

Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica  
in Piemonte

CRPO

RAPPORTO DI RICERCA

## LE ATTIVITA' DI CONTRASTO AL FUMO DI TABACCO NELLA REGIONE PIEMONTE

GRUPPO TECNICO ANTITABACCO

Livia Giordano, Lorena Charrier, Alessandro Coppo, Paolo D'Elia,  
Francesca Di Stefano, Roberta Molinar, Cristiano Piccinelli,  
Carlo Senore, Nereo Segnan

Con un finanziamento da parte della Compagnia di San Paolo

Q

8

QUADERNI

**Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte**

Università degli Studi di Torino

S.C.D.U. Epidemiologia dei Tumori - A.S.O. San Giovanni Battista di Torino

S.C.D.O. Epidemiologia dei Tumori - A.S.O. San Giovanni Battista di Torino

RAPPORTO DI RICERCA

# LE ATTIVITÀ DI CONTRASTO AL FUMO DI TABACCO NELLA REGIONE PIEMONTE

GRUPPO TECNICO ANTITABACCO

Livia Giordano, Lorena Charrier, Alessandro Coppo, Paolo D'Elia,  
Francesca Di Stefano, Roberta Molinar, Cristiano Piccinelli,  
Carlo Senore, Nereo Segnan

Con un finanziamento da parte della Compagnia di San Paolo

Quaderno n° 8

Torino - Gennaio 2005

Quaderno n° 8 - Gennaio 2005

---

LE ATTIVITÀ DI CONTRASTO AL FUMO DI TABACCO NELLA REGIONE PIEMONTE

Livia Giordano, Lorena Charrier, Alessandro Coppo, Paolo D'Elia, Francesca Di Stefano,  
Roberta Molinar, Cristiano Piccinelli, Carlo Senore, Nereo Segnan

CPO-Piemonte [www.cpo.it](http://www.cpo.it) - e-mail: [info@cpo.it](mailto:info@cpo.it)

S.C.D.O. Epidemiologia dei Tumori  
A.S.O. San Giovanni Battista di Torino  
Via S. Francesco da Paola, 31 - 10123 Torino - tel. 011/6333862 - fax 011/6333861  
e-mail: [federica.gallo@cpo.it](mailto:federica.gallo@cpo.it)

S.C.D.U. Epidemiologia dei Tumori  
A.S.O. San Giovanni Battista di Torino  
Via Santena 7, 10126 Torino - tel. 011/6336744 - fax 011/6334664  
e-mail: [franco.merletti@unito.it](mailto:franco.merletti@unito.it)

Progetto grafico: Marisa Fiordalise  
Stampa: SGI srl Torino

## PRESENTAZIONE

Sono lieto di presentare il frutto del primo anno di lavoro del Gruppo Tecnico Anti-tabacco, istituito all'interno del Centro di Prevenzione Oncologica (CPO) nell'ambito del Progetto per la prevenzione e riduzione dell'abitudine al fumo in Piemonte.

La presente pubblicazione contiene un rapporto dettagliato sulle attività di contrasto al fumo di sigaretta rilevate attraverso un'indagine conoscitiva di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nella lotta al tabagismo sul territorio regionale. Tale ricerca ha restituito un quadro pressoché completo della realtà piemontese, destinato a costituire un utile strumento di consultazione per la promozione e l'integrazione delle strategie di riduzione del fumo nella Regione. Tenuto conto della complessità del fenomeno e della necessità di un approccio inter-settoriale, questo volume è distribuito a tutti gli operatori impegnati nel settore, comprendendo la sanità, la scuola, il privato sociale e le istituzioni.

In Piemonte i fumatori sono circa 770.000 e il fumo di sigarette costituisce la prima causa prevenibile di malattia e di morte, responsabile di 85.000 dei 570.000 decessi che si verificano ogni anno in Italia. L'esigenza di elaborare strategie efficaci per contrastare l'abitudine al fumo, che siano basate sull'integrazione delle azioni e sull'evidenza scientifica, è stata accolta dalla Regione Piemonte attraverso l'approvazione del Piano Regionale Anti-Tabacco 2004-2006, che predispone strumenti di supporto trasversali per promuovere interventi efficaci nella lotta al tabagismo, garantendone allo stesso tempo il coordinamento. L'importanza di questo rapporto consiste nel riconoscimento dei numerosi attori pubblici e privati che operano nella lotta al fumo di sigarette in Piemonte, e quindi nella possibilità di creare una rete di conoscenze e collegamento per una migliore programmazione e un efficace coordinamento dell'intero panorama delle iniziative presenti sul territorio regionale. Il valore informativo aggiunto dell'indagine svolta risiede nella puntuale descrizione dei punti di forza e di debolezza riscontrati nel sistema piemontese di controllo del tabagismo, con lo scopo di delineare possibili e auspicabili direzioni d'azione per le politiche future.

Ringrazio i ricercatori del CPO per aver messo a punto una prima base conoscitiva per la promozione delle politiche antifumo e garantisco il mio personale impegno nel sostenere il raggiungimento degli obiettivi che questa Regione si è posta nella riduzione del fenomeno del tabagismo.

Dr. Valter Galante  
Assessore alla Sanità della Regione Piemonte



# INDICE

INTRODUZIONE	7
<b>CAPITOLO 1</b>	
<b>IL FUMO DI SIGARETTE IN ITALIA E IN PIEMONTE</b>	9
1.1 Gli adulti e il fumo	9
1.2 Gli adolescenti e il fumo	11
1.3 Differenze sociali	13
1.4 Danni per la salute, costi economici e sociali	14
<b>CAPITOLO 2</b>	
<b>IL PROGETTO PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL TABAGISMO IN PIEMONTE</b>	17
2.1 Finalità e programma del progetto per la prevenzione e riduzione del tabagismo in Piemonte	17
<b>CAPITOLO 3</b>	
<b>MATERIALI E METODI</b>	19
3.1 Metodi di indagine per soggetto	19
3.1.1 ASL/ASO	20
3.1.2 Centri antifumo pubblici	21
3.1.3 Strutture private	21
3.1.4 Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), associazioni e reti	22
3.1.5 Scuole	22
3.1.6 Amministrazioni Pubbliche	24
<b>Capitolo 4</b>	
<b>I RISULTATI DELLA RICERCA</b>	25
4.1 La prevenzione nelle scuole	25
Riepilogo: “La prevenzione nelle scuole”	39
4.2 La disassuefazione dal fumo	40
4.2.1 Aziende Sanitarie Locali (ASL)	40
4.2.1.1 Corsi per smettere di fumare	40
4.2.1.2 Attività di counselling antitabagico svolto dal personale sanitario	42
4.2.1.3 Attività di counselling antitabagico svolto dai MMG	43
4.2.2 Centri Antifumo	44
4.2.3 Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO)	49
4.2.4 Strutture private	50
4.2.5 Associazioni	52
Riepilogo: “La disassuefazione dal fumo”	53

4.3 Gli interventi comunitari	54
4.3.1 Iniziative delle Amministrazioni Pubbliche	54
4.3.1.1 La Regione	54
4.3.1.2 Province	56
4.3.1.3 Comuni	57
4.3.1.4 Iniziative delle ASL e delle ASO	53
4.3.1.5 Iniziative delle associazioni	62
Riepilogo: “Gli interventi comunitari”	63
CAPITOLO 5	
DISCUSSIONE	65
5.1. Prevenzione nelle scuole	65
Riepilogo: “Prevenzione nelle scuole”	72
5.2. Disassuefazione	72
Riepilogo: “Disassuefazione”	79
5.3. Interventi comunitari	80
Riepilogo: “Interventi comunitari”	84
CAPITOLO 6	
CONCLUSIONI	85
6.1 Multisetorialità e integrazione degli interventi	85
6.2 Modelli e ipotesi di lavoro	86
6.3 Il Piemonte: stato dell’arte e prospettive nelle attività di contrasto al fumo di sigarette	91
BIBLIOGRAFIA	95
ALLEGATI	101
Allegato 1 Elenco di siti <i>web</i> consultati per la ricerca	101
Allegato 2 La legislazione relativa al tabacco	105
Allegato 3 Grafici e tabelle	111
Allegato 4 Questionari e schede di rilevazione	123
RINGRAZIAMENTI	141

## INTRODUZIONE

Questa pubblicazione contiene la mappatura delle iniziative di contrasto al fumo di sigaretta effettuate (o ancora in corso) in Piemonte negli anni 2001-2003. La ricognizione è basata su un'indagine conoscitiva di organismi, enti, associazioni e istituzioni attivi sul territorio piemontese negli ambiti della prevenzione, cessazione e riduzione del fumo di sigaretta, in modo tale da "fotografare" l'esistente e poterne offrire una panoramica completa, senza tuttavia alcuna pretesa di esaustività.

Il lavoro è stato svolto dal Gruppo Tecnico Antitabacco costituito presso il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte) a partire dal settembre 2003, grazie al finanziamento ottenuto dalla Fondazione Compagnia S. Paolo di Torino nell'ambito del progetto "Oncologia 2000". L'indagine condotta ha permesso di approfondire la conoscenza dei luoghi, delle risorse e degli stili di lavoro nelle diverse realtà piemontesi, contribuendo ad approfondire la fisionomia peculiare del Piemonte in materia di lotta al tabagismo.

Il contributo è destinato a quanti operano a vario titolo nella Sanità, nelle Pubbliche Amministrazioni e nel Terzo Settore e sono interessati alla prevenzione e riduzione del tabagismo in Piemonte, auspicando che possa risultare utile in vista di una più stretta collaborazione tra il mondo della ricerca scientifica, coloro che operano direttamente sul campo e le Amministrazioni Pubbliche.

Il presente quaderno è articolato in sei capitoli. Il primo capitolo prende in esame i dati epidemiologici più recenti sul fumo di sigaretta, ricavati dalle principali indagini nazionali ed internazionali.

Il secondo capitolo ripercorre le tappe fondamentali della nascita del progetto e del lavoro del gruppo multidisciplinare costituito presso il CPO.

Il terzo capitolo è dedicato all'esposizione degli obiettivi, dei metodi e strumenti utilizzati per la raccolta dei dati.

Nel quarto e quinto capitolo sono presentati e discussi i risultati della rilevazione delle attività di prevenzione e cessazione del fumo di sigaretta in Piemonte.

L'ultimo capitolo intende offrire una sintesi delle informazioni raccolte, nonché le possibili linee d'azione per uno sviluppo futuro delle attività e delle politiche di contrasto al fumo di sigaretta in Piemonte.

Ci auguriamo che i dati emersi possano diventare materiale di discussione, confronto ed approfondimento da parte di coloro che, a vario titolo, vorranno contribuire al miglioramento dell'efficacia delle azioni di contrasto al fumo di sigaretta in Piemonte.

Un sincero ringraziamento a Elena Coffano, Fabrizio Faggiano ed Elisabetta Versino per averci riportato commenti, indicazioni e suggerimenti durante la fase di stesura di tale rapporto.

*Il Gruppo Tecnico Antitabacco - CPO*



## IL FUMO DI TABACCO IN ITALIA E IN PIEMONTE

### 1.1 GLI ADULTI E IL FUMO

Secondo l'ultimo rapporto ISTAT "Stili di vita e condizioni di salute" (2002), i fumatori in Italia sono il 23,8% della popolazione con più di 14 anni (Fig.1), con una maggior frequenza di fumatori maschi nel gruppo di età compresa tra i 25 ed i 34 anni (38,7%) e di femmine in quello tra i 35 ed i 44 anni (25,7%). La percentuale di fumatori maschi è più elevata rispetto a quella delle femmine fumatrici in tutte le fasce di età (Fig.2).

Poco meno della metà dei fumatori consuma da mezzo a un pacchetto di sigarette al gior-

no, cioè il 45,5% dei fumatori di sigarette ne fuma un numero compreso tra 11 e 20; questa percentuale sale al 51% tra i maschi e scende al 36,3% tra le femmine. Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è 14,7: gli uomini ne fumano in media 16,5 al giorno, mentre le donne 11,9.

Osservando le percentuali di fumatori nel tempo, si nota un decremento dei fumatori maschi, che passano dal 35,1% del 1993 al 31,2% del 2001, mentre il numero delle fumatrici femmine rimane sostanzialmente stabile (Fig. 3).

Figura 1. Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo e genere (ISTAT, 2002).

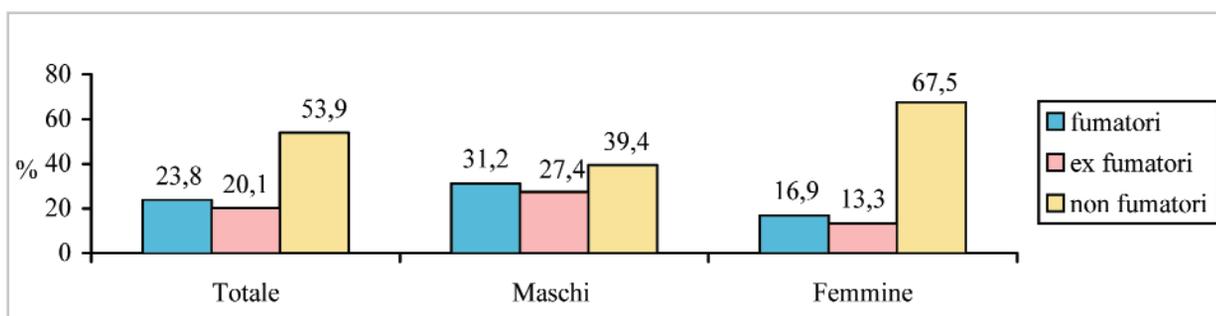


Figura 2. Fumatori per classe di età e genere (ISTAT, 2002).

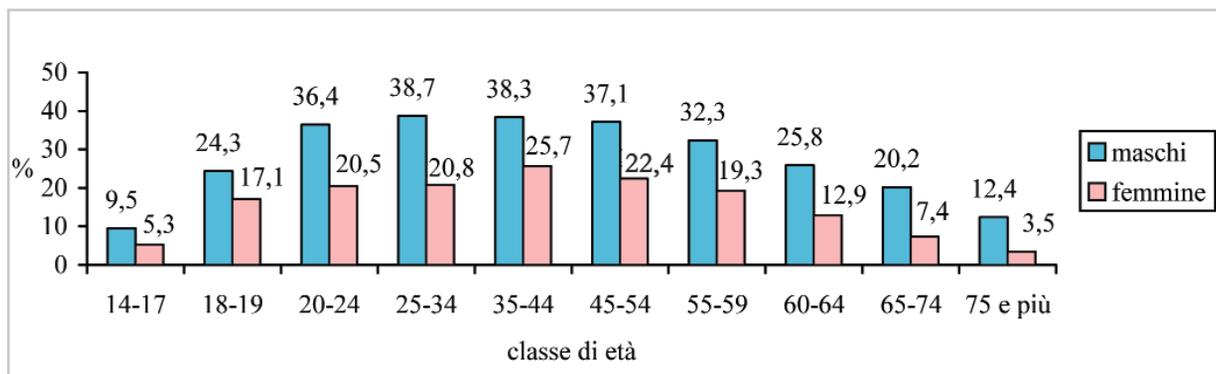
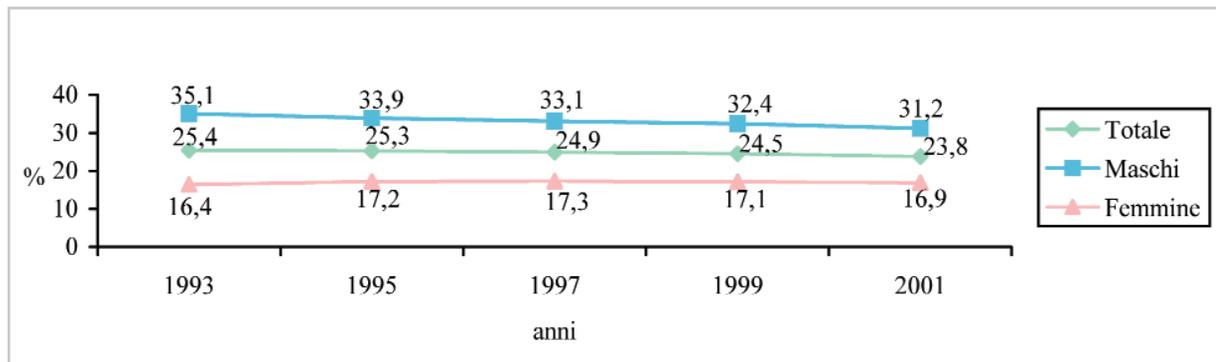


Figura 3. Fumatori di 14 anni e più per genere - Anni 1993 - 2001 (ISTAT, 2002).



Complessivamente, si fuma di più nell'Italia centrale (26,1%) e di meno nell'Italia nord-orientale (22,3) (Fig. 4).

Relativamente al livello di istruzione, a un titolo di studio elevato corrisponde una minore propensione al fumo e, di conseguenza, i figli di genitori con un titolo di studio più alto sono meno esposti ai rischi del fumo passivo (ISTAT, 2000). Ad esempio, per quanto riguarda i bambini di età compresa tra 0 e 5 anni, si nota che quando il titolo di uno dei due genitori è la laurea, nel 61,7% dei casi nessun genitore fuma, se il titolo di studio corrisponde al diploma o alla licenza media la percentuale scende rispettivamente al

58,6% e al 45%, mentre se i genitori hanno solo la licenza elementare o nessun titolo, i nuclei familiari in cui nessuno dei genitori fuma sono solo il 25,4%.

Relativamente al Piemonte, la stessa indagine ISTAT (2002) indica la presenza del 20,6% di fumatori, con il 29,6% di maschi e il 12,7% di femmine (fig. 5), che fumano in media, rispettivamente, 16,1 e 11,9 sigarette al giorno. La percentuale di fumatori piemontesi risulta inferiore a quella nazionale (23,8%) e a quella dell'Italia nord-occidentale (23,5%). Sia per i maschi che per le femmine la fascia di età in cui si fuma di più è quella compresa tra i 35 e i 44 anni.

Figura 4. Fumatori per area geografica (ISTAT, 2002).

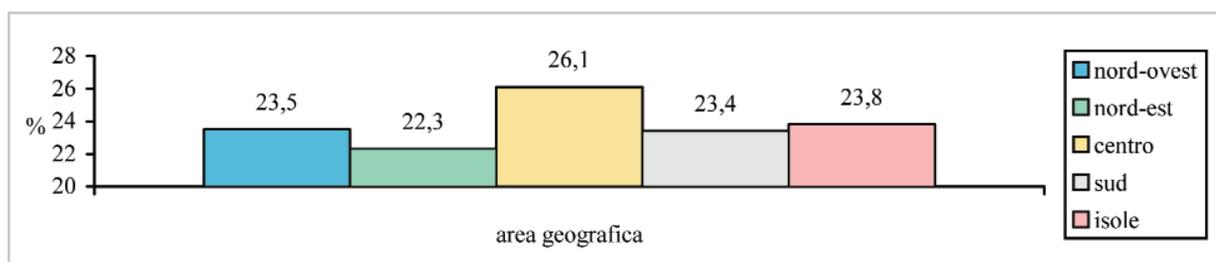


Figura 5. Fumatori per genere nel nord-ovest d'Italia (ISTAT, 2002).

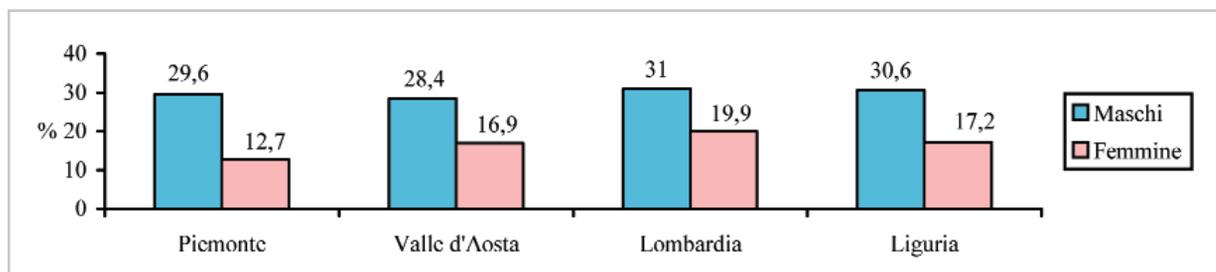
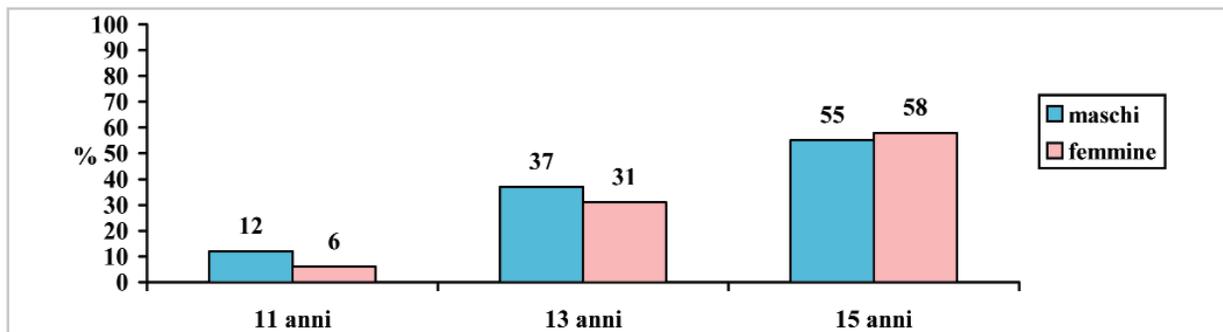


Figura 6. Percentuali di studenti che hanno provato a fumare per genere ed età in Italia (Currie, 2004).



Anche in Piemonte, la percentuale di fumatori tende ad aumentare nella fascia di età che va dai 15 ai 44 anni, per poi scendere tra i 45 e i 64 anni e calare ulteriormente fra gli ultrasessantacinquenni.

Relativamente all'esposizione a fumo ambientale in Piemonte, si dispone di alcuni dati provenienti dalla II fase dello Studio SIDRIA (Studio Italiano sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente), condotto da E. Migliore, G. Berti, G. Ciccone nel comune di Torino (2003a; 2003b).

Nel campione composto da 2361 bambini e bambine di età compresa tra 6 e 10 anni, risultano fumatori attuali il 29% circa delle madri e il 40% circa dei padri: si tratta di un dato allarmante tenuto conto che l'esposizione a fumo passivo, in particolare nei primi anni di vita, rappresenta un importante fat-

tore di rischio per le malattie respiratorie. Tale fenomeno risulta rilevante anche tra i ragazzi delle scuole medie (N= 1180), che dichiarano, nel 56% dei casi, di avere almeno uno dei genitori fumatore e nel 22% dei casi, entrambi i genitori fumatori. In particolare il 48% dei ragazzi ammette che almeno uno dei genitori fuma all'interno dell'abitazione e il 33% in auto.

### 1.2 GLI ADOLESCENTI E IL FUMO

La ricerca "Health Behavior in School-Aged Children" (Currie, 2004), uno studio multicentrico internazionale promosso dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e coordinato a livello nazionale dal professor Franco Cavallo del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Torino, riguardante i comportamenti legati

Figura 7. Percentuali di studenti fumatori per età e genere in Italia (Currie, 2004).

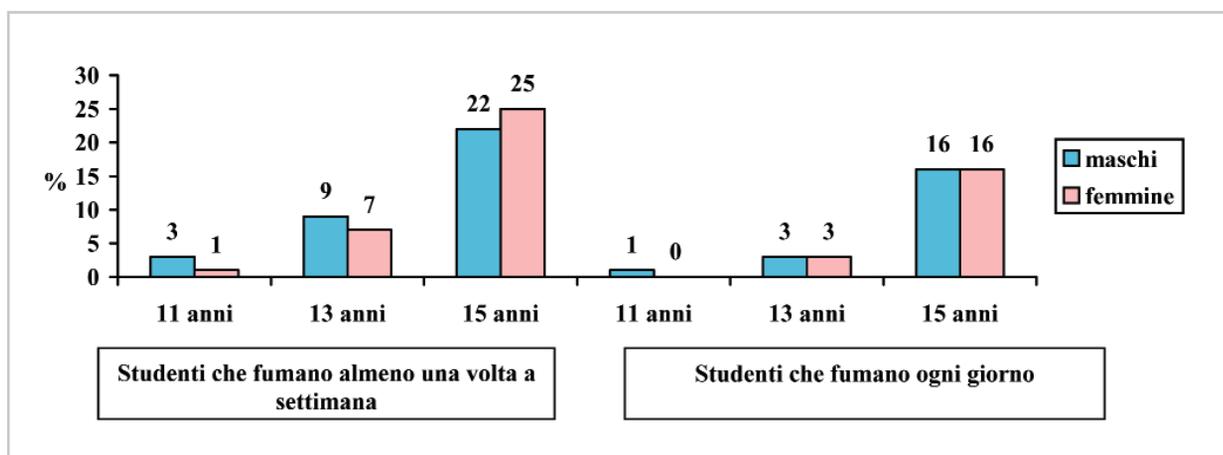


Tabella 1. Valori percentuali relativi alle frequenze di tabacco in base al sesso in Italia (Hibell, 2000).

Mai			1-2 volte			3-5 volte			6-9 volte			10-19 volte			20-39 volte			40 o più volte		
M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
38	34	36	14	10	12	5	7	6	7	7	7	10	7	8	4	8	7	22	28	25

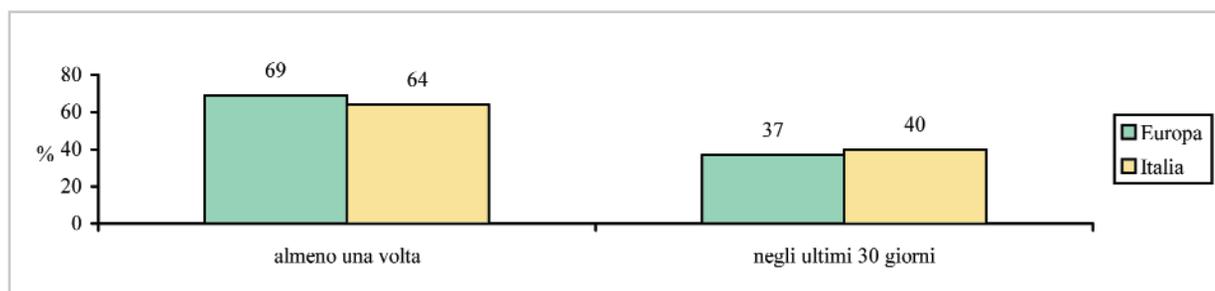
alla salute tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni, evidenzia come a livello italiano i due terzi dei quindicenni e più di un terzo dei tredicenni abbia provato a fumare (Fig. 6). Va comunque detto che la maggioranza degli studenti intervistati, in ciascuna delle fasce di età considerate, dichiara di non fumare, anche se tale percentuale diminuisce all'aumentare dell'età, passando dal 96,6% per gli undicenni all'86% per i tredicenni e al 67,4 % dei quindicenni. Anche la frequenza di fumatori abituali cresce notevolmente nel passaggio tra i 13 e i 15 anni, come si può ben notare nella figura 7. In generale, non sembrano esserci differenze significative di implicazione tra i due sessi, a testimonianza di una tendenza all'omologazione dei comportamenti a rischio tra maschi e femmine (Silbereisen, 1986). Relativamente all'età di inizio del fumo di sigarette, la fascia di età in cui inizia a fumare la maggior parte degli adolescenti di 15 anni è quella dai 12 ai 14 anni; le ragazze, in media, iniziano a fumare circa un anno dopo rispetto ai maschi, rispettivamente a 13,6 e a 12,8 anni (Currie, 2004). Ulteriore conferma del rilevante fenomeno del consumo di tabacco tra i giovani italiani viene dai risultati ottenuti dalla ricerca ESPAD 1999 (Hibell, 2000), condotta in 30 nazioni europee con la finalità di raccogliere dati inerenti il consumo di alcol, tabacco e

droghe illegali tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. Si rileva infatti che la percentuale di studenti italiani che, nella loro vita, hanno consumato tabacco più di 40 volte è pari al 22% per i maschi e al 28% per le femmine. E' interessante notare come le percentuali relative alle sette categorie di frequenza di consumo siano polarizzate attorno alle due categorie estreme (mai e 40 o più volte), con valori superiori a quelli relativi alle altre cinque categorie. Ne deriva che "il tabacco è una sostanza difficilmente gestibile con un consumo di tipo saltuario, dato che il suo uso tende a strutturarsi" (Orlandini, 2001; pag. 117). Inoltre è da rilevare che le percentuali sembrano rispecchiare una maggior frequenza di consumo di tabacco tra le femmine.

La figura sottostante (Fig. 8) riporta il confronto relativo all'aver consumato tabacco almeno una volta nella vita e all'aver fumato sigarette negli ultimi 30 giorni, a livello europeo ed italiano (Hibell, 2000). Come si può ben notare, non emergono differenze significative rispetto alla media europea.

A livello regionale si dispone di alcuni dati relativi al fumo di sigarette provenienti dalla ricerca "I comportamenti a rischio per la salute ed a rischio psicosociale in adolescenza", a cura del Dipartimento di Psicologia

Figura 8. Confronto tra valori percentuali relativi al consumo di tabacco almeno una volta e negli ultimi 30 giorni a livello europeo e nazionale (Hibell, 2000).



dell'Università degli Studi di Torino (Bonino, Ciairano, 1998). Tale ricerca ha preso in considerazione un campione di 1469 studenti di ambo i sessi (706 maschi e 763 femmine), di età compresa tra i 14 e i 19 anni, frequentanti diversi tipi di scuole medie superiori e residenti in centri di diverse dimensioni della Regione Piemonte. Il campione così costituito è rappresentativo degli adolescenti piemontesi che frequentano la scuola media superiore.

Solo il 45% degli studenti intervistati non è coinvolto nel fumo di sigarette. Del restante 55%, il 38% risulta coinvolto ad un livello ancora relativamente basso (da 0 a 5 sigarette al giorno), mentre il 17% risulta fortemente coinvolto (da 10 a più di 20 sigarette al giorno). La percentuale di maschi fortemente coinvolti nel fumo è significativamente superiore a quella delle femmine (M= 21% vs. F= 14%), mentre la percentuale dei maschi che non è affatto coinvolta è inferiore a quella delle femmine (M= 42% vs. F= 49%). I maschi, invece, non si differenziano dalle femmine per il basso livello di coinvolgimento: in entrambi i casi la percentuale corrisponde al 37%. È stato inoltre rilevato un notevole aumento nel livello di coinvolgimento nel fumo al crescere dell'età. La percentuale di adolescenti forti fumatori passa infatti dal 9% della fascia di età di 14-15 anni, al 19% della fascia di età di 16-17 anni, al 27% della fascia di età di 18-19 anni. Il fumo di sigarette risulta quindi essere un comportamento sempre più diffuso mano a mano che si cresce con l'età, a testimonianza del fatto che tale comportamento viene percepito da parte degli adolescenti come un comportamento caratteristico dell'età adulta (Bonino, 2003). I dati relativi al fumo di sigarette tra la popolazione italiana adulta, precedentemente descritti, indicano infatti la presenza di un'alta percentuale di adulti fumatori: ciò significa che il fumo di sigarette in Italia, oltre ad essere particolarmente diffuso, è considerato "normativo" e socialmente tollerato in numerosi contesti sociali, in quanto il divieto di fumare viene spesso disatteso. Inoltre la liceità e la diffusione di una sostanza si accompagnano ad una mag-

giore precocità dell'uso della stessa, confermando la pericolosità sociale del fumo di sigarette (Ravenna, 1997; Bonino, 1998).

A tal proposito la suddetta ricerca ha messo in luce come il 39% degli adolescenti che fumano ammette di aver iniziato a fumare prima della fine della scuola dell'obbligo: in particolare, la percentuale di maschi che ha iniziato a fumare prima dei 13 anni è superiore a quella delle femmine (M= 43% vs. F= 35%). Ancora, in questa ricerca si è riscontrata una correlazione tra la frequenza di consumo giornaliero e l'età di inizio: maggiore è il numero di sigarette fumate al giorno, minore è l'età di inizio.

### 1.3 DIFFERENZE SOCIALI

Il titolo di studio è un fattore capace di identificare popolazioni con differente rischio di essere coinvolte nel fumo di sigaretta. La relazione tra abitudine al fumo di sigaretta e livello di istruzione presenta un andamento differente nei due sessi (Faggiano, 2001); in Piemonte l'abitudine al fumo tra gli uomini è direttamente correlata al titolo di studio (Morgagni, 2001): rispetto ai laureati o diplomati, i soggetti con licenza media inferiore o elementare hanno una probabilità tra il 35 e il 40% superiore di essere fumatori; inoltre i fumatori con questo livello di istruzione hanno una maggiore probabilità di essere forti consumatori (oltre 20 sigarette al giorno).

Le donne con licenza media hanno circa il 25% di probabilità in più delle laureate/diplomate di essere fumatrici, mentre non vi sono differenze tra i due estremi di scolarità. Tra le fumatrici, la probabilità di fumare oltre 20 sigarette al giorno aumenta con il decrescere del titolo di studio (le percentuali di forti fumatrici tra le donne con licenza elementare è doppia rispetto alle laureate/diplomate). Un aspetto rilevante è il ruolo delle differenze sociali all'interno della popolazione giovanile. Nel 1994-95 (dati ISTAT), fra i maschi tra i 14 e i 30 anni, i fumatori risultano più numerosi tra i figli della classe operaia (36%) e della piccola borghesia (31%), contro il 27% per i figli della borghesia e il

21% nel caso delle classe media impiegatizia. Queste differenze sono già evidenti fra i ragazzi di 14-18 anni: l'abitudine precoce al fumo è più frequente fra i figli della classe operaia (22%) rispetto ai coetanei provenienti da famiglie di più elevata posizione socio-professionale (13% per la classe media impiegatizia, 10% per la piccola borghesia e 6% per la borghesia). Inoltre, i figli della classe operaia, oltre ad avere una maggiore propensione ad iniziare in età precoce, fumano una quantità maggiore di sigarette.

Le percentuali di fumatori aumentano in modo consistente al diminuire del titolo di studio dei genitori, fino ad arrivare ad un valore quasi doppio fra i ragazzi provenienti dalle famiglie meno istruite: 23% per i figli dei laureati e dei diplomati, 43% per quelli delle famiglie meno istruite.

Nella popolazione femminile l'abitudine al fumo si distribuisce in modo differente (ISTAT, 1994-95). La percentuale complessiva delle fumatrici nella fascia di età 14-30 anni è più alta fra le ragazze della borghesia (22%) rispetto a quelle della classe media impiegatizia (15%), della piccola borghesia (13%) e della classe operaia (13%).

Diversamente dai ragazzi, inoltre, non sono presenti differenze nell'inizio precoce al fumo. In base al titolo di studio familiare, l'unica differenza riscontrata riguarda la percentuale inferiore di fumatrici provenienti da famiglie con livello di istruzione pari alla licenza professionale e alla licenza media inferiore (13%) rispetto alle figlie dei laureati e dei diplomati (18%) e dei meno istruiti (16%). Quindi, la classe sociale e il livello di istruzione dei genitori determinano differenze intense, ma di direzione opposta rispetto ai maschi, perché nelle condizioni più sfavorevoli sono, in questo caso, le ragazze delle famiglie più abbienti.

#### **1.4 DANNI PER LA SALUTE, COSTI ECONOMICI E SOCIALI**

Il tabacco è la principale singola causa di malattia e di morte ed è responsabile di 90.000-100.000 delle 570.000 morti che si verificano ogni anno in Italia (pari al 15% del

totale dei decessi) e di una diminuzione dell'aspettativa di vita di 7 anni e mezzo (Doll, 1994). Oltre il 25% dei decessi dovuti al fumo riguardano persone di età compresa tra i 35 e i 65 anni (Russo, 2002). Il fumo è responsabile del 64% delle patologie respiratorie, del 50% di quelle tumorali e del 32% di quelle cardio e cerebrovascolari.

Nelle donne nella stessa fascia d'età i valori sono pari al 20% per le patologie respiratorie, al 6% per le cardio e cerebrovascolari ed al 5% per quelle tumorali (Doll, 1994; La Vecchia, 2002). Una recente revisione dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro sugli effetti cancerogeni dell'esposizione a fumo di tabacco (IARC, 2004) ha confermato come il fumo attivo di tabacco rappresenti una causa certa di tumori in diverse sedi: oltre a polmone, cavità orale, faringe, laringe, esofago, pancreas, vie urinarie, vescica e pelvi renale (per le quali esisteva una evidenza già dal 1986), i più recenti dati di letteratura hanno evidenziato una associazione causale tra il fumo attivo di tabacco ed i tumori delle cavità e dei seni paranasali, dello stomaco, del fegato, del rene, della cervice dell'utero e la leucemia mieloide.

Peraltro, è da tempo noto come l'esposizione a fumo di tabacco rappresenti un rilevante fattore di rischio per patologie non neoplastiche, in particolare per le malattie cardiovascolari e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Il fumo attivo rimane di fatto la principale causa prevenibile di morbosità e mortalità nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale.

Il fumo è dannoso ad ogni età, ma il rischio ad esso correlato di contrarre una patologia (cardiovascolare, oncologica, pneumologica) è strettamente dipendente dalla data di inizio di tale abitudine. Infatti, per esempio, una persona che inizia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che inizi a fumare all'età di 20 anni (Peto, 2000; Simonato, 2001).

D'altra parte la cessazione del fumo ha una considerevole efficacia nel ridurre il rischio di tumori del polmone: le persone che hanno

smesso di fumare a 50 anni hanno infatti un rischio nettamente minore di quelli che non hanno smesso, e ancora minore diventa il rischio per chi ha smesso a 30 anni, a parità di età di inizio. Un gruppo di lavoro coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e a cui hanno collaborato anche ricercatori del CPO-Piemonte, ha recentemente elaborato le Carte di rischio respiratorio, che permettono di valutare la probabilità di un soggetto, o di una parte della popolazione, di ammalarsi di tumore al polmone in funzione dell'età, del sesso e dell'abitudine al fumo ([www.iss.it/sitp/ofad/fumo/fpdf/0014.pdf](http://www.iss.it/sitp/ofad/fumo/fpdf/0014.pdf)).

Queste carte forniscono da un lato una stima quantitativa del rischio di sviluppare un tumore al polmone in presenza di date condizioni (ad esempio, avere o non avere mai fumato, numero di sigarette fumate); dall'altro, dei benefici derivanti da modifiche delle condizioni medesime (ad esempio, età alla cessazione dell'abitudine al fumo). L'esposizione al fumo passivo è causa di aumento del rischio per malattie respiratorie (particolarmente tra i bambini) (Moher, 2003; Strachan, 1997), infarto del miocardio (He, 1999) e tumore polmonare (Hackshaw, 1997).

Inoltre il fumo è un potente fattore sinergico nella determinazione del rischio globale. Il fumo delle madri durante la gravidanza è causa di molteplici patologie, con gravi conseguenze per lo sviluppo neurocomportamentale del lattante; tra le conseguenze più evidenti vanno ricordate in particolare una significativa riduzione del peso alla nascita (Windham, 1999) ed un eccesso di rischio di morti improvvise del lattante (Anderson, 1997).

Sulla base di tali evidenze si può affermare che in Piemonte l'abitudine al fumo configura un problema di Sanità Pubblica, sia in termini di morbosità che di mortalità attribuibile (e dunque di costi evitabili).

Per quanto riguarda i costi sanitari si stima che un fumatore costi l'80% in più di un non fumatore per le malattie del cuore, oltre il 1000% in più per il tumore al polmone, il 25% in più per gli altri tumori e il 10% in più per le patologie ostetriche e neonatali (Barendregt, 1997).

Alcuni recenti studi italiani (Russo, 2002; Sgambato, 2001) hanno tentato di quantificare i costi economici del fumo a partire dal calcolo delle spese sanitarie dovute a ricovero per patologie fumo correlate (pesate in base alla quota di rischio attribuibile al fumo) e al totale di ore perse per le patologie legate al fumo in persone in età lavorativa (età compresa tra i 15 e i 65 anni).

Il costo globale delle spese derivanti da assistenza ospedaliera nei fumatori eccede del 40% rispetto ai non fumatori che, rapportato alla popolazione fumatrice in Italia, attraverso una stima dei costi medi per degenza, equivale ad una spesa di circa 5 miliardi di euro all'anno, pari all'8,3% della spesa sanitaria pubblica totale del 1999 (lo 0,4% del PIL).

Ulteriore fattore da considerare è l'impatto economico derivante da precoce pensionamento o morte prematura degli individui affetti dalle patologie tabacco correlate. Sulla base di analoghe ricerche statunitensi il totale dei costi sociali dovuti alla perdita di produttività dovrebbe stimarsi a circa il doppio rispetto ai costi sanitari. Da questo calcolo molto semplificato il costo sociale dovuto a patologie correlate al fumo in Italia si attesterebbe indicativamente intorno ai 10 miliardi di euro per anno.

I costi sanitari sommati a quelli sociali ammonterebbero quindi a circa 15 miliardi di euro l'anno, di gran lunga superiori ai ricavi legati alla vendita di tabacco in Italia (nel 1999 9,5 miliardi di euro) (Garattini, 2002).



## IL PROGETTO PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL TABAGISMO IN PIEMONTE

I dati di prevalenza sul fumo di sigaretta e l'impatto sulla salute dell'uomo derivante da tale abitudine, in particolare in ambito oncologico, costituiscono la motivazione principale dell'interesse del CPO<sup>1</sup> per un progetto nel campo della prevenzione e della riduzione del tabagismo in Piemonte.

Tale interesse ha trovato una grande opportunità nel finanziamento da parte della Compagnia di San Paolo, nell'ambito del programma "Oncologia 2000", permettendo di riprendere il filo di altre iniziative svolte in passato, e rinnovare l'impegno dell'Ente nel campo della prevenzione primaria.

### 2.1 FINALITÀ E PROGRAMMA DEL PROGETTO PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL TABAGISMO IN PIEMONTE

Come indicato dalle Linee Guida Ministeriali (2001) concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza oncologica, l'iniziazione e la dipendenza dal fumo, poiché aspetti diversi di un medesimo fenomeno, richiedono azioni coordinate e competenze professionali complementari, inserite in percorsi predefiniti e ben strutturati. Gli interventi da privilegiare sono quelli per i quali esistono, in base alle evidenze disponibili in letteratura, valide prove di efficacia; se vi è quindi la necessità di individuare interventi di documentata efficacia, appare però almeno altrettanto critico

il momento dell'implementazione degli interventi identificati come efficaci.

Gli interventi sul fumo, già realizzati nella regione Piemonte, sono sicuramente numerosi ma spesso hanno avuto carattere locale e sono stati poco integrati tra i vari servizi (sanitari, educativi e di volontariato) che di volta in volta ne sono stati i promotori. Inoltre, non sempre hanno tenuto conto delle evidenze disponibili circa l'efficacia degli interventi proposti.

Sulla base dell'analisi di queste barriere alla conduzione di interventi antifumo, il CPO ha proposto un progetto per la prevenzione e riduzione dell'abitudine al fumo in Piemonte. Tale progetto, finanziato nel 2002 dalla Compagnia di San Paolo, ha come obiettivo principale la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, che sviluppi competenze teoriche ed applicative nell'area del tabagismo, con la possibilità di diventare un punto di riferimento per l'adozione di interventi e scelte da attuare a livello regionale o locale.

Il primo compito del gruppo è stato una ricognizione di tutte le iniziative anti-fumo effettuate o in corso in Piemonte, basata su di un'indagine conoscitiva degli organismi, enti, associazioni e istituzioni attivi sul territorio piemontese nel settore della prevenzione e della cessazione del fumo di sigarette.

La ricerca ha preso avvio con una revisione bibliografica preliminare e la costituzione di

<sup>1</sup> Il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO) è stato istituito dalla Regione Piemonte nel 1995 (con DRG n. 67-47036 del 16 giugno) e nasce da un atto di programma che impegna soggetti diversi, quali la Regione Piemonte, l'ASL 1 di Torino, l'ASO S. Giovanni Battista di Torino e l'Università di Torino (D.P.R. n. 3596 del 11/09/1996). La finalità del CPO-Piemonte è quella di fare ricerca e valutazione sui temi del rischio cancerogeno e della prevenzione primaria e secondaria in ambito oncologico, nonché quella di offrire dati aggiornati sulla mortalità e sull'incidenza delle patologie tumorali (Registro Tumori). Obiettivi del CPO sono anche fornire il supporto metodologico alle Aziende Sanitarie Regionali per la pianificazione e l'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, valutare l'efficacia di programmi di screening per i tumori e contribuire in generale al miglioramento della qualità dell'assistenza oncologica.

una banca dati che raccoglie un'ampia e varia documentazione sul fenomeno del fumo di sigaretta e sul tabagismo (manuali, articoli scientifici, libri, documenti legislativi, progetti, materiali informativi, etc...).

Nello stesso periodo l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte (Direzione 29) ha riunito un gruppo di esperti con l'incarico di redigere un **Piano Regionale AntiTabacco (PRAT)**. Il piano, approvato con DGR n 47-13556 del 4.10.2004, nell'ambito del programma pluriennale Promozione Salute Piemonte, prevede, tra gli altri obiettivi, la costituzione di una Commissione regionale Antitabacco i cui componenti sono stati individuati tra quegli enti ed istituzioni che, a vario titolo, si occupano di lotta al tabagismo sul territorio regionale (ASL 19 - Asti, DoRS, OED, FIMMG, CPO Piemonte, ASL 4 - Torino, Università di Torino, Università del Piemonte Orientale) e la nomina di una Consulta regionale che raccoglie i rappresentanti degli enti, associazioni, istituzioni attivi in questo ambito.

La Commissione regionale Antitabacco è stata costituita nel dicembre 2004 (DGR 499) con i seguenti compiti:

1. individuazione delle possibili priorità di intervento sulla base del quadro epidemiologico e scientifico attuale;
2. indicazione di progetti-obiettivo relativi alle priorità identificate;

3. coordinamento degli interventi;
4. produzione di raccomandazioni di buona pratica e messa in opera di un sistema di accreditamento degli interventi;
5. suggerimento di interventi specifici, generali o mirati a particolari fasce a rischio;
6. monitoraggio dell'impatto;
7. promozione di ricerca sulla efficacia, efficienza, rapporto costo/efficacia degli interventi;
8. promozione della comunicazione ai cittadini.

Il "Progetto di prevenzione e riduzione del tabagismo in Piemonte" del CPO si è quindi integrato con queste iniziative regionali ed in particolare il gruppo multidisciplinare costituito presso il CPO è stato identificato come uno dei gruppi di supporto tecnico-scientifico (insieme alla Rete di Epidemiologia e al Centro di Documentazione Dors) alle attività della Commissione e della Consulta regionali. Questo rapporto, che presenta i risultati dell'indagine svolta, ha quindi il valore di un primo contributo di questo gruppo all'attività regionale di contrasto al fumo di tabacco fornendo una serie di risultati utili ad orientare lo sviluppo di politiche intersettoriali in materia di lotta al tabagismo.

## MATERIALI E METODI

Obiettivo della ricerca è la redazione di un rapporto, il più possibile esaustivo, sulle iniziative antifumo effettuate nell'ultimo triennio o attualmente in corso in Piemonte e di tutti i soggetti attivi sul territorio regionale in tale ambito.

Un primo problema che si è presentato, di ordine metodologico, è stato quello del duplice *focus* che presenta un lavoro di questo tipo, ossia:

- *focus* sui soggetti: chi fa “attività antifumo” in Piemonte;
- *focus* sulle attività: quali sono le “attività antifumo” in Piemonte.

Si è trattato cioè di costruire delle mappe provvisorie per orientare l'indagine sul “che cosa” e “chi” si sarebbe potuto trovare in azione nel campo della lotta al tabagismo. Sono quindi state individuate tre macro-aree di indagine:

- **prevenzione del fumo nelle scuole;**
- **disassuefazione** (condotta sia da enti pubblici che privati, sanitari e non);
- **interventi comunitari** di controllo della diffusione del tabagismo attraverso azioni locali, quali la costruzione di alleanze, le campagne di comunicazione di massa, la promulgazione e il rispetto delle normative vigenti in materia.

In tale macro-area rientra anche l'attività di ricerca e sorveglianza (svolta per esempio dalle Aziende Sanitarie Locali o dall'Amministrazione Locale).

L'indagine è stata condotta secondo le metodologie “*top-down*” e “*snowballing*” (Goodman, 1961).

La prima metodologia ha previsto l'individuazione dei soggetti operanti a livello regionale e locale partendo da reti di organizzazioni attive a livello internazionale e nazionale; la seconda ha comportato l'utilizzo delle informazioni fornite dai testimoni privilegiati, identificati ed intervistati nella fase iniziale dell'indagine, per coinvolgere altri soggetti e aumentare successivamente le dimensioni della “palla di neve” fino ad arrivare ad avere un quadro il più completo possibile delle attività svolte e dei soggetti impegnati nella lotta al tabagismo.

L'opportunità offerta ai componenti del Gruppo Tecnico Antitabacco di partecipare ad alcune riunioni preliminari all'approvazione del Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT), ha permesso inoltre di incontrare alcuni soggetti già attivamente impegnati nella lotta al tabagismo in ambito regionale. Il lavoro ha potuto dunque avvalersi anche di interviste a testimoni privilegiati per meglio conoscere lo stato dell'arte di alcune iniziative antitabacco.

L'esplorazione delle attività realizzate da parte delle ASL e dei Centri Antifumo pubblici si è intrecciata ed integrata con una rilevazione analoga, sia per quanto riguarda i tempi che gli obiettivi, condotta su base nazionale a cura dell'Osservatorio Fumo Alcol e Droga<sup>1</sup> (OSSFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Incrociando il *focus* sui soggetti con quello sulle attività (ovvero le tre macro-aree sopra descritte) è stato possibile ricostruire il quadro delle iniziative antifumo in Piemonte riportato nella Tabella 1.

<sup>1</sup>Tale rilevazione si svolge nel contesto dell'indagine promossa dal Coordinamento Tecnico delle Regioni sul Tabagismo, dal Ministero della Salute e dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OSSFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità, allo scopo di evidenziare le attività antifumo promosse dalle Aziende Sanitarie Locali e dai Centri Antifumo pubblici.

Tabella 1. Aree, attività e soggetti coinvolti nella lotta al tabagismo nella Regione Piemonte (2000 - 2004).

Aree di intervento e tipo di attività svolte			
Soggetti coinvolti	Prevenzione	Disassuefazione	Interventi comunitari
ASL/ASO	Progetti, iniziative, interventi nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corsi per smettere di fumare</li> <li>- Counselling attraverso il personale sanitario</li> <li>- Counselling attraverso i MMG</li> <li>- Centri Antifumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguamento ai divieti vigenti</li> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> </ul>
AMMINISTRAZIONE PUBBLICA	Patrocini e sponsorizzazioni		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguamento ai divieti vigenti</li> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> <li>- Patrocini e sponsorizzazioni</li> <li>- Campagne di comunicazione</li> </ul>
LILT	Interventi nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centri Antifumo</li> <li>- Corsi per smettere di fumare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> <li>- Ricerca</li> </ul>
ASSOCIAZIONI	Iniziativa nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppi di auto mutuo aiuto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicazione</li> <li>- Ricerca</li> <li>- Documentazione</li> <li>- Formazione</li> </ul>
SCUOLE	Progetti di prevenzione		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> </ul>
STRUTTURE PRIVATE		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizi di cessazione</li> </ul>	

### 3.1 METODI DI INDAGINE PER SOGGETTO

Al fine di poter meglio comprendere i diversi contesti e le rispettive peculiarità in cui si attuano le varie iniziative antifumo, per ciascuno dei soggetti individuati ed elencati in Tabella 1 saranno brevemente illustrati la specifica metodologia ed i materiali utilizzati durante la fase di raccolta dei dati.

