau (Clamart)  
X + 290 p., 82 fig., 21 in color, 45 tab.,  
hard cover, 2012  
**EUR 177.-**  
ISBN 978-3-8055-9914-6



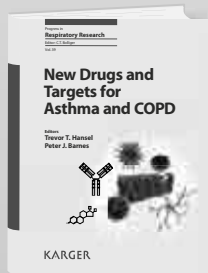
Vol. 40

## Antituberculosis Chemotherapy

Editors: Donald, P.R.;  
van Helden, P.D. (Tygerberg)  
X + 252 p., 53 fig., 2 in color, 50 tab.,  
hard cover, 2011  
**EUR 157.-**  
ISBN 978-3-8055-9627-5

'This book is a comprehensive collection of well-written reviews on the treatment of TB. ... the editors are to be congratulated on producing a thoroughly useful reference book which is relevant and readable for both pharmacologists and clinicians treating patients with TB.'

*British Journal of Clinical Pharmacology*



Vol. 39

## New Drugs and Targets for Asthma and COPD

Editors: Hansel, T.T.; Barnes, P.J. (London)  
XIV + 310 p., 80 fig., 67 in color, 46 tab.,  
hard cover, 2010  
**EUR 207.-**  
ISBN 978-3-8055-9566-7

'... For the interested reader, this tertiary text brings together information that would otherwise require extensive research of the primary literature. ... This book is a focused reference, highly recommended for any medical or pharmaceutical library.'

*The Annals of Pharmacotherapy*

Perozziello FE et al, *Tabaccologia* 2016, 2:25-34

9. Donzelli A, Perozziello FE et al. Progetto di disassuefazione dal fumo e medico di medicina generale. *Italian Review of Respiratory disease* 2001;16:S-5:16.

10. Bettoncelli G, Invernizzi G, Clinical Governance e gestione del paziente fumatore in Medicina Generale. Supplemento n.3, *Rivista SIMG* 3/2007, Pacini Editore, Pisa, Italy, 2007.

11. Perozziello FE. La dipendenza dal tabacco. Storia, botanica, farmacologia e metodi per la disassuefazione dal Fumo, pag. 1-230, [www.lulu.com](http://www.lulu.com), 2009. ID 728300-18486789.

12. Perozziello FE. Il rapporto tra medico e paziente nella disassuefazione dal fumo. The relationship between doctor and patient in smoking cessation. *Tabaccologia* 2011;3:13-17.

13. Cahill K. et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3.

14. Osservatorio fumo alcol e droga (OSSFAD): Rapporto annuale sul fumo 2014. [www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad). 2014.

15. Land T, Warner D, Paskowsky M, et al. Medicaid coverage for tobacco dependence treatments in Massachusetts and associated decreases in smoking prevalence. *PLoS One* 2010; 5(3):e9770.

16. Cepeda-Benito A et al. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:712-722.

17. Gray KM et al. Menstrual cycle and cue reactivity in women smokers. *Nicotine and Tobacco Research*, Advance Access published online, Dec. 2009.

18. McMenamin SB, Halpin HA, Ganiats TG. Medicaid coverage of tobacco-dependence treatment for pregnant women: impact of the Affordable Care, Act. *Am J Prev Med* 2012;43:e27-29.

19. Shiffman S, Ferguson SG, & Gwaltney CJ. Immediate hedonic response to smoking lapses: Relationship to smoking relapse, and effects of nicotine replacement therapy. *Psychopharmacology* 2006;184:608-614.

20. Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto nazionale Passi 2013. <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>, 2013.

21. Granovetter M. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness; *American Journal of Sociology* 1985; Vol. 91, No. 3, November 1985, 481-510.

**Direttamente a casa tua.**

Acquista online sul sito  
[www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)

**MIDIA srl**

Tel. 040 372 04 56  
[midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it)  
[www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)

**KARGER**