#### 3.1.1 ASL / ASO

La parziale convergenza degli obiettivi della rilevazione del CPO e di quella condotta su base nazionale da parte dell'OSSFAD ha consentito l'utilizzo dei questionari appositamente costruiti dall'ISS, cui sono state aggiunte alcune sezioni utili all'indagine su base piemontese.

Tali questionari, che fanno riferimento alle attività svolte negli anni 2002 e 2003, sono

costituiti da quattro sezioni volte ad indagare aspetti differenti del controllo del tabagismo:

1. la prevenzione del fumo nelle scuole;
2. i corsi per smettere di fumare;
3. il *counselling* condotto da personale sanitario;
4. il *counselling* condotto dai MMG.

Tramite l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte e il Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS), è stato possibile individuare i Referenti per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (RePES) delle 22 ASL piemontesi, ai quali è stato inviato il questionario.

La partecipazione di alcuni componenti del Gruppo Tecnico Antitabacco ad un corso di formazione residenziale rivolto a tutti i

RePES<sup>2</sup> della Regione, ha costituito un'occasione preziosa per illustrare dal vivo ai referenti finalità e metodologia della rilevazione ed aumentare in tal modo l'adesione alla ricerca.

Tutti i referenti sono stati sollecitati telefonicamente a restituire compilato il questionario da un minimo di 1 ad un massimo di 3 volte nell'arco di tre mesi (febbraio-aprile 2004).

Per quanto concerne la rilevazione delle attività delle 7 ASO piemontesi (Azienda Ospedaliera CTO-CRF-ICORMA, OIRM-S. Anna, San Giovanni Battista di Torino, San Luigi-Orbassano, SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo-Alessandria, S. Croce e Carle-Cuneo, Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità-Novara), non avendo individuato in queste strutture un referente per l'educazione sanitaria e la promozione della salute, è stata inviata ai direttori sanitari d'azienda una scheda, sintesi del questionario utilizzato per le ASL, in cui potessero essere segnalate le attività di cessazione e/o counselling svolte dall'azienda nel corso del 2003.

Relativamente agli interventi comunitari e all'implementazione delle *policies* antifumo aziendali da parte di ASL e ASO, si è fatto riferimento sia ai questionari compilati dai RePES che ai progetti presentati in occasione della "VII Conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute" (Torino, 21-22 novembre 2003) e del Seminario Regionale "Promozione della Salute e Servizio Sanitario Regionale" (Torino, 22 giugno 2004).

### 3.1.2 CENTRI ANTIFUMO PUBBLICI

I Centri Antifumo pubblici sono unità di supporto ai fumatori intenzionati a smettere di fumare e si collocano principalmente all'interno di strutture sanitarie pubbliche (ASL, ASO e Ambulatori LILT).

Tali Centri, detti anche "Ambulatori contro il fumo", sono preposti ad intervenire sulle

problematiche fumo-correlate con attività rivolte al singolo ed alla collettività, sfruttando nella maggior parte dei casi l'apporto di équipe multidisciplinari.

Sia attraverso le informazioni ricavate contattando telefonicamente i centri riportati sul sito dell'OSSFAD ([www.iss.it/sitp/ofad](http://www.iss.it/sitp/ofad)), sia attraverso le informazioni fornite dalla Regione e da contatti personali, è stato possibile aggiornare la situazione piemontese (3 dei centri presenti nell'elenco originario avevano infatti, nel frattempo, cessato l'attività) ed individuare i 17 centri antifumo pubblici attivi, a cui indirizzare il questionario.

Per la raccolta dei dati è stata utilizzata la scheda predisposta dall'ISS, opportunamente modificata grazie anche ai suggerimenti del responsabile di uno dei Centri Antifumo pubblici più attivi in Piemonte, in modo tale da riuscire a cogliere il funzionamento e l'articolazione dei centri sul territorio piemontese.

La scheda è costituita da 4 sezioni:

1. caratteristiche strutturali ed organizzative del servizio di cessazione;
2. procedure e metodologie attuate;
3. attività attuale e pregressa (anni 2002 e 2003);
4. numero di interventi per tipologia di intervento.

Tutti i responsabili dei Centri sono stati sollecitati telefonicamente a restituire compilato il questionario, da un minimo di 1 ad un massimo di 4 volte nell'arco di 3 mesi (febbraio-aprile 2004).

### 3.1.3 STRUTTURE PRIVATE

Una ricerca effettuata su internet e sull'elenco telefonico ha fornito una lista indicativa di 12 centri antifumo privati presenti sul territorio piemontese. Poiché le attività svolte, le metodologie utilizzate e l'organizzazione strutturale differiscono molto da centro a centro, si è deciso di includere nella rilevazione tutte le strutture che le

<sup>2</sup> "Corso di formazione per lo sviluppo di competenze professionali ed organizzative sulle attività di Promozione ed Educazione alla Salute nelle Aziende Sanitarie" promosso e realizzato a cura del Centro di Documentazione Regionale sulla salute (DoRS), Pracatinat (TO), II edizione, febbraio-marzo 2004.

fonti informative utilizzate definissero “centro antifumo”.

Il questionario d’indagine, costruito *ad hoc* e inviato ai centri, indagava:

1. il contesto operativo;
2. la tipologia dei servizi offerti;
3. la dimensione, il monitoraggio e la valutazione delle attività.

Con il responsabile di uno di questi centri, in cui è praticata l’ipnosi, è stato organizzato anche un incontro di persona.

Tutti i responsabili dei centri sono stati sollecitati telefonicamente a restituire compilato il questionario da un minimo di 1 ad un massimo di 4 volte nell’arco di 4 mesi (febbraio-maggio 2004).

### 3.1.4 LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI (LILT), ASSOCIAZIONI E RETI

Le associazioni piemontesi che si occupano, direttamente o indirettamente, di prevenzione e cessazione del tabagismo sono state individuate tramite consultazioni su internet, interviste agli Assessorati alla Sanità delle Province e dei Comuni capoluoghi di Provincia, indagini presso i Centri Servizi del Volontariato (CSV) del Piemonte e tramite le informazioni contenute nei questionari restituiti compilati da parte dei RePES di ogni ASL.

Nella mappatura sono state incluse sia le associazioni di volontariato che quelle di categoria (ad esempio, le associazioni dei consumatori, le sezioni provinciali della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale-FIMMG, l’Ordine dei Medici, ecc.), tutte contattate telefonicamente.

A coloro che hanno dichiarato di essere, a vario titolo, attivi nel campo della lotta al tabagismo, è stato inviato un questionario di rilevazione specifico volto ad indagare le seguenti aree:

1. il contesto operativo;
2. la tipologia, caratteristiche e dimensione delle attività svolte;
3. la collaborazioni fra enti,
4. gli eventuali modelli teorici di riferimento.

Nei casi in cui l’associazione fosse sprovvista di indirizzo di posta elettronica o, dal contatto telefonico, risultasse svolgere attività o seguire metodologie differenti da quelle previste nel questionario, sono state condotte interviste telefoniche utilizzando il questionario come traccia e guida per l’intervista, in modo tale da ottenere comunque dati coerenti e analizzabili con quelli forniti dalle altre associazioni.

Le sedi provinciali della LILT sono state contattate dapprima telefonicamente e, in seguito, è stato loro inviato, tramite posta elettronica, il questionario utilizzato per le associazioni. Le attività in tema di lotta al tabagismo della LILT sono state segnalate al Gruppo Tecnico anche dai RePES e dalle Amministrazioni Pubbliche.

Per quanto concerne le attività e l’organizzazione delle reti promosse dall’Organizzazione Mondiale della sanità (OMS), *Health Promoting Hospitals* (HPH), *Health Promoting Schools* (HPS) e *Healthy Cities*, le informazioni sono state richieste al CIPES (Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l’Educazione Sanitaria) del Piemonte ([www.cipespiemonte.it](http://www.cipespiemonte.it)).

### 3.1.5 SCUOLE

Nell’ambito della prevenzione del tabagismo tra gli adolescenti, i programmi attuati nelle scuole occupano un ruolo di primo piano. Per rispettare l’economia generale della rilevazione, non essendo possibile censire tutte le scuole piemontesi, sono stati utilizzati canali privilegiati per individuare le scuole impegnate in interventi di dissuasione dal fumo.

In primo luogo, sono stati individuati, quale target elettivo di riferimento, i responsabili regionali e provinciali dell’educazione sanitaria nel contesto scolastico dell’Ufficio Scolastico Regionale ed alcuni dirigenti scolastici ed insegnanti referenti per la salute per le scuole medie inferiori e superiori, interessati a collaborare direttamente allo sviluppo della promozione della salute. Si è così proceduto ad un contatto telefonico di tutti i Referenti per la Salute dei Centri

Servizi Amministrativi Provinciali (CSA, ex-Provveditorati). Alcuni di essi hanno svolto una efficace funzione di raccordo e di coordinamento tra le varie componenti scolastiche, offrendo un prezioso contributo ai ricercatori. Ad esempio, per quanto riguarda la Provincia di Torino, l'indagine del CPO ha intersecato una ricerca promossa dal CSA di Torino relativa alle attività di educazione alla salute in tutte le scuole medie inferiori e superiori statali e non statali: proprio grazie alla collaborazione di tale referente per la salute si è potuto venire a conoscenza dei dati della suddetta ricerca<sup>3</sup>. Ancora, in relazione alla Provincia di Vercelli, la collaborazione con il coordinatore del CSA e con il referente per la salute ha permesso di raggiungere tutte le istituzioni scolastiche statali e non statali della suddetta provincia. Infine il CSA di Cuneo ha segnalato i nominativi di alcune scuole impegnate in attività di prevenzione del fumo di sigarette. Per quanto riguarda le restanti province, i delegati istituzionali per l'educazione alla salute nella scuola non hanno potuto o saputo verificare l'esistenza di azioni di contrasto al fumo di tabacco nel contesto scolastico. In secondo luogo, è stata consultata la sezione "scuole sul web"<sup>4</sup> del sito internet dell'Ufficio Scolastico Regionale ([www.piemonte.istruzione.it](http://www.piemonte.istruzione.it)), dalla quale si è ricavato il nome degli istituti che avevano pubblicato informazioni relative ad attività antifumo da loro stessi realizzate.

Per quanto riguarda gli istituti non statali, è stato selezionato un campione casuale di scuole della città di Torino, allo scopo di chiarire se avessero effettuato o meno interventi di prevenzione del fumo. In alcune situazioni, conoscenze derivanti da esperienze professionali precedenti sono state utili per integrare le fonti informative.

Ai docenti referenti per la salute delle scuole così individuate è stato inviato, previo

contatto telefonico, il questionario di rilevazione delle attività di prevenzione del fumo in ambito scolastico, volto ad indagare i seguenti aspetti:

1. gli enti coinvolti;
2. gli obiettivi;
3. le azioni e la metodologia utilizzata;
4. il numero di scuole e di studenti partecipanti;
5. la valutazione dei risultati.

Tutti i docenti sono stati sollecitati telefonicamente a restituire compilato il questionario, da un minimo di 1 ad un massimo di 4 volte nell'arco di 3 mesi (aprile-giugno 2004).

Inoltre, al fine di integrare e completare le informazioni già in possesso dei ricercatori si è richiesta la collaborazione di alcune agenzie territoriali che operano concretamente nell'ambito della prevenzione e promozione della salute. Sono state quindi contattate alcune associazioni segnalate in parte dai Centri Servizi per il Volontariato del Piemonte e in parte dalle scuole e le sezioni provinciali della LILT. Le informazioni provenienti da questi soggetti sono state raccolte attraverso schede appositamente redatte, previo un primo contatto di presentazione della ricerca e, in alcuni casi, un incontro con i ricercatori.

Un'altra fonte di integrazione di informazioni sono state le schede ISS compilate dai RePES di ogni singola ASL, relativamente alle attività realizzate nelle scuole. Laddove è stata rilevata la presenza di tali attività si è proceduto ad ulteriori contatti telefonici o via posta elettronica con i referenti aziendali coinvolti. Questo ulteriore passaggio è stato necessario poiché i referenti scolastici e delle ASL spesso non sono stati in grado di fornire dati puntuali e precisi sulle attività presenti e pregresse di educazione sanitaria in ambito scolastico.

<sup>3</sup> Tali dati sono riportati nella Tabella 8 del capitolo 4.

<sup>4</sup> Si tratta di una sezione interna al sito *web* dell'Ufficio Scolastico Regionale in cui è possibile consultare l'elenco dei siti *web* delle scuole di ogni ordine e grado piemontesi. In molti casi però il sito *web* è mancante oppure non aggiornato o non contenente i progetti di educazione alla salute attuati o in corso.

In alcuni casi, infatti, i referenti scolastici hanno segnalato la presenza presso la loro scuola di operatori dell'ASL di competenza territoriale impegnati sul fronte della prevenzione, ma di cui il referente per l'educazione sanitaria dell'ASL stessa non era a conoscenza, vuoi per la sua recente nomina, vuoi perché realizzato da personale esterno allo staff di Educazione Sanitaria.

Ulteriori informazioni sono state ricavate attraverso la consultazione di alcuni siti<sup>5</sup> ministeriali, regionali ed europei, la lettura di articoli apparsi su riviste specializzate e di alcuni dossier di valutazione a cura del DoRS.

Nonostante ciò, come sarà meglio evidenziato nella parte dedicata all'esposizione dei risultati e alla rassegna dei progetti di prevenzione, in alcuni casi non è stato comunque possibile ottenere tutte le informazioni necessarie alla catalogazione.

### 3.1.6 AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

L'indagine presso le Amministrazioni Pubbliche intendeva definire il loro ruolo nella lotta al tabagismo in termini di promozione e organizzazione di attività sul territorio.

Le informazioni richieste hanno riguardato la presenza di sponsorizzazioni e collaborazioni con l'associazionismo, la realizzazione di manifestazioni e campagne di comunicazione e l'adeguamento dei locali dell'Amministrazione alla normativa che vieta il fumo negli spazi pubblici e nei luoghi di lavoro.

Le attività svolte dalla Regione Piemonte sono state ottenute tramite un'intervista con il Responsabile dell'Area di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute dell'Assessorato alla Sanità e la consultazione di una serie di documenti quali gli articoli comparsi sul periodico Punto Salute inFormazione, il Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, la documentazione raccolta sul sito del DoRS e il report sulla percezione e gli atteggiamenti verso la salute dei Piemontesi realizzato dal Politecnico di Torino.

Gli Assessorati alla Salute di Comuni capoluogo di provincia e Province sono stati coinvolti nell'indagine mediante l'invio di una lettera di presentazione della ricerca ed un successivo contattato telefonico.

Il presente rapporto è suddiviso in 3 sezioni, ciascuna corrispondente ad una delle tre macro-aree di attività antifumo individuate, ossia prevenzione nelle scuole, disassuefazione e interventi comunitari. Per quanto riguarda le attività di prevenzione nelle scuole, i dati e le informazioni ottenute sono presentati insieme indipendentemente dalla fonte di provenienza; relativamente alle attività di disassuefazione, sono stati accorpati i dati provenienti da ASL/ASO, centri antifumo pubblici e privati e LILT; infine per quanto riguarda gli interventi comunitari, sono state aggregate le informazioni provenienti da ASL, associazioni, LILT, scuole e Amministrazioni Pubbliche.

---

<sup>5</sup> L'elenco completo dei siti *web* consultati è riportato nella sezione Allegati.

## I RISULTATI DELLA RICERCA

### 4.1 LA PREVENZIONE NELLE SCUOLE

Aree di intervento e tipo di attività svolte			
<i>Soggetti coinvolti</i>	Prevenzione	Disassuefazione	Interventi comunitari
ASL/ASO	Progetti, iniziative, interventi nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corsi per smettere di fumare</li> <li>- Counselling attraverso il personale sanitario</li> <li>- Counselling attraverso i MMG</li> <li>- Centri Antifumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguamento ai divieti vigenti</li> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> </ul>
AMMINISTRAZIONE PUBBLICA	Patrocini e sponsorizzazioni		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguamento ai divieti vigenti</li> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> <li>- Patrocini e sponsorizzazioni</li> <li>- Campagne di comunicazione</li> </ul>
LILT	Interventi nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centri Antifumo</li> <li>- Corsi per smettere di fumare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> <li>- Ricerca</li> </ul>
ASSOCIAZIONI	Iniziative nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppi di auto-mutuo aiuto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicazione</li> <li>- Ricerca</li> <li>- Documentazione</li> <li>- Formazione</li> </ul>
SCUOLE	Progetti di prevenzione		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> </ul>
STRUTTURE PRIVATE		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizi di cessazione</li> </ul>	

In questa sede sono riportati i risultati dell'indagine di rilevazione delle varie attività di prevenzione del fumo di sigarette condotte nel contesto scolastico nel periodo di tempo compreso tra il 2000 e il 2004.

Come illustrato nel capitolo precedente, sono state utilizzate tre diverse modalità per censire i progetti di prevenzione del tabagismo realizzati in ambito scolastico.

1) **Contatto diretto alle scuole**, intervistate tramite questionario. Per individuare le scuole a cui inviare il questionario di rilevazione, sono stati contattati i CSA provinciali, è stata consultata la sezione "scuole sul web"

del sito dell'Ufficio Scolastico Regionale ed è stato selezionato un campione casuale di 12 scuole non statali della città di Torino, contattate in un secondo tempo telefonicamente; inoltre si è fatto ricorso alle conoscenze personali di alcuni componenti del gruppo di ricerca. Il CSA di Cuneo ha segnalato 2 scuole, a cui è stato inviato il questionario, su un totale di 110 scuole provinciali; il CSA di Vercelli ha inoltrato il questionario a tutte e 30 le scuole statali e non statali della suddetta provincia; dalla ricerca su internet sono state individuate 8 scuole che presentavano sul proprio sito attività contro il fumo, alle

Tabella 1. Quadro riassuntivo dei questionari.

QUESTIONARI	TOTALE
Distribuiti	47
Non restituiti	19
Raccolti ed annullati	2
Validi raccolti	26

quali è stato inviato il questionario; tra le scuole private, 2 hanno dichiarato di svolgere progetti di prevenzione del tabagismo e ad esse è stato inviato il questionario; infine 5 scuole sono state individuate per conoscenza personale dei ricercatori e anch'esse hanno ricevuto il questionario di rilevazione.

In totale sono stati inviati **47 questionari**.

Le scuole raggiunte tramite questionario sono 15 su 328 nella provincia di Torino, 2 su 110 nella provincia di Cuneo e 30 su 30 nella provincia di Vercelli. Si ricorda che per le restanti province i CSA non sono stati in grado di segnalare le scuole in cui si svolgessero attività di prevenzione del fumo. Per quanto riguarda la provincia di Torino, sono stati messi a disposizione dei ricercatori i dati derivanti da un'indagine svolta dal CSA per censire tutti i progetti di educazione alla salute realizzati nelle scuole del suo territorio di competenza: si è così potuto ottenere un elenco di progetti di prevenzione del tabagismo che, per motivi di disomogeneità di tali dati rispetto a quelli raccolti dai ricercatori, sono riportati separatamente nella Tabella 8.

**2) Intervista ad enti ed associazioni tramite scheda di rilevazione.** Come specificato nel capitolo precedente, le informazioni relative alle attività di prevenzione del fumo di sigarette in ambito scolastico sono pervenute anche da parte di soggetti esterni all'organizzazione scolastica, appartenenti al settore pubblico, del non profit e del privato sociale. Gran parte di loro si è dimostrata interessata all'indagine e ha aderito all'iniziativa fornendo le informazioni necessarie attraverso la compilazione della scheda di raccolta dati che gli è stata inviata da parte dei ricercatori. Sono risultate attive nel campo della prevenzione del tabagismo tra i giovani 16 organizzazioni pubbliche e del privato sociale. Di queste, 14 hanno fornito le informazioni richieste attraverso la compilazione della scheda a loro inviata e sono riportate in Tabella 2.

**3) Risposte delle ASL alle schede di raccolta dati redatte dall'ISS<sup>1</sup>.** Secondo quanto dichiarato dal Referente per la Promozione e l'Educazione alla Salute (RePES), sono risultate attive nel campo della prevenzione del fumo di sigarette dei giovani 20 strutture sanitarie su un totale di 22 ASL presenti sul territorio piemontese. Attualmente, solo due ASL piemontesi risultano quindi non impegnate in progetti di prevenzione e riduzione del fumo rivolti alla popolazione giovanile.

Complessivamente, da tutte le fonti informative prese in considerazione attraverso i vari

Tabella 2. Agenzie territoriali che hanno fornito informazioni sulle attività svolte in ambito scolastico.

- LILT sez. di Alessandria	- Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, Grugliasco (TO)
- LILT sez. di Biella	- Associazione ACMOS, Torino
- LILT sez. di Novara	- Associazione ZED, Torino
- LILT sez. del Verbano Cusio Ossola	- Associazione Italiana Genitori (AGE), Torino
- LILT sez. di Vercelli	- Associazione "Perchè no?", Alessandria
- Associazione ALCASE, Cuneo	- Regione Piemonte "Parliamo con i giovani"
- Gruppo Abele, Torino	- SITAB Piemonte e Valle d'Aosta

<sup>1</sup> Per ulteriori chiarimenti circa l'indagine condotta da parte dell'ISS si veda il capitolo III "Materiali e metodi"

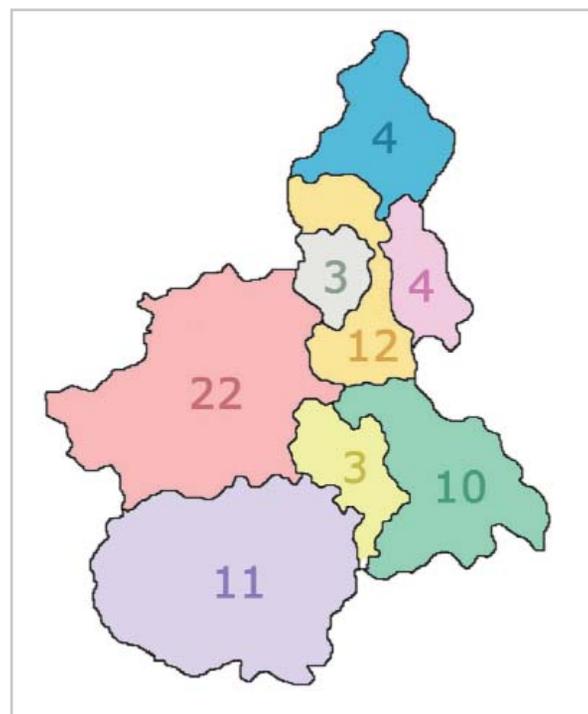
strumenti precedentemente descritti - 47 questionari, 14 schede riservate alle organizzazioni pubbliche e del privato sociale, 20 schede ISS -, sono stati rilevati 52 progetti di prevenzione del fumo di sigarette e, più in generale, di prevenzione delle dipendenze e/o di promozione della salute, effettuati in Piemonte nel periodo compreso tra il 2000 e il 2004 (Tab. 3). Di questi, 13 sono stati indicati dalle scuole interessate, 25 dai RePES delle ASL, 5 dalle sedi provinciali della LILT, 5 da Associazioni del privato sociale e 4 da altri enti (Regione Piemonte, Ministero della Salute, Istituto Change, MIUR). Il numero di progetti segnalati da parte delle scuole non corrisponde al numero di questionari inviati alle scuole stesse, poiché in alcuni casi le scuole hanno aderito al medesimo progetto. Allo stesso modo il numero di progetti segnalati da parte delle ASL risulta superiore al numero di schede compilate, in quanto in alcuni casi il RePES ha indicato più di un progetto per scheda. La suddivisione per tipo di scuola e per anno di coinvolgimento è illustrata nella Tabella 4. Va notato che il numero di progetti rilevati è di gran lunga superiore al numero di organizzazioni territoriali pubbliche e del privato sociale attive nel campo della prevenzione del fumo di sigarette, poiché costoro hanno spesso realizzato più di un progetto nell'arco di tempo considerato. A causa delle difficoltà nella fase di raccolta dei dati, illustrate nel precedente capitolo, mentre per alcune aree regionali esiste una mappa piuttosto completa delle attività di prevenzione del fumo di sigarette, per altre la situazione appare più lacunosa e carente di numerose informazioni, nonostante i molteplici tentativi da parte dei ricercatori di venire in possesso di ulteriori dettagli (Fig.1).

Relativamente al numero di scuole coinvolte, i dati raccolti indicano che, su un totale di 2754 scuole di ogni ordine e grado statali e non statali in Piemonte (Annuario Statistico Regionale - [www.2003.piemonteincifre.it](http://www.2003.piemonteincifre.it)), 849 scuole sono state coinvolte almeno una volta (Tab. 3). In particolare, escludendo il numero di scuole di cui non è

stato specificato il grado (n= 400), 160 scuole elementari su 1498 scuole elementari (11%), 124 scuole medie inferiori su 646 scuole medie inferiori (19%), 165 scuole medie superiori su 610 scuole medie superiori (27%) hanno partecipato almeno una volta nell'arco di tempo compreso tra il 2000 e il 2004 ad attività di prevenzione del fumo di sigarette. La suddivisione per tipo di scuola e per anno di coinvolgimento è illustrata nella Tabella 5. A tal proposito, il numero di scuole presentato in Tabella 3 non corrisponde alla somma di quelli presentati in Tabella 4, in quanto, in Tabella 3, alcune scuole sono state conteggiate una sola volta, pur partecipando a progetti biennali o pluriennali, onde evitare una sovrastima del numero di scuole coinvolte. Quanto al numero totale di studenti inseriti in un qualche progetto di prevenzione, risultano essere stati raggiunti, almeno una volta, 95.324 ragazzi e ragazze nel periodo di tempo compreso tra il 2000 e il 2004 (Tab. 3).

Figura 1. Numero di progetti distribuiti per provincia di appartenenza (2000-2004).

La somma dei valori qui riportati è superiore al totale dei progetti rilevati, poiché alcuni progetti hanno coinvolto tutte le province.



In particolare, la percentuale di studenti delle scuole di ogni ordine e grado coinvolti in un programma di prevenzione del fumo di sigarette sul totale degli iscritti alle scuole di ogni ordine e grado per anno scolastico corrisponde a 15% nell'a.s. 2000-2001, 2% nell'a.s. 2001-2002, 8% nell'a.s. 2002-2003, 3% nell'a.s. 2003-2004.

La suddivisione per tipo di scuola e per anno di coinvolgimento è illustrata nella Tabella 6. A tal proposito, si precisa che in alcuni casi non è stato possibile reperire il numero esatto di studenti partecipanti e che gli studenti partecipanti a progetti biennali o pluriennali sono stati conteggiati una sola volta. I dati raccolti nelle Tabelle 4-5-6 hanno lo scopo di fotografare l'attività di prevenzione del fumo di sigarette nelle scuole dall'anno scolastico 2000-2001 fino all'anno scolastico 2003-2004. Le informazioni in essa contenute riguardano **non solo il numero di interventi per anno scolastico**, ma anche il **numero ed il tipo di scuole coinvolte ed il numero di alunni partecipanti** in totale e per tipo di scuola. È da notare che il numero complessivo di

interventi effettuati, riportato in Tabella 4, è superiore al totale dei progetti rilevati, in quanto:

1. in molti casi il medesimo progetto è stato replicato di anno in anno in classi diverse della stessa scuola: ad esempio, il progetto "Prevenzione del tabagismo in ambito scolastico" ha coinvolto, negli ultimi tre anni scolastici, le classi terze della medesima scuola media inferiore;
2. in altri casi alcuni progetti, essendo di durata pluriennale, hanno previsto più interventi, distribuiti nel corso degli anni, rivolti alla medesima classe: ad esempio, il progetto "Scuola libera dal fumo" ha coinvolto due classi di una scuola media inferiore e due classi di un istituto superiore per tre anni consecutivi;
3. infine molti progetti hanno interessato in modo simile più di una scuola per ogni anno scolastico: ad esempio, il progetto "Qui non si fuma" ha coinvolto le seconde classi di vari istituti superiori proponendo loro le medesime attività.

Tabella 3. Quadro riassuntivo dell'attività di prevenzione del fumo di sigarette in Piemonte (dati aggregati per anni 2000 - 2004).

NUMERO COMPLESSIVO DI PROGETTI RILEVATI*			NUMERO COMPLESSIVO DI SCUOLE COINVOLTE ALMENO UNA VOLTA**			NUMERO COMPLESSIVO DI STUDENTI PARTECIPANTI ALMENO UNA VOLTA***		
52			849			95.324		
Elementare	Media inf.	Media sup.	Elementare	Media inf.	Media sup.	Elementare	Media inf.	Media sup.
11	25	39	160	124	165	7.992	8.367	15.115

\* Poiché alcuni progetti hanno interessato due o più cicli scolastici, la somma dei valori suddivisi per tipo di scuola è superiore al totale dei progetti rilevati

\*\* La somma dei valori suddivisi per tipo di scuola è inferiore al totale di scuole coinvolte almeno una volta poiché in alcuni casi non è stata specificata la tipologia di scuola.

\*\*\* La somma dei valori suddivisi per tipo di scuola è inferiore al numero complessivo di studenti partecipanti almeno una volta in quanto in alcuni casi non si dispone del numero di studenti per tipo di scuola.

Tabella 4. Numero complessivo di interventi in totale e per tipo di scuola (2000 - 2004).

ANNO SCOLASTICO	NUMERO COMPLESSIVO DI INTERVENTI PER TIPO DI SCUOLA			
	Totale	Elementare	Media inferiore	Media superiore
2000-2001	9	4	3	2
2001-2002	23	3	9	11
2002-2003	37	5	16	16
2003-2004	37	8	13	16
TOTALE	106			

Tabella 5. Numero complessivo di scuole coinvolte in totale e per tipo di scuola (2000 - 2004).

ANNO SCOLASTICO	NUMERO COMPLESSIVO DI SCUOLE COINVOLTE PER TIPO DI SCUOLA				
	Totale	Elementare	Media inferiore	Media superiore	Non specificato
2000-2001	485	10	18	57	400
2001-2002	161	76	44	41	
2002-2003	234	110	72	52	
2003-2004	164	77	53	34	
TOTALE	1.048 <sup>2</sup>				

Tabella 6. Numero complessivo di studenti partecipanti in totale e per tipo di scuola (2000 - 2004).

ANNO SCOLASTICO	NUMERO COMPLESSIVO DI STUDENTI PARTECIPANTI E PER TIPO DI SCUOLA				
	Totale	Elementare	Media inferiore	Media superiore	Non specificato
2000-2001	66.665	850	342	5.473	60.000 <sup>3</sup>
2001-2002	7.972	2.060	2.782	3.130	
2002-2003	35.553	4.975	3.579	23.349	3.650
2003-2004	10.970	4.757	2.929	3.084	200
TOTALE	121.160 <sup>4</sup>				

<sup>2</sup> Tale dato non corrisponde al numero complessivo di scuole coinvolte riportato in Tabella 3. Poiché alcuni interventi di prevenzione hanno durata pluriennale, nella Tabella 3 è stato riportato il numero di scuole che sono state coinvolte almeno una volta onde evitare una sovrastima. Nella Tabella 6 è invece riportato il totale di scuole coinvolte suddiviso per anno scolastico, per cui il totale complessivo risulta maggiore del numero di scuole coinvolte almeno una volta, perché, in alcuni casi, i medesimi soggetti sono stati conteggiati due o più volte, a seconda della durata del progetto in cui erano coinvolti.

<sup>3</sup> Tale cifra è particolarmente elevata poiché nell'anno scolastico 2000-2001 la Regione Piemonte ha realizzato, per le scuole di ogni ordine e grado, un programma di educazione alla salute intitolato "Ama te stesso", che ha raggiunto gran parte degli studenti piemontesi.

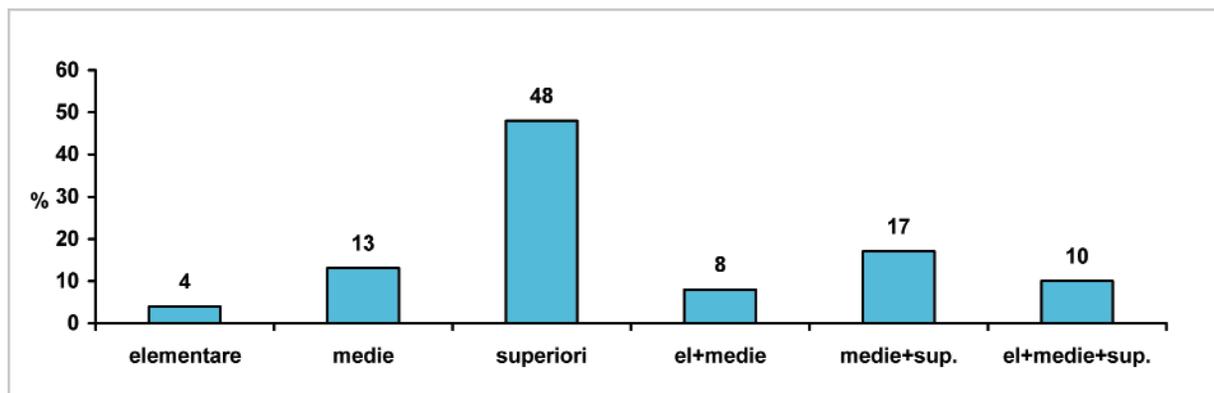
<sup>4</sup> Tale dato non corrisponde al numero complessivo di studenti partecipanti riportato in Tabella 3. Poiché alcuni interventi di prevenzione hanno durata pluriennale, nella Tabella 3 è stato riportato il numero di studenti che hanno partecipato almeno una volta onde evitare una sovrastima del numero di soggetti coinvolti, che altrimenti sarebbero stati conteggiati due o più volte.

Nella Tabella 6 è invece riportato il totale di studenti partecipanti suddiviso per anno scolastico, per cui il totale complessivo risulta maggiore del numero di studenti partecipanti almeno una volta, perché, in alcuni casi, i medesimi soggetti sono stati conteggiati due o più volte, a seconda della durata del progetto in cui erano coinvolti.

Escludendo il numero di studenti di cui non è specificato il tipo di scuola frequentato e considerando che il 24% della popolazione italiana di 14 anni e più fuma, è possibile stimare la percentuale di studenti fumatori frequentanti la scuola media superiore che sono stati coinvolti in un intervento di prevenzione del fumo di sigarette. Nell'anno scolastico 2000-2001 il numero di studenti piemontesi fumatori sul totale degli iscritti nella scuola media superiore è stimato pari a 37.209, di cui solo il 3,5% (n= 1313) ha partecipato ad un intervento di prevenzione

e contrasto al fumo di sigarette. Nell'anno scolastico 2001-2002 il numero di studenti piemontesi fumatori sul totale degli iscritti nella scuola media superiore è stimato pari a 37.076, di cui solo il 2% (n= 751) ha partecipato ad un intervento di prevenzione e contrasto al fumo di sigarette. Nell'anno scolastico 2002-2003 il numero di studenti piemontesi fumatori sul totale degli iscritti nella scuola media superiore è stimato pari a 37.369, di cui solo il 15% (n= 5603) ha partecipato ad un intervento di prevenzione e contrasto al fumo di sigarette.

Figura 2. Distribuzione percentuale di progetti per tipo di scuola (n=52).



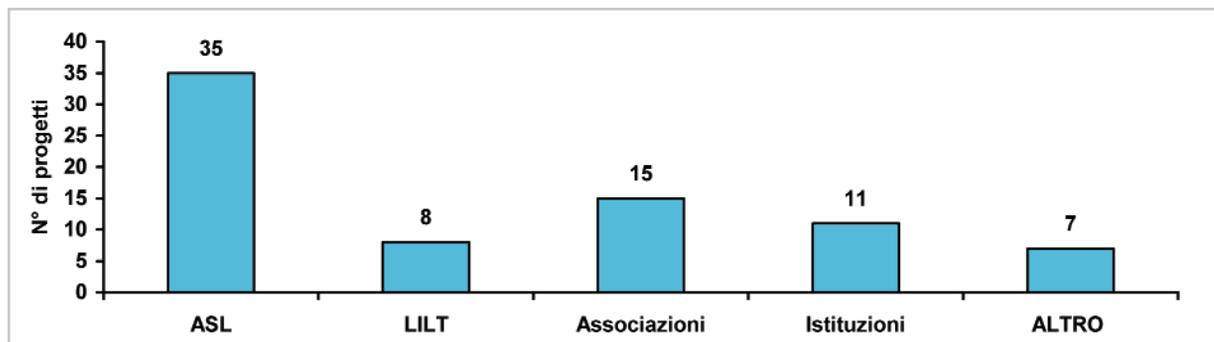
Nell'anno scolastico 2003-2004 il numero di studenti piemontesi fumatori sul totale degli iscritti nella scuola media superiore è stimato pari a 37.734, di cui solo il 2% (n= 740) ha partecipato ad un intervento di prevenzione e contrasto al fumo di sigarette.

Sul totale dei 52 progetti rilevati, 34 (65%) hanno interessato **solo un ciclo scolastico** (scuola elementare o scuola media inferiore o scuola media superiore); 13 (25%) hanno interessato **due cicli scolastici**; 5 (10%) hanno interessato **tutti e tre i cicli scolastici** (dalla scuola elementare alla scuola media superiore) (Fig. 2). In particolare, 2 (4%) progetti hanno coinvolto solo scuole elementari, 7 (13%) progetti hanno coinvolto solo scuole medie inferiori, 25 (48%) progetti hanno coinvolto solo scuole medie superiori, 4 (8%) progetti hanno coinvolto scuole elementari e medie inferiori, 9 (17%) hanno coinvolto scuole medie inferiori e superiori, 5 (10%) hanno coinvolto scuole elementari, medie inferiori e superiori. La maggior parte (75%) degli interventi di prevenzione del

fumo di sigarette e più in generale di prevenzione delle dipendenze da sostanze (alcol, tabacco, marijuana, ecc.) è destinata agli studenti delle scuole medie superiori. Sul totale di 39 progetti destinati a scuole medie superiori, 5 (13%) sono rivolti a studenti di licei, 12 (31%) a studenti di istituti tecnici e professionali, 8 (20%) coinvolgono sia licei che istituti tecnici/professionali e per 14 (36%) non è disponibile tale informazione.

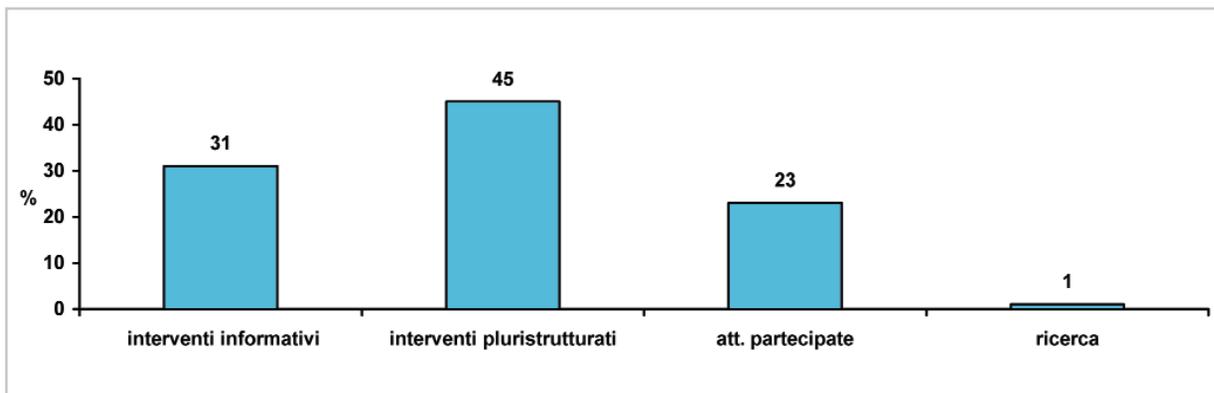
Per quanto riguarda **l'obiettivo generale**, sul totale dei 52 progetti rilevati, 37 progetti (71%) riguardano esclusivamente la prevenzione del fumo di sigarette, mentre in 15 casi (29%) la prevenzione del fumo di sigarette rientra in azioni di più ampio respiro inerenti la prevenzione delle dipendenze o la promozione della salute in generale. Relativamente alla **durata** di ogni singolo progetto, l'88% dei progetti (46) si riferisce ad un solo anno scolastico: ciò non significa che tali progetti prevedano tutti interventi ripetuti nel corso dell'anno scolastico, poiché

Figura 3. Enti coinvolti nei 52 progetti di prevenzione del fumo di sigarette\*.



\* Poiché alcuni progetti hanno visto la partecipazione di più enti, la somma dei valori presentati è superiore al numero complessivo di progetti rilevati.

Figura 4. Distribuzione percentuale delle attività proposte nei 52 progetti.



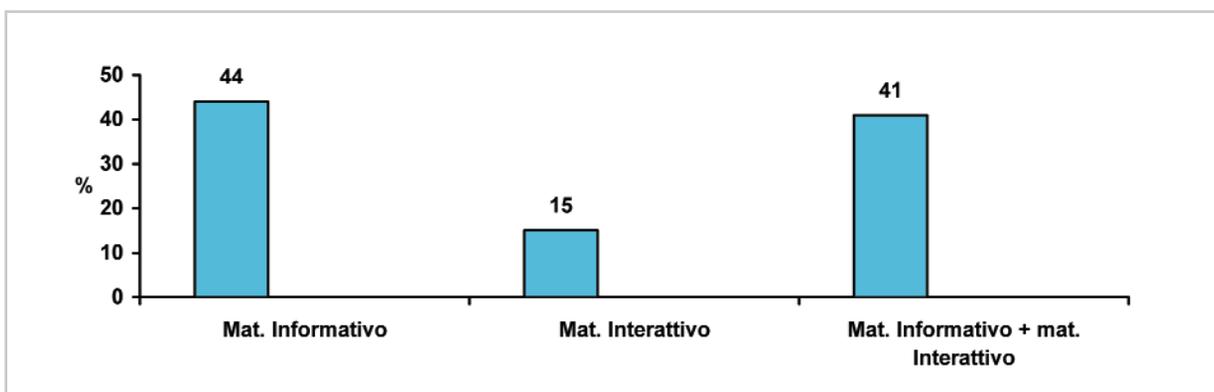
molti hanno una durata breve, ossia si tratta di interventi occasionali della durata inferiore alle tre ore oppure compresa tra le 4-8 ore. Solo 6 (11%) risultano invece essere i progetti che prevedono interventi continuativi e ripartiti nell'arco di due (3) o tre anni (3).

La Figura 3 illustra **la partecipazione ed il coinvolgimento di enti, associazioni ed istituzioni** in progetti di prevenzione del fumo di sigarette. La categoria "altro" si riferisce ad enti non compresi nelle categorie precedenti, quali ASO, Fondazioni private, Agenzie di Consulenza, ecc. Come si può infatti bene osservare nella figura sottostante, la presenza delle ASL in qualità di soggetto partecipante alle attività di prevenzione è di gran lunga superiore rispetto a quella di altri enti e associazioni. Inoltre dai dati emerge come la maggior parte dei progetti (69%) è promossa da un solo ente/associazione, a testimonianza della ancora scarsa integrazione tra soggetti ope-

ranti nel medesimo ambito. Nello specifico, l'ASL è stata coinvolta singolarmente in 22 progetti, la LILT in 2 progetti, le Associazioni in 7 progetti, le Istituzioni in un solo progetto ed infine 4 progetti sono stati realizzati da altri enti singolarmente (ad esempio, ASO, Fondazioni, organizzazioni private). 16 progetti vedono invece la collaborazione di più enti sia nella fase di progettazione che di realizzazione: in particolare 13 di essi comprendono comunque tra i soggetti organizzatori le ASL, 6 le varie sezioni della LILT, 8 le Associazioni e 3 altri enti. Questo dato riflette nuovamente il fatto che ASL ed Associazioni, in particolar modo la LILT, si configurano come i soggetti maggiormente impegnati sul fronte della prevenzione.

Per quanto riguarda i **destinatari** degli interventi attuati, 42 (81%) progetti sono rivolti esclusivamente agli studenti, mentre solamente 10 progetti (19%) prevedono anche l'inserimento dei genitori nei programmi di prevenzione.

Figura 5. Tipi di materiali in uso nei progetti (n=41).



Nella Figura 4 sono riportati i tipi di **attività proposte** da ogni progetto.

Complessivamente 16 progetti (31%) hanno proposto attività finalizzate all'aumento delle conoscenze sui danni fumo-correlati attraverso lezioni frontali, conferenze e distribuzione di materiale informativo; 23 progetti (45%) hanno integrato gli interventi informativi con attività che richiedono la partecipazione diretta degli studenti coinvolti e/o con corsi di formazione rivolti agli insegnanti; 12 (23%) hanno proposto attività partecipate, accompagnate o meno dalla formazione degli insegnanti, senza prevedere interventi informativi, 1 solo progetto (1%) ha realizzato una ricerca sull'abitudine al fumo tra gli studenti delle scuole medie superiori. In particolare, la partecipazione diretta degli studenti, attraverso laboratori, lavori di gruppo, giochi di ruolo e discussioni, è adottata in 31 progetti.

In questi casi la direzione degli interventi è generalmente affidata a personale esperto non scolastico oppure agli insegnanti precedentemente ed opportunamente formati. 25 progetti hanno invece previsto brevi lezioni frontali informative; 10 hanno incluso conferenze e/o seminari; 19 hanno effettuato attività di formazione degli insegnanti da parte degli operatori socio-sanitari delle ASL; 12 hanno previsto la distribuzione di materiale informativo; 17 hanno incluso altre attività (ad esempio, partecipazione a concorsi, allestimento di mostre, visione di filmati, organizzazione di eventi, produzione di materiale informativo, ecc.).

Per quanto riguarda il **materiale** e gli **strumenti** utilizzati nello svolgimento delle varie attività, 14 progetti hanno previsto l'utilizzo di poster o cartelloni; 18 di opuscoli o volantini informativi; 17 di audiovisivi; 10 di kit didattico; 14 di guida per insegnanti; 14 di sussidi informatici (CD-Rom, internet); 16 di altro materiale (gadget, giochi, esperimenti, lucidi, diapositive, ecc.) (Fig. 5).

Per 10 progetti non è stato possibile ricavare l'informazione relativa al tipo di materiale in uso o agli strumenti utilizzati. Sul totale dei 41 progetti per i quali si dispone di tale infor-

mazione, relativamente al materiale utilizzato dagli studenti coinvolti, 18 progetti (44%) hanno utilizzato esclusivamente materiale di tipo informativo sotto forma di lezione frontale e/o conferenza (ad esempio, poster, opuscoli, audiovisivi, ecc.); 6 progetti (15%) hanno previsto l'utilizzo di strumenti di tipo interattivo (ad esempio, sussidi informatici, kit didattici, giochi, ecc.) e 17 progetti (41%) hanno utilizzato sia materiale informativo che materiale interattivo.

Rispetto alle **figure professionali coinvolte**, in generale si rileva come insegnanti e medici siano le categorie professionali maggiormente rappresentate.

Infatti 22 progetti prevedono la presenza di un medico; 17 di uno psicologo; 4 di assistenti sanitari; 3 di assistenti sociali; 10 di educatori; 31 di insegnanti; 21 di altre figure professionali non socio-sanitarie.

Complessivamente, 13 (29%) progetti prevedono il coinvolgimento di una o più figure professionali socio-sanitarie senza la collaborazione degli insegnanti, 11 (25%) progetti prevedono la collaborazione tra un operatore socio-sanitario e gli insegnanti, 13 (29%) progetti prevedono il coinvolgimento degli insegnanti accanto ad almeno due figure professionali socio-sanitarie, 7 (17%) interventi di prevenzione sono realizzati esclusivamente dal personale docente.

Per 8 progetti non è stato possibile reperire tale informazione.

Relativamente al **tipo di finanziamento** di cui ha usufruito il progetto, 13 (40%) hanno utilizzato un finanziamento pubblico (ad esempio, ASL, istituzioni, scuola); 9 (27%) un finanziamento privato (ad esempio fondazioni private) oppure un autofinanziamento (ad esempio, associazioni); 9 (27%) un finanziamento misto, ossia i fondi utilizzati per la realizzazione del progetto provengono da più fonti, sia pubbliche che private; 2 (6%) non hanno utilizzato alcun tipo di finanziamento, ossia sono state condotte a titolo gratuito.

Relativamente a 19 progetti non è stato possibile reperire tale informazione.

Ai soggetti intervistati è stato anche chiesto

di indicare se era stata effettuata una **valutazione**<sup>5</sup> del programma attuato e di descrivere i principali risultati ottenuti. Risultano essere stati sottoposti a valutazione di risultati solamente 19 progetti (40%); 3 (6%) progetti hanno previsto, in integrazione alla valutazione dei risultati degli interventi, la valutazione di altri aspetti, quali la soddisfazione per l'attività svolta e/o il materiale prodotto. 17 (36%) invece non hanno previsto alcun tipo di valutazione e 8 (18%) hanno previsto solamente la valutazione dell'attività svolta, del materiale prodotto e l'indice di gradimento/soddisfazione dei partecipanti all'intervento. Per 5 progetti non esiste tale informazione.

Si segnala anche la partecipazione di alcune scuole secondarie superiori del Piemonte al **Progetto EUDAP**<sup>6</sup> (**European Drug Addiction Prevention Trial**), promosso dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED).

Il progetto vede coinvolti altri paesi europei, tra i quali Austria, Belgio, Germania, Grecia, Spagna e Svezia. L'obiettivo generale di tale progetto consiste nella valutazione dell'efficacia di programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di droghe. Nello specifico si intendono raggiungere i seguenti obiettivi:

- progettazione di tre tipi di interventi di prevenzione (intervento di base, *peer-education*,

coinvolgimento dei genitori) in ogni paese coinvolto seguendo le linee guida proposte dall'EMCDDA,

- valutazione dell'efficacia di tali interventi,
- supporto allo sviluppo e all'applicazione di programmi di prevenzione efficaci nei paesi della Comunità Europea,
- diminuzione della prevalenza del fumo di sigarette, dell'abuso di alcolici e del consumo di droghe tra i giovani europei.

Il progetto EUDAP, finanziato dalla Commissione Europea all'interno del Programma 2002 di Sanità Pubblica, coinvolgerà circa 1800 ragazzi e ragazze, di età compresa tra i 13 e i 15 anni, per un totale di circa 30 scuole. Verranno condotte una serie di attività, riservate in parte agli studenti, in parte agli insegnanti e in parte ai genitori, quali:

- corso di formazione rivolto agli insegnanti;
- interventi, condotti dagli insegnanti, per un totale di 12 ore nelle classi di ogni scuola coinvolta;
- attività di *peer-education* in alcune classi;
- tre incontri serali con alcuni genitori, condotti da personale esterno alla scuola;
- distribuzione di materiale informativo ai genitori.

È prevista la valutazione dei risultati sugli studenti attraverso la somministrazione di

<sup>5</sup> Con il termine valutazione possiamo indicare almeno tre aspetti diversi del processo di valutazione:

- la valutazione di efficacia. Essa è finalizzata a valutare il raggiungimento degli obiettivi e si presenta come uno studio formalizzato che prevede la presenza di un gruppo di controllo adeguato e la randomizzazione dell'intervento per controllare tutti i possibili fattori di confondimento. Tale valutazione, che richiede un forte investimento scientifico e viene svolta solo al fine di validare un modello d'intervento (quindi all'inizio della sua implementazione) è richiesta solo in casi particolari. In Piemonte è stato rilevato un solo progetto (EUDAP) che mette in atto tale valutazione.
- la valutazione di qualità. Essa permette di valutare se un intervento (già validato) sia stato replicato nel migliore dei modi e se le condizioni di contesto locali non abbiano modificato la sua performance. Non sono stati rilevati in Piemonte interventi di contrasto al fumo di sigaretta che abbiano attuato una esplicita valutazione di qualità.
- la valutazione dei risultati può essere effettuata (ad esempio con un "pre-post" sulla prevalenza di fumatori in una classe prima delle superiori) per valutare l'impatto di un intervento contro il fumo sui principali indicatori epidemiologici in una data popolazione. Ovviamente si deve procedere con molta cautela all'interpretazione dei risultati di tali valutazioni, in quanto occorre considerare l'influenza di numerose altre possibili variabili che agiscono al di là dell'intervento effettuato (per esempio: il naturale aumento di prevalenza dei fumatori nei giovani dovuto all'aumentare dell'età, le caratteristiche degli studenti coinvolti nel progetto, la metodologia utilizzata etc....).

Nel testo si fa riferimento quasi sempre alla valutazione dei risultati.

<sup>6</sup> Tale progetto non è stato inserito nell'elenco dei progetti realizzati poiché gli interventi previsti non sono ancora stati attuati.

Tabella 7

<b>Titolo progetto</b>	<b>Enti coinvolti oltre alla Scuola</b>	<b>Grado Scuola</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Convolgimento</b>	<b>Valutazione</b>	<b>Fonte finanziamento</b>	<b>Anno scolastico (durata)</b>
1 Il fumo è dei deboli, il fumo nuoce ai rapporti	LILT sez. Alessandria ASL 20, 21, 22	E/M	1	G	NO	SC+PR	a.s. 2002-2004 (biennale)
2 Internet e salute, oltre il fumo: la salute fra promozione e prevenzione	SITAB Sez. Piemonte e Valle d'Aosta	M/S	2	NO	NO	PR	a.s. 2003-2004 (annuale)
3 Fuga da Alcatraz	Ass. ACMOS	M/S	1	NO	SI	SC+PU	a.s.2003-2004
4 Prevenzione del tabagismo in ambito scolastico	ASL 9	M/S	1	NO	NO	/	(annuale)
5 Prevenzione e stili di vita: essere o non essere	ASL 3	S	1	G	SI	SC	a.s.2003-2004
6 Prosit	ASL 3	S	1	NO	/	/	a.s.2002-2003
7 Scuola libera dal fumo	ASL 15	M/S	1	G	SI	varia	(triennale)
8 Smoke free class competition	ASL 17	S	1	NO	SI	PU	(annuale)
9 "Gruppo dei pari" per prevenire le dipendenze	ASL 15	S	2	NO	NO	SC	(annuale)
10 Ma fumati il calzino!	Istituto Change	S	1	NO	NO	SC	a.s.2002-2003
11 Asl 10 senza fumo per le scuole	ASL 10	M/S	1	NO	SI	PU	a.s.2001-2002
12 Qui non si fuma	ASL22	S	1	NO	SI	PR	a.s.2002-2003
13 Grazie, non fumo...passaparola	ASL 20 LILT	M	1	NO	SI	PU	(triennale)
14 Prevenzione del fumo di sigarette nelle scuole medie inferiori	ASL 22	M	1	NO	NO	/	a.s.2002-2003
15 Libertà sfumate	Associazione Onlus Gruppo Vela						
16 D.A.D.I. dipendenze ausilio didattico interattivo	AGE ASSOTABACCO	M/S	1	NO	NO	PR	a.s.2001-2002
17 Prevenzione del fumo di sigarette in Piemonte	ASL 4	E/M	2	NO	SI	PU	Prodotto nel 1998
18 Concorso "non si fuma"	ASO Maria Vittoria	S	1	NO	NO	/	Annuale (dal 1985)
19 Lotta al tabagismo	Ass. Perché no? ASL4	E/M	1	NO	NO	PU+PR+SC	a.s.2002-2003
20 Tutto fumo...niente arrosti	Gruppo Abele	S	1	NO	NO	PU+SC	a.s.2003-2004
21 Programma didattico ama te stesso	Regione Piemonte	S	2	NO	NO	SC	a.s.2003-2004
22 Tabagismo in età evolutiva	ASL 5	E/M/S	2	G/I	SI	PU	a.s. 2001-2002
23 Intervento di prevenzione del fumo di tabacco	ASL 5	M	1	G	NO	/	a.s.2003-2004
24 Prevenzione del fumo di sigarette	ASL 5	M/S	1	NO	SI	/	annuale
25 Scuola libera dal fumo	LILT Biella ASL 12 ASL 14	E/M/S	1	NO	SI	PR	a.s.2002-2003
26 Prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute	ASL 16	M	1	NO	NO	/	/
27 Lezioni di salute	ASL 16	E/M/S	2	G	SI	/	a.s.2002-2003
	ASL 20, 21, 22 LILT sez. Alessandria	E/M/S	2	NO	SI	/	Ann.(dal 2000)

continua

Tabella 7

Titolo progetto	Enti coinvolti oltre alla Scuola	Grado Scuola	Obiettivo	Convogliamento	Valutazione	Fonte finanziamento	Anno scolastico (durata)
28 Progetto Pierino	ASL 21	M	2	NO	SI	/	biennale
29 Mandiamo in fumo il fumo	ASL 21 LILT sez. Alessandria	M	1	NO	SI	PR	a.s.2002-2003
30 Lotta al tabagismo	Ass. Volont. Lotta contro i Tumori-To	E	1	G	NO	Non è prev. fin.	Perem. (dal 2000)
31 Missione salute	Ministero della Salute MIUR	S	2	NO	NO	PU	a.s. 2003-2004
32 Prevenzione delle dipendenze	ASL 1	M	2	NO	NO	/	a.s. 2003-2004
33 Prevenzione del fumo di sigaretta nelle scuole	LILT sez. Verbania Cusio Ossola	S	1	NO	NO	SC	a.s.2003-2004
34 Prevenzione del fumo di sigarette nelle scuole	LILT sez. Vercelli	S	1	NO	NO	SC	a.s. 2003-2004
35 Non fumo perchè....	Ass. ZED	M/S	1	NO	NO	PU	a.s. 2003-2004
36 Alla scoperta del corpo umano-dipende da te!	MIUR	S	2	NO	/	SC+PR	a.s. 2002-2003
37 Educazione alla salute	ASL 11	S	2	G	SI	SC	Annuale dal 2000
38 X giornata mondiale del respiro: la dipendenza da nicotina	Ass. ALCASE ITALIA	M/S	1	G	NO	SC	29 maggio 2004
39 Prevenzione del fumo di sigarette	ASL 11	M	2	NO	NO	PU	a.s.2003-2004
40 Grazie non fumo	ASL 4	S	1	NO	SI	PR	a.s.2000-2001
41 Prevenzione del fumo di sigarette nelle scuole	LILT sez. Novara ASL 13	E/M/S	1	NO	NO	/	annuale
42 Teniamoci la salute	CRI Vercelli Ospedale S. Andrea Vercelli	E/M	2	NO	NO	/	a.s. 2003-2004
43 Il fumo nemico dell'uomo	SIMG Vercelli	E	1	NO	NO	volontariato	a.s. 2003-2004
44 Non si fuma	ASL 11	S	1	NO	NO	PU	a.s. 2003-2004
45 Prevenzione del fumo nelle scuole	ASL 4	S	1	NO	NO	/	annuale
46 Prevenzione del fumo nelle scuole	ASL 6	S	1	NO	SI	/	a.s.2001-2002
47 Prevenzione del fumo nelle scuole	ASL 11	S	1	NO	SI	/	a.s.2001-2002
48 Prevenzione del fumo nelle scuole	ASL 13	S	1	NO	SI	/	/
49 Prevenzione del fumo di sigarette	ASL 16	S	1	NO	SI	/	a.s.2001-2002
50 Prevenzione del fumo nelle scuole	ASL 18	S	1	NO	NO	/	a.s.2002-2003
51 Prevenzione del fumo nelle scuole	ASL 19	S	1	G	SI	/	/
52 Respiriamo la salute	ASL 7	M	2	NO	SI	PU	/

## Legenda

E = elementare  
M = medie  
S = superiore

Obiettivo 1 = solo prevenzione sigarette  
Obiettivo 2 = promozione salute/dipendenze

G= coinvolgimento genitori  
I = coinvolgimento insegnanti  
PR= privato

SC= autofinanziamento della Scuola  
PU= pubblico  
PR= privato  
/=dati non disponibili

## I RISULTATI

Tabella 8

	Nome della Scuola	Titolo del progetto	Enti coinvolti	Destinatari
<b>Scuole medie Inferiori di Torino</b>				
1	Palazzeschi	Prevenzione del consumo di alcol e tabacco	Medico pneumologo	11 classi seconde
2	Perotti	Fumo	Associazione ZED	classi terze
3	Via Santhià	Prevenzione delle dipendenze	ASL 6	tutte le classi
4	Croce Morelli	D.A.D.I.	Ser.T, Comune di Torino	classi terze
5	SMS per ciechi	Fumo, alcol, droga	A.I.R.C.	classi seconde e terze
6	Collegio Sacra Famiglia	Le droghe comuni: fumo e alcol		2 classi seconde, 1 classe terza
7	Madre Cabrini	Grazie non fumo		tutte le classi
8	Cottolengo	Il Fumo e la salute		1 classe terza
<b>Scuole Medie Inferiori della Provincia di Torino</b>				
9	Tallone Alpignano	Prevenzione del tabagismo	Ser.T. ASL 5	6 classi terze
10	Ferrari Avigliana	Tabagismo in età evolutiva	ASL 5	6 classi terze
11	Pertini Banchette	Prevenzione delle dipendenze con le life skills	ASL 9, Università di Torino, Regione Piemonte	1 classe prima, 2 classi seconde
12	Cosola Chivasso	Tutto quello che bisogna sapere	Ass. La Ginestra	classi terze, genitori
13	Don Milani Druento	Attiva-mente	Psicopedagogista esterna	classi prime, genitori
14	SMS Orbassano	Il fumo e le droghe	ASL 5	classi prime e seconde
15		Tabagismo in età evolutiva	ASL 5	1 classe terza
16	Giovanni XXIII Pianezza	Non dipendere per vivere bene	Gruppo Abele	6 classi seconde, genitori
17	Via Rochis Pinerolo	Dipendenza da alcol, droga e fumo	ASL 10	classi terze
18	Gobetti Rivoli	Tabagismo		classi terze
19	Matteotti Rivoli	Tabagismo		classi terze
20	Pellico San Mauro T.se	Prevenzione delle tossicodipendenze	Comune di San Mauro Torinese	classi terze, genitori
21		Tabagismo	ASL 7	seconde classi
22	Gramsci Settimo Tse	Prevenzione del consumo di sostanze	ASL 7	11 classi terze, genitori
23	Villastellone	Promozione dello star bene	Ser.T.	2 classi seconde
<b>Istituti Comprensivi della Provincia di Torino</b>				
24	IC Airasca	No al fumo	Ser.T Asl 10	2 classi terze
25	IC Beinasco	Tabagismo in età evolutiva	ASL 5	4 classi terze
26	IC Brandizzo	Tabagismo	Scuola Infermieri di Chivasso	classi seconde
27	IC Caselette	Progetto Peter Pan		3 classi terze
28	IC Favria	Prevenzione delle dipendenze con le life skills	ASL 9	1 classe quarta el., classi seconde e terze
29	IC Forno	Prevenzione delle dipendenze con le life skills	ASL 9, Università di Torino, Fondazione Ruffini	2 classi elementari, 4 classi medie
30	IC 66 Martiri Grugliasco	Tabagismo in età evolutiva	ASL 5	classi terze
31	IC Leinì	Prevenzione dei danni del fumo e della tossicodipendenza	ASL 7	classi seconde
32	IC Nole	Prevenzione delle tossicodipendenze	Psicologo esterno	3 classi seconde
33	IC Rivalta	Tabagismo in età evolutiva	ASL 5	classi terze
34	IC S. Ambrogio	Tabagismo in età evolutiva	ASL 5	2 classi terze

continua

Tabella 8

Nome della Scuola	Titolo del progetto	Enti coinvolti	Destinatari
<b>Istituti Comprensivi della Provincia di Torino</b>			
35 IC Vistrorio	Prevenzione delle dipendenze con le life skills	ASL 9, Università di Torino	3 terze elementari, 2 classi seconde
36 IC Tuorlo	Liberi dalle dipendenze		5 classi seconde, 4 classi terze
<b>Scuole Secondarie Superiori di Torino</b>			
37 LC Alfieri	Alcolismo, tabagismo, droghe	Ser.T.	5 classi prime
38 LC D'Azeglio	Prevenzione del consumo di tabacco e cannabis	Ser.T.	tutte le classi
39	Prevenzione delle dipendenze	Regione Piemonte	2 quarte ginnasio
40 LC Gioberti	Prevenzione delle tossicodipendenze		Gruppi di studenti
41 LS Cattaneo	Rilevazione del consumo di tabacco	Associazione ZED	classi prime e seconde
42 ITI Majorana	Progetto EUDAP	OED, Università di Torino	4 classi prime
43 IM Berti	Prevenire le dipendenze	ASL 4	classi prime, genitori
44 ITC C. Levi	Prevenire le tossicodipendenze	ASL 3 Ser.T.	classi terze
45 ITC Russell Moro	Non danniamoci col fumo	div. di pneumologia ASO Maria Vittoria e Molinette	classi prime e seconde
46 ITAS S. di Santarosa	Prevenzione dell'abitudine fumatoria tra i giovani	Associazione ZED, Circostrizione 3	classi prime
47 IS Bodoni	Lotta al tabagismo	Circostrizione 6	1 classe terza, 1 classe quarta, 1 classe quinta
48 ITIS Casale	Sistema nervoso e dipendenze		classi seconde
49 IPC Boselli	Prevenzione tabagismo	Ass. ACMOS	classi prime
50	Prevenzione tabacco ed alcol	ASL 3	classi quarte
51 IPC Lagrange	Le dipendenze	ASL 4	3 classi seconde
52 ITC La Salle	Prevenzione del tumore al polmone	Ass. prevenzione tumori	2 classi quinte
53 IPIA Gobetti Marchesini	Non solo droghe		classi prime
<b>Scuole Secondarie Superiori della Provincia di Torino</b>			
54 ITC Galilei Avigliana	Prevenzione del fumo di sigarette	ASL, Ser.T.	2 classi terze
55 IS Roccati Carmagnola	Invece di fumare	ASL 8 Ser.T.	2 classi prime
56 LC Monti Chieri	La trappola chimica	Ass. Il filo di Arianna	classi del ginnasio
57 ITC Fermi Ciriè	Effetti farmacologici delle droghe		25 studenti del triennio
58 LS Galilei Ciriè	Alcolismo, tabagismo, nuove droghe	ASL 6	5 classi seconde
59 IS XXV aprile Cuorgnè	Prevenzione del tabagismo ed alcolismo	ASL 9	classi prime e terze
60 ITC Galilei Avigliana	Prevenzione del fumo di sigarette	ASL, Ser.T.	2 classi terze
61 ITC Pascal Giaveno	Smetto quando voglio	ASL 5	13 classi del biennio
62 IS Vittorini Grugliasco	Prevenzione dipendenze	Psicologa esterna	classi prime
63 LS Curie Grugliasco	Prevenzione del tabagismo	ASL 5	classi del biennio
64 IS Cena Ivrea	Tabagismo	ASL 9	classi del biennio
65 IS- IPSIA Olivetti Ivrea	Dipendenze negative		classi prime
66 LS Majorana Moncalieri	Alcolismo e tabagismo	Ser.T.	classi terze
67 LS-LL Pascal Chieri	Conferenze	Psicologo esterno	gruppi di 20 studenti

un questionario pre e post intervento sia alle classi sperimentali che a quelle di controllo. Inoltre per valutare gli effetti a lungo termine dell'intervento, verrà somministrato un questionario a distanza di 1, 2 e 4 anni.

Inoltre, si segnala la presenza sul territorio piemontese di un solo progetto dedicato alla **riduzione dell'esposizione al fumo passivo**. Si tratta di una attività effettuata dall'ASL 19 in collaborazione con l'Associazione "Le piccole sedie" e rivolta ai genitori di 300 bambini frequentanti la scuola materna. Il progetto è stato svolto durante l'anno 2001-2002 e sono state valutate le conoscenze acquisite ed il comportamento di protezione dei propri figli verso il fumo passivo alla fine dell'intervento.

Nelle pagine precedenti sono riportate due tabelle contenenti una sintesi dei progetti di cui si è venuto a conoscenza durante la fase di raccolta dati. La prima Tabella (Tab. 7) presenta dati che provengono esclusivamente dall'indagine condotta dai ricercatori del Gruppo Tecnico Antitabacco del CPO e che possono offrire, seppure in modo parziale come già più volte sottolineato in questa sede, un quadro significativo della realtà piemontese in tema di prevenzione del fumo di sigarette tra i giovani.

La seconda Tabella (Tab. 8) contiene invece i dati relativi agli interventi di prevenzione del fumo di sigarette e più in generale delle dipendenze attuati durante l'anno scolastico 2003-2004 presso le scuole medie inferiori e secondarie superiori della Provincia di Torino. Tali dati derivano da una recente indagine sulle attività di Educazione alla Salute e alla Convivenza Civile condotta dal CSA di Torino sulle scuole della suddetta provincia. Benchè tale indagine non fosse finalizzata alla rilevazione delle sole attività di prevenzione del fumo di sigarette in ambito scolastico e riguardasse un arco

temporale differente, alcuni risultati coincidono con quelli ottenuti dai ricercatori del CPO: in entrambi i casi sono stati rilevati 9 progetti uguali. Tuttavia non è stato possibile analizzarli nello specifico insieme poiché le modalità di rilevazione e le informazioni richieste al momento della raccolta dati risultano essere diverse. In particolare, il numero di progetti rilevati da parte del CSA (n= 67) in un solo anno è superiore a quello ottenuto dall'indagine del CPO (n= 52) sugli anni 2000-2004 sull'intero territorio piemontese: il dato ottenuto dal CSA corrisponde in realtà alle scuole in cui è stato realizzato un qualche intervento di prevenzione del fumo di sigarette, tanto è che il medesimo progetto - soprattutto se è promosso da un ASL - è realizzato in più di una scuola. Inoltre, poiché la scheda di raccolta dati utilizzata dal CSA non prevedeva di indicare la presenza di attività di prevenzione del fumo di sigarette bensì quella di generiche attività di prevenzione delle dipendenze, può darsi che alcuni progetti che, secondo quanto riportato nel titolo sono indirizzati alla prevenzione delle dipendenze, non trattino effettivamente il fumo di sigarette quanto il consumo di alcol e droghe. In generale si può dire che le ASL e le Associazioni della Provincia di Torino che hanno dichiarato ai ricercatori del CPO di svolgere attività di prevenzione del fumo di sigarette nelle scuole sono menzionate anche da parte delle scuole, anche se, confrontando i dati, si nota una non completa sovrapposizione tra ciò che è stato dichiarato da parte del RePES ai ricercatori del CPO e ciò che è invece riportato da parte delle scuole al CSA. Le scuole infatti sembrano riportare una maggior quantità e varietà di interventi di prevenzione delle dipendenze e del fumo di sigarette attuati dalle ASL di quanto non espliciti il RePES. Ancora una volta risulta però evidente come siano le ASL a promuovere e realizzare la maggior parte degli interventi di educazione e promozione della salute.

**RIEPILOGO: “La prevenzione nelle scuole”**

- Nel periodo di tempo compreso tra il 2000 e il 2004 sono stati censiti 52 progetti di prevenzione del fumo di sigarette in ambito scolastico, che hanno coinvolto, almeno una volta, 849 scuole e raggiunto, almeno una volta, circa 95.324 studenti.
- La percentuale di scuole di ogni ordine e grado partecipanti ad un programma di prevenzione sul totale delle scuole di ogni ordine e grado in Piemonte (n= 2754) per anno scolastico corrisponde a 18% nell'a.s. 2000-2001, 6% dall'a.s. 2001-2002 all'a.s. 2003-2004.
- La percentuale di studenti delle scuole di ogni ordine e grado coinvolti in un programma di prevenzione sul totale degli iscritti alle scuole di ogni ordine e grado per anno scolastico corrisponde a 15% nell'a.s. 2000-2001, 2% nell'a.s. 2001-2002, 8% nell'a.s. 2002-2003, 3% nell'a.s. 2003-2004.
- La maggior parte dei progetti (69%) è promossa da un solo ente/associazione.
- Relativamente all'obiettivo generale, il 71% dei progetti riguarda esclusivamente la prevenzione del fumo di sigarette, mentre il 29% dei progetti include anche interventi di prevenzione delle dipendenze o di promozione della salute in generale.
- Relativamente alla durata di ogni singolo progetto, l'88% dei progetti ha durata annuale.
- L'81% dei progetti è rivolto esclusivamente agli studenti, mentre solamente il 19% prevede il coinvolgimento dei genitori nei programmi di prevenzione.
- Il 31% dei progetti ha proposto attività frontali finalizzate all'aumento delle conoscenze sui danni fumo-correlati; il 45% ha integrato gli interventi informativi con attività che richiedono la partecipazione diretta degli studenti coinvolti e/o con corsi di formazione rivolti agli insegnanti; il 23% ha proposto attività partecipate, accompagnate o meno dalla formazione degli insegnanti, senza prevedere interventi informativi.
- Il 44% dei progetti ha utilizzato esclusivamente materiale di tipo informativo; il 15% ha previsto l'utilizzo di strumenti di tipo interattivo e il 41% ha utilizzato sia materiale informativo che materiale interattivo.
- Il 29% dei progetti prevede il coinvolgimento di una o più figure professionali socio-sanitarie senza la collaborazione degli insegnanti, il 25% prevede la collaborazione tra un operatore socio-sanitario e gli insegnanti, il 29% dei progetti prevede il coinvolgimento degli insegnanti accanto ad almeno due figure professionali socio-sanitarie, il 17% degli interventi di prevenzione sono realizzati esclusivamente dal personale docente.
- Il 40% dei progetti risulta essere stato sottoposto a valutazione di risultati.

## 4.2 LA DISASSUEFAZIONE DAL FUMO

Aree di intervento e tipo di attività svolte			
Soggetti coinvolti	Prevenzione	Disassuefazione	Interventi comunitari
ASL/ASO	Progetti, iniziative, interventi nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corsi per smettere di fumare</li> <li>- Counselling attraverso il personale sanitario</li> <li>- Counselling attraverso i MMG</li> <li>- Centri Antifumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguamento ai divieti vigenti</li> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> </ul>
AMMINISTRAZIONE PUBBLICA	Patrocini e sponsorizzazioni		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguamento ai divieti vigenti</li> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> <li>- Patrocini e sponsorizzazioni</li> <li>- Campagne di comunicazione</li> </ul>
LILT	Interventi nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centri Antifumo</li> <li>- Corsi per smettere di fumare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> <li>- Ricerca</li> </ul>
ASSOCIAZIONI	Iniziative nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppi di auto-mutuo aiuto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicazione</li> <li>- Ricerca</li> <li>- Documentazione</li> <li>- Formazione</li> </ul>
SCUOLE	Progetti di prevenzione		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> </ul>
STRUTTURE PRIVATE		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizi di cessazione</li> </ul>	

## 4.2.1 AZIENDE SANITARIE LOCALI (ASL)

L'impegno delle ASL nella lotta al fumo si esprime attraverso un ampio ventaglio di azioni con obiettivi e popolazione *target* differenti, ma con lo scopo comune di prevenire e ridurre il tabagismo.

Per quanto riguarda gli interventi volti alla **diminuzione del numero dei fumatori**, le ASL offrono una gamma di servizi diversi che vanno dai corsi per smettere di fumare ai progetti strutturati di *counselling* antitabagico (rivolti sia alla popolazione del territorio che ai dipendenti dell'Azienda) e agli ambulatori specifici per la cessazione, i Centri Antifumo (nel sottoparagrafo "Centri Antifumo Pubblici" sarà descritto il ruolo delle ASL nella gestione della maggior parte di queste strutture e gli strumenti messi a disposizione per la disassuefazione dei pazienti fumatori che vi afferiscono).

Le ASL sono inoltre impegnate nelle azioni

di **networking**, ad esempio attraverso l'adesione al progetto "Ospedali liberi dal fumo" della rete HPH, nell'adozione di strategie per la sensibilizzazione dei dipendenti e della comunità locale e nella creazione di **policies** antifumo all'interno della propria organizzazione, come prevede la normativa vigente che impone il divieto di fumare nei locali aperti al pubblico (vedere risultati paragrafo "Interventi Comunitari").

La **prevenzione** del fumo tra gli adolescenti è infine affrontata attraverso interventi strutturati nelle scuole (vedere risultati paragrafo "Prevenzione nelle scuole").

## 4.2.1.1 Corsi per smettere di fumare

Tra le attività di disassuefazione i corsi per smettere di fumare sono interventi che le ASL propongono ai fumatori per sostenerli nella loro decisione di abbandonare il fumo.

Le schede del questionario relative a questa sezione restituite compilate sono 19 su 22 per quanto riguarda le attività del 2002 e 15 su 22 per le attività del 2003.

Sono **11 le ASL** che nel biennio 2002-2003 hanno **attivato** corsi per smettere di fumare offrendo in tutto 84 corsi e coinvolgendo 1105 fumatori, senza differenze significative tra i due anni. Solo 6 ASL hanno organizzato corsi per smettere di fumare sia nel 2002 che nel 2003. In generale i corsi sono stati organizzati dall'Azienda stessa; in un solo caso (ASL 12) sono stati gestiti interamente dalla sezione locale della LILT.

Per quanto attiene alla **metodologia utilizzata** la maggior parte dei corsi (9 ASL su 11) sono stati condotti con la tecnica della terapia di gruppo, mentre solo 2 ASL nel 2002 si sono avvalse dell'agopuntura. Delle ASL che hanno praticato la terapia di gruppo, 2 hanno utilizzato il metodo standardizzato della LILT<sup>6</sup>, negli altri casi i corsi sono risultati disomogenei tra di loro per il numero di incontri previsti (da un minimo di 5 ad un massimo di 10), *follow up* di rinforzo (da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 2 anni dalla fine del corso) e valutazione dello stato di disassuefazione. La maggior parte delle ASL che hanno offerto la terapia di gruppo (5 ASL su 7) ha organizzato corsi che prevedono più di 8 incontri. Gli incontri sono stati in genere settimanali, ma 3 ASL hanno dichiarato di aver modulato diversamente la frequenza degli incontri con una prima *trance* di appuntamenti ravvicinati nell'arco della settimana seguiti da altri incontri settimanali diluiti nel tempo.

Analizzando i **destinatari dei corsi**, si osserva che solamente in due ASL i corsi per smettere di fumare sono stati rivolti al solo personale dipendente dell'azienda, mentre in tutti gli altri casi sono stati indirizzati sia ai cittadini che ai dipendenti.

Delle 11 ASL che offrono corsi per smettere di fumare, 8 sono dotate di un Centro

Antifumo e, tranne in un caso, organizzano i corsi in collaborazione con questo servizio. Mentre una ASL, come già affermato, delega totalmente alla LILT l'**organizzazione dei corsi**, le altre offrono questa attività a partire dalla collaborazione di più servizi aziendali. Il Dipartimento delle Dipendenze è coinvolto in 7 ASL. Gli altri servizi che collaborano alla realizzazione dei corsi sono l'unità di Educazione alla Salute, il Dipartimento di Prevenzione e il servizio di Pneumologia.

In tutti i corsi è presente la **figura professionale** del medico e/o dello psicologo (in 6 ASL i due professionisti collaborano). I medici sono presenti in 8 ASL, mentre gli psicologi operano in 7. Gli altri professionisti che partecipano alla realizzazione degli interventi sono le assistenti sanitarie, gli infermieri, le assistenti sociali, gli educatori e in un solo caso i volontari. Solo in due ASL è presente una sola tipologia professionale, nelle altre si assiste alla costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari.

La maggior parte delle ASL che hanno realizzato i corsi per smettere di fumare (10 su 11) hanno dichiarato la **percentuale di successi** ottenuti, in termini di astinenza dal fumo, sul totale dei partecipanti. I risultati si riferiscono ai successi ottenuti a fine corso in quanto l'indagine non chiedeva di tenere conto di eventuali valutazioni compiute nel corso dei *follow up* che avrebbero permesso di verificare lo stato di astinenza a lungo termine. La percentuale media di successi nel biennio 2002-2003 è del 60% (*range*: 25%-80%).

Le **visite di rinforzo** per verificare l'astinenza sono sempre offerte alla fine del corso, nella maggior parte dei casi (10 ASL su 11) a sei mesi di distanza dal termine dell'intervento e in alcuni casi (5 ASL su 11) anche oltre i 6 mesi. Non si riscontrano differenze che permettano di mettere in relazione l'offerta nel tempo di visite di rinforzo con le specifiche metodologie utilizzate nei corsi.

<sup>6</sup> Questo metodo di lavoro si basa sulla frequentazione di gruppi di auto mutuo aiuto e si fonda sul fatto che il gruppo favorisce l'identificazione tra i partecipanti e crea un senso di appartenenza che rafforza la motivazione a smettere. Il gruppo viene condotto da una guida esterna la quale, facendo seguire un percorso prestabilito, è in grado di esaminare le problematiche sollevate dal gruppo, portando i partecipanti stessi a trovare le soluzioni adeguate alle singole necessità. Ciascun gruppo è composto da 15/18 persone e dal conduttore. Gli incontri sono nove, di un'ora e trenta ciascuno.

La verifica dello stato di disassuefazione viene eseguita tramite la misurazione del monossido di carbonio in una sola ASL, mentre in tutte le altre ci si basa sulla dichiarazione dei pazienti.

Per quel che riguarda la formazione degli operatori coinvolti, nei 2 anni oggetto dell'indagine, 8 ASL sulle 11 che hanno attivato i corsi hanno offerto momenti di formazione agli operatori, coinvolgendo un totale di 258 professionisti. Non vi sono differenze significative tra il 2002 e il 2003.

#### 4.2.1.2 Attività di counselling antitabagico svolto dal personale sanitario

Oltre ai corsi per smettere di fumare alcune ASL hanno offerto, tramite il personale sanitario dell'azienda (medici, infermieri, assistenti sanitarie, ecc.), interventi di *counselling* individuale a pazienti fumatori. Il *counselling* si differenzia dai corsi in quanto si tratta di un intervento educativo di promozione della salute che l'operatore esegue per aiutare il fumatore a intraprendere la scelta di smettere di fumare. Esso prevede un colloquio breve individuale di almeno 10 minuti con funzione di *minimal advise*, centrato sulla motivazione a smettere, seguito da consegna di materiale informativo di auto-aiuto e da eventuali colloqui successivi di assistenza e rinforzo.

Le schede del questionario relative a questa sezione restituite compilate sono 16 su 22 sia per quanto riguarda le attività del 2002 che per quelle del 2003.

Le ASL che hanno attivato progetti che prevedono di individuare operatori sanitari come *counsellor* per invitare i fumatori a intraprendere percorsi di disassuefazione sono state 7 nel biennio 2002-2003.

Dal 2002 al 2003 si può notare un aumento delle ASL coinvolte (si passa da 4 a 6, una ASL non ripete l'esperienza nel 2003) e del personale sanitario messo a disposizione (si passa da 61 operatori coinvolti a 121).

Per quanto riguarda le **unità dell'ASL coinvolte** nelle attività di *counselling*, i servizi maggiormente rappresentati sono il Dipartimento di Prevenzione (in 4 ASL su 7) e il Centro Antifumo (in 4 ASL su 7) che in 2 casi operano insieme. Le altre unità coinvolte sono il Dipartimento delle Dipendenze, i servizi di Cardiologia, di Pneumologia e di Ostetricia. In 2 ASL è solo un'unità ad occuparsi degli interventi di *counselling* senza stabilire collaborazioni con altri servizi.

I **professionisti del counselling** sono per lo più infermieri (in 4 ASL su 7) e medici (in 3 ASL su 7), ma anche assistenti sanitarie, psicologi, pediatri, educatori, "promotori-facilitatori"<sup>7</sup> e volontari.

Circa la metà delle ASL hanno esplicitato alcuni criteri attraverso i quali **selezionano i fumatori** da sottoporre al *counselling*. In 3 ASL il reclutamento avviene tra i pazienti che accedono ad unità dell'ASL per usufruire dei servizi di cura (il Dipartimento delle Dipendenze e il servizio di Cardiologia), in una sola ASL invece il *counselling* viene fornito a persone che non sono portatrici di una patologia (l'intervento è rivolto a giovani fumatori, minorenni apprendisti che richiedono idoneità lavorativa tramite visita medica presso lo SPRESAL, Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro). Di questi 4 progetti, 3 sono realizzati in collaborazione con il Centro Antifumo aziendale, a cui i pazienti possono accedere se necessitano di un intervento intensivo.

Sono in tutto **175 le persone** che sono state **raggiunte dall'intervento** nei due anni dell'indagine. I dati raccolti riguardanti la stima del numero di utenti raggiunti dall'attività di counselling sono molto scarsi (1 sola ASL nel 2002 e 4 nel 2003 hanno fornito i dati). La verifica dello stato di disassuefazione sia a fine trattamento che ad un anno dell'intervento è stata riferita da 3 ASL, mentre una dichiara di verificare lo stato di astinenza dei soggetti a tre mesi di distanza dall'intervento.

<sup>7</sup> Il Promotore-Facilitatore è un operatore sanitario che aderisce alla lotta al tabagismo; effettua *counselling* al soggetto fumatore fornendo informazioni su danni del fumo basandosi sul colloquio motivazionale; opera all'interno della sua struttura organizzativa durante la sua normale attività lavorativa e a rotazione presso il Centro Antifumo della sua azienda. Il suo obiettivo è di diffondere una nuova consapevolezza del ruolo educativo che ciascun operatore ha nei confronti della collettività.

Come metodologia di valutazione 4 ASL utilizzano la dichiarazione del paziente e solo una vi associa la misurazione dell'emissione di monossido di carbonio.

Su 4 ASL che hanno riferito i dati emerge una media di successi nell'attività di *counselling* del 43,5% (range: 5,5%-77,7%). Anche in questo caso, come per i corsi per smettere di fumare, i risultati si riferiscono solo ai successi ottenuti a fine corso.

La **formazione del personale sanitario** è stata realizzata in circa due terzi delle ASL che nel biennio 2002-2003 hanno svolto attività di *counselling* ed ha coperto circa la metà del personale coinvolto in tale attività.

#### 4.2.1.3 Attività di *counselling* antitabagico svolto dai MMG

I dati relativi al ruolo dei **Medici di Medicina Generale** nella disassuefazione dal fumo di tabacco sono stati ottenuti incrociando le fonti ASL e FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) che hanno fornito dati sia sulle iniziative di formazione che sugli interventi condotti.

Per quanto concerne la **formazione**, la Regione Piemonte, nell'ambito della formazione obbligatoria per i MMG legata al programma "Progetto Salute Piemonte-Ama te stesso", ha realizzato a partire dal 2002, in collaborazione con l'Istituto CHANGE (Scuola Superiore di Counselling Sistemico) un intervento di sensibilizzazione all'utilizzo del *counselling* quale tecnica che il medico può utilizzare con il paziente per promuovere stili di vita corretti per la salute. Il primo passo di questo progetto è stata la formazione dei professionisti appartenenti ai NOA (Nuclei Operativi Aziendali) delle 22 Aziende Sanitarie piemontesi, che si sono fatti successivamente carico, a partire dal 2003, di organizzare all'interno della propria struttura corsi di formazione al *counselling* breve per i MMG. Il programma prevede parallelamente una ricerca per valutare l'efficacia dell'intervento. La presente mappatura, tramite l'indagine rivolta alle Aziende Sanitarie (16 ASL su 22 hanno risposto a questa sezione del questionario sia per quanto riguarda le

attività del 2002 che del 2003), ha permesso di rilevare che 6 ASL nel 2003 si sono avvalse di questo specifico momento di formazione per preparare un totale di 180 MMG ad utilizzare il *counselling* antitabagico con i propri pazienti.

La FIMMG, in seguito alla formazione svolta a livello nazionale negli anni 2000 e 2001 in collaborazione con l'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri), ha realizzato 2 iniziative negli anni 2003-2004) il corso "La gestione del problema fumo da parte degli operatori sanitari", organizzato in collaborazione con l'ANAAO (Associazione Medici Dirigenti) e promosso dalla Provincia di Torino (ottobre 2003 e febbraio 2004) e che ha visto la partecipazione di circa 200 fra medici e operatori sanitari, 2) il corso di formazione al *counselling* per la disassuefazione nell'ambito della formazione continua dei MMG dell'ASL 1, promosso dalla Scuola Piemontese di Formazione per i Medici di Famiglia (150 partecipanti).

Per quanto riguarda, infine, le iniziative di formazione che hanno preso avvio a partire dalle Aziende Sanitarie, al di fuori del progetto di formazione della Regione e della FIMMG, l'indagine ha rilevato che nel 2002 2 ASL hanno attivato corsi per preparare i MMG al *counselling* antitabagico formando un totale di 75 professionisti.

Venendo agli **interventi**, la ricerca ha rilevato che nel biennio 2002-2003 il *counselling* antitabagico attraverso i MMG rivolto ai pazienti fumatori degli studi dei medici di famiglia è stato realizzato da 201 medici di 6 ASL. Solo in 2 ASL è stata attivata una **collaborazione** con un servizio che si occupa di disassuefazione, in un'azienda con il Dipartimento delle Dipendenze e in un'altra con il Centro Antifumo.

È stato chiesto alle ASL di quantificare il numero di **soggetti** che sono stati **raggiunti** dall'attività di *counselling* durante i due anni indagati: solo un'Azienda Sanitaria è stata in grado di fornire una risposta approssimativa per quanto riguarda il *counselling* attraverso i MMG, riferendo la partecipazione di 600 utenti/biennio. La stessa ASL dichiara che i **criteri di selezione** degli

utenti da sottoporre al *counselling* sono il numero di sigarette fumate e la motivazione a smettere.

Solo un'Azienda Sanitaria dichiara di effettuare una verifica periodica dello stato di disassuefazione del paziente a cui è stato offerto l'intervento. Tale *follow up* viene svolto a distanza di 3 mesi, 6 mesi, 1 anno e 2 anni dalla fine dell'intervento e si basa sulla dichiarazione del paziente. La stessa ASL è l'unica a fornire dati quantitativi sui risultati ottenuti: la percentuale dei pazienti che smettono di fumare in seguito all'offerta del *counselling* è stata stimata intorno al 5%.

Nell'ambito degli interventi di *counselling* per promuovere la cessazione è infine da rilevare il ruolo della FIMMG con il progetto GIANO (Gestione dell'Ipertensione Arteriosa Ambulatoriale: Nuovi Orizzonti<sup>8</sup>) in cui sono comprese le sotto-azioni di *counselling* sui fattori di rischio dell'ipertensione arteriosa, fra cui il fumo, e un'iniziativa della sezione della FIMMG di Cuneo che coinvolge 15 medici e che si propone di diffondere interventi di *counselling* antitabacco tra i pazienti assistiti negli studi medici.

#### 4.2.2 CENTRI ANTIFUMO

I Centri Antifumo pubblici attivi nella Regione Piemonte sono 17, di questi 16 hanno fornito i dati, mentre un Centro (ASL 8) non rientra nell'indagine in quanto in funzione dal 1° gennaio 2004.

Analizzando l'andamento degli anni di apertura dei Centri a partire dal 1982 (Ospedale Mauriziano) al 2004 è evidente il periodo di stasi fino al 1997 ed emerge invece un forte incremento delle aperture a partire dal 1999 (Fig. 1).

L'istituzione del Centro Antifumo è stata conseguente nel 44% dei casi (7 su 16) ad una delibera regionale/aziendale (il resto dei Centri non rispondono a questa domanda).

L'81% dei Centri Antifumo (13 su 16) **ha sede** all'interno di Aziende Sanitarie pubbliche, 3 nelle sedi locali della LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)<sup>9</sup>.

La figura 2 mostra **la collocazione** dei Centri Antifumo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche.

**Modalità di contatto** del pubblico al centro: il 69% dei centri (11 su 16) garantisce sia contatto telefonico che contatto diretto tramite sportello (in un caso si tratta del Centro Unificato Prenotazioni), 5 solo telefonico.

Su 14 Centri che hanno risposto alla domanda sugli orari di apertura solo il 57% è aperto 5 giorni a settimana mentre i restanti sono aperti al pubblico meno di 2 due giorni a settimana.

L'81% dei Centri prevede come **modalità di accesso** al servizio quella diretta, la persona può accedere al servizio di disassuefazione senza impegnativa medica, mentre nei restanti 3 Centri viene richiesta l'impegnativa medica come condizione di accesso. Il 73% degli 11 Centri che forniscono questo dato, prevede il **pagamento di un ticket** per accedere al primo servizio che consiste nella valutazione preliminare del paziente, nel 27% invece la valutazione viene effettuata gratuitamente.

Per quanto riguarda i trattamenti veri e propri, nella maggior parte dei Centri di cui si hanno i dati, vengono erogati gratuitamente ed in minima parte mediante *ticket*: l'intervento di *counselling* individuale è

<sup>8</sup> Il progetto di ricerca (avviato nel 1999) coinvolge 10 medici di famiglia della provincia di Torino impegnati nel monitoraggio dei rischi della salute correlati alla pressione arteriosa e al rischio cardiovascolare globale sugli assistiti che hanno più di 18 anni e che possono recarsi in ambulatorio. Il progetto prevede che i cittadini arruolati vengano in ogni caso invitati a colloqui di educazione sanitaria (*counselling*) per la correzione degli stili di vita dannosi.

<sup>9</sup> La Lega Italiana per la lotta contro i tumori è un Ente Pubblico sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica (è stata eretta in Ente morale con R.D. n.114 del 16 Gennaio 1927 e considerata un Ente pubblico con legge 20 Marzo 1975 n.70). La Lega è oggi in Italia l'unico Ente pubblico a carattere associativo che svolge attività nei settori della prevenzione, diagnosi precoce, assistenza, riabilitazione, educazione sanitaria e ricerca.

La Lega Italiana per la lotta contro i tumori è articolata con una sede centrale a Roma e 103 sezioni in tutte le Città capoluogo di Provincia, queste ultime amministrate da un Presidente e da un Consiglio direttivo, che godono della più ampia autonomia. Sia il Presidente Nazionale che i Presidenti Provinciali e le rispettive Giunte, sono eletti direttamente dai Soci. Il bilancio della Lega è sotto il diretto controllo dello Stato. ([www.legatumori.al.it](http://www.legatumori.al.it))

I Centri Antifumo Pubblici in Piemonte (al 31 dicembre 2004).

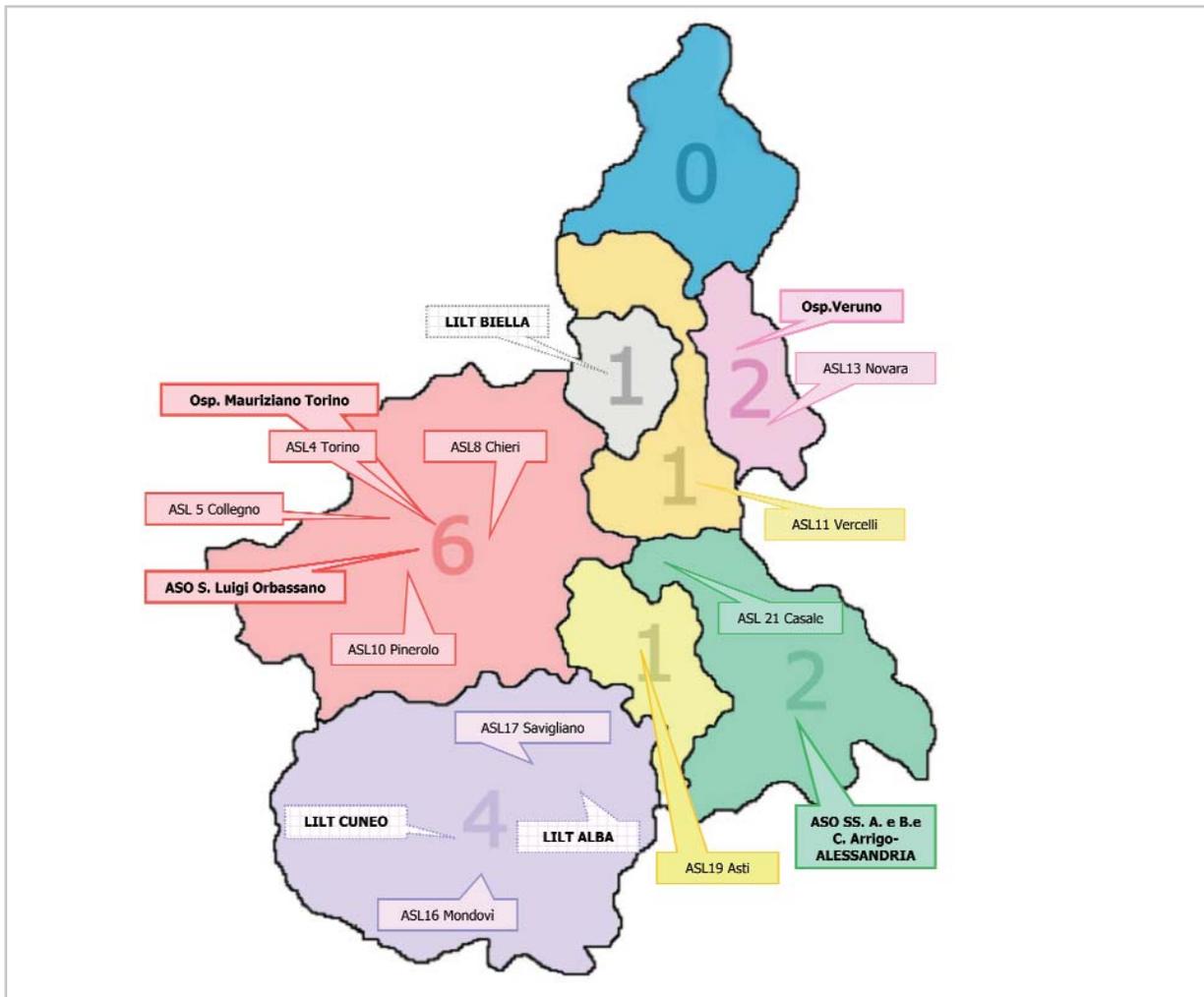


Figura 1. Andamento cumulativo dell'apertura dei Centri Antifumo dal 1982 al dicembre 2004 nella Regione Piemonte (n=17).

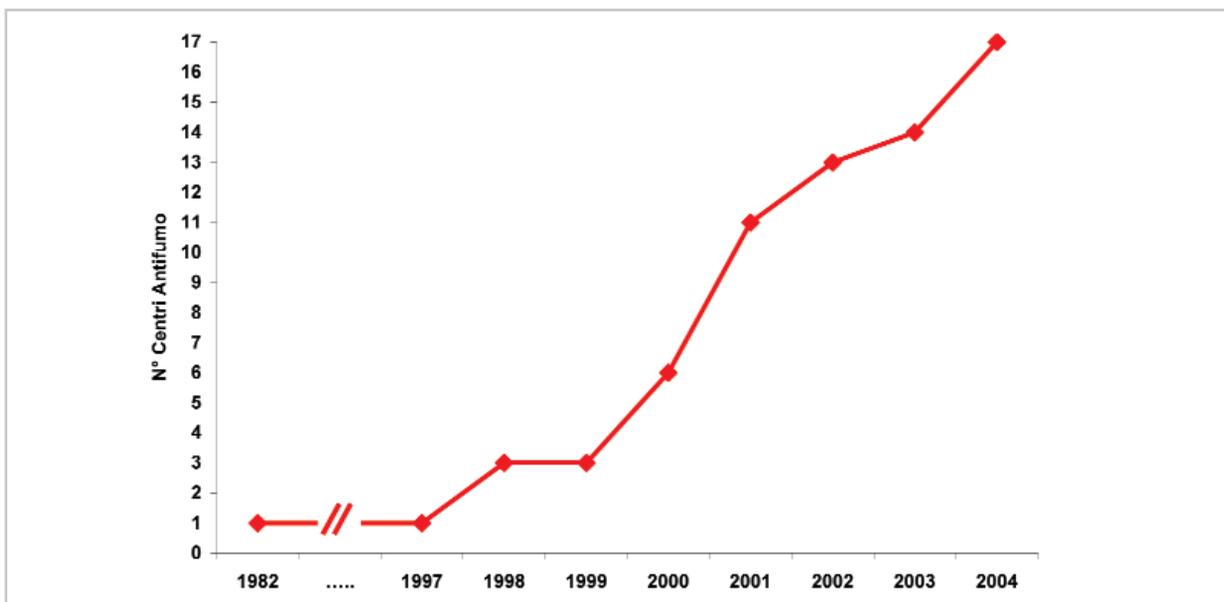
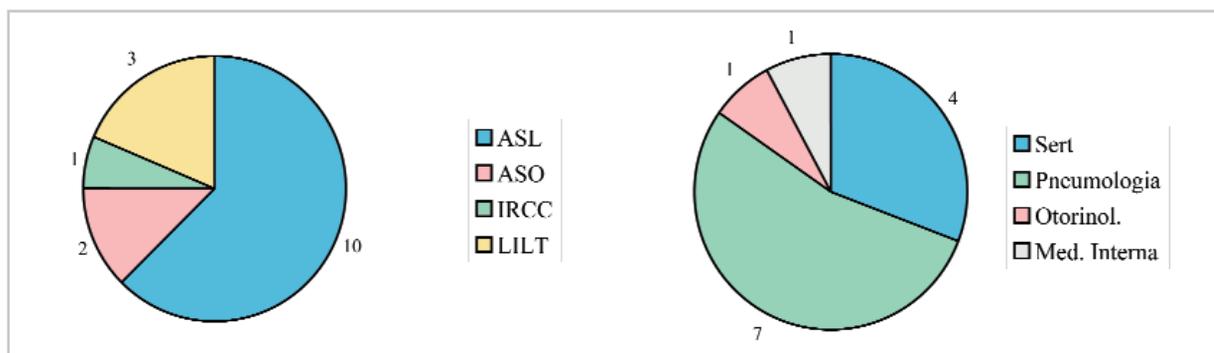


Figura 2 . Collocazione dei Centri Antifumo (n=16) ed in particolare nel SSN (n=13)



gratuito nel 69% dei casi (6 su 9), la terapia di gruppo nel 75% (6 su 8) dei casi, mentre la terapia farmacologica è gratuita solo nel 33% dei Centri (2 su 6).

I 16 Centri Antifumo che hanno attività precedente al 2004 hanno in organico un totale di 59 operatori. Tutti hanno più di una tipologia differente di **figura professionale** coinvolta ed in tutti i Centri Antifumo è presente almeno il medico e/o lo psicologo. Nel 69% dei Centri (11 su 16) sono presenti sia il medico che lo psicologo. Di 16 Centri il 75% ha un **équipe** che comprende oltre al medico e/o allo psicologo almeno un'altra figura professionale tra le seguenti: infermiere professionale, educatore professionale, assistente sociale, assistente sanitario, dietologo, volontari, tecnico di laboratorio e fisioterapista respiratorio.

Il **medico**, presente nell'88% dei Centri, è nella maggior parte dei casi (9 Centri) uno pneumologo. Per quanto riguarda il numero di ore dedicate all'attività antitabagica, per il medico risulta un impegno medio in ore di 3,6 a settimana (*range*: 1-10), per lo psicologo di 4,4 ore settimanali (*range*: 1-15) e per l'infermiere professionale di 6,6 ore settimanali (*range*: 1-15).

L'offerta di almeno una **giornata di formazione specifica** per le diverse figure professionali è illustrata in Figura 3.

Si nota che tutti i medici hanno ricevuto almeno una giornata di formazione nell'ultimo anno mentre solo poco più della metà delle altre professioni hanno ricevuto una formazione specifica.

Le **collaborazioni** di cui i Centri si avvalgono nell'implementazione dei loro inter-

venti riguardano i Servizi di Pneumologia (per la fase di valutazione clinico-funzionale) e le unità specialistiche (Servizio di Salute Mentale, Servizio di Psicologia) nei Centri che effettuano interventi di *counseling* individuale o di terapia di gruppo.

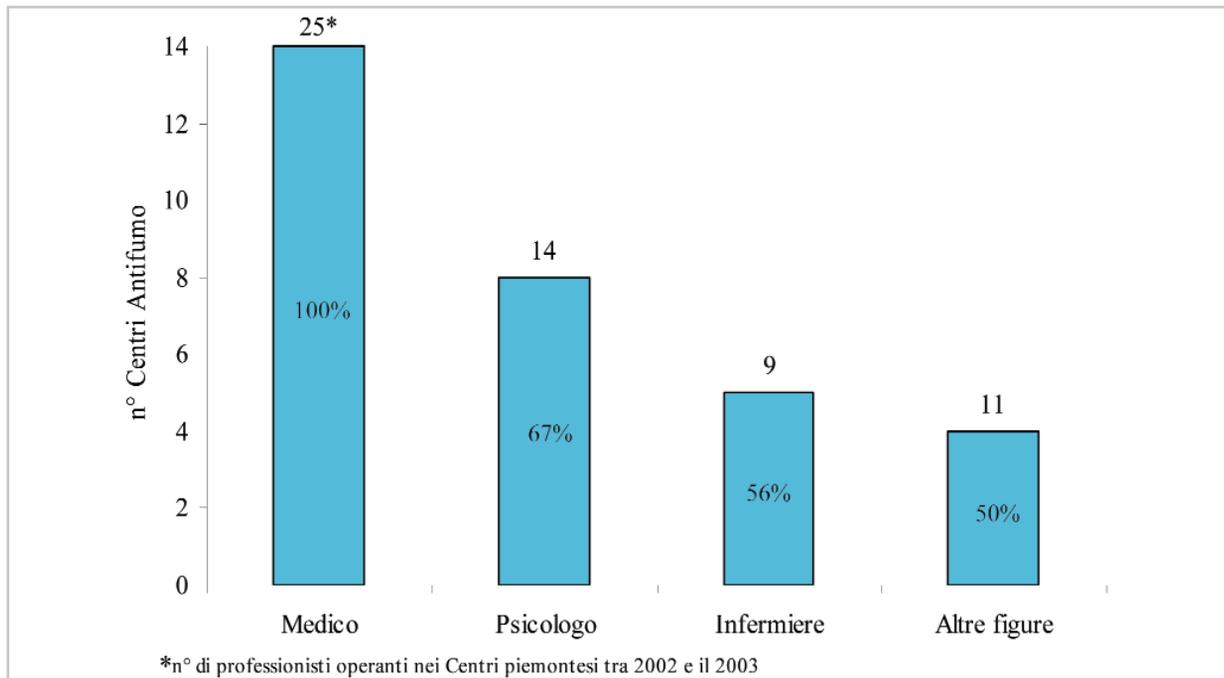
In un caso un Centro dichiara di collaborare con la sede locale della Lega Tumori ed un altro con l'Associazione AMA (Auto Mutuo Aiuto) per la gestione di Gruppi di Auto Mutuo Aiuto. Non vi sono Centri che dichiarano collaborazioni tra più servizi.

L'87% (14 su 16) dei Centri Antifumo piemontesi dichiara di effettuare una visita di valutazione **preliminare** del paziente tabagista. 3 Centri operano un *assessment* psicologico per valutare il paziente, che solo in un caso è associato alla visita medica e ad esami specialistici. Il 78% dei Centri (11 su 14) effettua esami di funzionalità respiratoria oltre alla visita medica (ad esempio, spirometria, misurazione del CO e radiografie del torace).

Per quanto riguarda la **tipologia di interventi** offerti, tutti i Centri effettuano interventi che prevedono un supporto di tipo psicologico (*counseling* individuale e/o terapia di gruppo), l'81% (13 su 16) dichiara di offrire ***counseling* individuale** (Fig. 4); il 66% di questi prevedono per questo servizio il pagamento di un *ticket*.

Mediamente il singolo incontro di *counseling* ha una durata di 30 minuti e viene ripetuto da 2 a 6 volte con cadenza settimanale. Nel 36% dei Centri (4 su 11) il medico lavora in *équipe* con lo psicologo, in 1 con l'assistente sanitario. In 3 Centri è il medico da solo ad occuparsi del *counseling*, in 2 lo psicologo.

Figura 3. Centri che hanno dedicato almeno una giornata di formazione specifica (ultimi due anni).



L'intervento di *counselling* individuale risulta essere proposto insieme all'intervento di terapia farmacologia nel 62,5% dei Centri (10 su 16), mentre risulta essere offerto nello stesso Centro insieme alla terapia di gruppo nel 37% dei casi (6 su 16) (Fig. 4). Il 56% dei Centri dichiara di utilizzare la **terapia di gruppo** come trattamento di disassuefazione per i pazienti tabagisti; in 2 Centri su 16 si effettua come unica tipologia di intervento. La terapia di gruppo è un intervento di disassuefazione che consiste in una serie di incontri con cadenza solitamente settimanale/quindicinale, con un gruppo di fumatori.

Questo intervento permette ai fumatori di beneficiare del senso di coesione costituito dal gruppo con il supporto di una guida esterna che si avvale di un metodo di conduzione strutturato. In due Centri le tecniche utilizzate si rifanno al metodo della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori ed a quello dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA).

Il numero di pazienti per gruppo di trattamento varia da un minimo di 5 ad un massimo di 25 (numero medio di pazienti per gruppo= 11,7); la durata dei singoli incontri varia da 40 a 120 minuti con una media di 87,7 minuti.

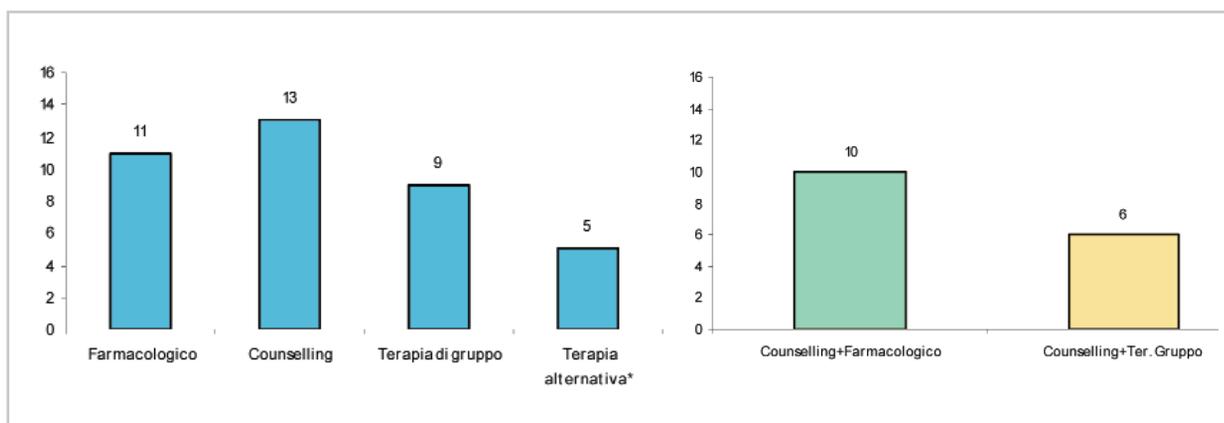
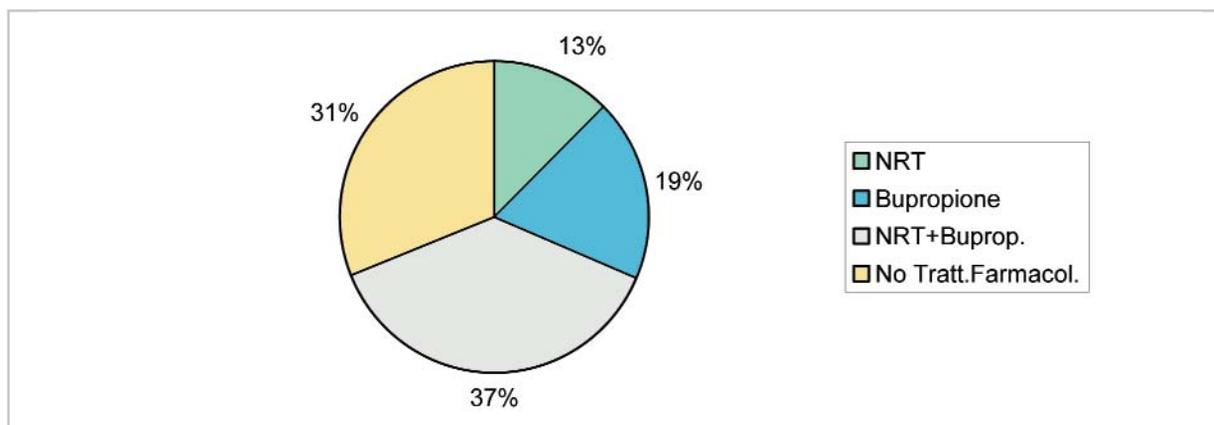
Figura 4. Distribuzione dei Centri Antifumo per le diverse tipologie di trattamento e numero di Centri che associano il *counselling* individuale con la terapia farmacologia e/o terapia di gruppo.

Figura 5. Centri Antifumo per tipologia di trattamento farmacologico utilizzato (n=16).



In 7 centri su 9 sono previsti più di sei incontri per ciclo di terapia, in 2 da uno a sei. Solitamente l'aumento del numero di pazienti per gruppo è accompagnato da un aumento del numero di incontri per ciclo di trattamento e con un aumento della durata della singola seduta (escluso un caso in cui vengono trattati 25 pazienti in gruppo con una durata di 45' a seduta, molto bassa rispetto alla media).

Nella maggior parte dei Centri è lo psicologo a condurre i gruppi di terapia, in alcuni casi affiancato dal medico o dall'infermiere professionale; le altre figure che conducono sono l'infermiere professionale, i volontari, l'educatore professionale e l'assistente sociale. Il 69% dei Centri Antifumo (11 su 16) offre trattamenti di tipo **farmacologico**: 2 Centri somministrano farmaci sostitutivi della nicotina (NRT), 3 Bupropione, 6 utilizzano entrambe le soluzioni terapeutiche (Fig. 5).

Quasi tutti i Centri prevedono da 1 a 6 incontri per ciclo di terapia farmacologica; in 1 Centro sono previsti più di 10 incontri per ogni ciclo. Gli incontri avvengono in 3 centri su 5 con una frequenza settimanale, in 1 caso bisettimanale ed uno con frequenza giornaliera.

Il personale che si occupa della somministrazione di una terapia di disassuefazione farmacologica nei 9 Centri che hanno risposto a questa domanda (2 *missing*) è composto nella totalità dei casi da medici. In 4 Centri piemontesi si pratica l'**agopuntura**; in uno di questi vi è associata l'**ipnositerapia**.

I trattamenti di agopuntura sono effettuati da medici in 2 Centri, da un infermiere professionale in un Centro; nel Centro in cui si associano agopuntura e ipnositerapia sono coinvolti medico e psicologo.

Complessivamente il 31% dei Centri utilizzano terapie mediche complementari (**agopuntura e ipnositerapia**), ma sempre associate ad interventi di *counselling* o terapia di gruppo.

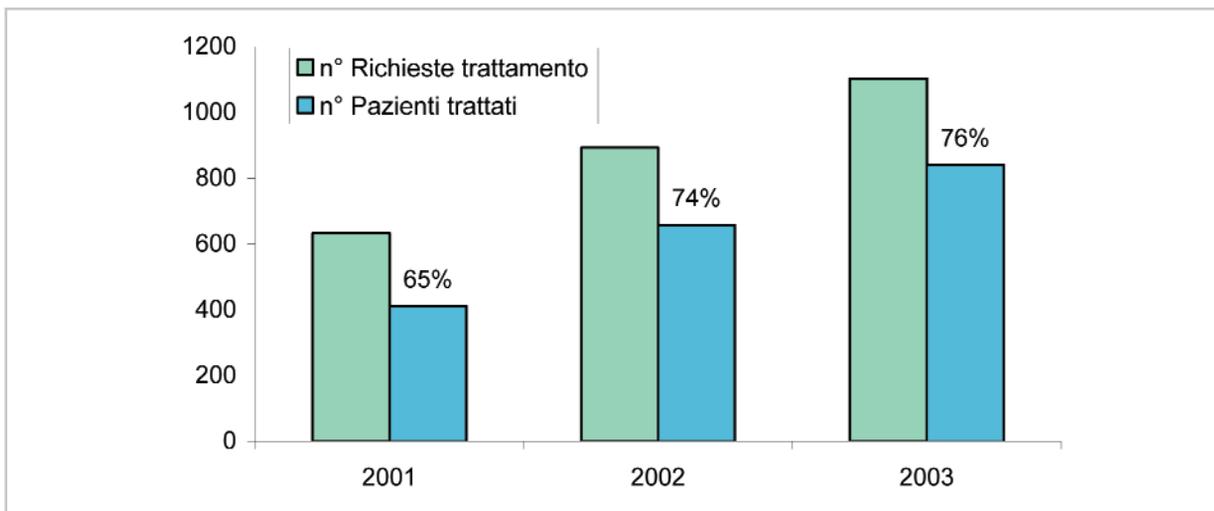
Tabella 1. Distribuzione dei diversi interventi nei 16 Centri indagati.

Tipologia di trattamento	% (n=16)
<i>Counselling</i> individuale	81
Farmacologico	69
Terapia di gruppo	56
Terapia alternativa	31

Le **richieste di intervento** ai Centri Antifumo nel triennio 2001-2003 sono nel complesso aumentate (quasi raddoppiate dal 2001 al 2003) (Fig. 6).

Non sembrano esserci incongruenze evidenti nei dati relativi al **numero di pazienti trattati** nel triennio 2001-2003, mentre si conferma l'incremento di attività con un forte aumento dei pazienti trattati, che risultano quasi raddoppiati dal 2001 al 2003. Anche in questo caso sono notevoli le differenze negli apporti dei singoli Centri al totale.

Figura 6. Andamento nel triennio 2001-2003 del numero di pazienti trattati rispetto al numero di richieste di trattamento.



Un discorso analogo a quello sulle richieste di intervento è possibile per l'andamento del volume di attività effettuato, per il quale è evidente un forte incremento (il volume di interventi sembrerebbe triplicato nel corso del triennio). Vi sono anche in questo notevoli disomogeneità nell'apporto dato dai singoli Centri.

Per quanto riguarda **i tempi di attesa dalla prima visita**, circa due terzi dei Centri nel biennio 2002-2003 hanno tempi di attesa inferiori ai 15 giorni, il resto dei Centri riferiscono tempi di attesa superiori. La maggior parte dei Centri piemontesi dichiara di effettuare una **valutazione** degli interventi di disassuefazione, soprattutto a fine trattamento e ad un anno di distanza. 4 Centri effettuano anche la valutazione intermedia a 3 e 6 mesi dalla fine del trattamento. Uno dichiara solo la valutazione ad un anno.

Solo il 33% dei Centri dichiara di valutare l'impatto degli interventi sia mediante la dichiarazione del paziente che misurando i livelli di monossido di carbonio nell'espirato; il resto dei Centri basano la loro valutazione soltanto sulla dichiarazione del paziente trattato.

Su 14 Centri che dichiarano di effettuare una valutazione, il 71% riporta i dati relativi al numero di ricadute per l'ultimo anno di attività; il tasso medio di successi valutato a

fine corso è del 52% su 655 pazienti trattati (da un minimo del 37% ad un massimo del 100%). Considerando nel calcolo del tasso medio di successi solo i 7 Centri che effettuano la valutazione ad un anno dall'intervento, scende al 47% (da un minimo del 37% ad un massimo del 68%).

Analizzando la distribuzione per tipologia di intervento nel triennio 2001-2003 si nota come siano maggiormente offerti interventi di *counselling* individuale e di terapia farmacologia dai Centri Antifumo piemontesi ed in seconda istanza interventi di terapia di gruppo, mentre gli interventi di medicina complementare sono meno rappresentati. Se invece andiamo a considerare il numero di interventi effettuati per tipologia, questo non varia in maniera sostanziale da un tipo di trattamento ad un altro (Fig. 7).

#### 4.2.3 AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE (ASO)

Tra le attività, in ambito di disassuefazione dal fumo, che le Aziende Sanitarie Ospedaliere, così come le ASL, possono svolgere, si riconoscono principalmente quelle di sensibilizzazione al problema del tabagismo e diffusione di messaggi di contrasto al fumo, nell'ottica di prevenire comportamenti a rischio per la salute, rivolti sia ai propri dipendenti e pazienti che, in

Figura 7. Interventi effettuati nei Centri Antifumo della Regione Piemonte per tipologia di trattamento, aggregati per il triennio 2001-2003.

CENTRI ANTIFUMO PUBBLICI	Valutazione	Farmacol.	Counselling	Ter. gruppo	Ter. altern.	Sostegno Psicol.	AMA	Totale Tratt./Centro
Osp. Mauriziano	222	17	222	-	-	●	-	461
ASL 4	615	27	-	342	-	-	-	984
ASL 5	152	10	154	100	252	-	-	668
ASL 10	214	-	33	109	207	39	1	603
ASL 11	172	43	43	-	1	-	-	259
ASL 13	135	20	86	-	-	190	-	431
ASL 16	●	●	●	-	-	-	-	-
ASL 17	-	-	80	39	-	-	-	119
ASL 19	472	200	236	-	-	25	-	933
ASL 21	386	132	132	-	-	-	-	650
ASO San Luigi	285	-	179	-	-	-	-	464
ASO Alessandria	650	78	325	122	124	-	-	1299
IRCC Veruno	142	●	48	●	●	-	-	190
LILT - Biella	●	●	●	7	-	-	-	7
LILT - Cuneo	-	-	-	9	-	-	-	9
LILT - Alba	-	-	-	25	-	-	-	25
TOT. trattam. Piemonte per tipol.	3445	527	1538	753	584	254	1	7102

● dichiarano di effettuare il trattamento ma non riferiscono dati in proposito

generale, alla popolazione del territorio afferente.

Delle 7 ASO cui è stato inviato il questionario 4 lo hanno restituito compilato.

Nessuna di queste 4 ha organizzato, nel 2003, corsi per smettere di fumare rivolti a personale sanitario dipendente o pazienti, nè attività di *counselling* dirette ai cittadini realizzate attraverso il personale sanitario. Solo 1 Azienda Ospedaliera ha segnalato la realizzazione di *poster* di “sensibilizzazione”, attività di vigilanza e rimozione dei posacenere, pubblicazione di articoli dedicati al problema fumo sul notiziario aziendale e la costituzione di un comitato “ospedale senza fumo”; un’Azienda ha riferito invece di raccomandare il rispetto del divieto di fumare, mentre un’altra di aver istituito

nell’anno 2003 un gruppo di lavoro interaziendale con l’ASL, e in particolare con il SERT; in una terza è previsto un piano di attività per il controllo dell’applicazione della Legge 3/2003 con verifiche aziendali periodiche.

#### 4.2.4 STRUTTURE PRIVATE

Il questionario per la rilevazione dei dati inerenti l’attività antitabagica condotta dai centri privati piemontesi è stato inviato ai 12 centri individuati al 31/12/2003. Due di questi, uno di Torino e l’altro di Villastellone, sono risultati non essere più in attività. Dei 10 centri rimasti, 8 si trovano in Torino e provincia, 2 nelle province di Cuneo e Alessandria.

7 centri (70%) hanno restituito compilato il questionario<sup>10</sup>.

Tutti questi centri sono di recente attivazione (fine degli anni '90).

La tipologia di figure professionali, il numero di professionisti coinvolti e la loro distribuzione nei 7 Centri sono riportati nella Tabella 2.

Tutti i centri rispondenti (7/7) hanno dichiarato che i professionisti coinvolti nelle loro attività hanno ricevuto una formazione specifica; in 4 casi tale formazione è rappresentata da corsi per l'utilizzo delle apparecchiature impiegate nel trattamento antitabagico.

Per quanto riguarda tempi e modalità di accesso, 4 centri sono aperti tutta la giornata mentre 3 ricevono soltanto su appuntamento; a tutti i centri si accede tramite contatto telefonico e 2 prevedono anche l'accesso diretto o mediante prescrizione medica.

Alla domanda sui riferimenti che i centri utilizzano nella scelta e nell'implementazione dei trattamenti antitabagici, 3 riferiscono, senza specificare ulteriormente, di basarsi su prove di efficacia e sul parere di esperti; 2 su altri tipi di riferimenti quali ricerche del *franchisor*, letteratura su auricoloterapia ed elettromeridiani; nessuno sembra invece seguire le linee guida della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (2 *missing*).

Tabella 2. Tipologia, numero e distribuzione delle figure professionali.

	N° professionisti/ N° Centri
Medico	3/2
Psicologo	1/1
Farmacista	1/1
Altro (non specificato)	6/5

La valutazione funzionale preliminare del fumatore è proposta da 3 Centri su 7.

Nella Tabella 3 è riportato, per i Centri che hanno compilato le relative sezioni del questionario, la tipologia dei trattamenti offerti nel corso del 2003.

1 Centro ha dichiarato di ricevere richieste di trattamento per alcolismo e tossicodipendenze, oltre a quelle per la cessazione dell'abitudine al fumo e 1 di svolgere anche attività di fisioterapia.

Tabella 3. Tipologia di trattamento.

N° Centri	Modalità di trattamento
1	quantità di energia
1	quantità di energia + <i>counselling</i> individuale
1	auricoloterapia + <i>training</i> autogeno
1	auricoloterapia + prodotti fitoterapici
2	elettrostimolazione
1	elettroagopuntura

La Tabella 4 riporta proporzione, media e *range* di pazienti che hanno iniziato il trattamento, sul totale dei contatti avuti dai centri nel corso degli ultimi 12 mesi (2003); 1 *missing*.

In generale, per tutti i Centri, il trattamento si risolve in una sola seduta, la cui durata, nei casi in cui tale informazione è riferita, varia da 20 minuti a 1 ora.

Soltanto 3 Centri dichiarano poi di effettuare una verifica alla fine del trattamento, tramite intervista telefonica al paziente; la cadenza temporale di tale verifica è: 1 e 6 mesi per un centro, 7 e 12 mesi per un altro e più di 12 mesi per il terzo. 4 strutture effettuano anche una valutazione delle loro attività: 2 per quanto concerne gli esiti dei

<sup>10</sup> Note relative all'analisi dei dati e utili alla lettura dei risultati. I risultati fanno riferimento soltanto alle informazioni ricavate dai questionari restituiti compilati. I dati ottenuti in occasione dell'intervista al responsabile del centro in cui è praticata l'ipnosi non sono infatti confrontabili con quelli forniti dagli altri centri. Per rispettare l'economia generale della mappatura, si ritiene comunque importante riferire dell'esistenza in Piemonte di un Centro che svolge attività antitabagica utilizzando l'ipnosi: si è pertanto tenuto conto di questo dato nella mappa in cui è riportata la localizzazione sul territorio piemontese dei centri antifumo privati individuati nel corso della ricerca.

Tabella 4. Proporzione, media, *range* dei pazienti in trattamento sul totale dei contatti.

Centro	Trattamenti iniziati / Contatti nell'ultimo anno	(%)	
1	0 / 10	0	
2	650 / 650	100	
3	37 / 40	92.5	
4	50 / 100	50	
5	50 / 60	83.3	
6	150 / 600	25	
<i>Totale</i>	937 / 1460	64.2	<i>media</i>
		0-100	<i>range</i>

trattamenti, 2 sulla soddisfazione dei clienti e 2, genericamente, sulle attività svolte dal centro. Tali valutazioni sono effettuate tramite questionario, interviste telefoniche, “riscontri dai clienti” e non meglio specificate “valutazioni interne”.

La qualità della compilazione delle schede per quanto concerne i dati di abbandoni e ricadute durante o al termine del trattamento non è sufficiente a consentire un'analisi adeguata dei dati.

#### 4.2.5 ASSOCIAZIONI

Nell'ambito dell'associazionismo piemontese impegnato nell'area della disassuefazione dal fumo di sigaretta, sulla base dell'esplorazione compiuta, troviamo soggetti con statuto e finalità molto differenti: associazioni ONLUS (Associazione AMA, Fondo Edo Tempia), associazioni di categoria (FIMMG), società cooperative (Istituto Change) e la LILT, che è un Ente Pubblico a carattere associativo.

La LILT è certamente al primo posto fra le associazioni piemontesi nell'ambito delle attività di cessazione. I dati raccolti si riferiscono a tutte le Sezioni Provinciali tranne quella di Torino che, non avendo risposto

all'indagine, non è compresa nella presente rilevazione. Delle otto Sezioni Provinciali (Alessandria, Asti, Biella, Cuneo, Novara, Torino, Verbano Cusio Ossola e Vercelli) due gestiscono direttamente tre Centri Antifumo pubblici: il Centro Antifumo dalla LILT di Biella e i Centri Antifumo di Cuneo e di Alba dalla Sezione LILT di Cuneo. L'ASL di Biella inoltre affida la gestione dei corsi per smettere di fumare alla Sezione Provinciale della LILT. La LILT ha elaborato negli anni una propria metodologia di disassuefazione (i GdF-Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo), il cui protocollo prevede: un colloquio individuale motivazionale di selezione, 9 incontri di gruppo centrati sul confronto e su tecniche psicologiche comportamentali e un *follow up* a fine trattamento (si veda la nota 10 e il sito [www.legatumori.it](http://www.legatumori.it)).

Le attività della LILT sono autofinanziate e l'accesso ai corsi è vincolato al tesseramento associativo.

L'Associazione Auto Mutuo Aiuto (AMA) di Pinerolo, in collaborazione con l'ASL 10, ha organizzato dal 2001 al 2004 al suo interno 4 gruppi di auto mutuo aiuto<sup>11</sup> (uno all'anno), che hanno visto la partecipazione di una media di 15 persone all'anno per sessioni annuali di 11 incontri della durata di due ore<sup>12</sup>. Operatori non professionali formati all'auto mutuo aiuto svolgono il ruolo di facilitatori del gruppo.

Presso il Fondo Edo Tempia<sup>13</sup> di Biella, è attivo dal 2004 un servizio di *counselling* ad accesso diretto rivolto alle persone che desiderano smettere di fumare.

Interventi di formazione dei MMG al *counselling* sono stati realizzati dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) e dall'Istituto Change come precedentemente esposto nel paragrafo “MMG”.

### RIEPILOGO “La disassuefazione dal fumo”

- L'impegno delle ASL nella disassuefazione dal fumo di sigarette si esprime attraverso un ampio ventaglio di interventi che vanno dai corsi per smettere di fumare ai progetti di counselling antitabagico. In alcuni casi le ASL si sono dotate di un servizio specifico per il trattamento dei pazienti tabagisti: il Centro Antifumo.
- Nel biennio 2002-2003 sono stati attivati 84 corsi per smettere di fumare in 11 ASL, per un totale di 1105 pazienti trattati. I corsi sono promossi principalmente dai Centri Antifumo, dai Dipartimenti Dipendenze e dalle unità di Educazione e Promozione della Salute.
- L'attività di counselling nel biennio 2002-2003 è stata svolta da 6 ASL attraverso i MMG, e da 7 ASL attraverso personale sanitario (medici, psicologi, infermieri ed altre figure). Sulla base dei dati forniti nel biennio 2002-2003 sarebbero stati 600 gli utenti raggiunti dai MMG e 175 quelli raggiunti dagli operatori sanitari.
- Sono 17 i Centri Antifumo pubblici attivi in Piemonte al 2004 (di cui 11 interni all'ASL, 2 in Aziende Ospedaliere, 3 nelle LILT e uno in un IRCC). 14 Centri su 17 sono stati aperti dopo il 1999. Sono 59 i professionisti impegnati nei Centri Antifumo (25 medici e 14 psicologi). Nel triennio 2001-2003 sono stati trattati 1909 fumatori, e si è riscontrato un forte incremento durante questi tre anni. I trattamenti offerti sono: counselling (nell'81% dei Centri), terapia farmacologica (nel 69% dei Centri), terapia di gruppo (nel 56% dei Centri), terapie alternative (agopuntura e ipositerapia, nel 31% ).
- I dati riguardanti le percentuali di successo dei trattamenti non sono sufficienti per poter effettuare una corretta valutazione.
- Non si segnalano corsi per smettere di fumare né attività di counselling da parte delle ASO.
- Sono stati rilevati 7 Centri privati che dichiarano di aver trattato 937 fumatori nel 2003. I trattamenti offerti sono principalmente: quanti di energia, auricoloterapia e elettroagopuntura

<sup>11</sup> I gruppi A.M.A. sono gruppi che si formano per fornirsi reciproca assistenza tra persone che hanno un problema in comune. Quando si parla di gruppo A.M.A. si intende una categoria piuttosto complessa che comprende gruppi con caratteristiche differenti. La distinzione più significativa riguarda la presenza o meno di un facilitatore. L'idea A.M.A. è nata con gli Alcolisti Anonimi, ma è funzionale l'utilizzo di tale modello con persone aventi a che fare anche con altri disagi, ad esempio i disturbi d'ansia (attacchi di panico, fobie, etc.), il gioco d'azzardo, le malattie tumorali, le cardiopatie, l'essere il familiare di un paziente malato, la situazione di ex carcerato, di ex paziente psichiatrico, la tossicodipendenza, l'esser partner di tossicodipendenti, la depressione, i figli con handicap, i disturbi alimentari, etc. Lo scopo essenziale del gruppo di auto mutuo aiuto è di dare, a persone che vivono in situazioni simili, l'opportunità di condividere le loro esperienze e di aiutarsi a mostrare l'uno all'altro come affrontare i problemi comuni. L'auto aiuto è quindi un mezzo valido per assicurare ai partecipanti del gruppo sostegno emotivo. Il fatto che poi i partecipanti condividano il medesimo problema permette che l'aiuto scambiato sia sentito come maggiormente efficace. Si acquisiscono specifiche informazioni riguardanti soluzioni pratiche apprese dall'esperienza diretta, che di solito non sono ricavabili né dai libri, né dagli operatori professionali, né dalle istituzioni assistenziali. Per un primo approccio ai gruppi AMA e per una bibliografia sul tema si veda, fra gli altri Cecchi M. (1993), *Gruppi di auto mutuo aiuto: caratteristiche, funzioni, obiettivi*, “Il seme e l'albero”, 1.

<sup>12</sup> Il corso è finanziato attraverso le quote di iscrizione all'Associazione. Il numero riferito di successi ottenuti sul totale dei partecipanti ai corsi in un anno è in media del 34%; non sono disponibili dati sul tempo di rilevazione dei successi e delle ricadute (a tre, sei, dodici mesi dalla fine del corso), né sulle modalità di rilevazione dell'astinenza (auto-dichiarata, rilevamenti bio-chimici).

<sup>13</sup> Il Fondo di solidarietà Edo Tempia ([www.fondoedotempia.it](http://www.fondoedotempia.it)) per la lotta contro i tumori è una associazione volontaria biellese, privata, autonoma, indipendente, apolitica, promossa da Elvo Tempia nel gennaio del 1981 per esaudire la volontà del figlio Edo, stroncato da un tumore il 21 dicembre 1980 a 35 anni. Il Fondo Edo Tempia si propone di concorrere alla realizzazione del Piano Oncologico della Regione Piemonte, operando in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'ASL 12 di Biella e con il Polo Oncologico.

### 4.3 INTERVENTI COMUNITARI

Aree di intervento e tipo di attività svolte			
Soggetti coinvolti	Prevenzione	Disassuefazione	Interventi comunitari
ASL/ASO	Progetti, iniziative, interventi nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corsi per smettere di fumare</li> <li>- Counselling attraverso il personale sanitario</li> <li>- Counselling attraverso i MMG</li> <li>- Centri Antifumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguamento ai divieti vigenti</li> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> </ul>
AMMINISTRAZIONE PUBBLICA	Patrocini e sponsorizzazioni		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguamento ai divieti vigenti</li> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> <li>- Patrocini e sponsorizzazioni</li> <li>- Campagne di comunicazione</li> </ul>
LILT	Interventi nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centri Antifumo</li> <li>- Corsi per smettere di fumare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> <li>- Ricerca</li> </ul>
ASSOCIAZIONI	Iniziativa nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppi di auto-mutuo aiuto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicazione</li> <li>- Ricerca</li> <li>- Documentazione</li> <li>- Formazione</li> </ul>
SCUOLE	Progetti di prevenzione		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di sensibilizzazione</li> </ul>
STRUTTURE PRIVATE		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizi di cessazione</li> </ul>	

#### 4.3.1 INIZIATIVE DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

##### 4.3.1.1 La Regione

##### La campagna “Ama te stesso”

Il fumo è uno dei temi della campagna di comunicazione sociale sulla salute promossa dalla Regione Piemonte e intitolata “Ama te stesso”. Il programma ha preso avvio alla fine del 2000 con l’obiettivo di informare e sensibilizzare la collettività intorno ai rischi relativi a stili di vita poco salutari, attraverso una serie articolata di messaggi diffusa su svariati mezzi di comunicazione, inducendo così una riflessione sull’opportunità

di mutare alcuni comportamenti per migliorare la propria salute. La campagna è incentrata su alimentazione, attività fisica, stress e fumo, variabili fondamentali nell’influenzare l’incidenza delle patologie cronicodegenerative<sup>14</sup>.

La **prima fase della campagna** è stata avviata alla fine del 2000 e si è conclusa alla fine del 2001: utilizzava messaggi provocatori, che mettevano in rilievo il rapporto tra il comportamento e la malattia, stimolando una reazione emotiva con l’uso di termini negativi ironicamente associati al verbo amare (“*Il cancro ama i fumatori*”). Dal punto di vista grafico, si è utilizzato uno sfondo giallo con immagini rosse e scritte

<sup>14</sup> Il progetto è stato ideato e realizzato nell’ambito del programma pluriennale Promozione Salute Piemonte, all’interno dell’Area Educazione Sanitaria e Promozione della Salute (Direzione 29 - Controllo Attività Sanitarie) dell’Assessorato alla Sanità della Regione, su finanziamento del Fondo Sanitario Regionale. I *partners* coinvolti nella progettazione e realizzazione della campagna sono: i Medici di Medicina Generale; gli Specialisti Oncologi; gli Specialisti Cardiologi; il Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo della Facoltà di Psicologia; il Dipartimento di Salute Pubblica e Microbiologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia; i Referenti per l’Educazione Sanitaria delle ASL; il centro di documentazione DoRS; il portale “OK Medico”.

blu, con un effetto di elevata vividezza che attira l'attenzione e trasmette un senso di allarme.

Ad un anno di distanza, è stata avviata la **seconda fase della campagna** per approfondire, sviluppare e completare i temi affrontati nel primo periodo, ricercando un maggiore coinvolgimento della popolazione nella gestione della propria salute, attraverso messaggi non impositivi, ma che indicassero i vantaggi immediati della modificazione dei comportamenti dannosi per la salute e che suggerissero quali azioni concrete compiere per evitare i rischi prospettati. In questa fase è entrata in gioco la soggettività dell'individuo, che è stato invitato a decidere per sé, facendo della disassuefazione dal fumo il proprio progetto personale.

I messaggi sono quindi incentrati sull'idea incoraggiante che smettere di fumare è possibile, con l'obiettivo comunicativo di rinforzare l'azione di chi intende smettere o ha già intrapreso un percorso di cessazione: "Smettere di fumare si può, provaci anche tu". Allo scopo di assicurare la continuità della campagna e facilitarne il ricordo presso il pubblico, è stata mantenuta nel tempo la medesima forma grafica. È stata però rafforzata la valenza positiva veicolata dal simbolo del cuore, il quale comunica il concetto di cura di sé, di autostima, di amore per sé stessi, espresso anche dal verbo amare.

Inoltre i contenuti dei manifesti specifici sul fumo sono stati posti in relazione diretta con l'imminente entrata in vigore della normativa sul divieto di fumo nei luoghi aperti al pubblico e con l'iniziativa "Uffici Regionali Liberi dal Fumo", con l'intento di rinforzare un comportamento indotto da interventi di tipo normativo.

Oltre ai messaggi diffusi su cartellonistica, è stato realizzato un pieghevole a tre ante, con lo scopo di coinvolgere il fumatore, agganciarlo, invitarlo ad agire e consigliarlo sul modo più efficace di riuscirci.

Il foglio contiene il *test* di Fagerstrom per valutare il proprio rapporto con la sigaretta e il proprio grado di dipendenza dalla nicotina, accompagnato da un richiamo al punto di vista del destinatario.

Per quanto concerne la **diffusione sui media**, all'avvio della prima fase l'iniziativa di divulgazione della campagna è avvenuto nelle piazze dei capoluoghi piemontesi, con il ricorso ad un sistema di comunicazione interattivo, consistente nell'installazione di *stand* aperti al pubblico e recanti le immagini della campagna con il logo della Regione Piemonte. In tali strutture, a partire da metà novembre 2000 e sino a fine gennaio 2001, i cittadini hanno potuto ricevere informazioni su come condurre uno stile di vita sano, su quali sono gli enti che in Piemonte si occupano di prevenzione e sul funzionamento del sistema sanitario territoriale.

In occasione del 31 maggio, giorno in cui si celebra la Giornata Mondiale Senza Fumo, nei giorni precedenti e seguenti, sono stati allestiti, ogni anno fino al 2003, *stand* con mostre, distribuzione di materiali stampati e collegamenti con l'Istituto Superiore di Sanità.

Inoltre presso i 40 centri Commerciali più significativi del Piemonte, per una durata di circa 15 giorni, sono state predisposte aree con espositori e cartelli e con la presenza di *hostess e stewards* per la distribuzione di opuscoli, pieghevoli e volantini.

Per il tema del fumo è stato diffuso un pieghevole a tre ante, con lo scopo di coinvolgere il fumatore, agganciarlo, invitarlo ad agire e consigliarlo sul modo più efficace di riuscirci.

Il foglio contiene il *test* di Fagerstrom per valutare il proprio rapporto con la sigaretta e il proprio grado di dipendenza dalla nicotina, accompagnato da un richiamo al punto di vista del destinatario.

Anche le affissioni nelle aree urbane sono durate circa 15 giorni; sono stati posizionati cartelloni nelle stazioni ferroviarie e pendolini sui treni, per una durata di 2-3 mesi, e a partire dalla seconda fase sono stati distribuiti *poster* nei servizi sanitari, nelle scuole e negli esercizi commerciali (per questi ultimi, in vista dell'entrata in vigore della legge sui locali pubblici). Infine sono stati pubblicati annunci, articoli redazionali, interviste con esperti, circa 3-4 volte per

la durata di entrambe le fasi, sulla stampa quotidiana e sui giornali locali piemontesi. Per la **valutazione dell'impatto** della comunicazione, la Regione fa riferimento ad una ricerca sugli atteggiamenti verso la salute dei Piemontesi svolta presso il Politecnico di Torino<sup>15</sup>, nell'ambito della quale è stato indagato il ricordo dei messaggi della campagna. Poiché le domande utilizzate contenevano un riferimento generico, senza richiami specifici ai vari temi trattati, non esistono dati che descrivano unicamente la parte relativa al fumo. In generale, i risultati indicano una ricaduta incerta e poco diffusa dei messaggi promozionali.

### Concorso “Smetti e vinci”

Si tratta di un concorso internazionale a premi per fumatori ai quali, nella edizione del 2004, è stato chiesto di impegnarsi a smettere di fumare dal 2 al 29 maggio; l'evento costituisce inoltre una campagna di comunicazione con diffusione tramite *brochure* e *internet* che promuove i benefici derivanti dallo smettere di fumare.

La Regione Piemonte ha aderito all'iniziativa nel 2000, nel 2002 e nel 2004 insieme ad altre Amministrazioni Regionali e ASL italiane. L'evento ha il patrocinio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio fumo, alcol e droga -, della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, della Federfarma (Federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacia italiani), di Assofarm (Federazione aziende e servizi socio-farmaceutici), della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis e della Rete “Città Sane” - OMS.

Il concorso Smetti & Vinci non si svolge solo in Italia, ma l'iniziativa, che nel resto dei paesi è denominata “Quit and Win”, è nata negli anni 80 e poi organizzata a livello internazionale in sei edizioni (1994, 1996, 1998, 2000, 2002 e 2004) dal KTL, Istituto Nazionale per la Sanità Pubblica Finlandese, con il supporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. I partecipanti in Italia all'edizione del 2002 sono stati 6368, contro i 5900 dell'edizione del 2000.

### Progetto “Uffici regionali liberi dal fumo”

Nel 2003 la Regione Piemonte ha creato un gruppo di lavoro a cui partecipano 5 direzioni regionali il cui scopo è quello di condurre un progetto che mira ad identificare la Regione come ambiente “libero dal fumo” e a darne ampia visibilità per proporre ai cittadini e alle organizzazioni lavorative un modello di promozione della salute. Il programma, il cui obiettivo è quello di eliminare il fumo sul luogo di lavoro e di diminuire il numero di fumatori, si propone di sensibilizzare i 2815 dipendenti regionali operativi presso le sedi centrali e periferiche. Il progetto è iniziato nel 2003 con una prima fase di informazione dei dipendenti sull'introduzione del divieto e si è avvalso dell'utilizzo di specifici supporti informativi (utilizzo dello statino/stipendio personalizzato con l'immagine della campagna antifumo AMATE STESSO, invio di sms e *e-mail* ai dipendenti con messaggi tratti dalla campagna antifumo, cartellonistica e sito internet regionale contenente immagini antifumo e indicazione dei Centri Antifumo presenti in Regione). Il programma prevede di offrire successivamente ai dipendenti assistenza presso i Centri Antifumo durante l'orario di servizio per incentivare la disassuefazione dei fumatori. Solo in seguito alla sensibilizzazione e all'offerta di canali privilegiati per la cessazione è introdotto il divieto di fumare con il potenziamento della segnaletica nei locali dell'Amministrazione. Infine il progetto prevede un'azione di monitoraggio dell'applicazione della restrizione con il coinvolgimento di tutti i direttori Regionali nel controllo del divieto e nella possibilità di sanzionare gli eventuali trasgressori.

#### 4.3.1.2 Province

Delle 8 Province del Piemonte 6 hanno sostenuto iniziative per il controllo del tabagismo nel periodo compreso tra il 2002 e il 2004. Le Province hanno contribuito alla lotta al fumo attraverso la promozione di progetti mediante l'appoggio ad organizzazioni

<sup>15</sup> D. Vannoni, *Gli atteggiamenti verso la salute dei Piemontesi. Report*

esterne oppure tramite patrocinio e sostegno di iniziative di associazioni.

Per quanto riguarda la **sensibilizzazione al problema del tabagismo**, in una Provincia (Asti) nel 2003 è stato organizzato in collaborazione con l'ASL 19 un incontro rivolto ai dipendenti sul rischio del fumo. La Provincia di Torino ha invece dedicato una conferenza sulla prevenzione del fumo tra i giovani in occasione del Salone del Libro 2003 in collaborazione con la SITAB (Società Italiana di Tabaccologia) dal titolo "Il grigio e il nero del fumo contro i colori della vita: giovani, promozione salute e autonomia".

Nell'ambito della **prevenzione nelle scuole**, la Provincia di Vercelli ha finanziato il concorso per scuole elementari e medie "Non si fuma" proposto dall'associazione "Perché no?" volto alla prevenzione del fumo tra gli studenti della scuola dell'obbligo.

Per quanto riguarda il potenziamento delle **attività di cessazione**, la Provincia di Torino ha realizzato nel 2003 e nel 2004 il corso di formazione "La gestione del problema fumo da parte degli operatori sanitari" in collaborazione con la FIMMG per fornire agli operatori sanitari capacità tecniche, quali lo strumento del *counselling*, per la disassuefazione del paziente fumatore. L'evento rientra nell'ambito del progetto provinciale "Ambiente e Malattia" che mira alla prevenzione delle problematiche della salute a maggiore impatto sulla popolazione.

3 Province (Alessandria, Novara e Biella) hanno dichiarato di aver sostenuto i progetti della sezione locale della LILT attraverso patrocinio o finanziamento di corsi di disassuefazione e attività di prevenzione nelle scuole.

Non sono stati segnalati progetti che mirano alla creazione di *policies* aziendali antifumo rivolte ai dipendenti dell'amministrazione provinciale.

#### 4.3.1.3 Comuni

Degli 8 Comuni capoluoghi di provincia del Piemonte 7 hanno dichiarato di aver svolto

attività o sostenuto iniziative per il controllo del tabagismo sul loro territorio.

Il contributo dei Comuni piemontesi alla lotta al fumo si è declinato nella realizzazione diretta di interventi o nella promozione delle attività delle associazioni.

La **sensibilizzazione al problema fumo** è stata affrontata dal Comune di Torino attraverso la realizzazione di un numero monografico della rivista "Informa Giovani"<sup>16</sup> dedicato interamente al problema del tabagismo nel 2001 e con una conferenza dal titolo "L'efficienza respiratoria: dalla sua stimolazione alla sua conservazione" nel 2004 nell'ambito del ciclo di conferenze "Martedì Salute" dedicate alla prevenzione delle malattie e al miglioramento della qualità della vita.

La **prevenzione del fumo nelle scuole** ha visto il Comune di Vercelli impegnato nella sponsorizzazione del concorso scolastico "Non si fuma" promosso dall'associazione "Perché no?", mentre a Torino il Comune ha elargito nel 2003 un finanziamento per il progetto "Non fumo perché...", che prevede il monitoraggio della diffusione del fumo nelle scuole da parte dell'Associazione ZED.

Per quanto riguarda la promozione di **alleanze per la lotta al tabagismo** si segnala l'impegno del Comune di Cuneo nella creazione di una rete che coinvolge enti pubblici, privati e terzo settore.

Il progetto è denominato "Cuneo libera dal fumo" e comprende i seguenti *partner*: ASL 15, Movimento Consumatori, CIPES (Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria), LILT, CSA (Centro Servizi Amministrativi e Associazione Italiana Medici per l'Ambiente). L'alleanza mira a promuovere progetti di contrasto al tabagismo che prevedano il coinvolgimento di più attori. Tra le iniziative svolte fino ad ora si segnala il progetto "Scuola libera dal fumo".

In tema di alleanze si segnala la diffusione in Piemonte della Rete "Città sane", che

<sup>16</sup> La rivista Informa Giovani è un periodico bimestrale a cura del Comune di Torino contenente notizie di carattere informativo sulle principali tematiche giovanili ed è distribuita gratuitamente su richiesta e presso i principali spazi di aggregazione giovanile. La tiratura raggiunge le 35.000 copie.

prevede la diffusione di programmi di prevenzione e promozione della salute e lo sviluppo sostenibile nel *setting* città.

Il progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mira a rafforzare l'impegno politico delle municipalità alla promozione della salute a livello locale e attualmente coinvolge 130 città italiane. Il progetto in Piemonte è promosso dal CIPES e vede la collaborazione dell'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) e della Regione Piemonte. Le città piemontesi che al 2004 hanno aderito alla rete sono Torino, Alessandria, Asti, Cuneo, Novara, Pinerolo, Valenza e Vercelli. Oltre al già citato progetto di Cuneo non si segnalano attività di contrasto al tabagismo derivate dall'adesione delle città alla rete.

Nell'ambito delle **attività di cessazione**, 2 Comuni hanno finanziato servizi di disassuefazione delle ASL (Torino nei confronti dell'ASL 4 e Alessandria nei confronti dell'ASL 20). In più della metà dei comuni (Torino, Cuneo, Alessandria, Novara e Vercelli), la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) riceve un sostegno dall'Amministrazione Locale. La LILT diffonde a sua volta sul territorio progetti nelle scuole, corsi per smettere di fumare e manifestazioni pubbliche di sensibilizzazione.

Infine un settore che si sta sviluppando è quello della promozione della salute tra i dipendenti delle amministrazioni comunali attraverso le *policies* antifumo negli ambienti di lavoro. 3 Comuni (Torino, Asti e Verbania) affermano di aver lavorato negli ultimi 2 anni alla realizzazione e all'applicazione di divieti e di restrizioni del fumo nei propri locali in ottemperanza alle ultime disposizioni legislative. Tali attività consistono soprattutto nell'applicazione e nel monitoraggio di un regolamento interno e nella diffusione della segnaletica antifumo negli uffici comunali, mentre non si segnalano attività realizzate in collaborazione con i Centri Antifumo e gli altri servizi delle Aziende Sanitarie che si occupano di disassuefazione.

#### 4.3.1.4 Iniziative delle ASL e delle ASO

##### **Policies antifumo all'interno delle aziende sanitarie**

Gli interventi comunitari delle Aziende Sanitarie sul tabagismo hanno lo scopo di sensibilizzare i dipendenti, i pazienti e la popolazione del territorio di competenza al rispetto dei divieti e ad incentivare i percorsi di disassuefazione. Inoltre le strutture sanitarie ricoprono un ruolo di primo piano nel diffondere messaggi di contrasto al fumo in un'ottica di prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute. L'obiettivo principale che le *policies* antifumo si propongono è quello di ridurre il numero dei fumatori tra la popolazione e in particolare all'interno dell'azienda stessa.

L'adeguamento alla normativa di divieto del fumo negli ambienti sanitari ha indotto alcune ASL e ASO a sviluppare progetti di promozione della salute per accompagnare la diffusione dei divieti a interventi che ne rinforzassero l'efficacia. Tali iniziative hanno avuto come *setting* privilegiato l'azienda e in alcuni casi il territorio circostante.

Va precisato, come già premesso nel capitolo "Materiali e metodi", che i dati presentati in questa sezione non hanno pretesa di esaustività in quanto non derivano dall'indagine compiuta presso le Aziende Sanitarie piemontesi, ma sono stati ricavati dal materiale allegato, quando presente, alle schede compilate dai RePES e dai progetti presentati in occasione della "7° Conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute" (Torino, 21-22 novembre 2003) e del seminario regionale "Promozione della Salute e Servizio Sanitario Regionale" (Torino, 22 giugno 2004).

Il rispetto del divieto è stato accompagnato dall'allestimento di organi di vigilanza e in alcuni casi da una commissione deputata alla valutazione dell'intervento.

Queste disposizioni in alcuni casi sono state accompagnate da indagini conoscitive sul comportamento dei dipendenti e sulla prevalenza dei fumatori tra il personale sanitario. Le indagini hanno avuto il duplice obiettivo

di raccogliere informazioni per impostare successivamente il progetto e di sensibilizzare il personale sulla pericolosità del fumo. La diffusione dei divieti ha generato la necessità di diffondere informazioni sulle nuove disposizioni e sulla possibilità di accedere ai trattamenti per la disassuefazione. Le Aziende Sanitarie hanno quindi realizzato campagne di sensibilizzazione contro il fumo rivolte ai dipendenti, ai pazienti e ai cittadini attraverso la distribuzione di materiale informativo in forma di *brochure* direttamente all'ingresso delle strutture o mezzo posta ai dipendenti e alla farmacia, allestimento di mostre (Mostra percorso del fumo), articoli sul notiziario aziendale, realizzazione e diffusione di *poster*.

Alle campagne spesso si sono accompagnate attività volte a promuovere la motivazione a smettere quali la misurazione gratuita del monossido di carbonio tramite spirometria, il consiglio a smettere da parte del personale sanitario appositamente formato (in alcune ASL chiamato "facilitatore del cambiamento", in altre "promotore-facilitatore") e il *counselling* da parte del medico di medicina generale o del personale sanitario (vedi paragrafi specifici) a cui può seguire un accompagnamento del paziente ai servizi di disassuefazione presenti all'interno dell'Azienda.

La ricerca ha rilevato inoltre che le Aziende Sanitarie hanno spesso realizzato gli interventi comunitari di lotta al tabagismo in occasione della giornata del respiro del 31 maggio (5 Aziende sulle 13 che hanno svolto progetti) e sotto la propulsione dell'adesione delle stesse alla rete "Ospedali liberi dal fumo" (6 aziende su 13).

### **Ospedali Liberi dal Fumo**

Il progetto "Ospedali liberi dal fumo", coordinato dall'ASL 19 di Asti, costituisce un propulsore per la diffusione di interventi di lotta al tabagismo sul territorio tramite l'azione dei servizi sanitari.

In Piemonte il progetto HPH (Health Promoting Hospitals) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Europeo opera da 7 anni ed è coordinato dal CIPES Piemonte (Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria).

Il quadro delle adesioni alla Rete HPH si presenta attualmente fluido e mutevole, poiché il progetto non è ancora ben consolidato.

Ogni azienda che intende aderire alla rete HPH può scegliere tra i 5 progetti sviluppati in Piemonte<sup>17</sup>, uno dei quali è "Ospedali liberi dal fumo".

Il progetto in Piemonte prevede che le Aziende Sanitarie realizzino i seguenti obiettivi:

- 1) indagine epidemiologica sul problema fumo, rivolta ad operatori sanitari e pazienti ricoverati;
- 2) costruzione di una cartellonistica informativa sui problemi relativi al fumo;
- 3) introduzione nelle cartelle cliniche del *test* di Fagerstrom;
- 4) formazione degli operatori sanitari: i Promotori-Facilitatori<sup>18</sup> e i conduttori di gruppo per la disassuefazione dal fumo di sigaretta;
- 5) attivazione dell'ambulatorio per la disassuefazione dal fumo rivolto a operatori sanitari e cittadini;
- 6) monitoraggio dei risultati.

In Piemonte 15 Aziende Sanitarie hanno fino ad ora aderito al progetto "Ospedali liberi dal fumo". A questo elenco si deve aggiungere l'Azienda della Valle d'Aosta in quanto questa regione ha da poco aderito per via di convenzione alla rete piemontese. Nel 1997 le Aziende Sanitarie aderenti al progetto erano 7.

<sup>17</sup> I progetti della rete HPH in Piemonte sono: Ospedale e Territorio, Ospedali liberi dal fumo, Umanizzazione dei servizi sanitari, Abuso sui minori e violenza sulle donne, Nutrizione e Salute, Sicurezza in Ospedale.

<sup>18</sup> Vedi nota 5

## I RISULTATI

Nella tabella sottostante sono riassunti i progetti realizzati dalle ASL e dalle ASO:

Azienda	Titolo del progetto (anno)	Obiettivi	Azioni
ASL 5	<b>Orario...senza tabacco</b> (2004)	Promuovere la motivazione a smettere  Far conoscere la normativa e le opportunità per la disassuefazione  Facilitare il percorso di avvicinamento ai servizi per la cessazione	- Indagine conoscitiva - Individuazione e formazione dei funzionari incaricati del controllo - Realizzazione di trattamenti di disassuefazione
ASL 7	(Tutti gli anni in occasione del 31 maggio)	Promuovere la motivazione a smettere	- Spirometrie gratuite ad accesso libero nell'ambulatorio "medicina dello sport" per il controllo delle funzione respiratoria - Poster esposti nello stand della "Promozione Salute Piemonte" Piemonte - 31 Maggio 2001 - Sito web dell'ASL: presentazione spirometria a scopo divulgativo
ASL 8	<b>Nomadi del respiro</b> (2004)	Far conoscere la normativa e le opportunità per la disassuefazione	- Indagine conoscitiva - Pubblicizzazione dei servizi per la disassuefazione dell'azienda - Diffusione nei servizi la figura del "facilitatore del cambiamento"
ASL 9	<b>Settimana per smettere di fumare</b> (Dal 1996)  <b>Attività legate all'adesione al progetto "Ospedali liberi dal fumo"</b> (dal 2001)	Agevolare i percorsi di disassuefazione  Applicare la normativa sui divieti  Sensibilizzazione contro il fumo	- Pubblicizzazione tramite opuscoli, comunicati stampa, lettere ai MMG e alle farmacie in occasione della "giornata del respiro". Realizzazione di un corso per smettere di fumare.  - Indagine epidemiologica sul problema fumo rivolta ad operatori e pazienti - Realizzazione cartellonistica - Formazione di 45 facilitatori - Introduzione nelle cartelle cliniche del test di Fagestrom - Monitoraggio dei risultati  - Stand espositivo antifumo AMA TE STESSO Regione Piemonte presso il mercato di Ivrea e adesione alla giornata del respiro. - Allestimento della "mostra percorso del fumo"
ASL 10	<b>ASL 10 senza fumo</b> (2002)	Eliminare il fumo nei locali dell'azienda	- Corsi di formazione rivolti ai dipendenti - Campagne di comunicazione che coinvolgono anche le scuole nella preparazione della cartellonistica - Disponibilità di un percorso di disassuefazione per i dipendenti
ASL 13	(2003)	Valutare l'applicazione del regolamento aziendale e del funzionamento degli interventi di cessazione	- Indagine proposta dal gruppo di lavoro aziendale sugli interventi di contrasto al fumo di tabacco sull'applicazione dei divieti

Azienda	Titolo del progetto (anno)	Obiettivi	Azioni
ASL 13	(2003)		- Ricerca "Fattibilità della valutazione di efficacia di un intervento di smoking cessation nell'ASL 13 di Novara" con finanziamenti della Regione Piemonte
ASL 15	<b>Scuola libera dal fumo</b> (dal 2002)	Sensibilizzazione contro il fumo	- A partire da un progetto di prevenzione nelle scuole, realizzazione di interventi di sensibilizzazione rivolti a studenti, genitori, docenti e cittadini.
ASL 17	<b>Primi interventi legati all'adesione al progetto "Ospedali liberi dal fumo"</b> (2003)	Conoscere l'opinione degli operatori sul problema del fumo all'interno della struttura sanitaria	- Indagine conoscitiva presso i dipendenti ospedalieri e dei servizi di supporto 2002
ASL 19	(2003)	Sensibilizzazione contro il fumo	- Interventi educativi rivolti agli operatori sanitari - Materiale informativo ai pazienti - "Mostra percorso del fumo" rivolta alla comunità
ASL 20	(2004)	Applicare la normativa sui divieti  Agevolare i percorsi di disassuefazione	- Cartellonistica nel presidio di Tortona - Collaborazione con i NAS per attuazione legge negli Esercizi Pubblici - Spirometrie gratuite e distribuzione di materiale informativo in occasione della "giornata del respiro"
ASO S. Croce e Carle Cuneo	(2003)	Creare alleanze contro il tabagismo  Agevolare i percorsi di disassuefazione	- Istituito gruppo interaziendale con ASL 15 - Spirometrie gratuite in occasione della "giornata del respiro"
ASO Molinette	(2004)	Applicare la normativa sui divieti  Agevolare i percorsi di disassuefazione	- Raccomandazioni circa il rispetto del divieto di fumare - Spirometrie gratuite e distribuzione di materiale informativo in occasione della "giornata del respiro"
ASO O.I.R.M. S. Anna	(2003)	Applicare la normativa sui divieti  Sensibilizzazione contro il fumo	- Realizzazione di poster di sensibilizzazione - Attività di vigilanza - Rimozione posacenere - Pubblicazione di articoli dedicati al tabagismo sul notiziario aziendale - Costituzione comitato "Ospedale senza fumo"
ASO CTO-CRF-MARIA ADELAI-DE	(2004)	Applicare la normativa sui divieti	- Piano di attività per il controllo dell'applicazione dei divieti con verifiche periodiche

#### 4.3.1.5 Iniziative delle Associazioni

Sul totale delle associazioni contattate, 10 (di cui 7 sono le sezioni provinciali della LILT) hanno dichiarato di effettuare interventi di contrasto al fumo di tabacco in ambito comunitario. Due associazioni svolgono attività di ricerca e sensibilizzazione. L'associazione Psicologiasalute.it, sezione della SITAB<sup>19</sup> per il Piemonte e la Valle d'Aosta, è impegnata nella sensibilizzazione della popolazione sulle problematiche legate al tabagismo attraverso la promozione di manifestazioni, attività nelle scuole e la conduzione di conferenze. La "Associazione Cuneese per lo Studio e la Ricerca Clinica contro il Cancro al Polmone", nota anche come "Cuneo Lung Cancer Study Group", affiliata all'Alliance for Lung Cancer Advocacy (ALCASE), è impegnata nella lotta al tumore del polmone e svolge attività di sensibilizzazione anche contro il fumo, attraverso la pubblicazione di articoli divulgativi su testate locali e nazionali. Un altro soggetto dell'associazionismo che risulta attivo nel comune di Cuneo è il Movimento Consumatori che, in collaborazione con l'ASL 15, ha svolto nel 2003 una iniziativa di censimento dei luoghi che rispettano le normative anti-fumo. Tale iniziativa ha visto anche il coinvolgimento e la sensibilizzazione degli allievi di una classe di una scuola media del comune. La rilevazione verrà ripetuta anche il prossimo anno. Il Movimento risulta attivo anche sul versante della ricerca e della documentazione.

Altre associazioni di consumatori (fra cui l'Adiconsum regionale, con sede ad Alessandria e il Movimento Consumatori di Biella) non hanno svolto negli ultimi due anni attività nell'ambito del contrasto al fumo di sigaretta, ma si dicono interessate a collaborazioni future.

Nell'ambito delle attività di coordinamento e di documentazione si segnala l'impegno della sezione piemontese della Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CIPES), responsabile per il Piemonte del coordinamento della Rete "Health Promoting Hospitals" e dell'implementazione della Rete "Città Sane". La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), con la sua ramificazione a livello provinciale, è infine un soggetto importante per la lotta al tabagismo in quanto impegnato oltre che in attività di prevenzione nelle scuole e di cessazione presso alcune ASL e Centri Antifumo, anche in attività di documentazione, ricerca e sensibilizzazione. Ogni anno le sezioni provinciali organizzano manifestazioni e campagne di affissioni in occasione del 31 maggio, giornata mondiale contro il fumo, e sono impegnate nella distribuzione di materiali informativi provenienti dalla sede centrale di Roma. La campagna del 2004 è stata diretta in particolare alle donne, con la vendita di *gadget* e opuscoli informativi contenenti consigli che mirano ad accompagnare il fumatore nel percorso di cessazione.

<sup>19</sup> Società Italiana di Tabaccologia (Società scientifica per lo studio del tabacco, del tabagismo e delle patologie fumo-correlate).

**RIEPILOGO “Gli interventi comunitari”**

- La Regione Piemonte ha promosso la campagna pubblicitaria “Ama te stesso” e il concorso “Smetti e vinci” nell'ambito delle iniziative di comunicazione per la disassuefazione dal fumo. La Regione ha inoltre realizzato dal 2003 l'iniziativa “Uffici regionali liberi dal fumo” il cui obiettivo è eliminare il fumo passivo e diminuire il numero di fumatori tra i dipendenti dell'Amministrazione.
- 7 Comuni capoluoghi di provincia del Piemonte (su 8) e 6 Province (su 8) hanno svolto attività per il controllo del tabagismo sul loro territorio tra il 2002 e il 2004 tramite finanziamenti, patrocini, organizzazione di conferenze, creazione di reti, attività di controllo negli uffici pubblici.
- 8 città aderiscono alla rete WHO “Città Sane” che prevede la diffusione di programmi di prevenzione e promozione della salute a livello cittadino
- 4 ASO (su 7) e 9 ASL (su 22) fra il 2003 e il 2004 hanno realizzato progetti di sensibilizzazione, restrizione e prevenzione del fumo negli ambienti sanitari e nel territorio di competenza.
- 15 ASL aderiscono al progetto “Ospedali liberi dal fumo”, all'interno della rete WHO, HPH, che prevede la diffusione di interventi di lotta al tabagismo sul territorio tramite l'azione dei servizi sanitari
- 4 associazioni sono impegnate in attività di sensibilizzazione, ricerca, coordinamento e documentazione.



## DISCUSSIONE

### 5.1. PREVENZIONE NELLE SCUOLE<sup>1</sup>

Dalla descrizione dei risultati relativi alle attività di prevenzione del fumo di sigarette effettuate in ambito scolastico emerge un quadro complessivo caratterizzato da alcuni aspetti, che sono illustrati di seguito.

Innanzitutto si nota la **tendenza alla realizzazione di interventi brevi e solamente informativi**. I progetti più articolati, basati sulla partecipazione attiva degli studenti e su più incontri inseriti nel programma scolastico e quindi potenzialmente più efficaci (Chollat-Traquet, 1996), risultano essere i meno durevoli. I dati esposti precedentemente indicano infatti che gli interventi che prevedono lezioni frontali e/o distribuzione di materiale informativo vengono spesso ripetuti di anno in anno nella medesima scuola, mentre quei progetti caratterizzati da una maggiore complessità e da un maggiore sforzo progettuale trovano attuazione nel corso di un unico anno scolastico, senza prevedere uno sviluppo negli anni successivi nella medesima classe. Va comunque notato che, seppure gli interventi puramente informativi vengano ripetuti di anno in anno, ma applicati in classi diverse, essi coinvolgono ciascuno studente una sola volta, senza alcuna lezione di richiamo nell'anno successivo. La ragione di tale scelta operativa sta probabilmente anche nella costante carenza di risorse umane ed economiche di cui si dispone per la progettazione di interventi di promozione della salute e del benessere psicosociale. Organizzare

incontri informativi con gli studenti comporta infatti costi notevolmente inferiori, sia in termini di tempo, sia in termini di impiego di risorse umane e finanziarie. Inoltre un tale tipo di attività non necessita della presenza di professionalità diverse, né di incontri di preparazione con gli insegnanti, oltre ad essere in grado di raggiungere un maggior numero di studenti, senza intralciare troppo la normale attività didattica.

Risulterebbe così più semplice programmare brevi cicli di lezioni ogni anno piuttosto che pianificare interventi pluriennali, inseriti nel curriculum scolastico, che interessino non solo gli studenti, ma anche gli insegnanti e i genitori. Proprio la collaborazione tra insegnanti ed operatori socio-sanitari dovrebbe essere parte integrante di ogni intervento, al fine di evitare atteggiamenti di delega o di reciproca accusa. D'altronde il mondo della scuola stessa riconosce la necessità di rivolgersi ad esperti esterni per integrare gli interventi di educazione alla salute e di migliorare le proprie conoscenze attraverso corsi di aggiornamento, come testimoniato da una recente indagine condotta su un campione di 80 dirigenti scolastici e 443 docenti di scuola media inferiore e superiore (La Torre, 2003). Ancora, va tenuto conto delle esigenze e dei bisogni di ciascuna scuola, che possono far convogliare le risorse di cui dispone l'istituto verso altri tipi di attività, e delle priorità a cui gli enti promotori devono far fronte, che possono assorbire la maggior parte delle risorse in

<sup>1</sup> La recente rassegna Cochrane (Thomas, 2002) sull'efficacia di programmi scolastici mirati a prevenire il fumo tra i giovani afferma che: 1) non c'è forte evidenza di efficacia per interventi basati solamente sulla trasmissione di informazioni e conoscenze; 2) la maggior parte dei programmi di prevenzione sul tabacco in ambito scolastico è mirata a sviluppare la capacità di resistere alla pressione sociale che spinge a fumare (modello dell'influenza sociale), ma non ci sono evidenze concordi sull'efficacia di tali programmi; 3) supportare i programmi basati sul modello dell'influenza sociale con interventi di comunità o di potenziamento delle abilità sociali può aumentarne l'efficacia.

teoria destinate all'educazione sanitaria. Infine, la tendenza ad attuare interventi informativi ed estemporanei da parte dei cosiddetti "esperti esterni" denota come prevalga ancora, anche tra gli operatori del settore, la convinzione che sia la mancanza di informazioni sugli effetti nocivi del fumo a spingere i giovani a fumare, nonostante la ricerca scientifica abbia rilevato la molteplicità di fattori psicosociali che possono incrementare o attenuare il coinvolgimento nel fumo di sigarette (Jessor, 1977; Jessor, 1991).

Una prevenzione basata esclusivamente sulla trasmissione di conoscenze risulta per lo più inefficace, poiché le azioni messe in atto dagli individui non derivano da valutazioni puramente cognitive, ma sono strettamente connesse anche a fattori emotivi, relazionali, affettivi e sociali.

Un secondo aspetto, emerso soprattutto nella fase di reperimento dei dati relativi ai progetti di prevenzione del fumo di sigarette rivolti agli adolescenti, è l'**assenza di un coordinamento centrale** e di un'**adeguata rete di informazione/documentazione**. Manca infatti un organo di raccordo a livello di dirigenza scolastica deputato alla raccolta sistematica e alla valutazione delle numerose attività di promozione della salute che si svolgono in ambito scolastico. Sembra che tale lavoro di monitoraggio delle attività di promozione della salute a scuola sia affidato più alla buona volontà di alcuni docenti referenti per la salute e di alcuni responsabili dei vari CSA provinciali, che ad un protocollo di lavoro istituzionalizzato. Anche presso alcune ASL piemontesi, dove di recente è stata istituita la figura del RePES è però emersa la difficoltà a documentare i progetti svolti negli anni precedenti e da poco conclusi. Ancora una volta, la spiegazione di tale difficoltà potrebbe risiedere nell'aggiuntivo onere di lavoro cui sono soggetti i referenti per la salute sia a livello scolastico che a livello di ASL, che spesso non lascia spazio ad una documentazione precisa e puntuale dell'attività svolta o in corso. Inoltre ciò potrebbe essere dovuto

alla scarsa collaborazione tra scuola e aziende sanitarie, in virtù del fatto di considerare erroneamente l'educazione alla salute come una materia a sé stante, slegata dai programmi curriculari e dall'organizzazione scolastica.

Essere costretti a documentare in modo sistematico la fase di progettazione e di realizzazione di ogni intervento di prevenzione e promozione della salute costituisce sicuramente un onere, ma permette agli operatori scolastici e socio-sanitari di essere maggiormente consapevoli della propria azione e delle sue ricadute e di garantire la continuità degli interventi e la loro riproducibilità. A questo proposito, la creazione di un archivio a livello regionale, contenente le schede di presentazione di progetti specifici di prevenzione del fumo di sigarette provenienti da organizzazioni sia pubbliche (ASL, enti locali, scuole, ecc.) che private (associazioni, ecc.) potrebbe rappresentare un utile strumento di raccolta e valorizzazione delle progettualità esistenti in Piemonte in tale ambito. Il già esistente portale "www.salutiamoci.it", promosso da Regione Piemonte e Direzione Regionale del MIUR e finalizzato al sostegno di progetti di promozione della salute nella scuola (ad esempio, documentazione, formazione degli insegnanti, sussidi multimediali per la didattica, ecc.), potrebbe costituire un punto di partenza nel quale implementare una sezione interamente dedicata al fumo di sigarette.

Un ulteriore elemento critico rilevato è la **carenza di valutazione degli interventi** realizzati nel settore della prevenzione del tabagismo.

Se da un lato emerge infatti lo sforzo compiuto da chi progetta per abbandonare una modalità di lavoro basata sul buon senso e il "fai da te", tuttavia risulta evidente la presenza di diverse interpretazioni e definizioni del termine valutazione (e dunque di diverse procedure e di diversi indicatori utilizzati), ad indicare l'assenza di un linguaggio condiviso ed una relativamente debole attenzione alla verifica dell'impatto delle iniziative intraprese.

Complessivamente “poiché appare fondamentale che la valutazione entri a pieno titolo nei programmi, anche in termini di verifica costi-benefici<sup>2</sup>, è necessario investire su di una specifica formazione degli operatori del settore. Accanto all’acquisizione di tecniche e competenze professionali, è necessario stimolare un cambiamento culturale che permetta di vedere nel processo di valutazione una risorsa e non una mera modalità di controllo o di esercizio accademico” (Orlandini, 2002).

Anche l’adozione di pratiche preventive basate sull’evidenza scientifica appare poco diffusa tra coloro che si occupano di prevenzione del tabagismo. Ciò è in parte dovuto sia al fatto che la letteratura presente in tema di prevenzione basata sull’evidenza e/o sull’efficacia è prevalentemente straniera ed inglese sia alla mancanza di linee-guida comuni ed applicabili al contesto italiano. La disponibilità di prove di efficacia relative agli interventi di prevenzione del fumo in ambito scolastico è infatti ad oggi scarsa (Thomas, 2002), anche se esistono raccomandazioni e indicazioni di buona pratica in materia (CDC, 1994; NIDA, 2003).

Inoltre si registra la **mancanza di occasioni di confronto tra coloro che lavorano nel campo dell’educazione alla salute** e della promozione della salute non solo a livello nazionale, ma anche a livello internazionale, relativamente ad iniziative e programmi rivolte ai giovani. Ad esempio, in Piemonte, si nota, ad eccezione di una sola Azienda Sanitaria, la non adesione al network europeo “Health Promoting Schools” (H.P.S.), iniziativa promossa dall’OMS e dalla Commissione Europea, con l’obiettivo di aiutare tutte le scuole a diventare scuole sane. Una scuola sana si pone l’obiettivo di favorire la salute fisica, psichica e sociale degli studenti, del personale docente e non docente, dei genitori e coopera con la comunità locale affinché anch’essa diventi un luogo sano di vita.

Tale programma prevede che la scuola si impegni ad inserire attività di educazione e promozione della salute nel curriculum scolastico, a incoraggiare stili di vita sani e a fare scelte di salute per gli alunni e il personale della scuola, a migliorare l’ambiente fisico della scuola, a coinvolgere e collaborare con i servizi specialistici presenti nella comunità e con i politici locali al fine di migliorare la salute e l’istruzione (Burgher, 1999). A ciò va aggiunto la non partecipazione, da parte delle scuole medie inferiori e superiori, al concorso “Smoke Free Class Competition”, progetto per la prevenzione del fumo di tabacco nelle scuole, finanziato dalla Commissione Europea nell’ambito del Programma “L’Europa contro il cancro” in collaborazione con la Rete Europea dei Giovani contro il Tabacco (ENY-PAT). Benché le valutazioni svolte indicano che questo concorso contribuisce a ritardare l’iniziazione al fumo tra i giovani (Wiborg, 2002), solamente una Azienda Sanitaria piemontese ha coinvolto alcune classi in due passate edizioni di tale progetto. La pressoché totale assenza, sul territorio piemontese, di scuole promotrici di salute e/o aderenti al progetto “Smoke Free Class Competition” illustra quindi non solo la difficoltà di reperire informazioni e materiale aggiornato utile al lavoro quotidiano degli operatori, ma anche la mancanza di occasioni di confronto con realtà europee e internazionali. A questo proposito risulta quindi importante il lavoro di raccolta di materiale scientifico e la sua diffusione agli operatori piemontesi da parte del Centro di Documentazione Regionale (DoRS). Inoltre, poiché si ritiene importante l’inserimento della promozione della salute nell’attività didattica e la collaborazione scuola-territorio, così come è indicato dalla rete europea delle scuole che promuovono salute, il già citato portale “[www.salutiamoci.it](http://www.salutiamoci.it)” potrebbe permettere lo sviluppo e l’estensione della rete H.P.S. a livello regionale, la costruzione di una rete istituzionale tra scuola ed enti territoriali, la promozione di progetti

<sup>2</sup> Ad esempio, negli Stati Uniti si calcola che per ogni dollaro speso per la prevenzione dell’uso di sostanze (tabacco, alcol, marijuana, ecc.), le comunità risparmiano da 4 a 5 dollari in costi di trattamento (NIDA, 2003). La stessa revisione Cochrane (Thomas, 2002) sottolinea la necessità di determinare se i costi sostenuti per un programma di prevenzione in ambito scolastico sono giustificati alla luce delle prove di efficacia esistenti.

con la rete europea H.P.S., oltre che lo scambio di esperienze tra le scuole aderenti alla rete al fine di migliorare i progetti di prevenzione.

Si è anche riscontrata l'**assenza di progetti di prevenzione in contesti extrascolastici**. Come ben evidenziato nel capitolo precedente, in Piemonte la prevenzione del fumo di sigarette rivolta ai giovani sembra essere realizzata solamente all'interno dell'ambiente scolastico. A questo proposito, va sottolineato come la scuola costituisca il luogo ideale per l'attuazione di programmi di prevenzione, in quanto permette di raggiungere facilmente un numero consistente di giovani in una fascia di età considerata a rischio per lo sviluppo di abitudini dannose, di realizzare interventi articolati con il gruppo classe e di condurre attività anche con i genitori e gli insegnanti (Stroebe, 1997).

Pochissimi sono, sia in Italia che in Europa, gli interventi rivolti a soggetti fuori dal circuito scolastico, nonostante siano più coinvolti in stili di vita a rischio (Hingson, Strunin, 1992). Costoro, infatti, non solo hanno minori opportunità di apprendere e sviluppare abilità socio-cognitive utili ad affrontare i problemi della vita quotidiana e di essere inseriti in programmi di prevenzione, ma, se hanno un lavoro, hanno anche una disponibilità economica che gli consente una maggiore possibilità di acquisto delle sigarette.

I dati provenienti dall'Annuario Statistico Regionale ([www.2003.piemonteincifre.it](http://www.2003.piemonteincifre.it)) indicano che il tasso di partecipazione nell'istruzione secondaria superiore è, per l'anno scolastico 2000-2001, pari a 86,4%, poco superiore alla media nazionale (86,2%).

La percentuale di abbandoni al primo anno delle scuole secondarie superiori sugli iscritti al primo anno del totale delle scuole secondarie superiori corrisponde invece, per l'anno scolastico 2000-2001, a 13,6: tale dato si colloca al di sopra della media nazionale (11,3%). Poiché la proporzione di popolazione giovanile piemontese non

iscritta alla scuola secondaria superiore o *drop-out* è particolarmente elevata, in un'ottica di promozione della salute della popolazione in generale sarebbe necessario programmare interventi di prevenzione rivolti ai giovani non studenti, pur con tutte le difficoltà di contatto e di coinvolgimento che ciò comporta, in quanto questo gruppo di soggetti risulta non facilmente raggiungibile, non essendo inserito in un contesto comune e circoscritto quale è la scuola.

In generale, si evidenzia uno **squilibrio tra il numero di studenti coinvolti in progetti di prevenzione del tabagismo ed il totale della popolazione studentesca**. Secondo quanto rilevato, nel periodo di tempo compreso tra il 2000 e il 2004 sono stati coinvolti almeno una volta 95.324 studenti di scuola elementare, media inferiore e superiore in interventi di prevenzione del fumo di sigarette.

Tale dato risulta notevolmente ridimensionato se confrontato con il numero di studenti iscritti ogni anno in Piemonte nelle scuole elementari, medie inferiori e superiori, che, ad esempio, per l'anno scolastico 2002-2003 corrisponde a 439.561 ([www.regione.piemonte.it/istrucz/index](http://www.regione.piemonte.it/istrucz/index)).

A fronte di un'ampia diffusione del fumo di sigarette tra i giovani, sembra esserci uno squilibrio tra il numero di progetti messi in campo ed il numero di soggetti partecipanti, che spesso si riduce ad una sola classe per progetto. Ciò può esser dovuto sia alla difficoltà di realizzare progetti ampi ed articolati, come precedentemente descritto, e non significa il non inserimento in programmi di prevenzione della maggioranza della popolazione studentesca, in quanto può partecipare a progetti di educazione alla salute di altro tipo (ad esempio, prevenzione della tossicodipendenza, educazione alimentare, ecc.). A tal proposito si ricorda che l'indagine effettuata non aveva alcuna pretesa di esaustività, pertanto, il quadro delineato è probabilmente incompleto e mancante di alcune iniziative di prevenzione in ambito scolastico.

Ancora, si ritiene utile, dal momento che **pochi progetti rilevati comprendono specifiche attività destinate ai genitori**, sottolineare l'importanza di coinvolgere non solo la scuola, ma anche la famiglia.

Le linee-guida per programmi di prevenzione del fumo di sigarette in ambito scolastico redatte dai CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 1994) contengono infatti l'indicazione di inserire i genitori all'interno degli interventi: ciò aumenta la probabilità che il fumo diventi oggetto di discussione all'interno della famiglia e che gli adulti fumatori inizino a considerare la possibilità di smettere di fumare (Perry, 1990). A sua volta il National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2003) raccomanda di fornire ai genitori informazioni sulle varie sostanze (alcol, tabacco, marijuana, ecc.), sui loro effetti negativi e sulla condotta da tenere relativamente al consumo, al fine anche di stimolare un confronto all'interno della famiglia sull'uso di sostanze legali ed illegali. A tal proposito, la ricerca condotta da Bonino e Ciairano (1998) illustra come i genitori svolgano un'azione preventiva indiretta proprio fornendo apertura al dialogo, sostegno e supervisione, ossia regole e controllo sul loro rispetto.

Inoltre, sempre le medesime ricerche, hanno messo in luce che i genitori possono assolvere un ruolo di protezione o, al contrario, di rischio nei confronti dei loro figli a seconda del loro modello comportamentale e dell'atteggiamento nei confronti del fumo: gli adolescenti fumatori hanno infatti più frequentemente genitori entrambi fumatori, i quali, a loro volta, disapprovano esplicitamente in maniera minore il fumo in adolescenza. Va anche detto che l'averne uno od entrambi i genitori fumatori costituisce un ulteriore fattore di rischio per la salute dei figli, in quanto alcuni studi hanno rilevato l'associazione tra asma bronchiale e ridotta funzionalità respiratoria nei bambini e fumo dei genitori (IARC, 2004). Inoltre, l'indagine "Aspetti della vita quotidiana - Anno 1999" (ISTAT, 2000) ha rilevato che un fumatore passivo su quattro (27,6%) ha meno di 14 anni. I dati mostrano infatti che

per i bambini piccoli la situazione è peggiore di quella dei fumatori passivi di 15 anni e più, tra i quali è più frequente (78,2%) avere un solo fumatore in famiglia e meno averne due o più (21,8%). Nonostante la letteratura scientifica abbia quindi ampiamente documentato i danni provocati dall'esposizione al fumo passivo e l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC, 1986) abbia dichiarato che "il fumo passivo fa aumentare il rischio di cancro", risultano assai scarsi gli interventi di riduzione del fumo passivo in ambito familiare e scolastico, come ben evidenziato anche dai risultati precedentemente presentati, in cui compare solo un caso di attività di informazione sui danni ai bambini esposti rivolto ai genitori fumatori. Ciò conferma l'esigenza di favorire la disassuefazione dal fumo di tabacco non solo nei genitori, ma anche negli insegnanti e negli altri adulti di riferimento, che, ponendosi come modelli di comportamento e di atteggiamenti, possono incidere sulla scelta dell'adolescente di coinvolgersi o meno nel fumo di sigarette. Finché la popolazione adulta sarà largamente implicata nel fumo, finché vi sarà un atteggiamento tollerante e una diffusa accettazione verso tale comportamento da parte degli adulti significativi e finché sarà facile reperire le sigarette anche da parte degli adolescenti, risulterà assai difficile realizzare con loro interventi efficaci di prevenzione e cessazione del fumo di sigarette.

Infine, un ulteriore elemento è la **maggior diffusione dei progetti di prevenzione tra gli studenti delle scuole secondarie superiori**. Le scuole superiori risultano essere coinvolte in numero maggiore in progetti di prevenzione del tabagismo, seguite dalle scuole medie inferiori e per ultime dalle scuole elementari. La ragione che spinge a concentrare il maggior numero di progetti nelle classi medie inferiori e superiori è che proprio la fascia di età fra gli 11 e i 18 anni è quella considerata più a rischio non solo per il consumo di tabacco, ma anche di altre sostanze psicoattive (E.M.C.D.D.A., 2003).

In particolare, sembra che l'avvicinamento alla sigaretta avvenga prima della fine della scuola media inferiore, mentre la stabilizzazione dell'abitudine al fumo corrisponda al biennio della scuola media superiore.

È quindi più frequente che siano gli istituti di istruzione superiore a richiedere interventi di contrasto al tabagismo, poiché il problema del fumo è avvertito come particolarmente grave e diffuso tra gli studenti.

Il passaggio tra cicli di scuola (dalla scuola media inferiore a quella superiore o dal biennio al triennio della scuola media superiore) rappresenta, nel nostro paese, un momento di maggiore rischio, in quanto tale transizione è vissuta e percepita dagli adolescenti come un indicatore del loro diventare grandi (Bonino, 2003). Non è un caso infatti che proprio in questa fase della vita, gli adolescenti adottino più frequentemente e per la prima volta comportamenti socialmente accettati e ritenuti normali tra gli adulti, quali il fumo di sigarette, il consumo di alcolici e i rapporti sessuali. Fare ciò che gli adulti fanno permette all'adolescente, in mancanza di altre forme meno esteriori e superficiali di vivere l'adultità, di segnalare in modo visibile e non particolarmente rischioso sul piano sociale il proprio essere adulto. A ciò vanno aggiunte le potenti spinte sociali, attuate attraverso la pubblicità e l'offerta di beni di consumo, che sollecitano continuamente gli adolescenti, fin dai primi anni della pubertà, ad anticipare comportamenti ed atteggiamenti adulti. Si ricordano a tal proposito le campagne pubblicitarie mirate a catturare una sempre maggiore quantità di giovanissimi da parte delle industrie del tabacco, sia negli Stati Uniti che in Europa. Il fumo di sigarette, così come altri comportamenti a rischio, rappresenta quindi per l'adolescente un modo per far fronte ad alcuni bisogni tipici del periodo adolescenziale, quali il sentirsi grandi e la sperimentazione di sé e delle proprie capacità (Silbereisen, 1994; Lloyd, 1998). Ne deriva che la prevenzione di uno specifico comportamento a rischio va affrontata nel momento in cui tali bisogni incominciano a porsi all'attenzione dell'adolescente. Ad esempio,

alcuni studi relativi all'uso di tabacco hanno dimostrato che non esiste alcuna relazione tra l'atteggiamento contrario al fumo di sigarette alla fine della scuola elementare e il coinvolgimento in tale comportamento in adolescenza (Engels, 1998). D'altronde, proprio per il fatto che il fumo di sigarette costituisce una risposta, seppur pericolosa nel breve e nel lungo termine per la salute fisica, ai compiti di sviluppo che l'adolescente deve affrontare, la prevenzione di tale comportamento va fatta quando le abitudini, gli atteggiamenti e i comportamenti stanno cambiando e gli individui diventano sensibili nei loro confronti (Spruijt-Metz, 1999).

Concentrare la maggior parte degli interventi nella scuola superiore presenta quindi il vantaggio di raggiungere la maggior parte degli adolescenti già coinvolti nel fumo di sigarette o che comunque hanno già sperimentato il fumo di sigarette. Va però tenuto in considerazione la tendenza all'abbassamento dell'età di inizio (Currie, 2004) e la correlazione tra fumo di sigarette e altri comportamenti problematici (Bonino, 2003) che fanno sì che i maggiori rischi siano corsi dai giovanissimi che iniziano a fumare quando sono ancora nella scuola elementare o nella scuola media.

Pertanto esistono delle precise indicazioni per l'attuazione di interventi preventivi in ambito scolastico che raccomandano di collocare la prevenzione del tabagismo tra la fine della scuola elementare e l'inizio della scuola media inferiore (Chollat-Traquet, 1996; CDC, 1994). Ciò significa l'esigenza di attuare i primi interventi già nella scuola media inferiore (11-13 anni), considerata una fase critica per l'accostamento e la sperimentazione del fumo di sigarette, per evitare l'iniziazione, per poi riprenderli in una fase successiva (14-16 anni) onde evitare il consolidamento dell'abitudine al fumo di sigarette.

Per quanto riguarda i punti di forza emersi dai risultati della ricerca, è stata notata la **preponderanza delle ASL tra i soggetti promotori**. I dati raccolti dimostrano la

frequente presenza delle ASL sia come ente promotore dell'intervento sia come ente partner in progetti promossi da altri soggetti (ad esempio, associazioni del privato sociale). Le ASL, in effetti, sono gli organi deputati in primis all'educazione alla salute, poiché, più di altri soggetti anch'essi impegnati nel campo della prevenzione, dispongono di risorse utili e necessarie alla organizzazione ed elaborazione di un progetto. Inoltre la presenza all'interno dell'ASL di diverse professionalità, ciascuna caratterizzata da conoscenze e competenze specifiche, facilita la creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato all'educazione alla salute, che permette di realizzare interventi che affrontano il tema della prevenzione da diversi punti di vista, garantendo un approccio integrale alla problematica in considerazione. Risulta quindi chiaro come le ASL vengano identificate, da parte di soggetti terzi, quali ad esempio le istituzioni scolastiche e l'associazionismo, come i soggetti appropriati a cui esplicitare una domanda diretta di intervento di prevenzione primaria e/o di collaborazione e/o di formazione. Ciò significa che alle ASL viene riconosciuta e valorizzata la capacità di promuovere azioni concrete per la prevenzione e la promozione della salute. D'altronde le ASL, assieme alla scuola, sono le uniche istituzioni ad avere attribuiti per legge compiti di educazione alla salute.

Un altro elemento interessante è la **presenza di diverse metodologie di intervento**. Numerosi interventi rilevati prevedono un'attività diretta degli operatori e degli insegnanti nei gruppi classe con una metodologia di lavoro attiva che stimola la partecipazione e la riflessione su di sé degli studenti attraverso laboratori, giochi di ruolo, lavori di gruppo e discussioni guidate. Tra i metodi di intervento in educazione alla salute rientra anche la *peer education*, che però sembra scarsamente utilizzata dagli operatori piemontesi: va precisato che gli studi di valutazione sono ancora pochi e non è chiaro quale sia il processo responsabile degli effetti positivi sia negli educatori

che nei destinatari e se tali effetti osservati permangono anche dopo l'intervento (Hendry, 1995). Una metodologia di lavoro con gli adolescenti di tipo interattivo risulta comunque essere utile allo sviluppo di capacità critiche e decisionali individuali, della capacità di riconoscere la pressione sociale che spinge a fumare, della capacità di resistere alla pressione dei pari e della capacità di individuare e mettere in atto comportamenti alternativi al fumo di tabacco, ma ugualmente finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di crescita significativi. Proprio gli adolescenti che possiedono tali capacità risultano essere meno implicati in comportamenti a rischio (Bonino, 2003). Ad esempio, gli studenti che hanno acquisito competenze socio-relazionali, di *decision making* e di *problem solving* hanno una maggiore conoscenza dei problemi connessi al fumo, una maggiore capacità di individuare le conseguenze positive della decisione di non fumare e di affrontare situazioni potenzialmente a rischio di consumo di tabacco (Schinke, 1983).

Sembrerebbe quindi auspicabile progettare interventi volti al potenziamento di competenze e abilità socio-cognitive, definite dall'OMS *life skills*, indispensabili per affrontare i problemi della vita quotidiana, tanto più che tali programmi si sono dimostrati efficaci nel ridurre l'iniziazione al fumo di sigarette (CDC, 1994). I risultati di programmi di prevenzione basati sul potenziamento delle *life skills* (*Life Skills Training*) evidenziano infatti effetti positivi a lungo termine, ossia fino al termine della scuola superiore, sul consumo di tabacco, alcol e marijuana, così come sull'uso di tali sostanze associate a sostanze illegali (Botvin, 2004). L'ultima rassegna Cochrane (Thomas, 2002) sottolinea però come non esista un modo semplice per prevenire il fumo di sigarette tra i giovani: sembrano produrre un successo maggiore i progetti che mirano a sviluppare la capacità di resistere alla pressione dei pari, mentre non è stata ancora dimostrata l'efficacia di interventi multidimensionali e di interventi che prevedono lo sviluppo della capacità di resi-

stere alla pressione dei pari associato al potenziamento delle *life skills*. Va comunque notato che non c'è accordo sui principi di base e sugli interventi realmente efficaci, anche se la letteratura scientifica evi-

denzia la maggiore efficacia di interventi che vanno oltre la semplice trasmissione di conoscenze ed informazioni (Jøsendal, 1998; Rundall, 1988).

### RIEPILOGO “Prevenzione nelle scuole”.

- Si nota la tendenza alla realizzazione di interventi brevi e solamente informativi.
- Emerge l'assenza di un coordinamento centrale e di un'adeguata rete di informazione/documentazione.
- Si rileva la carenza di valutazione degli interventi realizzati nel settore della prevenzione del tabagismo in ambito scolastico.
- Si registra la non adesione al network europeo “Health Promoting Schools” e la non partecipazione al concorso europeo “Smoke Free Class Competition”.
- Si riscontra l'assenza di progetti di prevenzione in contesti extra-scolastici.
- Si evidenzia uno squilibrio tra il numero di studenti coinvolti in progetti di prevenzione del tabagismo ed il totale della popolazione studentesca piemontese.
- Si ritiene utile, dal momento che pochi progetti rilevati comprendono specifiche attività destinate ai genitori, sottolineare l'importanza di coinvolgere non solo la scuola, ma anche la famiglia.
- Si nota una maggior diffusione dei progetti di prevenzione tra gli studenti delle scuole secondarie superiori.
- Le ASL risultano tra i principali soggetti promotori di interventi di prevenzione del fumo di sigarette rivolti alla popolazione giovanile.
- Si registra la presenza di diverse metodologie di intervento.

## 5.2 DISASSUEFAZIONE

Per quanto concerne le attività di disassuefazione dal fumo, l'indagine ha posto in evidenza un notevole aumento dell' “offerta” a partire dalla fine degli anni Novanta, sia da parte del settore pubblico (ASL e Centri Antifumo) che di quello privato.

Parallelamente a questo incremento di servizi è stato rilevato un **aumento della richiesta** di intervento da parte dei cittadini: i dati forniti dai Centri Antifumo pubblici evidenziano, ad esempio, un volume di

richiesta di prestazione nel 2003 quasi doppio rispetto al 2001.

Tutto ciò, probabilmente, come conseguenza di un aumento della consapevolezza del problema fumo e della necessità di affrontarlo con interventi strutturati che ha determinato, da un lato, un incremento della richiesta di accesso ai servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale e, dall'altro lato, un maggior coinvolgimento dell'amministrazione pubblica, di operatori sanitari e di privati nell'offerta e nel sostegno di servizi per la disassuefazione dal fumo.

Alcuni indizi di questa nuova attenzione e nuovo investimento in questo settore paiono essere:

- 1) l'apertura di nuovi Centri Antifumo pubblici e privati;
- 2) l'offerta di diverse tipologie di intervento;
- 3) l'impegno della Regione Piemonte, a partire dalla fine del 2000, nella campagna di comunicazione sociale "Ama te stesso" che tratta anche la problematica del tabagismo;
- 4) l'adesione, a partire dal 1998, di un numero sempre maggiore di Aziende Sanitarie e presidi ospedalieri piemontesi al progetto "Ospedali senza fumo".

La nomina in ciascuna ASL piemontese di un referente (RePES) per il coordinamento delle attività di promozione della salute (fra le quali anche quelle di prevenzione e disassuefazione dal fumo), avvenuta nel 2003, ha favorito inoltre il collegamento e lo sviluppo all'interno delle stesse ASL di iniziative e settori diversi impegnati nella lotta al tabagismo.

L'indagine ha tuttavia posto in evidenza alcune criticità relative all'**accessibilità ai servizi** sanitari impegnati nella lotta al tabagismo, aspetto fondamentale per il successo delle loro attività.

Un limite importante in questo senso è risultata senza dubbio la **disomogeneità** della distribuzione dei servizi sul territorio: se infatti, da un lato, la provincia di Verbania è del tutto sprovvista di servizi per la cessazione (non esiste un Centro Antifumo, non sono stati attivati corsi per smettere di fumare, né è stato realizzato un servizio di *counselling*), dall'altro lato l'ASL di Asti ha un Centro Antifumo che in 3 anni ha trattato lo 0,6% della popolazione fumatrice della provincia (il dato più elevato riscontrato in Piemonte), ha attivato corsi per smettere di fumare sia nel 2002 che nel 2003 e offre costantemente un servizio di *counselling* attraverso il personale sanitario.

Anche la **collocazione** dei Centri Antifumo pubblici attivi nell'ambito delle strutture sanitarie può essere tra le cause della scar-

sa accessibilità: essi si trovano infatti prevalentemente all'interno dei servizi di pneumologia (7 su 16) e delle dipendenze (4 su 16), probabilmente per ragioni legate alle patologie fumo-correlate, nel primo caso, e per problemi inerenti la dipendenza nel secondo. L'indagine, e in particolare le interviste con gli operatori del settore, hanno permesso però di rilevare, come conseguenza di queste localizzazioni, la difficoltà dei servizi a raggiungere quella porzione di fumatori che non abbia, per ragioni di salute, contatti con le strutture sanitarie o che, per pregiudizio e ragioni culturali, non ritenga di ricorrere ad un servizio per le tossicodipendenze per risolvere il problema della dipendenza tabagica.

I risultati hanno anche evidenziato come, sovente, la difficoltà di accesso ai servizi risieda negli **orari** e nelle **modalità** con cui essi possono essere raggiunti: il 30% dei Centri ha, ad esempio, un solo giorno di apertura settimanale e nessuno prevede orari che favoriscano l'accesso alle fasce di popolazione che lavorano. L'importanza di facilitare l'accesso sembra confermata dal fatto che i Centri cui è possibile accedere con modalità di contatto sia diretta che telefonica (11 su 16), sono anche quelli che ricevono un numero di richieste di intervento superiore rispetto agli altri.

Tali criticità sono ben esplicitate dalle cifre relative ai fumatori che hanno usufruito dei servizi di cessazione pubblici (ASL e Centri Antifumo) presenti sul territorio piemontese nel corso del 2003. Pur tenendo conto che si dispone soltanto delle informazioni sul numero di soggetti che si sono rivolti ai Centri Antifumo pubblici o che hanno seguito un corso per smettere di fumare organizzato dalle ASL, e non di quelle sui pazienti che potrebbero aver ricevuto un intervento di *counselling* attraverso MMG o personale sanitario (i dati in questi settori sono incompleti), il 2003 risulta essere, fra quelli presi in considerazione dall'indagine, l'anno in cui il maggior numero di fumatori (1601) si è rivolto ai centri pubblici per cercare di smettere di fumare.

Tale cifra rappresenta però soltanto il 2% dei fumatori piemontesi (ISTAT, 2002) e, anche ipotizzando un'efficacia del 10% degli interventi di cessazione cui tali pazienti si sono sottoposti, risulterebbe che solamente 2 fumatori su 10.000 avrebbero smesso di fumare nel corso del 2003.

Inoltre, ad un aumento del numero, non sempre è corrisposta, da parte dei servizi pubblici e in particolare dei Centri Antifumo, una capacità di risposta adeguata: nel triennio 2001-2003 circa il 30% dei fumatori che ha fatto richiesta di trattamento non ha infatti ricevuto un intervento nelle realtà censite.

Una ragione di questa difficoltà a rispondere a tutte le richieste di intervento probabilmente è da imputare ad una carenza di risorse disponibili per il sostegno e l'implementazione di servizi di disassuefazione.

La ricerca ha posto anche in evidenza come, non sempre, tutte le professionalità (medici di medicina generale e personale sanitario in genere) che avrebbero sia i titoli che i canali privilegiati per individuare i pazienti con i quali affrontare il problema della dipendenza tabagica, siano state coinvolte, o lo siano state in maniera omogenea e costante nel tempo, ad esempio meno di un terzo delle ASL ha offerto il *counselling* attraverso medici di medicina generale e personale sanitario. Questo si verifica nonostante il WHO (WHO, 2003) indichi tale coinvolgimento come strategico per ampliare gli interventi di cessazione sulla popolazione, la Regione Piemonte abbia investito sulla formazione dei medici al *counselling* breve per la prevenzione degli stili di vita dannosi alla salute e la FIMMG abbia recentemente attivato corsi di sensibilizzazione al trattamento del paziente tabagista. Sembrerebbe pertanto che tali interventi non siano ancora stati tradotti in progetti attivi sul territorio, anche se occorre tener presente la difficoltà di valutare attraverso la presente ricerca l'impatto sul campo della formazione offerta a livello regionale e di federazione. D'altra parte l'aumento, in questi ultimi anni, dei corsi attivati fa prevedere per il prossimo futuro una maggior

diffusione degli interventi di *counselling*, che potranno essere oggetto di una indagine di aggiornamento dei dati sin qui raccolti.

Altro fattore responsabile dello scarso impatto dei servizi di disassuefazione sulla popolazione è certamente la **selezione dei fumatori** da sottoporre ad uno specifico intervento di disassuefazione.

Il *counselling* condotto attraverso il personale sanitario delle ASL è soprattutto rivolto a pazienti fumatori affetti da patologie fumo-correlate: si tratta infatti per lo più di pazienti cardiopatici o portatori di altre patologie che il fumo può aggravare. In letteratura è dimostrato come, in particolare per i pazienti cardiopatici, l'intervento antitabagico abbia un forte impatto sul tasso di astensione, che tende ad aumentare se il counselling è fornito al paziente ospedalizzato (Miller, 1997). Questo tipo di selezione del paziente, sebbene abbia una dimostrata efficacia sui tassi di astinenza raggiunti e mantenuti nel lungo periodo dei pazienti con patologie fumo-correlate (Linee Guida ISS, 2002), non dovrebbe essere utilizzata come unica strategia di selezione, in quanto per un intervento di prevenzione primaria è necessario raggiungere la popolazione sana, ovvero i fumatori non affetti da patologie. In Piemonte risulta poco diffuso il *counselling* rivolto a soggetti sani, nell'ambito delle attività svolte dalle ASL. E in effetti, nel corso dell'indagine solo un progetto prevede di fornire un intervento di counselling a fumatori sani che accedono al Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro per richiedere l'idoneità lavorativa.

Inoltre non sono stati rintracciati progetti che prevedono di fornire il *counselling* a donne fumatrici in gravidanza, come suggerito dalle linee guida cliniche. Il *counselling* rivolto alle donne che fumano in gravidanza, può raggiungere una percentuale di successo del 10-20%, rispetto ad un 5% nel caso del *counselling* rivolto alla popolazione generale (Castellanos, 2000).

Vale inoltre la pena considerare alcuni aspetti che sottolineano l'importanza del *counselling* antitabagico condotto durante la gravidanza: la percentuale di donne in età

fertile che fuma è piuttosto elevata (più del 20% nel nostro Paese), ma solo poco più della metà smette spontaneamente una volta intrapresa la gravidanza (ISTAT, 2002); d'altra parte è dimostrato che gli interventi condotti proprio durante la gravidanza possono risultare particolarmente efficaci, essendo questo un periodo di particolare sensibilità e recettività ai consigli sulla salute (Lumley, 2000).

Per quanto concerne gli interventi di disassuefazione, esistono notevoli differenze, per tipologia, metodologia e personale coinvolto. I Centri Antifumo pubblici e le ASL dedicano infatti la maggior parte delle risorse alla realizzazione di corsi per smettere di fumare e ad attività di *counselling* individuale combinata in molti casi con terapia farmacologica.

I centri privati, invece, offrono prevalentemente approcci alternativi e, secondo quanto riportato in letteratura (Abbot 2001; White 2001), di efficacia più incerta, coinvolgendo generalmente personale con formazione meno specifica.

La tabella 1 riporta una sintesi dei principali risultati delle revisioni sistematiche Cochrane.

Come risulta dalla tabella 1, delle **terapie alternative**, offerte in qualche caso anche dai servizi pubblici, soltanto per ipnosi e agopuntura esistono in letteratura (CDC; Cochrane Library) revisioni sistematiche.

In particolare, per l'ipnositerapia i dati della Cochrane Library in merito alla sua efficacia riportano per lo più studi negativi, se confrontata con interventi quali *counseling* individuale e terapia di gruppo, e risultati contrastanti quando messa a confronto con le raccomandazioni del medico o l'assenza di trattamento. (Abbot, 2001).

Per quanto riguarda invece l'agopuntura, compresa l'elettroagopuntura, gli studi inclusi nella revisione sistematica Cochrane non hanno evidenziato differenze con l'agopuntura simulata né con altri tipi di intervento; solo nei confronti dell'assenza di trattamento è stata rilevata un'efficacia a

breve termine molto marcata (O.R.5,88; IC95%: 2,66-13,01), ad indicare, in queste situazioni, un ruolo molto rilevante dell'effetto placebo. (White, 2001).

Gli interventi maggiormente attuati dai servizi pubblici (ASL e Centri Antifumo pubblici) - terapia di gruppo, *counselling* individuale e terapia farmacologica - presentano in realtà notevoli differenze quanto a metodologia, durata e professionalità coinvolte. D'altra parte anche gli studi inclusi nelle revisioni sistematiche allo scopo di valutare l'efficacia di questi trattamenti, hanno mostrato la stessa eterogeneità, impedendo di individuare una specifica modalità di trattamento efficace (ISS, 2002).

Nello specifico, **la terapia di gruppo** -intesa come almeno due incontri in cui i soggetti ricevono interventi comportamentali, come informazioni, raccomandazioni, incoraggiamenti o terapia cognitivo comportamentale rinforzata dal mutuo supporto (Stead, 2002) - è offerta dal 56% dei Centri Antifumo pubblici e dal 40% delle ASL.

In letteratura essa è risultata più efficace nel favorire la cessazione dell'abitudine al fumo a 6 mesi dall'intervento del solo materiale di auto-aiuto (O.R. 2,10; IC95%:1,64-2,70), dell'assenza di intervento o di interventi minimi (O.R. 1,91; IC95%:1,20-3,04), mentre non è stata evidenziata alcuna differenza con la terapia individuale o con l'intervento, anche breve, attuato dal medico o da infermieri. (Stead, 2002).

I Centri Antifumo pubblici che effettuano **trattamenti di tipo farmacologico** (70%) utilizzano per la maggior parte (38%) la terapia sostitutiva con nicotina associata a bupropione, sebbene in letteratura le prove di efficacia relative a tale combinazione, rispetto ai soli trattamenti sostitutivi, derivino da un solo trial e non siano quindi sufficienti per trarre conclusioni definitive. (Jorenby, 1999).

Il questionario utilizzato per la ricerca non indagava l'esistenza di una eventuale selezione dei pazienti fumatori da indirizzare alla terapia farmacologica.

Tabella1. Sintesi dei risultati delle revisioni sistematiche Cochrane sui metodi di cessazione del fumo. Cochrane Library 2. 2001.

<b>Interventi non farmacologici</b>				
<b>Intervento valutato</b>	<b>OR</b>	<b>CI95%</b>	<b>Descrizione</b>	<b>RCT</b>
Raccomandazione del medico di smettere di fumare	1,69	1,45-1,98	Interventi brevi vs. nessun intervento	16
	1,44	1,23-1,68	Interventi intensi vs. interventi brevi	
Raccomandazioni o altri tipi di interventi realizzati da personale infermieristico	1,43	1,24-1,66	Intervento vs. nessun intervento	15
	2,14	1,39-3,31	Interventi in ospedale specializzato vs. non intervento	3
<i>Counselling</i> individuale (durata >10 minuti)	1,55	1,27-1,90	<i>Counselling</i> individuale vs. interventi minimi	9
	1,17	0,59-2,34	<i>Counselling</i> più intenso vs. meno intenso	2
Terapie di gruppo che prevedono almeno 2 incontri	2,1	1,64-2,70	Terapia di gruppo vs. auto aiuto	13
	0,83	0,55-1,26	Terapia di gruppo vs. <i>counselling</i> individuale	2
	0,96	0,69-1,35	Terapia di gruppo vs. raccomandazioni medico/infermiere	5
	1,91	1,20-3,04	Terapia di gruppo vs. nessun intervento o interventi minimi	5
Materiali di auto aiuto: manuali, videocassette o cassette audio consegnate ai fumatori, programmi di computer	1,23	1,02-1,49	Materiali di auto aiuto senza contatti personali vs. non intervento	9
	1,41	1,14-1,75	Interventi personalizzati vs. interventi standard	8
	Non differenze significative		Auto aiuto+consiglio del medico vs. consiglio del medico	
<b>Terapie alternative</b>				
<b>Intervento valutato</b>	<b>OR</b>	<b>CI95%</b>	<b>Descrizione</b>	<b>RCT</b>
Ipnoterapia	2 studi positivi e 1 negativo		Ipnosi vs. nessun trattamento	3
	2 studi positivi e 2 negativi		Ipnosi vs. raccomandazioni	4
	2 studi negativi		Ipnosi vs. <i>counselling</i> individuale	2
	3 studi negativi		Ipnosi + terapia di gruppo vs. terapia di gruppo	3
Agopuntura	1,38	0,90-2,11	Agopuntura vs. agopuntura simulata	15
	5,88	2,66-13,01	Agopuntura vs. non trattamento	3
	1,11	0,63-1,94	Agopuntura vs. altri interventi (terapia sostitutiva con nicotina, materiale informativo, terapia comportamentale, terapia di gruppo, ansiolitici)	

continua

Terapia farmacologica				
Intervento valutato	OR	CI95%	Descrizione	RCT
Terapia sostitutiva con nicotina (NRT): gomme da masticare, cerotti transdermici, spray nasale, preparati per l'inalazione	1,72	1,60-1,84	Qualunque NRT vs. placebo o non trattamento	90
	2,67	1,69-4,22	Gomma 4mg vs. 2mg	4
	Non differenze significative		Cerotti 24h/die vs. cerotti 16h/die e 8 settimane vs. durata maggiore	
Ansiolitici: diazepam, meprobamato, metoprololo, oxprenololo, buspirone	0,74	0,34-1,48	Buspirone vs. placebo	2
	1,11	0,60-2,09	Buspirone vs. NRT	1
	Non differenze significative		Diazepam vs. placebo	1
	Non differenze significative		Meprobamato vs. placebo	1
Antidepressivi: bupropione, fluoxetina, nortriptilina	2,73	1,90-3,94	Bupropione vs. placebo	4
	2,03	1,22-3,37	Bupropione vs. NRT	1
	2,65	1,58-4,45	Bupropione + NRT vs. NRT	1
	1,72	1,28-2,32	Fluoxetina vs. placebo	1
	2,83	1,59-5,03	Nortriptilina vs. placebo	2

Legenda: OR: Odds Ratio; CI: Intervallo di Confidenza; RCT: Studi Randomizzati Controllati

Le linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (ISS, 2002) indicano come target più appropriato per questo tipo di trattamento quei soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultano fortemente dipendenti al test di Fagerstrom.

**Il counselling individuale** - incontri individuali di durata superiore ai 10 minuti con un operatore preparato per aiutare i soggetti a smettere di fumare (Lancaster, 2002) - è attuato dai servizi con notevoli differenze in termini di figure professionali coinvolte, durata degli incontri (da 15' a 80'), numero di colloqui (da 1 a >10) e loro frequenza.

Esso è offerto, insieme o in alternativa ad altre tipologie di trattamento, dal 75% dei Centri Antifumo pubblici, mentre soltanto il 30% delle ASL, in cui il counselling individuale è utilizzato per individuare e trattare il paziente tabagista che accede alle strutture sanitarie per ragioni di salute e non necessariamente con l'intenzione di smettere di fumare, offre questo trattamento.

In letteratura tale intervento è risultato

più efficace (O.R. 1,55; IC95%:1,27-1,90) di interventi cosiddetti minimi (raccomandazioni di durata <10', materiale di auto-aiuto, assistenza ordinaria) (Lancaster, 2002).

È dimostrato inoltre che il semplice consiglio del medico di famiglia sia efficace, rispetto all'assenza di intervento, nell'incrementare in maniera significativa la proporzione di soggetti che smettono di fumare e che, di conseguenza, interventi più strutturati possano avere un impatto maggiore dato il grande numero di pazienti con cui i medici di famiglia vengono a contatto. (Silagy, 2000)

Così, il counselling attuato attraverso operatori sanitari formati e sollecitati ad individuare i pazienti fumatori e a fornire loro consigli e assistenza nell'intento di smettere di fumare, è posto dalla letteratura (CDC, 2000) tra le strategie raccomandate per aumentare il numero di fumatori che decide di smettere, idonee ad essere implementate presso strutture del sistema sanitario.

Altro punto critico che l'indagine ha permesso di rilevare, è quello relativo alla

**valutazione di risultato degli interventi di disassuefazione** da parte delle strutture e dei servizi che li implementano.

Se infatti, da un lato, molte strutture dichiarano di effettuare delle valutazioni degli interventi, la descrizione delle modalità con cui esse sono condotte e i dati riferiti relativamente ai successi ottenuti e/o le ricadute dei pazienti trattati, rivelano sovente notevoli carenze di ordine metodologico.

Nella maggior parte dei casi la verifica dello stato di disassuefazione raggiunto attraverso le varie tecniche si basa infatti sulla sola dichiarazione dei pazienti, e in pochissime occasioni su metodi quali la misurazione del monossido di carbonio da sola o in associazione con la dichiarazione del paziente.

Non tutte le strutture che riferiscono di effettuare una valutazione degli interventi offerti, forniscono inoltre dati che esplicitino i successi ottenuti in termini di astinenza dal fumo da parte dei pazienti trattati e, quand'anche ciò avvenga, i dati presentano, per stesse tipologie di trattamento, condotte con metodologie simili, notevoli variabilità fra i centri e percentuali di successo con *range* molto ampi.

Tra gli strumenti con cui è possibile far fronte alle criticità rilevate dall'indagine relativamente alla disomogeneità e difficoltà di accesso ai servizi per la disassuefazione presenti in Piemonte, vi sono senza dubbio una maggior integrazione fra i servizi e fra le diverse tipologie di intervento e l'individuazione di canali privilegiati (quali ad esempio i già citati medici di medicina generale) per favorire il contatto tra gli utenti e queste realtà territoriali.

L'esistenza di *policies* aziendali antifumo realizzate unitamente a progetti specifici per incentivare la cessazione tra i dipendenti (Waranch, 1993) può infatti facilitare la presa in carico del paziente da parte del centro di disassuefazione. Le ASL che abbiano implementato *policies* quali "ambienti liberi dal fumo", hanno avuto infatti tra i partecipanti ai corsi per smettere di fumare una adesione maggiore da parte dei propri dipendenti rispetto a quella dei cittadini del territorio afferente.

Considerando poi l'alta specializzazione di alcune ASO e ASL piemontesi, una maggior adesione ad iniziative di promozione della salute come la rete HPH anche da parte loro potrebbe favorire la cessazione dell'abitudine al fumo di larghe fasce di popolazione attualmente non raggiunte e, in particolare, di gruppi ad alto rischio (donne in gravidanza e portatori di affezioni dell'apparato respiratorio).

Un più facile accesso ai servizi può derivare anche da un maggior e miglior "utilizzo" dei Centri Antifumo pubblici, considerando che il loro valore aggiunto risiede nel fatto di essere non solo luoghi di cura, ma anche di pianificazione di interventi di prevenzione ed educazione alla salute sul territorio afferente.

Da qui risulta certamente raccomandabile, da un lato, la creazione di Centri Antifumo nelle aree che ancora ne sono sprovviste (la ricerca ha evidenziato come sia maggiore il volume di attività nelle ASL dove siano presenti sia il Centro Antifumo che iniziative attuate dai servizi territoriali), e dall'altro lato, una maggior "pubblicizzazione" di quelli già attivi, portando la popolazione piemontese a conoscenza della loro esistenza e delle attività da essi implementate. Per facilitare l'accessibilità, in particolare ai Centri Antifumo, sarebbe inoltre raccomandabile l'introduzione di fasce orarie di accesso privilegiate (i lavoratori sono penalizzati da un orario tradizionale) e la riduzione delle spese vive sostenute dai pazienti per le terapie efficaci, mediante parziale o totale rimborso (CDC, 2001).

Per quanto riguarda invece l'esistenza di canali privilegiati che facilitino l'accesso ai servizi, si sottolinea l'importanza del *counseling* attraverso il **medico di famiglia**, legata al rapporto costante nel tempo e di fiducia che questi ha con i suoi assistiti, oltre che al gran numero di fumatori che ogni anno si sottopone alle sue cure.

È stato infatti stimato che ogni MMG abbia tra i suoi assistiti dai 200 ai 400 fumatori (Invernizzi, 2002) e che veda ogni anno circa il 70% dei suoi assistiti (Fiore, 2000). Si aggiunga che circa il 30% degli ex-fumatori ha riferito di essere stato spinto ad abbandonare

questa abitudine da un medico (Fiore, 1990) e che un solo invito, strutturato e chiaro, della durata di soli 5 minuti, può essere sufficiente per ottenere tassi di successo del 3-7 % (Segnan, 1991). Stimando che in un anno il 70% della popolazione piemontese sia raggiunta dal proprio MMG, e stimando quindi possibile che il 70% dei fumatori riceva almeno un intervento di *counselling* breve, con un tasso di successo del 3%, smetterebbero di fumare 16.174 fumatori piemontesi, ossia 2 fumatori su 100. In questo senso appare dunque importante sostenere e monitorare lo sforzo di formazione dei MMG attuato dalla Regione Piemonte e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale affinché un numero sempre maggiore di medici di base sia coinvolto, con le competenze necessarie, nella lotta al tabagismo.

Al fine di far fronte alla mancanza di integrazione tra i servizi impegnati nella lotta al tabagismo ed alla loro distribuzione disomogenea

sul territorio piemontese, è necessario creare un **coordinamento a livello regionale e impostare un “disegno” unico**, al quale coloro che si occupano di disassuefazione dal fumo di tabacco possano fare riferimento, rispondendo alle esigenze dell’utenza in maniera adeguata e secondo le indicazioni della letteratura internazionale.

La ricerca ha infatti mostrato come le ASL che in assoluto hanno organizzato più corsi e avuto più partecipanti sono quelle che aderiscono anche al progetto “Ospedali liberi dal fumo” della rete HPH, a riconferma del fatto che politiche e attività organizzate ed integrate riescono a raggiungere e a dare risposta ad un maggior numero di utenti.

Allo stesso modo potrebbe essere utile, per il raggiungimento di questo obiettivo di integrazione e coordinamento, sostenere e incentivare le collaborazioni, in parte già presenti, fra ASL, LILT, istituzioni pubbliche, enti e associazioni impegnate sul territorio piemontese.

#### **RIEPILOGO: “Disassuefazione”**

- Si rileva un aumento dell’ “offerta”, a partire dalla fine degli anni Novanta, sia da parte del settore pubblico (ASL e Centri Antifumo) che di quello privato.
- Si registra anche, nello stesso periodo, un aumento della richiesta di intervento da parte dei cittadini.
- L’indagine pone in evidenza la difficoltà nell’accesso ai servizi sanitari impegnati nella lotta al tabagismo, legata alla disomogeneità della distribuzione dei servizi sul territorio, alla collocazione dei Centri Antifumo pubblici nell’ambito delle strutture sanitarie e agli orari e modalità con cui essi possono essere raggiunti.
- Emerge uno scarso impatto dei servizi di disassuefazione sulla popolazione a causa della selezione dei fumatori da sottoporre ad uno specifico intervento di disassuefazione.
- È stata rilevata la presenza di notevoli differenze fra i trattamenti offerti relativamente a tipologia, metodologia (terapia farmacologica, di gruppo, terapie alternative, *counselling* individuale) e personale coinvolto.
- Emerge la carenza di valutazione di risultato degli interventi di disassuefazione da parte delle strutture e dei servizi che li implementano.
- Si sottolinea l’importanza del *counselling* attraverso il medico di famiglia nel processo di accesso al centro antifumo e la necessità di potenziare questa offerta.
- Si ritiene necessario creare un coordinamento a livello regionale e impostare un “disegno” unico per far fronte alla carenza di integrazione tra i servizi impegnati nella lotta al tabagismo e alla loro distribuzione disomogenea sul territorio piemontese.

### 5.3 INTERVENTI COMUNITARI

L'ipotesi di partenza è stata di comprendere sotto la macro-area "interventi comunitari" tutte quelle attività di controllo della diffusione del tabagismo che non rientravano strettamente negli ambiti della prevenzione del fumo nelle scuole e della disassuefazione. In questo modo sono state individuate le azioni intraprese sul territorio per promuovere stili di vita salutari e facilitare il processo di riduzione dell'abitudine al fumo che comprendevano, da un lato, le attività volte alla creazione di condizioni favorevoli all'attuazione di interventi di contrasto del tabagismo (coordinamento, costruzione di alleanze, ricerca, documentazione e formazione), dall'altro, la pianificazione e la conduzione di interventi di promozione della salute (creazione di ambienti di vita salutari, comunicazione tramite i mass media e manifestazioni sul territorio quali mostre, convegni, conferenze, ecc.). Durante la ricerca sono emerse due grandi aree di intervento da presidiare e da implementare in futuro: le campagne di comunicazione di massa e le *policies* antifumo negli ambienti di lavoro. Entrambe contribuiscono a contrastare il tabagismo attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi: 1) la prevenzione e la riduzione del fumo attraverso azioni di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e di determinati soggetti target (area che nella presente ricerca si interseca con quelle della prevenzione nelle scuole e della disassuefazione dal fumo), 2) la riduzione dell'esposizione al fumo passivo negli ambienti pubblici e 3) la diminuzione delle differenze sociali riguardanti l'abitudine al fumo.

Si può affermare che la **campagna di comunicazione di massa "Ama te stesso"**, dal punto di vista delle caratteristiche del messaggio, dimostri una buona consapevolezza circa i risultati delle ricerche più recenti e le principali raccomandazioni, anche se sono riscontrabili alcuni limiti. Secondo la letteratura, è la rassicurazione contenuta nel messaggio, non la capacità di suscitare paura, ad avere una probabilità significativa di produrre un mutamento nel comportamento. Gli studi più recenti sugge-

riscono che il ricorso alla paura funziona nella misura in cui è accompagnato da un messaggio che offra una risposta efficace per allontanare il rischio, affermazione che è stata tra l'altro recepita nell'ambito delle linee guida dell'OMS (Schar, 2001).

Nel caso della campagna della Regione Piemonte, un primo ciclo di messaggi è stato maggiormente incentrato sul rischio di malattia (senza però insistere su aspetti terroristici), mentre nella seconda fase, ad un anno di distanza, il *focus* è stato spostato sulle strategie di risposta. Pertanto i due elementi - la comunicazione del rischio e la promozione dell'azione - hanno caratterizzato la campagna, ma non sono mai stati presenti simultaneamente all'interno dello stesso messaggio.

Inoltre va tenuto conto del fatto che la campagna non era incentrata esclusivamente sul fumo, ma ha affrontato altri temi, distribuendo quindi le risorse su più fronti, laddove la letteratura suggerisce, per una comunicazione efficace, la realizzazione di campagne di elevata intensità, caratterizzate da una presenza forte e per periodi di tempo estesi sui mezzi di comunicazione (Schar, 2001) e da una concentrazione adeguata delle risorse, le quali, nel caso di più di un obiettivo comunicativo, vanno necessariamente incontro ad una certa dispersione. Tra le raccomandazioni circa l'efficacia delle campagne di comunicazione di massa per la dissuasione dal fumo, vi è infatti quella di puntare sulla specificità delle problematiche affrontate (Flay, 1988; Flay, 1981; Flay, 1980). È da notare anche il fatto che la comunicazione non ha avuto un target specifico, ma è stata diretta alla popolazione in generale: potrebbe essere utile, per il futuro, ipotizzare campagne "tagliate" su particolari gruppi a rischio - quali ad esempio gli adolescenti o le donne - in un'ottica di marketing sociale, la quale implica l'analisi e segmentazione del target, l'utilizzo di indagini preliminari e di pre-test, il ricorso a *mix* di canali adeguati al raggiungimento del target e la pianificazione di sistemi di monitoraggio sull'implementazione dei programmi (Worden, 1999).

Per quanto concerne la valutazione, come osservato precedentemente, i dati disponibili non distinguono i temi della campagna e si limitano a misurare il ricordo dei messaggi, mentre mancano informazioni circa i risultati della comunicazione in relazione agli obiettivi del programma. È necessario ricordare qui le difficoltà metodologiche della valutazione dei risultati di tali azioni, sia perché non esiste un rapporto di causalità automatico tra ricezione del messaggio, mutamento dell'atteggiamento e cambiamento del comportamento (Cavazza, 1996; Borland, Balmford, 2003), sia perché la comunicazione non avviene in un contesto isolato, ma si inserisce in un sistema di informazioni provenienti da altre fonti non controllabili che possono influenzare l'esito della campagna. Per questi motivi una valutazione dei risultati delle campagne di comunicazione non può prescindere dall'ipotesi che altre azioni, anche di segno opposto, abbiano contribuito a determinare una certa prevalenza del comportamento, data l'impossibilità di isolare i destinatari dall'intervento di altre variabili. La valutazione risulta infine particolarmente complessa e costosa anche a causa della difficoltà di individuare gruppi di controllo con i quali confrontare i risultati: nella maggior parte dei casi tutte le risorse sono utilizzate per l'implementazione dei programmi, a scapito della valutazione (Worden, 1999). Sebbene il tema della fattibilità di una valutazione di risultato per le campagne di comunicazione di massa sia dunque controverso, tuttavia esistono in letteratura studi che misurano l'efficacia dei progetti di comunicazione (Hafstad, 1997; Sly, 2001; Hopkins, 2001; Borland, 2003) e la valutazione d'impatto delle campagne è raccomandata dall'OMS, che indica, tra l'altro, la misurazione del ricordo dei messaggi come uno strumento della valutazione di processo (Freimuth, 2001).

In relazione all'efficacia della comunicazione nella dissuasione dal fumo e, più in generale, dai comportamenti a rischio, la letteratura internazionale riconosce unanimemente che le campagne di comunicazione di

massa sono efficaci soltanto quando costituiscono una componente di una strategia globale di controllo del tabacco<sup>3</sup>, specialmente se i progetti sono implementati in modo coordinato. In particolare, si sostiene la necessità di intraprendere azioni sui media che siano complementari rispetto alle azioni che si svolgono negli altri ambiti di intervento. All'opposto, le campagne che non si inseriscono in una strategia multi-componente hanno una scarsa probabilità di conseguire dei risultati.

È infatti il complesso globale delle attività ad influenzare gli atteggiamenti e i comportamenti in relazione al fumo più di qualunque singolo elemento in sé stesso: una strategia efficace è costituita da varie forme di intervento che si rinforzano a vicenda, dove la comunicazione ha la funzione di supportare altri tipi di azione e tutta la struttura sociale è portata a mutare l'ambiente che circonda il fumatore.

A tal proposito, vanno riconosciuti alcuni sforzi compiuti per utilizzare la comunicazione come supporto ad altri interventi: la campagna "Ama te stesso", infatti, ha previsto anche un programma didattico per le scuole e ha supportato l'implementazione di azioni normative, quali il divieto di fumo nei locali pubblici e l'iniziativa "Uffici regionali liberi dal fumo". Inoltre il progetto ha avuto modo di declinarsi in un'iniziativa di consulenza per i fumatori e di promozione dei Centri Antifumo mediante un furgone appositamente attrezzato che ha diffuso nei mercati piemontesi durante la settimana del respiro 2002 informazioni sugli stili di vita salutari, con la possibilità di effettuare spirometrie.

È però fondamentale il conseguimento di una reale integrazione e di un efficace coordinamento tra le azioni anti-fumo condotte in Piemonte nell'ambito di strategie globali, riconoscendo, anche in sede di valutazione degli interventi, che l'impatto di ogni singola componente è il frutto dell'interazione con tutti gli altri fattori.

<sup>3</sup> Il ricorso alle campagne di comunicazione di massa per la dissuasione dal fumo, combinate con altre azioni di contrasto al tabagismo, è raccomandato dalla Task Force on Community Preventive Services della CDC (2001), sulla base di una forte evidenza di efficacia.

Oltre alla comunicazione, una tipologia di intervento risultata efficace per la lotta al tabagismo è quella delle **restrizioni sul fumo negli ambienti di lavoro**, azione fortemente raccomandata secondo i criteri della U.S. Task Force on Community Preventive Services (Hopkins, 2001). Esse agiscono direttamente sulla riduzione del fumo passivo (Biener, 1989; Gottlieb, 1990) e indirettamente sull'abbassamento del numero dei dipendenti fumatori e sulla diminuzione del consumo giornaliero di sigarette.

È stato stimato che la creazione di un luogo di lavoro libero dal fumo porta ad una riduzione della prevalenza del numero di fumatori occupati in quella organizzazione del 3,8% (2,8-4,7 IC 95%) e a una significativa riduzione del numero di sigarette consumate (Fichtenberg, Glantz, 2002). Le strategie più efficaci sono risultate quelle attuate con approcci diversi (comunicazione delle restrizioni, coinvolgimento attivo dei dipendenti nel progetto, offerta di servizi per aiutare a smettere di fumare) allo scopo di implementare politiche di divieto nelle istituzioni.

La Regione ha accolto le ultime normative (art. 51, L. 3, 2003) in materia di divieto di fumo nei locali aperti al pubblico come occasione per realizzare una *policy* aziendale antifumo con il progetto **“Uffici regionali liberi dal fumo”**. Tale iniziativa prevede infatti un'azione di sensibilizzazione dei dipendenti e l'offerta di percorsi agevolati a corsi di disassuefazione prima dell'applicazione del divieto. In altri termini l'azione sanzionatoria è preceduta da una educativa e di condivisione del problema. Il programma realizzato è in linea con alcune raccomandazioni derivanti dalla letteratura come ad esempio la comunicazione del divieto e il suggerimento a smettere tramite più canali (non solo poster o brochure) e l'accesso agevolato ai Centri Antifumo (Serra, 2000).

Quest'ultimo provvedimento è particolarmente efficace in quanto collega una richiesta a smettere di fumare con l'offerta di strategie efficaci per la disassuefazione.

Un ulteriore proposito del progetto è quello di fare in modo che il progetto costituisca un esempio di ambiente di lavoro libero dal fumo per le altre organizzazioni, ma non è esplicitata una strategia per diffondere effettivamente il modello attuato nei locali della Regione presso le altre organizzazioni piemontesi.

Anche nelle Aziende Sanitarie stanno aumentando i progetti che prevedono di accompagnare i divieti con l'offerta di corsi per la disassuefazione spesso organizzati in collaborazione con il Centro Antifumo aziendale e con il Dipartimento delle Dipendenze. La diffusione di ***policies antifumo nelle Aziende Sanitarie***, progetti di restrizione e di prevenzione del fumo negli ambienti sanitari, è particolarmente importante dato il forte impatto che una comunicazione sulla salute assume all'interno di un luogo di cura sul comportamento dei dipendenti e dei pazienti (Longo, 2001; Stillman, 1994). Alcuni progetti prevedono di formare figure professionali (chiamati “Facilitatori del cambiamento” e “Promotori-Facilitatori”) addette a fornire un counselling breve ai fumatori presenti all'interno della struttura sanitaria; ciò è in linea con le recenti revisioni che propongono di accompagnare i divieti con interventi che mirino ad agire sul singolo per aiutarlo a smettere di fumare (Moher, 2003). È possibile perciò prospettare la diffusione di tali professionisti anche in ambienti di lavoro non prettamente sanitari.

L'adesione delle Aziende Sanitarie piemontesi al progetto “Ospedali liberi dal fumo”, che attualmente riguarda circa la metà di tali strutture, ha contribuito alla diffusione di interventi antifumo in quanto il progetto ha fornito indicazioni e spinto la Sanità a dotarsi di strumenti efficaci di identificazione e trattamento dei pazienti fumatori e a svolgere campagne di sensibilizzazione non solo rivolte ai dipendenti e ai pazienti, ma anche alla popolazione del territorio con particolare attenzione agli studenti<sup>4</sup>. Tuttavia sono ancora poche le aziende aderenti alla rete che

<sup>4</sup> A questo proposito si veda il Codice dell'European Network of Smoke-free Hospitals consultabile al sito: <http://ensh.aphp.fr/uk/index.htm>

hanno adottato i criteri proposti dal Codice dell'European Network of Smoke-free Hospitals.

La ricerca ha messo in evidenza una **carezza di diffusione di *policies* antifumo nei Comuni e nelle Province**. Quando presenti, tali iniziative si limitano a segnalare i divieti tramite la cartellonistica senza sviluppare azioni che coinvolgano i dipendenti in azioni di sensibilizzazione e di disassuefazione.

Se le *policies* antifumo venissero applicate in tutti i locali della Pubblica Amministrazione piemontese, coinvolgerebbero i circa 11200 fumatori occupati nel settore<sup>5</sup>. Calcolando l'impatto dei luoghi di lavoro senza fumo sul comportamento dei fumatori secondo le revisioni Cochrane (Fichtenberg, 2002), che prevedono una riduzione del 3,8% della prevalenza dei fumatori e una riduzione di circa 3 sigarette al giorno per le persone che continuano a fumare in seguito all'applicazione delle restrizioni, il rispetto del divieto potrebbe spingere circa 420 persone a smettere di fumare; inoltre il divieto inciderebbe molto anche sui consumi: ogni giorno verrebbero consumate 33000 sigarette in meno.

Nonostante una carezza della diffusione delle *policies* antifumo, le Amministrazioni Pubbliche locali giocano un ruolo importante nella diffusione e nella promozione della lotta al fumo. Le Province e i Comuni sono coinvolti nella lotta al tabagismo, attraverso la sponsorizzazione di eventi e il finanziamento di soggetti che svolgono attività di promozione della salute a livello locale. Con l'eccezione di un solo comune e di due province, le **Amministrazioni Pubbliche locali raccolgono le proposte degli enti pubblici e del terzo settore e intervengono attraverso finanziamenti e soprattutto patrocini**. Queste funzioni sono necessarie per implementare gli interventi e valorizzare le risorse presenti sul territorio. Il quadro complessivo mostrato dalla mappatura delle amministrazioni pubbliche piemontesi

fa tuttavia emergere la difficoltà a garantire sinergia tra i diversi tipi di intervento, a creare iniziative che abbiano continuità nel tempo e a valutare ciò che è stato fatto. In questo modo le azioni, anche se prevedono un dispendio economico e di energie, non sono integrate in un'azione onnicomprensiva di intervento che prevede la copertura degli obiettivi strategici di lotta al tabagismo. La diffusione degli interventi sul territorio piemontese sembra essere appannaggio soprattutto della Regione Piemonte e delle Aziende Sanitarie, mentre le Amministrazioni Pubbliche locali sono interessate solo a livello marginale con la funzione di finanziatori di progetti.

È interessante confrontare questo modello con quello realizzato dalla Regione Emilia Romagna dal 2000 ("Progetto Tabagismo", delibera 785/99) in cui in ogni provincia, per iniziativa delle Aziende Sanitarie, sono stati costituiti "Gruppi di progetto 'Provincia senza fumo', i quali fanno riferimento a un "Coordinamento regionale". Il progetto della Regione Emilia Romagna ha permesso di accrescere il partenariato locale nello sviluppo dei progetti e di aumentare il numero dei soggetti che collaborano alle iniziative.

La logica delle alleanze ha reso realizzabile l'incremento dell'intersectorialità e della multidisciplinarietà, il coordinamento centrale si è coniugato con l'esigenza di autonomia e diversificazione delle soluzioni applicative a livello locale (Ferrari, 2003).

In Piemonte un tentativo di organizzazione di questo tipo che ha lavorato in un'ottica di rete e di valorizzazione delle sollecitazioni provenienti dal territorio è costituito dal caso di Cuneo, con il progetto "Cuneo libera dal fumo". Il progetto, che non a caso è presente in un Comune che ha aderito alla rete "Città sane", non ha d'altra parte prodotto che un solo intervento nelle scuole, il quale ha catalizzato diversi attori operanti sul territorio.

La mappatura ha infine riscontrato che **le associazioni partecipano alla lotta al tabagismo** attraverso azioni di coordina-

<sup>5</sup> È stata calcolata la percentuale media di fumatori in Piemonte (20,6%) sul il totale di occupati nella Pubblica Amministrazione (Fonte: Elaborazione Osservatorio Regionale sul Mercato del Lavoro su dati Consiglieria di Parità Regionale, 2004).

mento, attività di sensibilizzazione, formazione, ricerca, prevenzione del fumo nelle scuole e interventi di cessazione. Le associazioni sono presenti in contesti differenti (in tavoli istituzionali, negli ambienti sanitari, nelle piazze dei mercati, ecc.), ma intrattengono relazioni non sempre durature con gli enti pubblici e privati. Proprio per questo motivo le associazioni che producono servizi (come

ad esempio la LILT che è in grado di allestire interventi di cessazione e di prevenzione) e le associazioni di categoria dovrebbero essere maggiormente coinvolte nella realizzazione di interventi comunitari in un'ottica di costruzione di reti sociali e di alleanze che promuovano il cambiamento degli stili di vita (CDC, 2000).

### **RIEPILOGO: “ Interventi comunitari”**

- La campagna di comunicazione di massa “Ama te stesso”, promossa dalla Regione Piemonte, ha adottato le più recenti raccomandazioni in tema di trasmissione di messaggi di promozione della salute. La campagna non è stata però incentratata esclusivamente sul fumo, non è stata indirizzata a target specifici bensì alla popolazione in generale e manca di un'indagine volta ad indagare gli effetti del messaggio sul mutamento del comportamento. In futuro dovrà prevedere una maggiore integrazione con le iniziative contro il fumo presenti sul territorio.

- In generale si stanno diffondendo *policies* aziendali antifumo (progetti di restrizione del fumo negli ambienti di lavoro) sul territorio piemontese. Se questo fenomeno è osservabile presso l'Amministrazione della Regione Piemonte e le Aziende Sanitarie, si riscontra ancora una certa difficoltà ad adottare tali strategie da parte delle Amministrazioni dei Comuni e delle Province.

- La Regione sta assumendo il ruolo di coordinatore delle attività antifumo in Piemonte, ma manca ancora un disegno unitario di intervento.

- Le Amministrazioni Pubbliche dei Comuni e delle Province appoggiano le iniziative e le proposte degli enti pubblici e del terzo settore attraverso finanziamenti e soprattutto patrocini, ma raramente riescono ad adottare una strategia unitaria di intervento.

- L'adesione da parte delle Amministrazioni Pubbliche e delle Aziende Sanitarie a reti che si occupano di promozione della salute sul territorio è in aumento, ma riguarda ancora un numero insufficiente di realtà.

- Le associazioni intervengono sul territorio attraverso azioni di coordinamento, attività di sensibilizzazione, formazione, ricerca, prevenzione del fumo nelle scuole e interventi di cessazione. Costituiscono perciò una risorsa sulla quale investire e coinvolgere maggiormente nelle future pianificazioni.

## CONCLUSIONI

### 6.1 MULTISETTORIALITÀ E INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI

Una efficace azione di contrasto al fumo di sigaretta richiede una visione multisetoriale del problema e una integrazione dei diversi tipi di intervento possibili. In particolare una strategia efficace in questo ambito richiede una *task force* multidisciplinare ed un programma articolato per settori di intervento. Da alcuni viene sottolineato come la lotta al tabagismo sia “per antonomasia” un intervento di strategia globale, in grado di garantire risultati in termini di efficacia nella riduzione di incidenza e di prevalenza del problema-fumo (Mangiaracina, 2001). Particolarmente in ambito preventivo, ma non solo, il tabagismo non può essere fronteggiato solo con l'intervento sanitario in quanto la sigaretta ha un ruolo nella sfera delle relazioni e ha rappresentato nel tempo una “espressione di adultità” e un “segno di distinzione sociale” dalle valenze simboliche e culturali non trascurabili (Minardi, 2003). Una efficace azione di contrasto al fumo di sigaretta non può dunque non tenere conto delle caratteristiche di un fenomeno complesso che chiama in causa, oltre agli aspetti sanitari, anche quelli di ordine economico (per es.: l'industria del tabacco), politico (per es: leggi e regolamentazioni sui prodotti del tabacco), psico-sociologico (significati, abitudini, comportamenti legati all'uso della sigaretta).

Il *Ten-Point Programme* dell'OMS per una strategia di successo nel controllo del tabagismo<sup>1</sup> è emblematico dell'integrazione necessaria dei diversi livelli: sanitario,

sociale, politico, economico e legislativo. Esso raccomanda: la protezione dei bambini dal fumo di sigaretta; l'implementazione di politiche fiscali per scoraggiare il consumo di tabacco; programmi di promozione della salute e di cessazione dal fumo di sigaretta; eliminazione della pubblicità diretta e indiretta sul tabacco e di ogni forma di promozione e sponsorizzazione del tabacco; promozione di alternative economiche alla coltivazione e produzione di tabacco.

Anche la più recente pubblicazione dell'OMS (WHO, 2004) pone particolare attenzione allo sviluppo e all'implementazione di piani nazionali di controllo del consumo di tabacco che tengano conto dei diversi livelli d'intervento e dei diversi strumenti d'azione a disposizione<sup>2</sup>: dalla architettura del piano alla creazione di un meccanismo di coordinamento; dall'analisi dei bisogni e delle risorse, fino ai problemi del lancio e dell'avvio del programma.

Dal punto di vista della promozione della salute tali priorità nella progettazione ed implementazione degli interventi sono sinteticamente espresse in due imperativi metodologici che L.W. Green, autore insieme a M.W. Kreuter del modello PRECEDE-PROCEED (Green, 2001), ha chiamato rispettivamente “*imperativo ecologico*” e “*imperativo onnicomprensivo*” (Green, 2004). Nel primo caso si sottolinea come la *combinazione* di metodi e azioni differenti è più efficace di un singolo metodo o di una singola azione; nel secondo si evidenzia come nessuna componente presa *singolarmente* possa avere effetto sul cambiamento

<sup>1</sup> Aggiornamenti scientifici OMS, Tobacco Free Initiatives, 1997.

<sup>2</sup> I capitoli 5 e 6 della pubblicazione sono quelli dedicati alla progettazione a livello locale di una strategia globale di contrasto al fumo di sigaretta.

dei comportamenti di salute in una popolazione. I problemi di salute debbono dunque essere trattati a tutti i livelli (individuale, sociale, istituzionale, nazionale e regionale, internazionale) in quanto ciascun livello non può sostenere da solo il peso complessivo della diminuzione del fattore di rischio su cui si interviene. Al tempo stesso, la compresenza di azioni e componenti diverse in una strategia integrata e multisettoriale, come suggerisce l'“imperativo onnicomprensivo”, garantisce il raggiungimento di un target di popolazione più ampio favorendo l'eliminazione delle disuguaglianze sociali.

L'importanza della multisettorialità e dell'integrazione degli interventi nell'ambito della promozione di stili di vita salutari, ed in particolare del fumo, è evidenziata anche da studi che dimostrano la maggior efficacia di programmi di intervento multilivello rispetto a programmi che utilizzano un solo canale di intervento (Pentz, 1990; Pentz, 1996). Nel campo della prevenzione fra i giovani all'uso di sostanze stupefacenti (in particolare alcol, marijuana e tabacco), programmi di comunità multi-componente dovrebbero basarsi sulla compresenza di interventi a diversi livelli che coinvolgano contemporaneamente studenti, familiari, comunità, mass media (*life skill training* a scuola, sessioni speciali con i genitori a scuola, *peer education* sul territorio, copertura sui mass media etc...). Metodologie così articolate e comprensive avrebbero inoltre il vantaggio di integrare le teorie che, singolarmente, ma a livelli diversi, offrono attualmente spiegazioni consolidate sui comportamenti a rischio e sulle possibilità di loro modificazione (Pentz, 1996): teorie psicologi-

che (come per esempio i modelli sulle credenze sulla salute e le rappresentazioni della malattia, o sugli “stadi del cambiamento”<sup>3</sup>); teorie psico-sociali, basate sull'influenza del gruppo e delle norme sociali (come per esempio la *social learning theory*, le teorie sulla *self-efficacy*<sup>3</sup>); teorie sociali, che in vario modo suggeriscono come il cambiamento degli *health behaviours* sia strettamente legato al coinvolgimento della comunità, attraverso percorsi di “disseminazione delle innovazioni, cambiamento organizzativo, comunicazione di massa e empowerment sociale” (Pentz, 1996). Si segnalano in questa direzione anche gli studi e le esperienze che promuovono una lettura sociale dei temi della salute e della malattia in un'ottica di “ricerca-azione”<sup>4</sup> e sviluppo di comunità (si veda per esempio Green, 1997; Martini, 1996; Ingrosso, 2000 e 2001; d'Angella, 1997).

Di seguito proponiamo modelli e ipotesi di lavoro sul problema-fumo prevalenti a livello internazionale e nazionale, con l'intento di offrire spunti di integrazione e connessione delle tre aree di attività indagate nella realtà piemontese (*prevenzione, cessazione, interventi comunitari*).

**6.2 MODELLI E IPOTESI DI LAVORO**  
A *livello internazionale* i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2000) rappresentano un punto di riferimento fondamentale nella elaborazione di strategie integrate e multisettoriali, essendo gli Stati Uniti ormai da molti anni impegnati con notevole dispendio di risorse sul fronte della lotta al tabagismo.

<sup>3</sup> Per una panoramica delle principali teorie in psicologia della salute: Zani, 2000.

<sup>4</sup> Le dizioni di “ricerca-azione” o “ricerca partecipata” o “ricerca-azione partecipata” definiscono in sanità pubblica una particolare ottica di ricerca e intervento la cui finalità è “portare il lavoro oltre il semplice ampliamento della conoscenza, verso la diffusione dei risultati delle ricerche e l'attuazione di cambiamenti suggeriti da questi risultati”. (Green, 1997). Si tratta di un filone di studio che unisce ricerca, formazione e azione sociale e che trae le sue origini, negli anni '40, dal lavoro di Kurt Lewin. Secondo tale paradigma la popolazione locale, le persone che lavorano nelle istituzioni, e gli “utenti” dalle istituzioni stesse, si rivelano essere gli attori ottimali in un processo di cambiamento, se i loro punti di vista vengono al tempo stesso valorizzati e messi in comunicazione. Dal punto di vista metodologico, la “ricerca azione” prevede che i membri della comunità (nel nostro caso, per esempio, gli attori impegnati nella lotta al fumo) “vengano coinvolti attivamente nella programmazione della ricerca, nella raccolta ed elaborazione dei dati e nella diffusione dei risultati” (Green, 1997). Sul tema si veda anche, in ambito psicologico: Camarlinghi R, d'Angella F (2004).

In particolare, è possibile rintracciare modelli articolati e complessivi di progettazione e programmazione degli interventi, che includono le migliori pratiche ed esperienze consolidate.

I CDC identificano **quattro obiettivi e quattro componenti principali** che concorrono alla costruzione di un programma integrato di riduzione del tabagismo a livello nazionale e/o locale.

Gli obiettivi individuati sono:

- 1) *prevenire l'iniziazione nella popolazione giovanile;*
- 2) *promuovere la cessazione nella popolazione giovane ed adulta;*
- 3) *eliminare l'esposizione al fumo di tabacco passivo;*
- 4) *identificare ed eliminare le disuguaglianze fra gruppi di popolazione.*

Le componenti individuate sono:

- 1) *interventi di comunità* (intesi come il lavoro attraverso le organizzazioni, i sistemi e le reti sociali per promuovere un ambiente che facilita le scelte salutari dell'individuo e in cui l'astinenza dal tabacco è la norma);
- 2) *attività di "contro-marketing"* (per contrastare l'investimento pubblicitario dell'industria del tabacco con messaggi pro-salute e contro-fumo);
- 3) *politiche programmatiche e di controllo* (comprendenti, ad esempio, il prezzo dei prodotti del tabacco, la pubblicità, la qualità dell'aria, l'informazione circa le sostanze contenute nelle sigarette etc...).

#### 4) *Sistemi di sorveglianza e valutazione.*

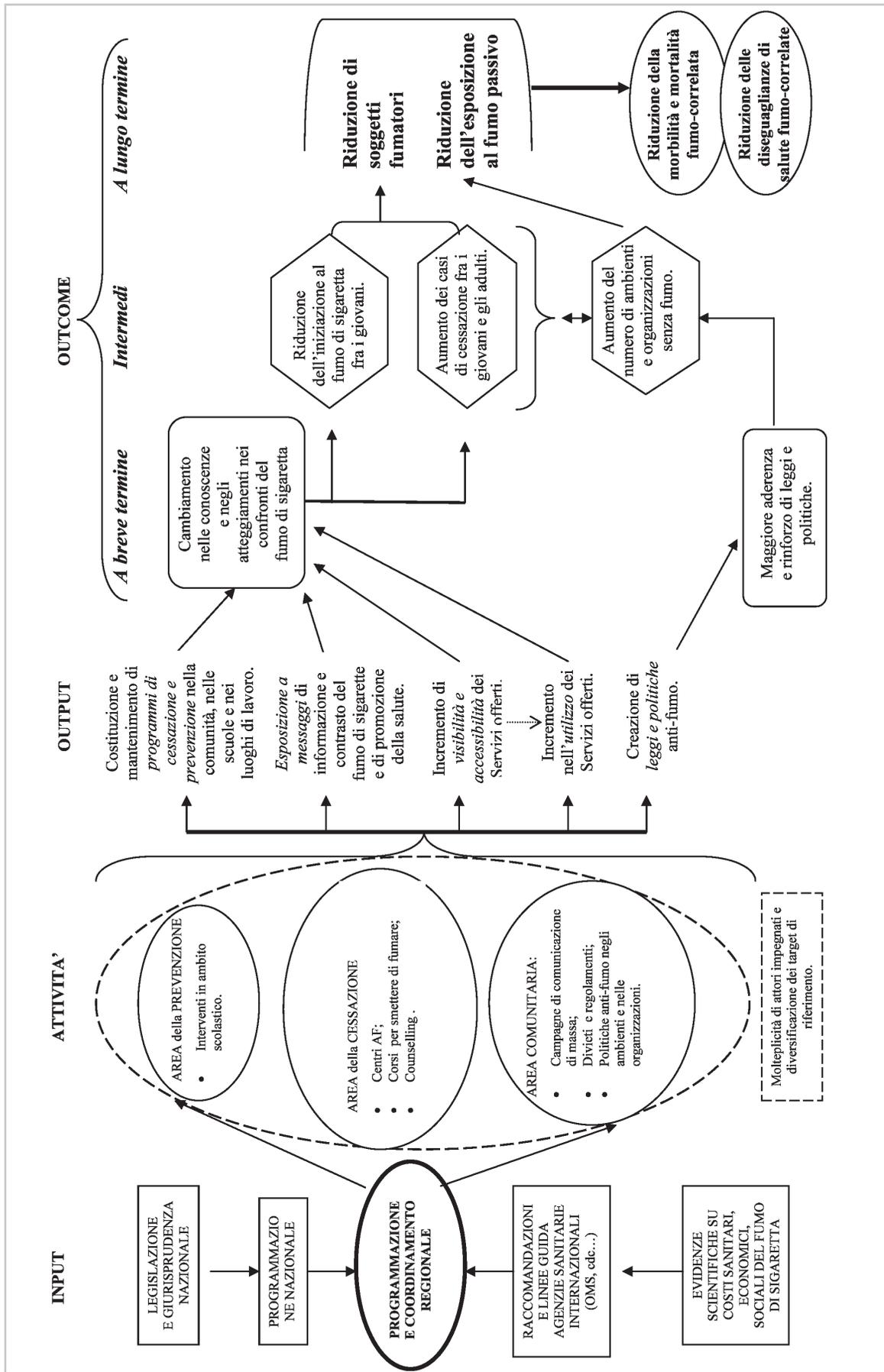
Queste quattro *componenti* coprono l'intera gamma di interventi possibili in tema di riduzione del fumo di sigaretta e la matrice che deriva dall'incrocio con i predetti obiettivi (Figura 1) costituisce un modello utile a descrivere lo stato dell'arte in materia di contrasto al fumo di sigaretta in Piemonte.

Un ulteriore contributo che proviene dai CDC (CDC, 2001) riguarda un modello integrato di valutazione e monitoraggio delle attività di prevenzione e cessazione del consumo di tabacco. Il modello propone di applicare la logica della programmazione in sanità pubblica (che prevede una sequenza del tipo: input► attività► output► outcome) al problema del fumo. In tal modo esso unisce input e attività ai risultati previsti (a breve, medio e lungo termine) e permette di descrivere ciò che ad un dato momento si sta facendo rispetto al problema di salute-fumo. In Figura 2 proponiamo una applicazione alla realtà piemontese di questo modello. La rappresentazione grafica della logica del programma facilita una visione integrata del sistema di interventi di contrasto al fumo di tabacco in Piemonte, in un'ottica che focalizza gli aspetti programmatici e di valutazione dei risultati. Tale rappresentazione può aiutare nel coinvolgimento e nella partecipazione di tutti gli attori interessati, in quanto contribuisce ad aumentare la comprensione degli obiettivi del programma, delle risorse necessarie e delle attività che verranno realizzate, in una visione complessiva della strategia anti-tabacco a livello regionale.

Figura 1. Matrice CDC applicata alla situazione regionale piemontese.

<b>Obiettivi</b>	<b>Prevenire l'iniziazione nella popolazione giovanile</b>	<b>Promuovere la cessazione nella popolazione giovane ed adulta</b>	<b>Eliminare l'esposizione al fumo di tabacco passivo</b>	<b>Identificare ed eliminare le disuguaglianze fra gruppi di popolazione</b>
<b>Componenti</b>				
Interventi di comunità	Area della prevenzione	Area della cessazione	Area degli interventi comunitari	
"Contro-Marketing"				
Politiche programmatiche e di controllo				
Sistemi di sorveglianza e valutazione				

Figura 2. Logica di un modello di prevenzione e controllo del tabagismo a livello regionale.



A **livello europeo** il più recente documento dell'European Network for Smoking Prevention (ENSP)<sup>5</sup>, individua cinque priorità nello sviluppo prossimo futuro delle politiche di riduzione del tabagismo:

- necessità di un maggior investimento di denaro nel campo della valutazione delle politiche di controllo del tabacco in Europa;
- necessità di una maggiore standardizzazione e omogeneità dei dati di prevalenza sul fumo di sigaretta in Europa, al fine di fare comparazioni sull'efficacia delle politiche di controllo del tabacco fra diversi paesi;
- necessità di programmi di intervento integrati e multisettoriali, includendo le componenti individuate nel giugno 2003 dalla Banca Mondiale (World Bank, 2003) come le sei azioni con miglior rapporto costo-efficacia in relazione alla diminuzione di morti e malattie fumo-correlate:
- aumento del prezzo delle sigarette tramite tassazioni;
- divieto di qualsiasi pubblicità e promozione di tutti i prodotti del tabacco;
- divieti e restrizioni del fumo sul posto di lavoro;
- informazione dei consumatori attraverso campagne di comunicazione di massa e diffusione dei principali risultati scientifici;
- etichette di avvertimento dirette e di grandi dimensioni sui rischi per la salute sui pacchetti di sigarette e su tutti i prodotti del tabacco;
- supporto ai fumatori che vogliono smettere, compreso l'incremento dell'accesso alla terapia sostitutiva della nicotina (NRT), ai trattamenti per la cessazione.
- necessità urgente di maggiori investimenti in programmi di controllo del tabagismo.

Nell'ambito dell'Unione Europea è calcolato che solo l'Inghilterra spende più di Euro 1 in tali programmi, mentre i CDC stimano che sia necessario un investimento procapite fra \$1 e \$3 all'anno per un numero sufficiente di anni

(almeno tre anni) affinché i programmi di contrasto del fumo di sigaretta risultino efficaci.

A **livello nazionale** il problema del fumo ha cominciato ad assumere rilevanza con l'introduzione nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 dei temi della lotta al tabagismo e della prevenzione dei problemi sanitari connessi all'esposizione al fumo attivo e passivo. L'attuale PSN 2003-2005 dedica particolare attenzione al ruolo svolto dagli stili di vita (fra cui, oltre al fumo, l'alimentazione non corretta, l'attività fisica, e l'alcol) nell'incidenza di molte patologie. Nell'ambito delle azioni di contrasto al fumo di sigaretta viene sottolineato come gli interventi legislativi debbano essere coniugati con maggiori e più efficaci campagne di educazione e informazione sui danni causati dal fumo attivo e passivo. Tali interventi risulteranno più incisivi se indirizzati a giovani in età scolare (con interventi di educazione tramite figure carismatiche inclusi genitori, insegnanti, operatori sanitari e mass media, modificando soprattutto l'immagine del fumatore da emancipato e carismatico a dipendente e di livello socio-culturale basso) e donne in età fertile.

Tra le azioni specifiche per il raggiungimento di tali obiettivi, il Piano indica: il sostegno agli interventi volti a favorire la disassuefazione dal fumo, coinvolgendo tutti gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale; la diffusione delle evidenze scientifiche basate sull'efficacia delle strategie di prevenzione e degli interventi di cessazione dal fumo; la promozione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro. Secondo un Rapporto del Ministero della Salute (Galeone, 2001) nel 2001 dieci regioni (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Sicilia e province autonome di Trento e Bolzano) avevano emanato i propri Piani Sanitari, recependo, anche per quanto riguarda il tabagismo, gli obiettivi del Piano

<sup>5</sup> L'ENSP è una organizzazione internazionale nata nel 1997 in Belgio con l'obiettivo di sviluppare integrazione e coordinamento a livello europeo fra gli attori impegnati nel controllo del tabagismo. Si veda in particolare la pubblicazione elettronica di Joossens (Joossens, 2004). Traduzione a cura del Gruppo Tecnico.

Nazionale 1998-2000. Alcune di esse avevano anche emanato specifiche leggi in materia di tutela della salute contro i danni derivanti dal fumo. A queste dieci regioni va aggiunta sicuramente, dalla fine del 2004, il Piemonte, che ha visto l'approvazione del Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT) e della Commissione Regionale Anti-tabacco nell'ambito delle indicazioni programmatiche per la promozione della salute nella regione (vedi cap. II).

La programmazione regionale trova, pertanto, nuovo slancio attraverso la definizione di specifici programmi di intervento, differenziati sulla base delle caratteristiche territoriali del "fenomeno fumo" e delle priorità individuate a livello locale; ciò ha consentito di dare un carattere maggiormente organico alle iniziative di contrasto al fumo, attuate in passato in maniera sporadica e spesso senza prevedere attività di valutazione.

Elementi comuni alle diverse programmazioni regionali sono:

- l'adeguamento normativo;
- l'attività di formazione degli operatori con particolare attenzione al coinvolgimento dei medici di medicina generale;
- l'attività di informazione ed educazione alla salute, anche attraverso campagne di comunicazione a livello regionale;
- l'attivazione di specifici centri per la prevenzione delle patologie correlate e la disassuefazione (Centri Antifumo).

Fra gli obiettivi prioritari, oltre alla cessazione e alla prevenzione, risultano molto importanti, in tutti i programmi regionali, l'attenzione ad una "sanità libera dal fumo" e a "luoghi di lavoro liberi dal fumo". In particolare la Toscana si è mossa su questi due fronti con un "Progetto uffici Pubblica Amministrazione senza fumo" e con lo sviluppo della Rete degli Ospedali che promuovono Salute.

La Regione Emilia Romagna, fra tutte, riveste un ruolo di primo piano nella lotta al tabagismo a livello nazionale ed europeo. Essa è capofila su questo specifico tema nell'ambito del coordinamento interregionale che fa capo

alla Conferenza delle Regioni, ed è punto di coordinamento nazionale della Consulta Italiana sul Tabagismo, organismo che funge da raccordo tra più di cento tra Enti, Associazioni e Società Scientifiche impegnate a costituire un fronte comune nella lotta al fumo di tabacco.

Tutte le Regioni si sono comunque dotate di organi di coordinamento a livello regionale e di gruppi di studio. L'Abruzzo e la Lombardia hanno puntato su un decentramento sistematico attraverso la costituzione di unità o nuclei operativi dedicati a livello di ogni ASL. Interessante da questo punto di vista la proposta dell'Emilia che prevede in ogni Provincia, per iniziativa delle Aziende Sanitarie Locali, la costituzione di "Gruppi di progetto 'Provincia senza fumo'", in cui sono coordinati soggetti di diversa provenienza (MMG, Operatori Sanitari, Scuola, Aziende etc...). Particolare attenzione è posta dalla Regione Veneto al problema del fumo passivo e, insieme alla Toscana, allo sviluppo di indagini epidemiologiche e di sistemi di sorveglianza complessi. Una ulteriore spinta allo studio degli stili di vita e alla promozione della salute, compresa la prevenzione dal fumo di sigaretta, verrà dalla recente costituzione (27 ottobre 2004) del Centro Nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) presso il Ministero della Salute. Il Centro, istituito dalla Legge 238/04, prevede fra i suoi obiettivi il miglioramento dell'informazione e delle conoscenze per promuovere la salute pubblica e i sistemi sanitari e l'azione sui fattori sanitari determinanti (attraverso vaste azioni di promozione della salute accompagnate da misure e da strumenti specifici di riduzione e di eliminazione dei rischi, con particolare attenzione ai fattori chiave collegati al tipo di vita, alla situazione socioeconomica e all'ambiente, quali il consumo di tabacco, di alcol, la tossicodipendenza, la nutrizione e lo stress). L'ambizione del Centro è quella di divenire l'omologo dei CDC americani, strutturandosi "in un network di punti operativi con propria identità e specificità; con un costante collegamento ai network internazionali; secondo linee progettuali approvate dai Comitato strategico e assistita da sottocomitati scientifici" (si veda il sito [www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp](http://www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp)).

### 6.3 IL PIEMONTE: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE NELLE ATTIVITÀ DI CONTRASTO AL FUMO DI SIGARETTE

Questa breve carrellata di modelli di intervento nel campo della lotta al tabagismo suggerisce alcune considerazioni generali sulla realtà degli interventi di contrasto al fumo di tabacco in Piemonte.

- Nessuna delle attività e dei progetti individuati nel corso della mappatura (raccolti intorno ai primi tre obiettivi: prevenzione, cessazione, riduzione fumo passivo) sembra porre particolare attenzione all'**individuazione e riduzione delle disparità tra gruppi di fumatori** (vedi quarto obiettivo fig.1), sebbene la letteratura suggerisca di considerare alcune variabili socioeconomiche (il livello di istruzione, il sesso, l'età, l'appartenenza a determinati gruppi etnici, l'occupazione) quali importanti fattori che influenzano l'abitudine al fumo (Barbeau, 2004; Ellickson, 2004; per il Piemonte si vedano anche Morgagni, 2000, Faggiano, 2001). Tutti gli interventi dovrebbero avere in realtà come proprio obiettivo integrativo la riduzione delle disparità, raggiungibile, per esempio, con interventi detti di "discriminazione positiva", che individuano come proprio target di riferimento le categorie sociali maggiormente esposte al fattore di rischio (in questo caso il fumo di sigaretta). Tale attenzione nella progettazione e implementazione delle attività (scarsamente rilevata nelle attività censite in Piemonte) oltre a rispondere ad istanze di equità è fondamentale per migliorare la qualità complessiva del sistema degli interventi. Concentrare gli interventi su particolari soggetti quali donne in gravidanza, adolescenti, persone con basso reddito, minoranze etniche permette infatti anche di aumentare l'efficacia degli interventi (Coleman, 2004).

In Piemonte, i dati sulle disuguaglianze sono in linea con quelli nazionali e di letteratura che indicano l'importanza di attuare interventi finalizzati a ridurre il consumo di tabacco nelle classi meno favorite e istruite per i maschi, e in quelle più colte e socialmente avvantaggiate per le donne. Politiche che

vogliono contribuire ad eliminare le disuguaglianze fra gruppi di popolazione, non possono inoltre, anche nella nostra Regione, non tenere conto delle minoranze etniche. Gli stranieri residenti in Piemonte (che rappresentano complessivamente, con 170.000 unità, circa il 2% della popolazione) provengono per il 31% da Paesi dell'Europa dell'Est e per il 30% dall'Africa settentrionale, con una prevalenza di albanesi (44,5%) e rumeni (23,7%) nel primo caso, di marocchini (82,5%) nel secondo (ISTAT, 2000). In tali paesi la prevalenza di fumatori è paragonabile e, in qualche caso, decisamente superiore a quella italiana (32,3% fra gli uomini rumeni; 30% fra i marocchini; 60% fra gli albanesi) (Tobacco Control Country Profiles, 2000): di qui l'importanza di garantire anche a queste minoranze l'accesso ai servizi di prevenzione e disassuefazione, sovente minacciato da barriere linguistiche e culturali, sradicamento, mancanza di supporto familiare, con conseguente allargamento della forbice di disuguaglianza.

- Potenziamento della **componente di Sorveglianza** (vedi Fig.1). Essa costituisce un fattore strategico irrinunciabile, giacché permette una valutazione dell'impatto del sistema globale di interventi attraverso la raccolta ed analisi dei principali indicatori del fenomeno del fumo di sigaretta (prevalenza, mortalità, problemi di salute-fumo correlati). Essa garantisce il flusso di dati utile a valutare l'efficacia delle politiche attuate e la loro modulazione nel tempo in funzione dei risultati ottenuti. La sorveglianza e il monitoraggio dei dati rappresentano inoltre una chiave di accesso irrinunciabile per porre il tema del fumo all'attenzione della pubblica opinione, mostrando eventuali trend nel tempo e contribuendo a dare priorità ai temi di sanità pubblica nell'agenda politica (Green, 2004). In Piemonte la Rete dei Servizi per l'Epidemiologia ([www.regione.piemonte.it/sanita/ep](http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep)) ha svolto in questi anni un ruolo di studio e ricerca che dovrebbe essere maggiormente valorizzato e sinergicamente connesso in un'ottica di intervento regionale di più ampio respiro.

La recente approvazione del PRAT, che attribuisce alla Rete un ruolo di primo piano nel campo della sorveglianza e dell'implementazione di attività di contrasto al fumo di sigaretta in Piemonte, rappresenta una opportunità importante in questa direzione.

- **Potenziamento della componente di Valutazione** (vedi Fig.1). La priorità in questo campo è innanzitutto quella di scegliere gli interventi fra quelli che siano già stati valutati in letteratura e sui quali esistano evidenze scientifiche. La presente indagine ha posto in evidenza come non sempre questo avvenga, soprattutto nell'ambito della cessazione dove invece migliori sono le acquisizioni sull'efficacia relativa dei diversi metodi. I Centri Antifumo pubblici piemontesi, inoltre, hanno evidenziato una debolezza degli stessi sistemi di raccolta delle informazioni e dei risultati (cartelle cliniche e follow up, database computerizzati etc...), che ha come conseguenza l'enorme difficoltà di valutazione dei risultati e della qualità degli interventi stessi. Nell'ambito della prevenzione risulta più controverso l'utilizzo di metodologie di comprovata efficacia (seppure vi siano indicazioni importanti in questa direzione, vedi cap. V), ma resta la priorità di documentare gli interventi, laddove invece risulta dalla ricerca che solo il 40% dei progetti censiti tenta una valutazione di qualche tipo. Infatti ove risulti impossibile la valutazione dell'impatto o della qualità degli interventi (perché non vi sono i presupposti per valutazioni di tale portata o le azioni non si rifanno a modelli validati) resta comunque necessario tentare di documentare i progetti anche con l'utilizzo di indicatori diversi (per es. di ordine qualitativo, o di processo) al fine di contribuire ad un sistema di monitoraggio e valutazione complessiva degli interventi scolastici in questo ambito. Infine la valutazione nell'ambito delle campagne e degli interventi comunitari risulta essere praticamente inesistente, a parte lo sforzo compiuto dalla Regione per valutare la campagna "Ama te stesso" (si vedano cap. IV e V).

A partire dagli spunti fin qui emersi e dall'indagine svolta, ma anche tenendo conto degli studi e dell'esperienza acquisita, si possono a questo punto fare alcune considerazioni conclusive su quelli che si ritengono essere gli attuali punti di forza e debolezza del sistema-Piemonte in relazione alle attività di contrasto al fumo di sigaretta, provando anche ad individuare delle priorità di sviluppo e di azione futura. Il tentativo è quello di offrire una "fotografia" della situazione attuale, pur nella consapevolezza che risulterà incompleta e provvisoria, dato soprattutto il carattere dinamico e continuamente mutevole della realtà cui si riferisce.

Come **punti di forza** si individuano:

- *l'aumento della domanda e dell'offerta*, soprattutto nell'area degli interventi di sostegno ai percorsi di disassuefazione, generate probabilmente da una diffusa e maggiore consapevolezza dei danni provocati dal fumo, anche passivo;

- *il progressivo maggior coinvolgimento da parte della Regione* in un ruolo di coordinamento delle attività antifumo in Piemonte;

- *l'importante lavoro avviato da alcuni centri*, come il *Centro di Documentazione Regionale sulla Salute (DoRS)* sia sul versante dello sviluppo di una cultura della valutazione degli interventi (ad esempio con i laboratori di valutazione tra pari), che sul versante dell'implementazione di un sistema di raccolta dati sui progetti nell'area della promozione della salute (Sistema Informativo HP- Gruppo di lavoro Banca Dati Progetti);

- la partecipazione di alcune scuole secondarie superiori del Piemonte al Progetto *EUDAP (European Drug Addiction Prevention Trial)*, promosso dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED), che rappresenta il primo (e fin'ora unico) progetto multicentrico europeo di valutazione di efficacia di un intervento contro fumo, alcol e droga;

- *l'adesione alla rete dell'OMS "Ospedali senza fumo" di quindici ASL.*

Fra i **punti di debolezza** rilevati:

- *l'assenza di un "disegno" unitario di integrazione e sviluppo multisettoriale delle attività di contrasto al fumo di sigaretta in Piemonte;*

- *una insufficiente aderenza di progetti e attività, sia nel campo della prevenzione che della cessazione, alle principali acquisizioni scientifiche prodotte in questa area (prove di efficacia, raccomandazioni, linee guida);*

- *la debolezza della componente di valutazione dei risultati degli interventi in tutti gli ambiti (prevenzione, cessazione, interventi comunitari);*

- *l'assenza di strategie volte all'identificazione ed eliminazione di disparità tra gruppi di fumatori.*

Da quanto descritto, e a seguito delle riflessioni emerse nel corso del lavoro, derivano alcune indicazioni provvisorie di sviluppo e di azione per il futuro, che di seguito elenchiamo:

- considerare la lotta al tabagismo un intervento di strategia globale, che richiede un programma articolato per settori sociali e di intervento e la creazione di un *organo di coordinamento e di programmazione delle attività* (Eriksen, 2000).

Tale organo, che il PRAT già prevede nella forma della Commissione regionale Antitabacco, dovrebbe presiedere a tutti gli aspetti del programma tramite: alleanze con le organizzazioni locali (enti pubblici, privati e terzo settore), promozione di programmi educativi per i giovani, incentivazione delle organizzazioni libere dal fumo, contrasto all'accesso ai prodotti a base di tabacco, finanziamento per sviluppare i programmi e i trattamenti, sorveglianza e valutazione dell'andamento dei progetti;

- *fondare gli interventi sulle evidenze scientifiche disponibili.* In particolare è necessario:

- diffondere ed applicare le conoscenze più recenti in termini di *Evidence Based Medicine* (EBM) e di Buone Pratiche, sia nell'area degli interventi per la disassuefazione che per la prevenzione;

- potenziare il ruolo svolto dai Medici di Medicina Generale vista la loro posizione privilegiata di rapporto con gli utenti;

- tenere in considerazione le disparità esistenti nella popolazione e indirizzare i progetti a determinati gruppi target;

- *implementare sistemi di raccolta dati* (schede, cartelle cliniche, database computerizzati...) più robusti, al fine di valutare l'efficacia degli interventi (in particolare nell'area dei trattamenti per la disassuefazione) e di *costruire sistemi di sorveglianza* basati sulla logica di programmazione in sanità pubblica;

- *promuovere intersettorialità e alleanze sia a livello locale che internazionale.* A questo proposito si ritiene strategica l'adesione alle Reti dell'OMS, come volani efficaci allo sviluppo di culture e ambienti liberi dal fumo:

- la rete Health Promoting School (HPS) per quanto riguarda gli interventi di prevenzione in ambito scolastico;

- la rete Health Promoting Hospital (HPH) per quanto riguarda l'ambito sanitario ed in particolare la sua declinazione nella rete Ospedali Liberi dal Fumo;

- la rete Healthy Cities (Città Sane).

- *incrementare l'accessibilità dei Centri Antifumo* pubblici attraverso maggiori investimenti nel marketing sociale, orari di accesso più flessibili, incentivi economici, creazione di Centri Antifumo nelle "zone scoperte";

- *aumentare le restrizioni sul fumo* negli ambienti di lavoro, con particolare attenzione a sviluppare progetti di implementazione di “organizzazioni libere dal fumo” nelle Pubbliche Amministrazioni e nelle ASL.

L’approvazione del PRAT costituisce per il Piemonte un passo decisivo: da un lato verso il riconoscimento degli sforzi e delle iniziative fino ad ora compiuti in ordine sparso da numerosi operatori e strutture sanitarie piemontesi; dall’altro verso una migliore programmazione e coordinamento che avrà delle ricadute sull’efficacia e sull’efficienza dell’intero sistema di iniziative piemontesi. Esso prevede come abbiamo visto la costituzione di organi (la Commissione, successivamente, la Consulta) che dovrebbero garantire la partecipazione dei cosiddetti “cittadini competenti”<sup>6</sup> nei modi e nelle forme più adeguate. Non si tratta solo di costituire organi “tecnici” o “politici” (di programmazione, controllo, allocazione delle risorse) ma soprattutto di coltivare e mantenere vivo in

luoghi concreti di discussione e decisione quel “capitale sociale” rappresentato dalla rete di relazioni che legano in un rapporto di partnership tutti i protagonisti del mondo della salute impegnati in azioni di contrasto al fumo di sigaretta.

Il lavoro del Gruppo Tecnico espresso in questo Report vuole essere un punto di partenza per la valorizzazione e la cura di questo “capitale sociale” e ha l’ambizione di collocarsi in un più ampio processo di “comunicazione sulla salute” in grado di dare voce e coinvolgere in un processo partecipato di ricerca e cambiamento i soggetti impegnati nella promozione della salute e nelle azioni di contrasto al fumo di sigaretta.

Ci auguriamo dunque di proseguire in questo tentativo di creare ponti tra conoscenza e decisioni e di offrire strumenti utili al miglioramento dell’efficacia degli interventi sulla salute, in particolare nell’ambito della prevenzione e riduzione del fumo di sigaretta in Piemonte.

---

<sup>6</sup> Con la dizione di “cittadini competenti” si intendono tutti quegli attori sociali e sanitari che hanno un ruolo nella comunità, nell’adozione di scelte e nello sviluppo di attività che hanno un impatto sulla salute dei cittadini in generale.

## BIBLIOGRAFIA

- Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2. 2): CD001008.
- Amici S, Beccaria F. Comunicazione e prevenzione: linee guida per messaggi di promozione della salute rivolti all'universo giovanile. *Dal fare al dire III*; 2003.
- Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52(11): 1003-9.
- Barendregt JJ, Bonneux L, van der Maas PJ. How good is Sullivan's method for monitoring changes in population health expectancies? *J Epidemiol Community Health* 1997; 51(5): 578-9.
- Biener L, Abrams DB, Emmons K, Follick MJ. Evaluating worksite smoking policies. Methodologic issues. *N Y State J Med* 1989; 89(1): 5-10.
- Bonino S, Cattellino E, Ciairano S. Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione. Firenze: Giunti; 2003.
- Bonino S, Ciairano S. I comportamenti a rischio per la salute ed a rischio psicosociale in adolescenza: il fumo di sigarette. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità; 1998.
- Borland R, Balmford J. Understanding how mass media campaigns impact on smokers. *Tob Control* 2003; 12(Suppl II): ii45-ii52.
- Botvin GJ, Griffin KW. Life Skills Training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention* 2004; 25(2): 211-32.
- Burgher MS, Barnekow-Rasmussen V, Rivett D. The European Network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1999.
- Camarlinghi L, d'Angella F (a cura di). *Discutere di lavoro sociale. I Geki di Animazione Sociale*. Torino: EGA; 2004.
- Castellanos ME, Nebot M, Paya A, et al. El abandono del tabaquismo durante la gestación y la recaída. *Progr Obstet Ginecol* 2000; 43: 473-80.
- Castellanos ME, Nebot M, Rovira MT, Paya A, Munoz MI, Carreras R. Impact of medical counselling on giving up smoking during pregnancy. *Aten Primaria* 2002; 30(9): 556-60.
- Cavazza N. *La persuasione*. Bologna: Il Mulino; 1996.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1994; 43(RR-2): 1-18.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Am J Prev Med* 2001; 20(25): 10-15.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: Department of Health and Human Services; 2000.
- Chollat-Traquet C. *Evaluating tobacco control activities: experiences and guiding principles*. Geneva: WHO; 1996.
- Circolare della Regione Piemonte. 1278/27.001 : 2002.
- Circolare della Regione Piemonte. 18632/27.001 : 2002.

- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal A, Barnekow-Rasmussen V. Young People's Health in Context - Health behaviour in school aged children (HBSC) survey: international report from the 2001-2002 survey. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2004.
- D'Angella F, Orsenigo A (a cura di). La progettazione sociale 1. La progettazione luogo di cambiamento. Animazione Sociale 1997; 53-64.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 1994; 309: 901-11.
- Engels R. Forbidden fruits. Social dynamics in smoking and drinking behaviour of adolescents. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht; 1998.
- English D, Holman D, Milne E, Winter M, Hulse C, Codde G, et al. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
- Eriksen MP. Best practices for comprehensive tobacco control programs: opportunities for managed care organisations. *Tob Control* 2000; 9 Suppl 1: I 11-4.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea ed in Norvegia. Lussemburgo: Pubblicazioni Ufficiali della Comunità Europea; 2003.
- Faggiano F, Versino E, Lemma P. Decennial trend of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes & Control* 2001; 12(7): 665-71.
- Ferrari AM. Progetto Regionale Tabagismo: sua realizzazione nell'AUSL di Reggio Emilia. 7<sup>a</sup> Conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute. Torino, 21-22 novembre 2003.
- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325(7357): 188.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
- Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatzianandreu E J, Newcomb PA, Surawicz TS, Davis RM. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263(20): 2760-5.
- Flay BR, Di Tecco D, Schlegel RP. Mass media in health promotion: an analysis using an extended information-processing model. *Health Education Quarterly* 1980; 7: 127-47.
- Flay BR. On improving the chances of mass media health promotion programs causing meaningful changes in behavior. In: Meyer M. Health education by television and radio. Munich: Saur; 1981.
- Flay BR, Burton D. Effective mass communication campaigns for public health. Conference on Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts. Rancho Mirage, CA; September 1988.
- Freimuth V, Cole G, Kirby SD. Issues in evaluating mass-media health communication campaigns. In: Rootman I, Goodstadt M, Hindman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. Volume n° 92. WHO Regional Publications, European Series; 2001.
- Galeone D. Il Ministero della Salute e le Regioni nell'attuazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale nella lotta al tabagismo. Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute. 2001.
- Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
- Goodman LA. Snowballing sampling. *Annals of Mathematical Statistics* 1961; 32: 148-170.
- Gottlieb NH, Eriksen MP, Lovato CY, Weinstein RP, Green LW. Impact of a restrictive work site smoking policy on smoking behavior, attitudes and norms. *J Occup Med* 1990; 32(1): 16-23.

- Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and ecological approach. Mayfield Publishing (McGraw-Hill); 2001.
- Green LW. Lessons from Public Health Achievements of the Twentieth Century to Emerging Health Research Issues. Convegno "Stili di vita e comportamenti a rischio", Roma, 2-3 dicembre 2004.
- Green LW, et al. Ricerca partecipata: storia e applicazione nella Sanità Pubblica. In: Promozione della salute e Sanità Pubblica. Milano: Franco Angeli; 1997.
- Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315: 980-8.
- Hafstad A, Aarø LE, Engeland A, Andersen A, Langmark F, Stray-Pedersen B. Provocative appeals in anti-smoking mass media campaigns targeting adolescents - The accumulated effect of multiple exposures. *Health Educ Res* 1997; 12(2): 227-36.
- Halpern MT, Gillespie BW, Warner KE. Patterns of absolute risk of lung cancer mortality in former smokers. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85(6): 457-64.
- He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease - a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; 340(12): 920-6.
- Hendry L, Shucksmith J, Philip K. Educating for health: schools and community approaches with adolescents. London: Cassell; 1999.
- Hibell B, et al. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stockholm: The Swedish Council for information on alcohol and other drugs and the Pompidou Group at the Council of Europe; 2000.
- Hingson R, Strunin L. Monitoring adolescents' responses to the AIDS epidemic: changes in knowledge, attitudes, beliefs and behaviours. In: Di Clemente RJ. Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy. Newbury Park: Sage; 1992.
- Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris KW et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med* 2001; 20 (2 Suppl): 16-66.
- IARC. Monographs vol. 38. Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Lyon: WHO; 1986.
- IARC. Monographs vol. 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: WHO; 2004.
- Ingresso M. Comunicare la salute. Milano: FrancoAngeli; 2001.
- Ingresso M. Lettura sociale della salute e promozione della qualità della vita. *Animazione Sociale* 2000; 9-18.
- Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli G, Codifava A, Corti F, Fossati R, Guerra C, La vecchia C, Lazzaro C, Sabato E et al. L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. *Rassegna Patologia Apparato Respiratorio* 2002; 17: 55-70.
- ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine Multiscopo annuale su "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 1999. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2000.
- ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine Multiscopo annuale su "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2001. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2002.
- Istituto Superiore di Sanità. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. 2002.
- Jessor R, Donovan JE, Costa FM. Beyond adolescence - Problem behaviour and young adult development. New York: Cambridge University Press; 1991.
- Jessor R, Jessor SL. Problem behaviour and psychosocial development - A longitudinal study of youth. New York: Cambridge University Press; 1977.

- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 685-91.
- Jøsendal O, Aarø LE, Bergh IH. Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents. *Health Education Research* 1998; 13(2): 215-24.
- Jossens L (ed.). *Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries*. European Network on Smoking Prevention; 2004.
- La Torre G, De Vito E, Capelli G, Langiano E, Ferrara M, Ricciardi G. Conoscenze ed atteggiamenti dei presidi e dei docenti delle scuole in provincia di Frosinone in materia di educazione alla salute. *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute* 2003; 26(3): 200-7.
- La Vecchia C, Faggiano F, Versino E, Jannucci L. Andamento della prevalenza del fumo in Italia. Seminario "Salute 2000", Roma, Istituto Superiore di Sanità, Settembre 2002.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3): CD001292.
- Lloyd B, Lucas K, et al. *Smoking in Adolescence. Images and Identities*. London: Routledge; 1998.
- Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control* 2001; 10(3): 267-72.
- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD001055.
- MacDonald G, Starr G, Schooley M, Yee SL, Klimowski K, Turner K. *Introduction to Program Evaluation for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2001.
- Mangiaracina G. Percorsi sociali e strategie non istituzionali. Relazione all'Istituto Superiore di Sanità in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco; 2001.
- Marighella M, Penasso M. Fumo e prevenzione delle malattie cardiovascolari: analisi delle strategie comunicative. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità, Direzione Controllo Attività Sanitarie, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute; 2002.
- Martini ER. La ricerca-azione partecipata. Per una pratica di sviluppo di comunità. In: *Il lavoro di comunità. La mobilitazione delle risorse nella comunità locale*. Quaderni di Animazione e Formazione, EGA; 1996.
- Migliore M, Berti G, Ciccone G. SIDRIA TORINO. Epidemiologia e prevenzione dell'asma e delle allergie in età pediatrica. Risultati descrittivi. Volume primo: scuole elementari. Torino: Unità di Epidemiologia dei Tumori; 2003a.
- Migliore M, Berti G, Ciccone G. SIDRIA TORINO. Epidemiologia e prevenzione dell'asma e delle allergie in età pediatrica. Risultati descrittivi. Volume primo: scuole medie. Torino: Unità di Epidemiologia dei Tumori; 2003b.
- Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997;157(4): 409-15.
- Minardi E. La sigaretta e la pratica sociale del fumare: segni di contraddizione per una società (in)tollerante. In: *Percorsi nella società del loisir*. Faenza: Homeless Book; 2003.
- Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2): CD003440.
- Morgagni S, Valpreda M, Gnani R, Costa G (a cura di). *La Salute in Piemonte 2000*. Torino: 2001.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Preventing drug abuse among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators and community leaders*. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
- Orlandini D, Nardelli R, Bottignolo E. Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valuta-

- zione. Venezia: Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Volontariato e Non Profit; 2002.
- Orlandini D, Nardelli R, Potente R (a cura di). Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti. Venezia: Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Volontariato e Non Profit; 2001.
- Parazzini F, Surace M, Bortulus R. Conseguenze del fumo su fertilità e gravidanza. *It J Addict* 1998; 19: 45-9.
- Pentz MA, et al. Relative Effectiveness of Comprehensive Community Programming for Drug Abuse Prevention with High-Risk and Low-Risk Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58(4): 447-56.
- Pentz MA. Preventing drug abuse through the community: multicomponent programs make the difference. National Conference on Drug Abuse Prevention Research; Washington D.C., September 19-20 1996.
- Perry CL, Pirie P, Holder W, Halper A, Dudovitz B. Parental involvement in cigarette smoking prevention: two pilot evaluations of the "unpuffables program". *J Sch Health* 1990; 60: 443-7.
- Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000; 321(7257): 323-9.
- Ravenna M. L'adolescente e l'uso di sostanze psicoattive. In: Polmonari A (a cura di). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino; 1997.
- Regione Piemonte. Segnaletica regionale contro il fumo: non solo divieti. *Punto Salute InFormazione* 2001; 1(3-4): 7.
- Rosso S, Casella C, Crocetti E, Ferretti S, Guzzinati S, et al. Survival of cancer patients in Italy in the nineties: figures from the cancer registries. *Epidemiol Prev* 2001. 25(3) suppl: 1-375.
- Rundall TG, Bruvold WH. A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Educ Q* 1988; 15(3): 317-34.
- Russo R, Scafato E. Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari. Roma: OssFAD, ISS; 2002.
- Schar EH, Gutierrez KK. Smoking cessation mass media campaigns from around the world. Recommendations from lessons learned. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2001.
- Schinke SP, Gilchrist L. Primary prevention of tobacco smoking. *Journal of School Health* 1983; 53: 416-9.
- Segnan N, Ponti A, Battista RN, Senore C, et al. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes and Control* 1991; 239-46.
- Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (3): CD001294.
- Sgambato A, Cicchetti A, Papa A, Macinati MS, Sposi A, Cittadini A. Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia. Roma: Centro di Ricerche Oncologiche "Giovanni XXIII", Istituto di Patologia Generale, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore; 2001.
- Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD000165.
- Silbereisen R, Kastner P. La prevenzione della droga negli adolescenti. *Prospettive teoriche-evolutive*. *Età Evolutiva* 1986; (24): 6-22.
- Silbereisen R, Todt E. Adolescence - A matter of context. In: Silbereisen R, Todt E. *Adolescence in context - The interplay of family, school, peers and work*. New York: Springer-Verlag; 1994.
- Simonato L, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou S, Boffetta P, Brennan P, Darby SC, Forastiere F, Fortes C et al. Lung cancer and cigarette smoking in Europe: an update of risk estimates and an assessment of inter-country heterogeneity. *Int J Cancer* 2001; 91(6): 876-87.

- Sly DF, Heald GR, Ray S. The Florida "Truth" anti-tobacco media evaluation: design, first year results, and implications for planning future state media evaluations. *Tob Control* 2001; 10: 9-15.
- Spruijt-Metz D. Adolescence, affect and health. Hove: Psychology Press; 1999.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (3): CD001007.
- Stillman FA, Hantula DA, Swank R. Creating a smoke-free hospital: attitudes and smoking behaviors of nurses and physicians. *Am J Health Promot* 1994; 9(2): 108-14.
- Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997 Oct; 52(10): 905-14.
- Stroebe W, Stroebe MS. *Psicologia sociale e salute*. Milano: McGraw-Hill; 1997.
- Thomas R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (4): CD001293.
- Vannoni D. Panel sulla percezione e gli atteggiamenti sulla salute dei Piemontesi. Politecnico di Torino; 2004.
- Waranch HR, Wohlgemuth WK, Hantula DA, Gorayeb R, Stillman FA. The effects of a hospital smoking ban on employee smoking behavior and participation in different types of smoking cessation programs. *Tob Control* 1993; 2: 120-6.
- White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2): CD000009.
- Wiborg G, Hanewinkel R. Effectiveness of the "Smoke Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence. *Prev Med* 2002; 35: 241-49.
- Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for association between environmental tobacco smoke exposure and birth weight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13(1): 35-57.
- Worden JK. Research in using mass media to prevent smoking. *Nicotine and Tobacco Research* 1999; 1: S117-S121.
- World Bank. *Tobacco Control at a Glance*. 2003.
- World Health Organization. *Building Blocks for Tobacco Control. A Handbook*. Geneve; 2004.
- World Health Organization. *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*; 2003.
- Zani B, Cicognani E. *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino; 2000.

## ELENCO DI SITI WEB CONSULTATI PER LA RICERCA

Si riporta l'elenco dei siti *web* consultati durante il lavoro di ricerca. Per ogni sito è stata elaborata una breve descrizione dei contenuti e dei documenti che è possibile trovare. Poiché è utile ed interessante arricchire e confrontare le conoscenze di chi lavora nell'ambito della prevenzione e cessazione del tabagismo, si è pensato di proporre questo elenco che offre una visione alquanto completa delle risorse *on-line* relative ai vari aspetti del consumo di tabacco.

<http://scientifico.pneumonet.it/fitmps/default.html>: sito della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis. Contiene una sezione dedicata alle iniziative effettuate in occasione della giornata del respiro.

<http://tc.bmjournals.com>: sito della rivista Tobacco Control; è possibile consultare gli abstract degli articoli pubblicati oppure scaricare il testo completo qualora si sottoscriverebbe l'abbonamento.

[www.cancer.org](http://www.cancer.org): sito dell'American Cancer Society. Contiene una sezione dedicata al consumo di tabacco e ai danni ad esso correlati.

[www.cdc.gov/tobacco](http://www.cdc.gov/tobacco): sezione del sito del National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (U.S.A.) dedicata al tabacco. contiene informazioni sul fumo di sigarette, pubblicazioni e rapporti di ricerca, linee-guida e banche dati, consigli per smettere di fumare, materiale e strumenti di lavoro per operatori, iniziative e campagne di comunicazione. Si segnala la presenza di un office on smoking and health.

<http://www.cipespiemonte.it/>: sito della Confederazione Italiana per la Promozione

della Salute e l'Educazione Sanitaria, che opera in accordo con l'OMS su progetti di promozione ed educazione alla salute. Contiene documenti, piani, progetti relativi ad iniziative di promozione della salute e alle reti dell'OMS. Si segnala in particolare la sezione dedicata alla rete piemontese Health Promoting Hospitals (HPH).

[www.cochrane.it](http://www.cochrane.it): sito del centro cochrane italiano, associazione internazionale con lo scopo di raccogliere, valutare e diffondere le informazioni relative all'efficacia degli interventi sanitari. Sono disponibili gli abstract in lingua inglese delle revisioni sistematiche effettuate.

[www.dors.it](http://www.dors.it): sito del centro regionale di documentazione per la promozione della salute. Contiene pubblicazioni, banche dati e cataloghi, link a siti nazionali ed internazionali inerenti a varie aree tematiche.

Si segnala il collegamento al sito [www.salutiamoci.it](http://www.salutiamoci.it), dedicato alle scuole, e la sezione iniziative, in cui è possibile consultare i progetti di prevenzione e promozione della salute presentati in occasione degli incontri del laboratorio di valutazione.

[www.ensp.org](http://www.ensp.org): sito dell'European Network for Smoking Prevention. Si tratta di una organizzazione internazionale no-profit creata nel 1997 in Belgio per lo sviluppo di strategie di coordinamento delle azioni antifumo in Europa. Contiene diverse sezioni relative a iniziative antifumo, progetti ed attività di contrasto del fumo di tabacco, legislazione europea sul controllo del tabacco.

[www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it): Sito del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto

Superiore di Sanità rivolto agli operatori di sanità pubblica. Contiene informazioni epidemiologiche relative ai più importanti problemi di salute.

*www.epidemiologia.it*: sito dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE). Contiene informazioni e documenti relativi alle iniziative promosse dall'AIE.

*www.eudap.net*: sito dell'European Drug Addiction Prevention Trial, progetto finanziato dalla Commissione Europea all'interno del programma sanità pubblica 2002. Si propone di valutare l'efficacia di programmi scolastici di prevenzione dell'uso di alcol, tabacco e altre droghe. E' possibile scaricare i documenti in lingua italiana relativi a tale studio.

*http://www.euro.who.int/eprise/main/who/pr  
ogs/enhps*: sito dell'European Network of Health Promoting School. E' possibile scaricare documenti, rapporti di ricerca e manuali relativi alle attività di prevenzione e promozione della salute in ambito scolastico, volte alla creazione di una scuola sana.

*www.feel-free.info*: sito della campagna informativa "Feel free to say no", promossa dalla Commissione Europea e rivolta agli adolescenti tra i 12 e i 18 anni. Contiene testimonianze di personaggi del mondo della musica e del calcio, giochi interattivi, concorsi internazionali a premi, loghi.

*www.forcesitaly.org*: sito dell'associazione onlus Forces italiana, diramazione di Forces International, in difesa di coloro che vogliono avere la libertà di fumare. Contiene una serie di rubriche ed opinioni in favore del fumo di sigarette.

*www.fumo.it*: sito italiano sul fumo di tabacco, rivolto a medici, fumatori attivi e passivi, ex-fumatori e chi vuole smettere di fumare. Contiene approfondimenti sul fumo, sulla legislazione vigente, forum.

*www.gacguidelines.ca*: sito del Guidelines

Advisory Committee (Ontario, Canada). contiene linee-guida relative alla cessazione del fumo di sigarette, al trattamento del consumo di tabacco e alla dipendenza da nicotina

*www.gea2000.org*: sito di GEA Progetto Salute, associazione onlus con l'obiettivo di promuovere la salute individuale e sociale. Contiene sezioni dedicate alla prevenzione, trattamento e documentazione del problema fumo.

*www.globalink.org*: sito della International Union Against Cancer (UICC) rivolto al controllo della diffusione del tabacco. Contiene articoli, petizioni, *links* e un'interessante sezione dedicata al calendario delle iniziative e delle manifestazioni antifumo nel mondo.

*www.google.it*: motore di ricerca attraverso il quale è stato possibile trovare una lista di siti nazionali ed internazionali relativi ai vari aspetti del consumo di tabacco, inserendo parole chiave quali: fumo di sigarette, tabacco, fumo passivo, prevenzione del fumo di sigarette, cessazione del fumo di sigarette, cigarettes smoking, smoking in adolescence, smoking prevention, smoking cessation.

*www.hbsc.org*: sito dello studio Health Behaviour in School-aged Children, promosso dall'OMS al fine di raccogliere informazioni sullo stato di salute e gli stili di vita di adolescenti appartenenti a 36 stati fra Europa e Nord-America. Contiene informazioni sugli studi effettuati, pubblicazioni e rapporti di ricerca, notizie sui progetti in corso, elenco dei paesi partecipanti.

*www.istat.it*: sito dell'Istituto Nazionale di Statistica. Alle voci "società" e "comportamenti sociali" è possibile consultare il volume "Stili di vita e condizioni di salute" (2001), contenente dati relativi alla diffusione del fumo in Italia.

*www.istitutotumori.mi.it*: sito dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei

Tumori che, in collaborazione con le sezioni di Milano e Varese della LILT e l'Asl 1 di Varese ha istituito un osservatorio sul tabacco. Si tratta di un centro di documentazione che raccoglie articoli di riviste scientifiche e testate giornalistiche nazionali, e pubblica un bollettino quadrimestrale.

<http://www.ktl.fi/enypat>: sito dell'European Network on Young People and Tobacco, rete europea di prevenzione e cessazione del fumo di sigarette rivolta ai giovani. Contiene relazioni sulla diffusione del fumo tra i giovani e sulla valutazione dei programmi di prevenzione. Promuove inoltre il concorso "Smoke-free class competition".

[www.legatumori.it](http://www.legatumori.it): sito della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Contiene un'area dedicata al tabagismo, in cui è possibile trovare materiale informativo, consigli per smettere di fumare, un numero verde s.o.s. fumo, legislazione sul tabacco, campagne e corsi antifumo.

[www.medicichecurano.org](http://www.medicichecurano.org): sito promosso dalla Società Italiana di Medicina Generale. Contiene una sezione dedicata al fumo.

[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it): sito del Ministero della Salute. Dalla *home page* è possibile accedere all'archivio della sezione "In primo piano", dove sono consultabili documenti relativi al fumo e al quadro normativo in materia di tabagismo. Sono inoltre consultabili le campagne di comunicazione, tra le quali si segnala quella relativa alla dissuasione dal fumo.

[www.nonfumatori.it](http://www.nonfumatori.it): sito dedicato ai non fumatori, a cura della SITAB e del progetto GEA Salute 2000. Contiene una vasta scelta di materiale informativo, consigli per smettere di fumare, strumenti di lavoro per insegnanti, iniziative provenienti dal mondo della cultura, dello sport e dello spettacolo. Si segnala lo spazio dedicato al concorso internazionale a premi "Smoke-free class competition" e alla campagna antifumo europea per le scuole "Feel free to say no".

[www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it): sito dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità. Contiene una sezione dedicata al fumo di sigarette, dove è possibile trovare utile materiale informativo e documenti scientifici.

[www.paginegialle.it](http://www.paginegialle.it): sito delle pagine gialle in cui è possibile effettuare ricerche per area geografica o per tipologia di prodotto/servizio. È stato utilizzato per ottenere l'elenco dei centri antifumo privati presenti sul territorio piemontese.

[www.pneumologiospedalieri.it](http://www.pneumologiospedalieri.it): sito dell'Associazione Italiana degli Pneumologi Ospedalieri (AIPO), che ha istituito un gruppo di studio sulla prevenzione e controllo del fumo di tabacco.

[www.psicologiasalute.it](http://www.psicologiasalute.it): sito divulgativo sui temi della psicologia e della salute. Contiene alcuni approfondimenti sul problema del fumo, sulle strategie di prevenzione nelle scuole e sui metodi per smettere di fumare.

[www.regione.piemonte.it/parliamo](http://www.regione.piemonte.it/parliamo): sezione del sito della Regione Piemonte dedicato al progetto "Parliamo con i giovani", rivolto al mondo della scuola. Si segnala la possibilità di consultare il programma didattico di promozione della salute "Ama te stesso", contenente una sezione relativa al fumo di sigarette.

[www.regione.piemonte.it/sanita/ep](http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep): sezione del sito della Regione Piemonte inerente la rete dei servizi di epidemiologia. Sono disponibili alcune pubblicazioni relative allo stato di salute della popolazione piemontese.

[www.scopertadelcorpoumano.it](http://www.scopertadelcorpoumano.it): sito della campagna "Alla scoperta del corpo umano", promossa dal Ministero dell'Istruzione e dalla fondazione Pfizer. Ogni anno è proposto alle scuole superiori un concorso sui temi della salute. Si segnala l'edizione 2002-2003, dedicata al tema della dipendenza fisica e psichica da sostanze di vario tipo (alcol, tabacco, droghe, farmaci).

*www.smokefreeclass.info*: sito del concorso europeo a premi Smoke free class competition, destinato agli adolescenti tra gli 11 ed i 14 anni. Contiene il regolamento, le modalità di partecipazione, il materiale e l'elenco delle scuole partecipanti.

*www.surgeongeneral.gov*: sito dell'Office of the Surgeon General dell'Health and Human Services Department (U.S.A.). Vi sono pubblicate numerose linee-guida e metanalisi sul controllo del tabacco e del fumo di sigarette.

*www.tabaccologia.org*: sito della Società scientifica per lo studio del tabacco, del tabagismo e lotta al fumo di tabacco. Offre una serie di contenuti a carattere divulgativo sulle problematiche relative al tabagismo e alle iniziative organizzate. È inoltre possibile scaricare i numeri della rivista "Tabaccologia".

*www.tabagismo.it*: primo sito italiano finanziato con il denaro delle sigarette non fumate. Contiene consigli per smettere di fumare, *link* al concorso a premi internazionale

"Smetti e vinci" ed un corso *online* di cessazione dal fumo di sigarette a pagamento.

*www.tobaccopedia.org*: sito contenente l'enciclopedia *online* sul tabacco, promosso dalla International Union Against Cancer (UICC). Si trovano una vasta scelta di articoli, rapporti di ricerca, libri, *link* a siti *web*, comunicazioni ed iniziative relative ai vari aspetti del consumo di tabacco.

*http://www.who.int/tobacco/en*: sito del progetto dell'OMS Tobacco Free Initiative (TFI), finalizzato a fare il punto, a livello internazionale, delle azioni e delle risorse messe in campo per debellare il fumo di sigarette.

È possibile consultare un atlante sul tabacco, che tratta i temi della coltivazione, del commercio, del consumo, della legislazione e dei danni del tabacco.

*www.zadig.it*: sito di Zadig, agenzia di giornalismo scientifico attiva nel campo della medicina e della sanità pubblica. È possibile consultare l'archivio online degli articoli pubblicati.

## LA LEGISLAZIONE RELATIVA AL TABACCO

### I documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Si riporta l'elenco dei documenti relativi al tabacco emessi dall'OMS in questi ultimi anni di attività. E' possibile trovare i documenti e le dichiarazioni seguenti sul sito europeo dell'OMS: [www.who.dk](http://www.who.dk) oppure sul sito [www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco).

#### 1. Carta contro il tabacco

Questo documento è stato redatto durante la Conferenza Europea sulle Politiche nei confronti del tabacco, che si è tenuta a Madrid (Spagna) in data 7-11 novembre 1988. Illustra sei punti fondamentali affinché ogni cittadino europeo possa condurre una vita libera dal fumo e raccomanda dieci strategie al fine di raggiungere questo obiettivo.

#### 2. Dichiarazione di Varsavia per un'Europa senza tabacco

Tale documento è frutto di un tavolo di lavoro relativo alla lotta contro il fumo di tabacco, a cui hanno partecipato i rappresentanti dei 51 paesi dell'Europa, riunitisi a Varsavia (Polonia), in data 19 febbraio 2002. Esso tiene in particolare attenzione alcune categorie di popolazione, quali i giovani, le donne e i gruppi socio-economici più deboli, riaffermando la volontà e l'impegno di creare un'Europa libera dal fumo.

#### 3. Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco

Nel mese di maggio 2003 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ultimando cinque anni di lavori, ha disposto un insieme di regole per la vendita, la promozione e il consumo di tabacco. I 192 Stati Membri hanno adottato all'unanimità la Convenzione

Quadro sul Controllo del Tabacco (FCTC - Framework Convention on Tobacco Control), il cui obiettivo è proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo del tabacco e dall'esposizione al fumo. La Convenzione è stata quindi adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità il 21 maggio 2003 e aperta alla firma nel mese di giugno nella sede OMS di Ginevra.

Essa si occupa di numerose questioni relative alla lotta al tabagismo:

*etichettatura* - almeno il 30%, ma preferibilmente il 50% o più delle superfici degli imballaggi dei prodotti del tabacco devono essere occupate da chiare avvertenze sanitarie sotto forma di testi, immagini o combinazioni dei due; le prescrizioni relative all'imballaggio e all'etichettatura vietano inoltre diciture ingannevoli ("leggero", "a basso contenuto di catrame",...) che facciano apparire un prodotto meno dannoso di altri; *pubblicità* - applicazione del divieto globale entro 5 anni dall'entrata in vigore della convenzione; i paesi che non possono applicare un divieto totale sulla pubblicità, sono tenuti a promuovere e sponsorizzare il tabacco entro i limiti delle loro costituzioni o dei principi costituzionali;

*fiscalità* - il testo chiede ai firmatari di prendere in considerazione gli obiettivi di salute pubblica nell'applicazione delle politiche fiscali e finanziarie per i prodotti del tabacco;

*responsabilità* - le parti della convenzione sono incoraggiate ad adottare provvedimenti legislativi in materia di responsabilità civile e penale, compreso l'eventuale risarcimento;

*finanziamento* - le parti sono tenute a sostenere sotto il profilo finanziario i loro programmi nazionali di lotta al tabagismo;

*commercio illegale* - l'emanazione e l'applicazione

cazione di leggi nazionali volte all'eliminazione del contrabbando, della produzione illegale e della contraffazione dei prodotti del tabacco sono essenziali nella lotta contro il tabagismo ed è pertanto richiesto alle parti di adottare misure appropriate a tale riguardo.

### **Legislazione europea**

Legiferare in materia di tabagismo a livello di Unione Europea non è facile: il Trattato di Amsterdam non permette infatti di legiferare in ambito di sanità pubblica e la Commissione fonda tutte le direttive sull'articolo 95 dello stesso trattato, che regola la libera circolazione della merce e dei servizi.

Inoltre, la posizione legale riguardo la lotta al tabagismo è diversa all'interno dei vari paesi europei e le direttive adottate a livello di Unione europea hanno come fine, oltre la protezione della salute pubblica, quello di armonizzare le differenti legislazioni nazionali.

Le misure legislative proposte a livello europeo in tema di lotta al tabagismo hanno preso corpo nel 1986 nell'ambito del programma "L'Europa contro il Cancro". Tale progetto è stato portato avanti fino al 2002, quando è stato adottato un nuovo programma di sanità pubblica, iniziato a gennaio 2003, che proseguirà fino al 2009.

**Luoghi pubblici e di lavoro.** Nel 1989 il Consiglio dei Ministri ha adottato una risoluzione che chiedeva agli Stati membri di prevedere misure per limitare o interdire il tabagismo nei locali pubblici. Le risoluzioni, contrariamente alle direttive, non hanno però carattere di obbligatorietà, ma invitano solamente gli Stati membri ad assumere misure volontarie a livello nazionale: un rapporto del 1998, riportante le decisioni prese dai Paesi a seguito della risoluzione del 1989, riporta infatti come, in generale siano state poche le misure adottate relativamente al tabagismo nei luoghi pubblici e di lavoro.

Nel 2002 un'altra raccomandazione non vincolante del Consiglio incitava gli stati membri a "provvedere una protezione adeguata

dall'esposizione al fumo passivo nel posto di lavoro, negli spazi pubblici chiusi e sui mezzi pubblici di trasporto, oltre che a intensificare i programmi di prevenzione del fumo".

### **Pubblicità e patrocinio.**

Nel 1989 il Consiglio europeo ha adottato una direttiva per la regolamentazione della "Televisione senza frontiere" che proibisce, tra l'altro, la messa in onda di pubblicità di prodotti del tabacco. Nel luglio 1998 il Consiglio e il Parlamento europeo hanno adottato una direttiva (98/43/CE) per l'interdizione della pubblicità e del patrocinio che sarebbe dovuta entrare in vigore nel 2001, ma, a seguito del ricorso presentato da uno dei Paesi membri, la direttiva è stata annullata.

Nel maggio 2003 è stata emessa una nuova direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio (2003/33/CE) sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri in materia di pubblicità e sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco.

Tale direttiva stabilisce la possibilità di pubblicizzare i prodotti del tabacco a mezzo stampa soltanto nelle pubblicazioni destinate ai professionisti del commercio del tabacco; vieta tutte le forme di pubblicità radiofonica dei prodotti del tabacco e le sponsorizzazioni delle trasmissioni radiofoniche da parte di imprese la cui principale applicazione sia la fabbricazione o la vendita di questi prodotti; vieta la sponsorizzazione di eventi che coinvolgano o abbiano luogo in vari Stati membri o che producano in altro modo effetti transfrontalieri e la distribuzione gratuita di prodotti del tabacco nelle medesime occasioni.

**Etichette e sostanze.** Negli anni 1989, 1990 e 1992 sono state adottate tre direttive in materia di etichettatura dei prodotti del tabacco e di contenuto massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio.

Una direttiva più recente (2001/37/CE) stabilisce che, a partire dal 1° gennaio 2004 con applicazione entro il 1° gennaio 2007, i tenori massimi per le sigarette immesse in circo-

lazione, commercializzate o fabbricate negli Stati membri siano di 10 mg per sigaretta nel caso del catrame, 1 mg per sigaretta nel caso della nicotina e 10 mg per sigaretta nel caso del monossido di carbonio; che le informazioni su tali quantitativi siano riportate sugli imballaggi dei prodotti del tabacco e che gli stati membri accreditino i loro laboratori incaricati di testare tali valori, con la possibilità di verificare anche la presenza e il dosaggio degli altri "ingredienti".

La stessa direttiva prevede che un'avvertenza sanitaria generale ("il fumo uccide", "il fumo danneggia gravemente te e chi ti sta intorno",...) occupi almeno il 30% della faccia principale del pacchetto di sigarette e un'avvertenza complementare almeno il 40% dell'altra; anche le indicazioni sui caratteri da utilizzare sono più precise rispetto al passato: nero su bianco con bordo nero, con la possibilità di utilizzare immagini nelle avvertenze.

È prevista inoltre l'interdizione dell'utilizzo degli appellativi "light", "ultralight", "mild",... che traggono in inganno il consumatore in relazione alla nocività del tabacco.

Nel giugno 2002 è stata pubblicata una raccomandazione agli Stati membri che vuole completare la legislazione in atto, vietando l'accesso ai prodotti del tabacco per i giovani di età inferiore ai 16 anni, limitando la promozione dei prodotti del tabacco e incoraggiando la protezione dei non fumatori dal fumo passivo.

Nel settembre 2003 è stata emanata una nuova decisione della Commissione (2003/641/CE) in merito all'impiego di fotografie a colori o altre illustrazioni quali avvertenze per la salute sulle confezioni di prodotti del tabacco.

### **Legislazione e giurisprudenza sul fumo in Italia**

- Regio Decreto n.2316 del 24 dicembre 1934
- Articolo 32 della Costituzione Italiana
- Articolo 730 del Codice Penale
- Articolo 2087 del Codice Civile

- Legge n.165 del 10 aprile 1962
- Articolo 9, Legge n.300 del 1970 (Statuto dei Lavoratori)
- Legge n.584 dell'11 novembre 1975
- Articolo 46, Legge n.428 del 29 dicembre 1990
- Articoli 1, 4, 31 del DL 626 del 1994
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995
- Articolo 16 del DL 242 del 1996
- Circolare del Ministero della Sanità del 28 marzo 2001
- Comma 20, articolo 52, Legge n.448 del 28 dicembre 2001
- Articolo 51, Legge n.3 del 2003
- D.lgs. n.184 del 2003
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003
- Sentenza Corte Costituzionale n.202 del 7 maggio 1991
- Sentenza TAR Lazio n.462 del 17 marzo 1995
- Sentenza Corte di Cassazione n.10508 del 6 ottobre 1995
- Sentenza TAR Lazio n.723 del 3 giugno 1996
- Sentenza Corte Costituzionale n.399 dell'11 dicembre 1996
- Sentenza Tribunale Civile di Roma del 4 aprile 1997 Stalteri c/Monopolio di Stato
- Sentenza Tribunale Civile di Roma 4119 dell'8 gennaio 2000 Schiaratura c/Ente Tabacchi Italiano
- Sentenza Consiglio di Stato n.1929 del 2003

L'ordinamento giuridico italiano contiene diverse norme dirette a tutelare la salute dei cittadini dai danni del fumo. Tuttavia, tali norme, alcune delle quali vigenti da più di un ventennio, non sono adeguatamente applicate, sia per una sottovalutazione dei rischi legati all'abitudine al fumo, sia a causa di dubbi interpretativi e applicativi.

Prima ancora dell'entrata in vigore, nel 1948, della nostra Costituzione il cui articolo 32 parla di tutela della salute come "fondamentale diritto dell'individuo e della collettività", il Regio Decreto del 1934, denominato "Testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia", con l'articolo 25, puni-

va “...chi vende o somministra tabacco a persona minore di anni 16” con una sanzione pari ai 20 Euro di oggi. Tale norma è stata successivamente rafforzata dal Codice Penale, che prevede un’ammenda sino a 200.000 lire a “chi vende o somministra tabacco a persona minore di anni 14”. Lo stesso Regio Decreto, inoltre, fa divieto “ai minori di anni 16 di fumare in luogo pubblico”.

La prima legge contenente un esplicito divieto di fumare è però la 584/1975, con la quale, per la prima volta, si pone un divieto assoluto di fumare nelle corsie d’ospedale, nelle aule delle scuole di ogni ordine e grado, sugli autoveicoli di proprietà dello Stato, di enti pubblici e di privati concessionari di pubblici servizi per il trasporto collettivo di persone; nelle metropolitane, nelle sale d’attesa di stazioni ferroviarie, autofilotrannviarie, portuali-marittime, aeroportuali; nei compartimenti ferroviari per non fumatori delle Ferrovie dello Stato e delle ferrovie date in concessione ai privati; nei compartimenti a cuccette e carrozze letto occupati da più persone durante il servizio di notte; nei locali chiusi adibiti a pubblica riunione, nelle sale chiuse di cinema e teatro, nelle sale chiuse da ballo, nelle sale-corse, nelle sale riunione di accademie, nei musei, nelle biblioteche, nelle sale di lettura aperte al pubblico, nelle pinacoteche e gallerie d’arte, pubbliche o aperte al pubblico.

Questo elenco, peraltro non esaustivo, di luoghi in cui vige il divieto assoluto di fumare, ha comportato in passato alcuni problemi interpretativi, soprattutto riguardo alla nozione di “locali chiusi aperti al pubblico”. Nello specifico, l’espressione “locali in cui si svolge una pubblica riunione” era interpretata in senso estremamente restrittivo, facendo riferimento alle leggi di pubblica sicurezza secondo cui, per aversi “pubblica riunione”, occorre che tale riunione sia stata autorizzata dalle autorità di Pubblica Sicurezza. Pertanto, dove non vi fosse una riunione in tal senso, non si riteneva vigente alcun divieto di fumo.

D’altra parte il TAR del Lazio, con una sentenza del 1995, ha ricompreso nella locuzio-

ne “locali chiusi adibiti a pubblica riunione” ogni ambiente chiuso “nel quale si realizzi una permanenza di pubblico”.

Anche a seguito di questa storica sentenza, è stata emanata la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995, che ha introdotto importanti novità: è stato ad esempio chiarito che per locale aperto al pubblico si deve intendere “quello in cui la generalità degli amministrati e degli utenti accede, senza formalità e senza bisogno di particolari permessi, negli orari stabiliti”.

È stata inoltre estesa l’applicabilità del divieto di fumo a tutti i locali utilizzati, a qualunque titolo, dalla pubblica amministrazione e dalle aziende pubbliche per l’esercizio delle proprie funzioni istituzionali, nonché da privati esercenti servizi pubblici, sempre che tali locali siano aperti al pubblico. Il divieto di fumare vige pertanto, oggi, per esempio, anche nei locali aperti al pubblico delle banche.

Altra importante novità è l’obbligo di esporre, in tutti i locali in cui è vietato fumare, un cartello indicante il divieto, la normativa esistente in materia, le sanzioni applicabili, il nominativo di chi deve vigilare sull’osservanza del divieto e l’autorità competente ad applicare la sanzione.

Purtroppo, ad oggi, non esiste ancora alcuna norma di legge che vieti esplicitamente di fumare nei luoghi di lavoro privato, sebbene vi sia tutta una costruzione giurisprudenziale (basata sugli articoli 32 e 41 della Costituzione, sull’articolo 2087 del Codice Civile, sull’articolo 9 della legge 300/70, sugli articoli 1, 4 e 31 del DL 626/94, sull’articolo 16 del DL 242/96) che obbliga il datore di lavoro a tutelare la salute dei propri dipendenti.

Tali norme impongono infatti al datore di lavoro di tutelare l’integrità fisica e morale dei prestatori di lavoro, predisponendo tutte le misure necessarie, di valutare i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, di far sì che i lavoratori dispongano di aria salubre anche attraverso l’utilizzo di impianti di aerazione efficienti.

Importante a questo riguardo è anche la sentenza della Corte Costituzionale 399/96 per cui “la tutela preventiva dei non fumatori nei luoghi di lavoro può ritenersi soddisfatta quando, mediante una serie di misure adottate secondo le diverse circostanze, il rischio derivante dal fumo passivo, se non eliminato, sia ridotto a una soglia talmente bassa da far ragionevolmente escludere che la loro salute sia messa a repentaglio”. Tuttavia, la mancanza di un divieto esplicito previsto dalla legge, rende necessario rivolgersi all'autorità giudiziaria, con la nomina di un avvocato di fiducia, sia per l'eventuale richiesta di risarcimento dei danni, sia, in via preventiva, per un'azione cautelare che permetta di stabilire le condizioni ottimali sul luogo di lavoro.

Fondamentale in tema di risarcimento di un eventuale danno è anche la sentenza della Corte Costituzionale 202/91 per cui “la risarcibilità dei danni derivati dal fumo passivo, quale lesione del diritto alla salute, trova direttamente fondamento negli articoli 32 della Costituzione e 2043 del Codice Civile”.

La più importante innovazione in materia di divieto di fumo è però senza dubbio l'articolo 51 della legge n.3 del 16 gennaio 2003, il cui comma 1 prevede il divieto di fumare nei locali chiusi, ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico e di quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati.

Con questa legge, dunque, il divieto si applica in tutti i locali pubblici e in tutti i locali privati aperti ad utenti o al pubblico. Rispetto alle leggi precedenti il divieto è stato pertanto esteso, e questa rappresenta la vera novità della legge, anche agli esercizi pubblici: bar, ristoranti, pizzerie, ...

Rimangono tuttavia esclusi dal divieto i locali privati non aperti ad utenti o al pubblico e, di conseguenza, la grande maggioranza dei luoghi di lavoro privati.

La legge prevede inoltre che negli esercizi di ristorazione siano predisposti uno o più locali riservati ai non fumatori, di superficie prevalente rispetto alla superficie complessiva

di somministrazione dell'esercizio e l'obbligo, per i locali riservati ai fumatori, di dotarsi di impianti per la ventilazione e il ricambio dell'aria regolarmente funzionanti.

Il comma 4 recita inoltre: “in tutte le strutture in cui le persone sono costrette a soggiornare non volontariamente devono essere previsti locali adibiti ai fumatori”.

La legge 3/03, che entrerà in vigore alla fine del mese di dicembre 2004, ancorché imperfetta per la mancata tutela dei lavoratori privati, rappresenta dunque un passo avanti importante nella lotta contro il fumo.

Anche la pubblicità dei prodotti del tabacco è regolamentata oramai da diversi decenni: la legge 165/62 e l'articolo 8 della legge 52/83 vietano esplicitamente la propaganda pubblicitaria di qualsiasi prodotto da fumo, nazionale o estero.

La Corte di Cassazione, con una sentenza del 1995, ha precisato inoltre che per propaganda pubblicitaria deve intendersi “ogni comportamento rivolto al pubblico e inteso, o semplicemente idoneo, a sollecitarlo all'acquisto di prodotti da fumo”, rilevando così l'effetto oggettivo della pubblicità e ricomprendendo nel divieto anche tutte le forme di merchandising messe in atto dalle multinazionali.

Infine, l'articolo 46 della legge 428/90 punisce chi mette in commercio tabacchi lavorati senza l'avvertenza “nuoce gravemente alla salute” e il D.Lgs. 148/03 ha imposto scritte più severe (“il fumo uccide”, “il fumo provoca il cancro”,...) e di maggior estensione sui pacchetti di sigarette.

### **Legislazione regionale**

La legislazione regionale si è sempre occupata molto poco del fumo.

Meritano pertanto un accenno:

- per la Toscana, la legge regionale 65/96 “Norme in materia di tutela della Salute contro i danni derivati dal fumo che estende il divieto a tutti i locali chiusi utilizzati a qualunque titolo dalla regione, dall'azienda e dagli enti regionali e a tutti i luoghi chiu-

si quando sia avanzata richiesta da uno dei lavoratori; sono inoltre stabilite sanzioni i cui proventi sono destinati a finanziare attività di educazione e informazione, con sanzioni aggravate nel caso in cui l'infrazione venga da chi è preposto al controllo

- per l'Emilia Romagna, la Deliberazione della Giunta Regionale 785/99 che include la lotta al tabagismo fra le attività dei dipartimenti delle dipendenze patologiche in un'ottica di integrazione con il sistema dei Sert; prevede interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria del tabagismo e dei problemi fumo-correlati; stabilisce linee guida per la stesura di un regolamento aziendale per l'applicazione della normativa antifumo in tutti i locali delle aziende sanitarie; istituisce "Gruppi Progetto Provincia Senza Fumo" in ciascuna AUSL

- per l'Abruzzo, la legge regionale 19/98 "Interventi in materia di prevenzione del tabagismo" che prevede l'istituzione di un gruppo di lavoro con sede presso l'Assessorato alla Sanità e la creazione di un'unità di riferimento per la prevenzione e la disassuefazione dal tabagismo in ciascuna AUSL

- per la Lombardia, il DGR 48472/00 "Linee Guida per la prevenzione del tabagismo nella Regione Lombardia" e la Circolare 25/1999 della Direzione Generale della Sanità che affida alle ASL il compito di accertare il rispetto dei divieti nei locali pubblici della Regione

- per il Veneto, il DGR 1521/2001 "Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate per l'anno 2001" e il DGR 3231/02. Un comitato tecnico-scientifico ha individuato le strategie da adottare per limitare o impedire l'iniziazione al fumo degli adolescenti, aiutare i fumatori a smettere, proteggere i non fumatori dall'esposi-

zione al fumo passivo, implementare attività di sorveglianza, monitoraggio, ricerca e valutazione

- per il Piemonte, le Circolari (24/01/2002 e 25/11/2002) emanate nel corso del 2002, indirizzate ai Direttori Generali e Sanitari di ASL e ASO e ai Direttori dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL piemontesi, aventi come oggetto la sorveglianza dell'applicazione del divieto di fumo.

Razionali di questi provvedimenti sono l'esigenza di attuare interventi più incisivi per ridurre la diffusione dell'abitudine al fumo, riconosciuto come "uno dei fattori di rischio che maggiormente incide sulla salute della popolazione", e salvaguardare la salute di quanti sono costretti a convivere, soprattutto negli ambienti di lavoro, con il fumo passivo, attuando politiche di prevenzione ed efficaci strumenti di repressione.

Nelle Circolari è pertanto ricordato ai Direttori responsabili che essi sono tenuti a:

1. individuare nelle strutture cui sovrintendono, i locali in cui sussiste il divieto di fumo ed esporre specifici cartelli di divieto
2. indicare le aree in cui è consentito fumare, avendone preventivamente valutato le caratteristiche strutturali nell'ambito della normativa dell'igiene e sicurezza del lavoro
3. attivare il sistema di sorveglianza previsto, inteso come intervento attivo nei confronti dei trasgressori tramite un formale invito a non fumare, indicando con atto formale i funzionari preposti alla vigilanza
4. provvedere, in caso di reiterata inosservanza del divieto, alla contestazione e verbalizzazione delle infrazioni, tramite i nuclei dei Carabinieri per la Sanità

È previsto inoltre l'impegno dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL nell'attivazione di interventi di formazione/informazione in merito alla prevenzione dei danni da fumo.

## GRAFICI E TABELLE

### CORSI PER SMETTERE DI FUMARE

Figura 1. Corsi attivati e numero di partecipanti.

Le ASL che hanno organizzato i corsi sono state 8 nel 2002 e 9 nel 2003.

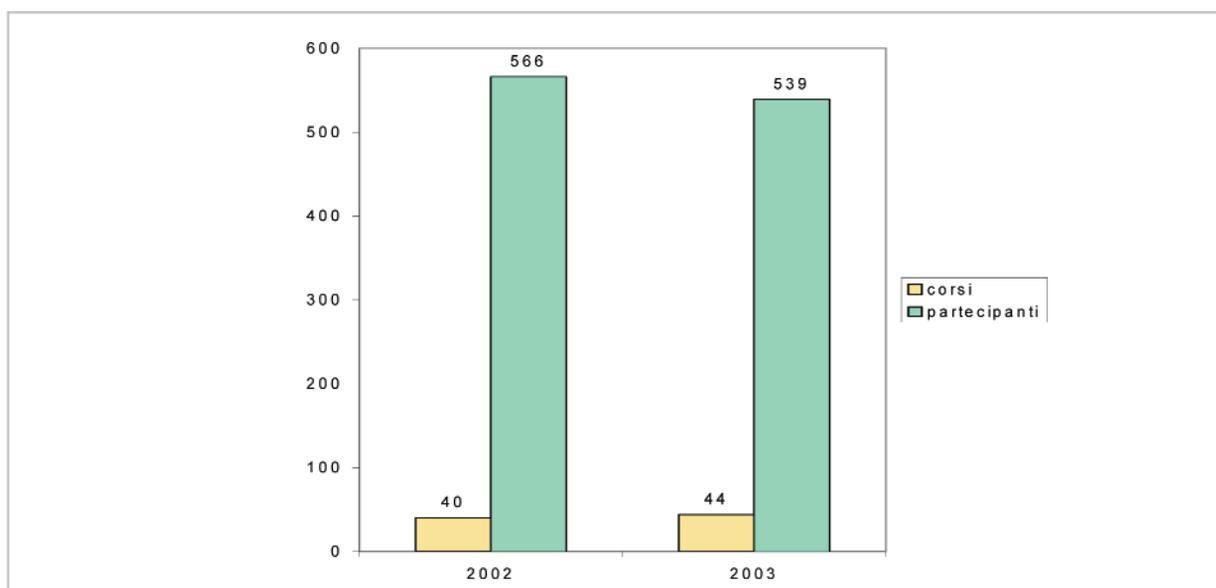


Figura 2. Numero dei partecipanti ai corsi per smettere di fumare organizzati dalle ASL nel 2002 e nel 2003. (Tra parentesi il numero di corsi organizzati).

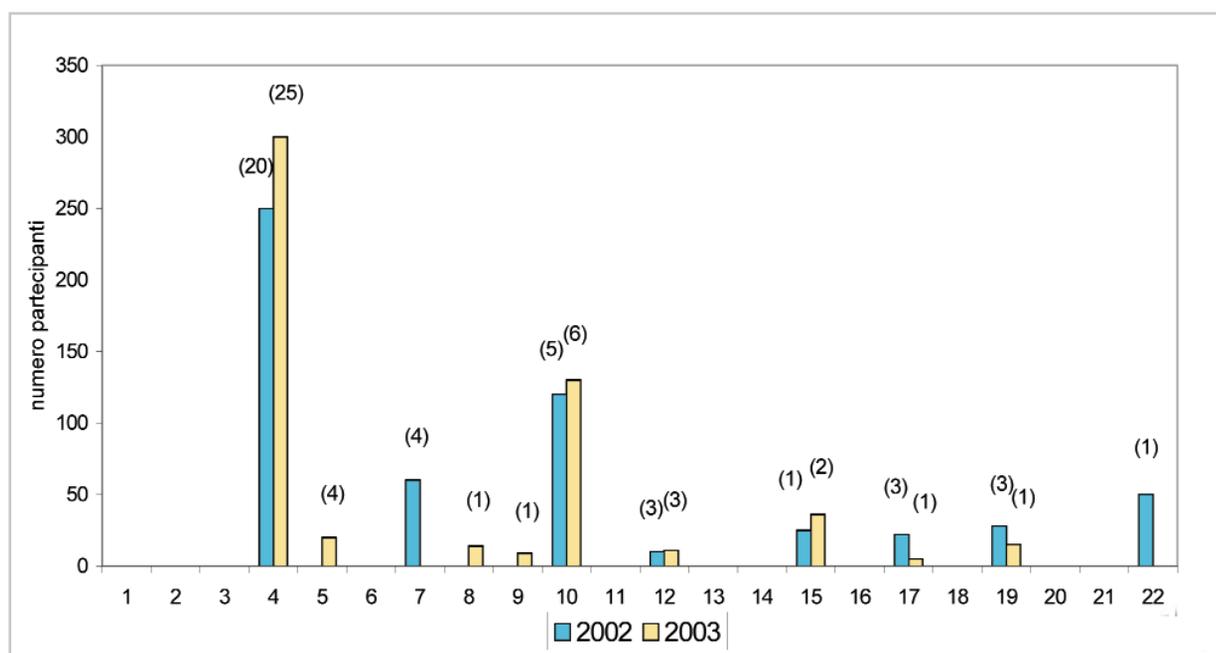


Tabella 1. Metodologia utilizzata (terapia impiegata, follow up di controllo, adozione del metodo LILT) durante i corsi nel 2002.

ASL	Terapia di gruppo. Numero di incontri			Agopuntura	Follow up					metodo LILT
	da 5 a 7	da 8 a 9	Missing		fine corso	a 3 mesi	a 6 mesi	a 1 anno	a 2 anni	
4										
7										
10*										
12										
15										
17										
19										
22										
<b>Totali</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

\*L'ASL 10 ha svolto un corso di auto mutuo aiuto e 4 di agopuntura auricolare integrata.

Tabella 2. Metodologia utilizzata (terapia impiegata, follow up di controllo, adozione del metodo LILT) durante i corsi nel 2003.

ASL	Terapia di gruppo. Numero incontri				Follow up					metodo LILT
	da 5 a 7	da 8 a 9	10	missing	fine corso	a 3 mesi	a 6 mesi	a 1 anno	a 2 anni	
4										
5										
8										
9										
10										
12										
15										
17										
19										
<b>Totali</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Figura 3. Destinatari degli interventi (dipendenti dell'Azienda e cittadini del territorio di competenza dell'ASL) nel 2002 e nel 2003.

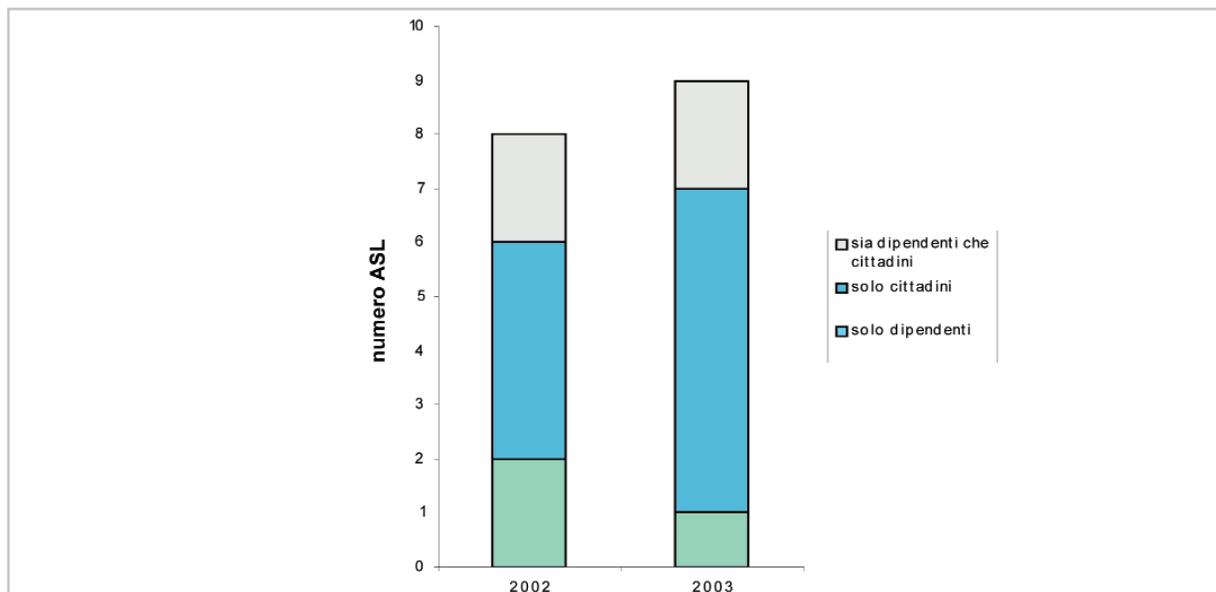


Tabella 3. Organizzazione dei corsi. Unità coinvolte.

UNITA' COINVOLTE	8 ASL (2002)	9 ASL (2003)
AMB DISASSUEFAZIONE	3	4
DIP DIPENDENZE	6	6
DIP PREV	1	2
DISTRETTI	1	1
PNEUMOL	2	1
EDUC SALUTE	3	3

Tabella 4. Organizzazione dei corsi. Collaborazione tra i servizi interni all'ASL nel 2002

ASL	C. ANTIFUMO	DIP DIP	DIP PREV	DISTR	PNEUMOL	EDUC SAL	LILT
4							
7							
10							
12*							
15							
17							
19							
22							
tot	4	6	1	1	2	3	1

Tabella 5. Organizzazione dei corsi. Collaborazione tra i servizi interni all'ASL nel 2003

ASL	C. ANTIFUMO	DIP DIP	DIP PREV	DISTR	PNEUMOL	EDUC SAL	LILT
4							
5							
8							
9							
10							
12*							
15							
17							
19							
tot	6	6	2	1	1	3	1

\*Nell'ASL 12 i corsi sono stati gestiti autonomamente dal C. Antifumo della LILT sezione di Biella.

DIP DIP: Dipartimento delle Dipendenze; DISTR: Distretti sanitari

Tabella 6. Figure professionali coinvolte nella gestione dei corsi.

PROFESSIONALITA' COINVOLTE	8 ASL (2002)	9 ASL (2003)
ASS. SANITARI/INFERMIERI (ASV/IP)	6	6
MEDICI	6	5
PSICOLOGI	5	6
EDUCATORI	5	3
ASSISTENTI SOCIALI	0	2
ALTRO	1	1

Tabella 7. Collaborazione tra professionisti nel 2002.

ASL	MEDICI	PSICOLOGI	EDUCATORI	ASV/IP	ALTRO
4					
7					
10					
12					
15					
17					
19					
22					

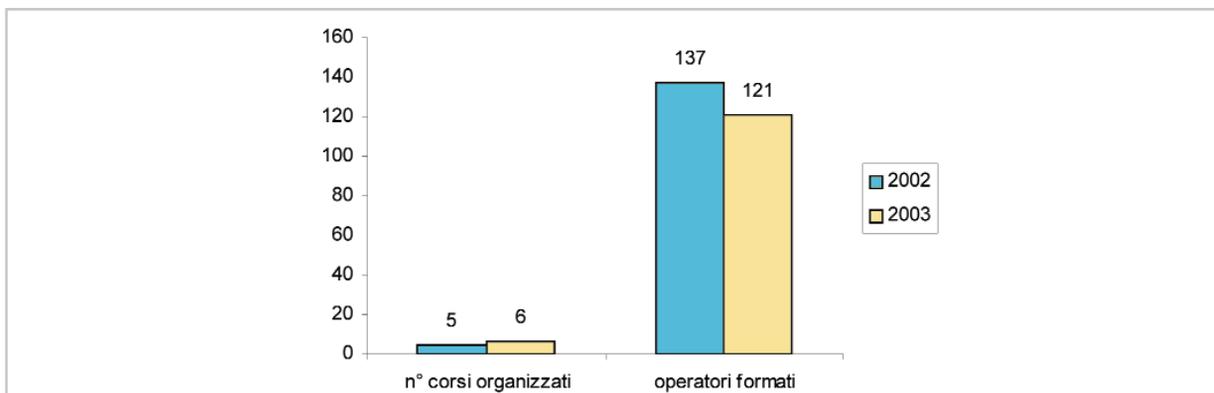
Tabella 8. Collaborazione tra professionisti nel 2003.

ASL	MEDICI	PSICOLOGI	EDUCATORI	ASV/IP	ALTRO
4					
5					
8					
9					
10					
12					
15					
17					
19					

Tabella 9. Percentuale di successi ottenuti ai corsi in termini di pazienti disassuefatti sul totale dei partecipanti.

2002		2003	
ASL	% successi ottenuti	ASL	% successi ottenuti
4	60%	4	66,7%
		5	25%
7	58%		
		8	85,7%
		9	55%
10	59,2%	10	57,7%
12	80%	12	80%
15	45%	15	45%
17	68%	17	80%
19	42% a 6 mesi	19	in corso di valutaz.
22	N.P.		
media	58,9%	media	61,9%

Figura 4. Formazione. Corsi di formazione degli operatori per la disassuefazione organizzati e numero di partecipanti nel 2002 e nel 2003



## ATTIVITÀ DI COUNSELLING ANTITABAGICO SVOLTO DAL PERSONALE SANITARIO

Tabella 10. ASL che hanno attivato un servizio di *counselling* attraverso il Personale Sanitario.

ASL	Counselling Personale Sanitario	
	2002	2003
4		
5		
8		
9		
16		
19		
20		
Tot.	4	6

Tabella 11. Unità coinvolte dal progetto di *counselling* attraverso il Personale Sanitario.

ASL	2002						2003						
	Centro Antifumo	Dip Dipendenze	Dip Prevenzione	Distretti sanitari	Pneumologia	ASL	Centro Antifumo	Dip Dipendenze	Dip Prevenzione	Distretti sanitari	Pneumologia	Cardiologia	Ostetricia/Gi necologia
4*													
						5							
						8							
9						9							
16						16*							
19						19							
						20							
Tot	2	1	2	1	1	tot	3	2	3	1	1	2	1

\*dati non forniti

Tabella 12. Professionisti coinvolti nell'attività di *counselling* antitabagico.

ASL	2002		2003	
	Personale sanitario	Operatori coinvolti	Personale sanitario	Operatori coinvolti
4	Infermieri e volontari	10		
5			medici, infermieri, educatori e psicologi	20
8			dipendenti ASL-facilitatori	40
9	Medico SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica)	1	medico SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica)	1
16	Infermieri e pediatri	50	Pediatri	40
19	medici, assistenti sanitari e infermieri	*	medici, assistenti sanitari e infermieri	14
20			medico del lavoro, assistenti sanitari e infermieri	6
	Totale 2002	61	Totale 2003	121

\*dati non forniti  
NB: l'ASL 9 ha formato nel 2001 50 facilitatori tra il personale medico che eseguono un counselling breve ai pazienti fumatori

Tabella 13. Numero di ASL che hanno fornito dati sul volume degli interventi e utenti raggiunti dall'attività di *counselling*.

	N° risposte	dati non forniti	utenti
2002	1	3	12
2003	4	2	163
<i>tot</i>	<i>2002+2003</i>		<i>175</i>

Tabella 14. Numero di ASL che eseguono il *follow up* in seguito all'intervento di *Counselling*.

<b>Follow-up</b>	a fine intervento	a 3 mesi	a 6 mesi	a 1 anno	a 2 anni
2002	2	2	2	1	1
2003	3	4	3	3	2

Tab.15. Risultati ottenuti dal *counselling* attraverso il Personale Sanitario nel 2003.

ASL	Successi ottenuti a fine trattamento
5	77,7%
9	50%
20	5,5%

**MMG**

Tabella 16. ASL che hanno attivato un servizio di *Counselling* attraverso i MMG e numero di medici coinvolti

ASL	Counselling MMG	
	2002	2003
4	*	10
5		50
8	*	
16	110	
18		28
19	3	
<i>Tot. medici coinvolti</i>	<i>113</i>	<i>88</i>

\*dati non forniti

Tabella 17. Numero di ASL che hanno fornito dati sul volume degli interventi e utenti raggiunti dall'attività di *counselling*

ASL	2002				2003				
	Centro Antifumo	Dip Dipendenze	Dip Prevenzione	Distretti sanitari	ASL	Dip Prevenzione	Distretti sanitari	Oncologia	Psic Clinica
4					4*				
8*					5				
16					18				
19									
Tot	1	1	1	2	tot	1	2	1	1

\*dati non forniti

### CENTRI ANTIFUMO

Figura 1. Giorni di apertura settimanale dei Centri Antifumo pubblici (n=14)

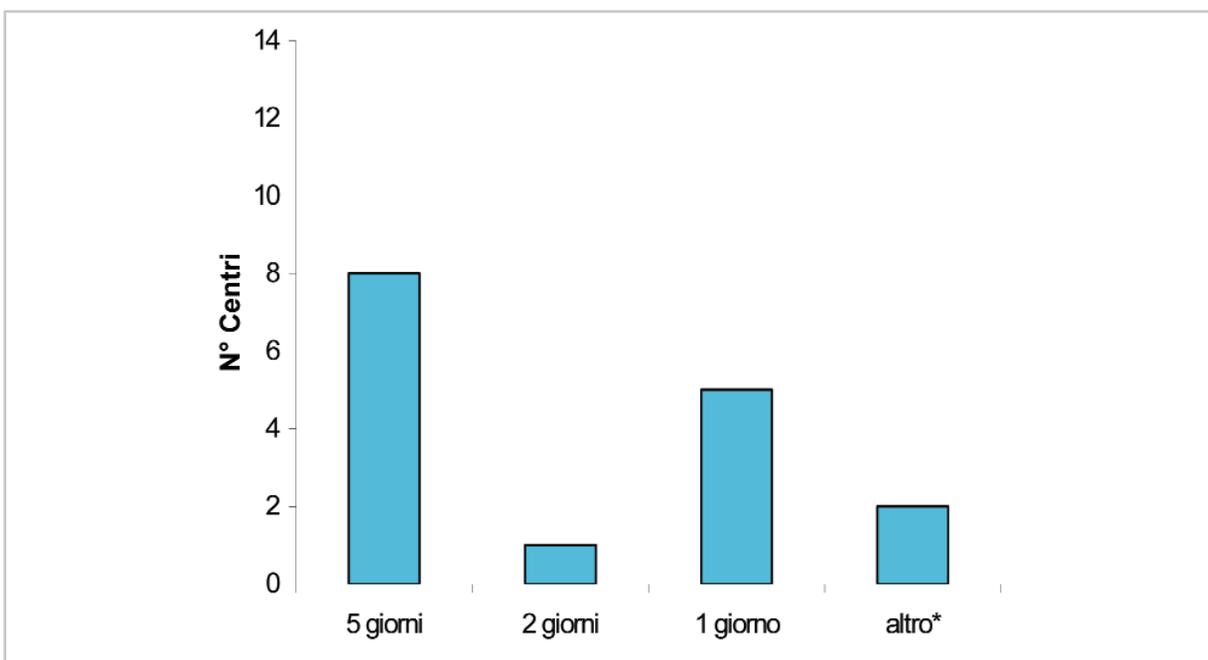


Figura 2. Con quali modalità si accede al servizio di disassuefazione (n=16)

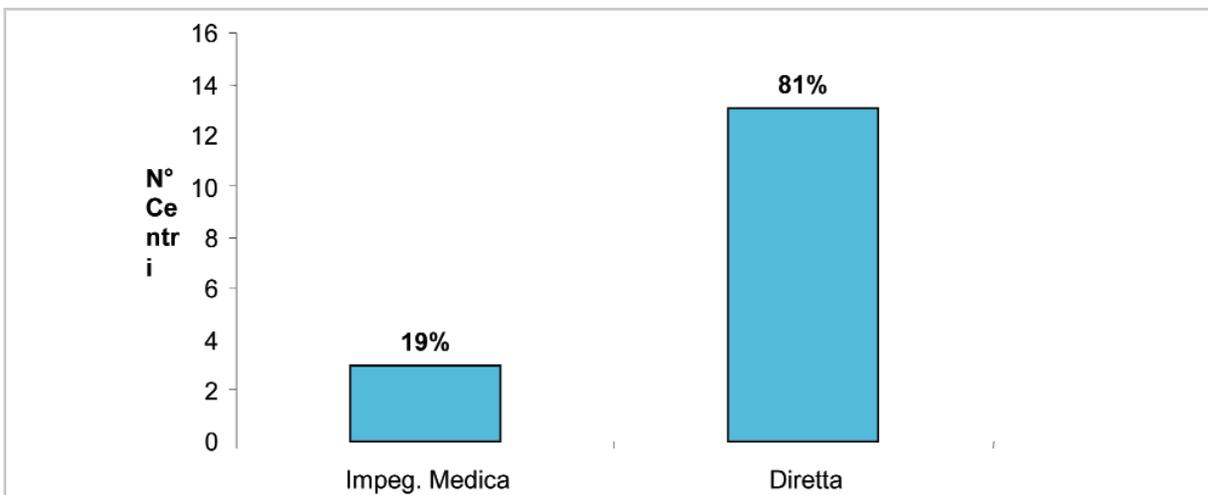


Tabella 1. Figure professionali (tipologia e numero) coinvolte nelle attività dei Centri.

ASL	MEDICO	PSICOLOGO	INFERMIERE	ALTRE FIGURE	TOTALE
Osp. Mauriziano	2	2	1	2	7
Asl 4	7	-	1	2	10
Asl 5	1	1	-	1	3
Asl 10	1	1	1	1	4
Asl 11	1	-	1	-	2
Asl 13	1	1	-	-	2
Asl 16	2	1	1	-	4
Asl 17	-	1	1	-	2
Asl 19	3	-	1	2	6
Asl 21	1	-	1	-	2
ASO S.Luigi	1	1	-	-	2
ASO Alessandria	1	1	1	1	4
Osp. Veruno	1	1	-	-	2
LILT Biella	1	2	-	-	3
LILT Cuneo	-	1	-	1	2
LILT Alba	2	1	-	1	4
<b>TOTALE</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>59</b>

Figura 3. Personale Sanitario che svolge l'attività nel Centro durante l'orario di lavoro

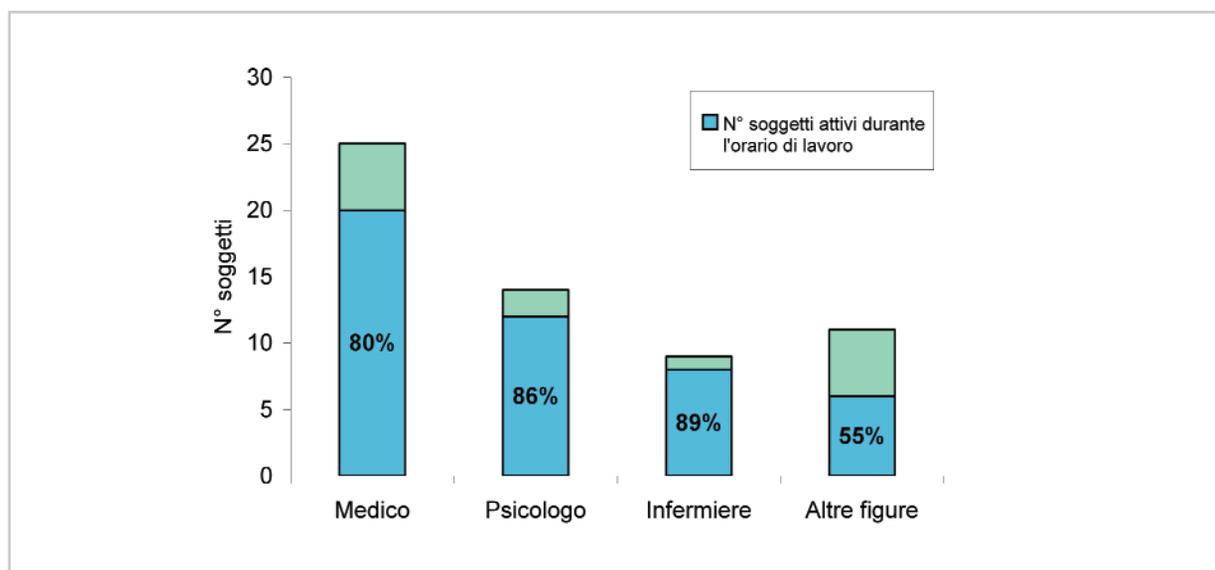


Figura 4. Tipologia di accesso (con pagamento *ticket* o gratuita) per intervento effettuato nei Centri (n=16).

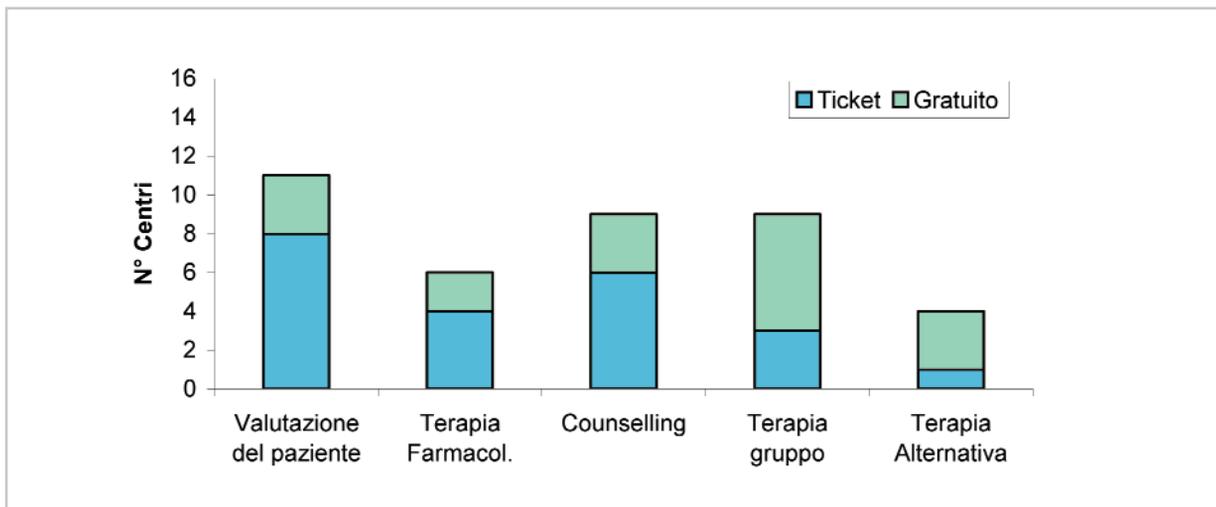


Tabella 2. Numero e durata degli incontri per cicli di *counselling* individuale nei Centri Antifumo (n=10).

Centri Anti-fumo	Durata seduta per Centro (minuti)	N° incontri per ciclo			
		1	2-6	7-10	>10
Asl 19	15'				1
Asl 21	15'	1			
Osp. Mauriziano	30'	1	1		
Asl 13	30'		1		
Osp. Veruno	30'			1	
S. Luigi	30'		1		
Asl 17	45'		1		
LILT-Biella	55'			1	
Asl 5	60'		1		
Asl 11	80'	1			

Figura 5. Distribuzione delle figure professionali per tipologia (separati per singoli o equipe) per il trattamento di *counselling* individuale (n=16).

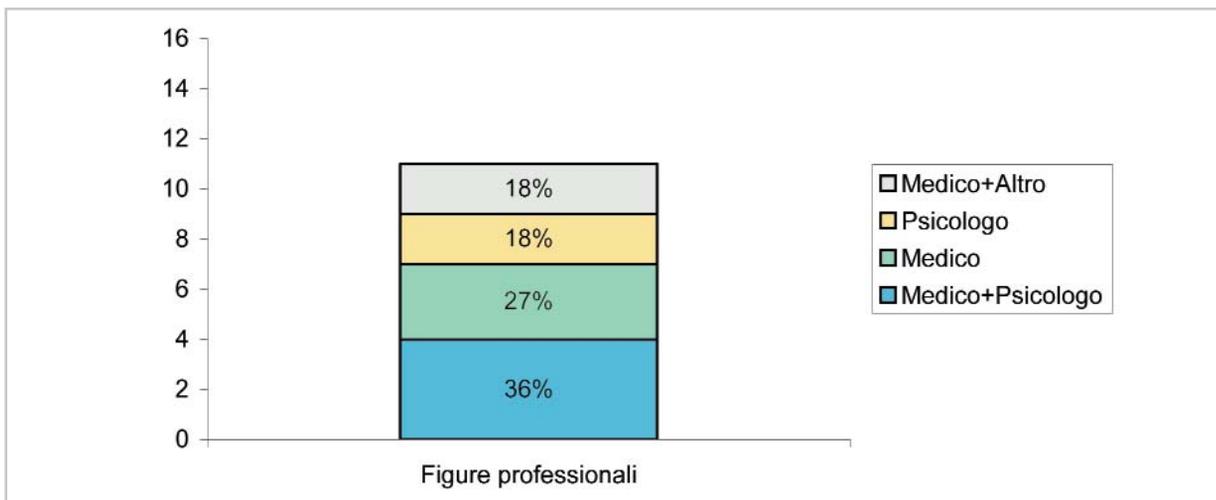


Figura 6. Distribuzione delle figure professionali per tipologia (separati per singoli o equipe) per il trattamento di terapia di gruppo (n=16).

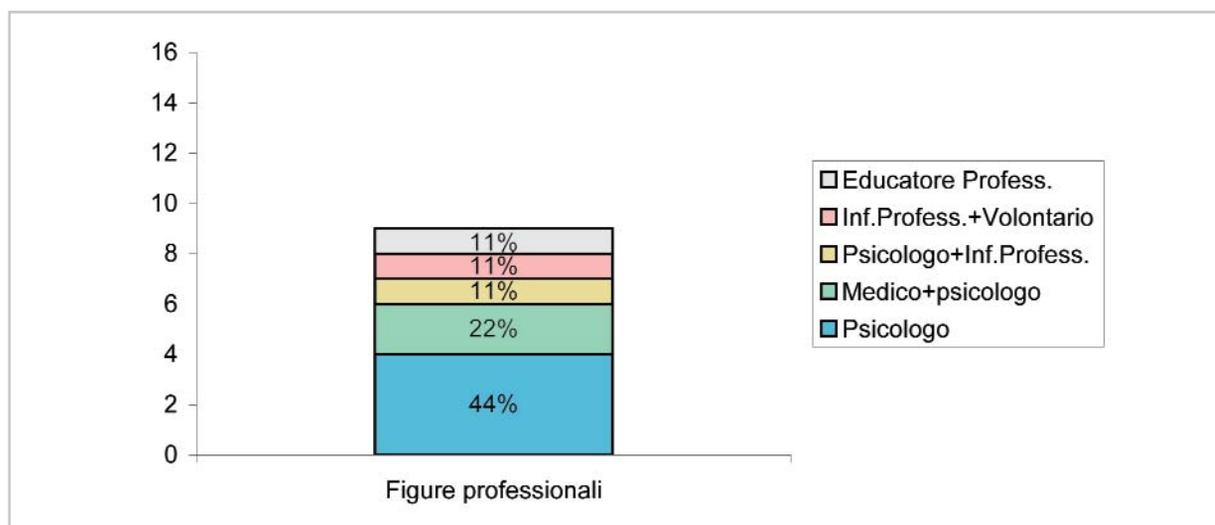


Tabella 3. Numero di richieste di intervento per Centro Antifumo nel triennio 2001-2003.

Centri Anti-fumo pubblici	N°richieste			
	2001	2002	2003	Totale
Osp. Mauriziano	80	92	150	322
Asl 4	167	140	154	461
Asl 5	2	45	50	97
Asl 10	33	105	162	300
Asl 11	30	45	40	115
Asl 13	0	20	19	39
Asl 16*	0	0	0	0
Asl 17	44	40	20	104
Asl 19	70	80	75	225
Asl 21	0	58	74	132
ASO S.Luigi	36	30	40	106
ASO Alessandria	57	103	165	325
Osp.Veruno	23	20	40	83
Lega contro i tumori-Biella	10	40	33	83
Lega contro i tumori-Cuneo	50	55	60	165
Lega contro i tumori-Alba	30	20	20	70
<b>Totale</b>	<b>632</b>	<b>893</b>	<b>1102</b>	<b>2627</b>

INCREMENTO % ANNUO	2001-2002	2002-2003
	41%	23%
*Non riferisce questi dati		74%

Figura 7. Andamento del volume di richiesta di intervento per Centro Antifumo nel triennio 2001-2003.

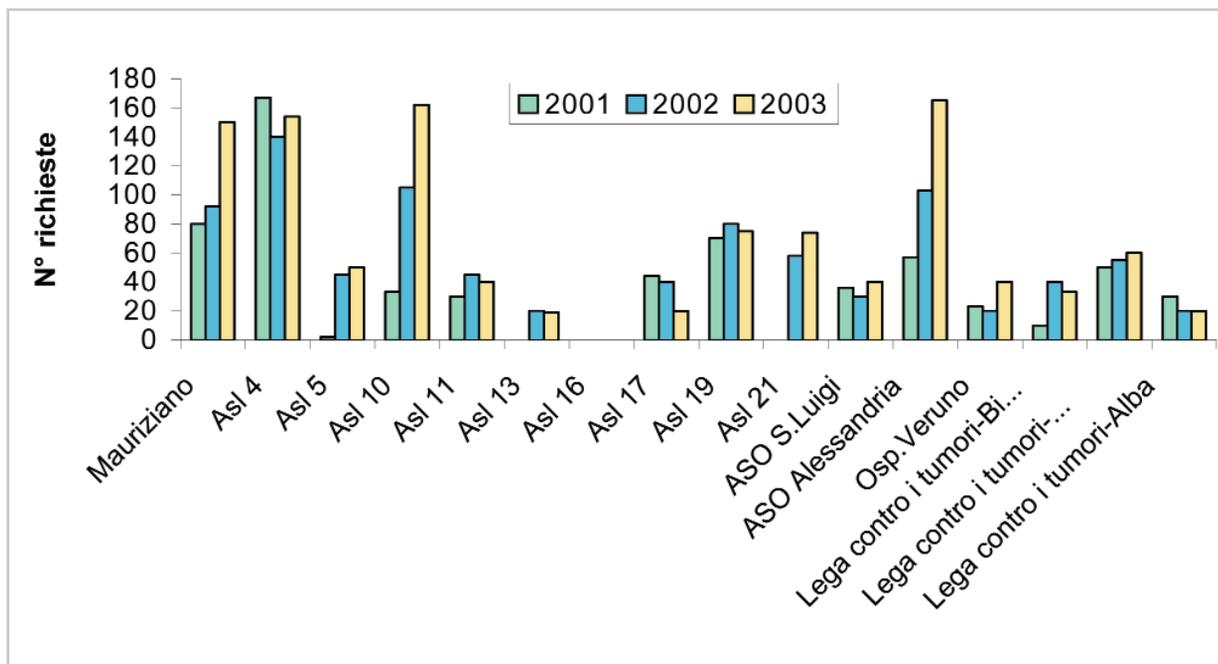


Tabella 4. Numero di pazienti tabagisti trattati nel triennio 2001-2003 nei Centri Antifumo della Regione Piemonte.

Centri Anti-fumo	Pazienti trattati			
	2001	2002	2003	Tot.triennio
Osp. Mauriziano	2	5	8	15
Asl 4	116	140	154	410
Asl 5	1	20	30	51
Asl 10	33	65	109	207
Asl 11	10	18	15	43
Asl 13	0	20	23	43
Asl 16*	0	0	0	0
Asl 17	24	36	18	78
Asl 19	50	78	108	236
Asl 21	0	58	74	132
S.Luigi	18	21	34	73
ASO Alessandria	57	103	165	325
Osp. Veruno	23	18	30	71
Lega contro i tumori-Biella	7	31	27	65
Lega contro i tumori-Cuneo	45	45	45	135
Lega contro i tumori-Alba	25	0	0	25
<b>Totale trattam/anno in Piemonte</b>	<b>411</b>	<b>658</b>	<b>840</b>	<b>1909</b>

INCREMENTO % ANNUO	2001-2002	2002-2003	Totale
		60%	
			28%
*Non riferisce questi dati			104%

Figura 8. Andamento del volume del numero di pazienti tabagisti trattati per Centro Antifumo nel triennio 2001-2003.

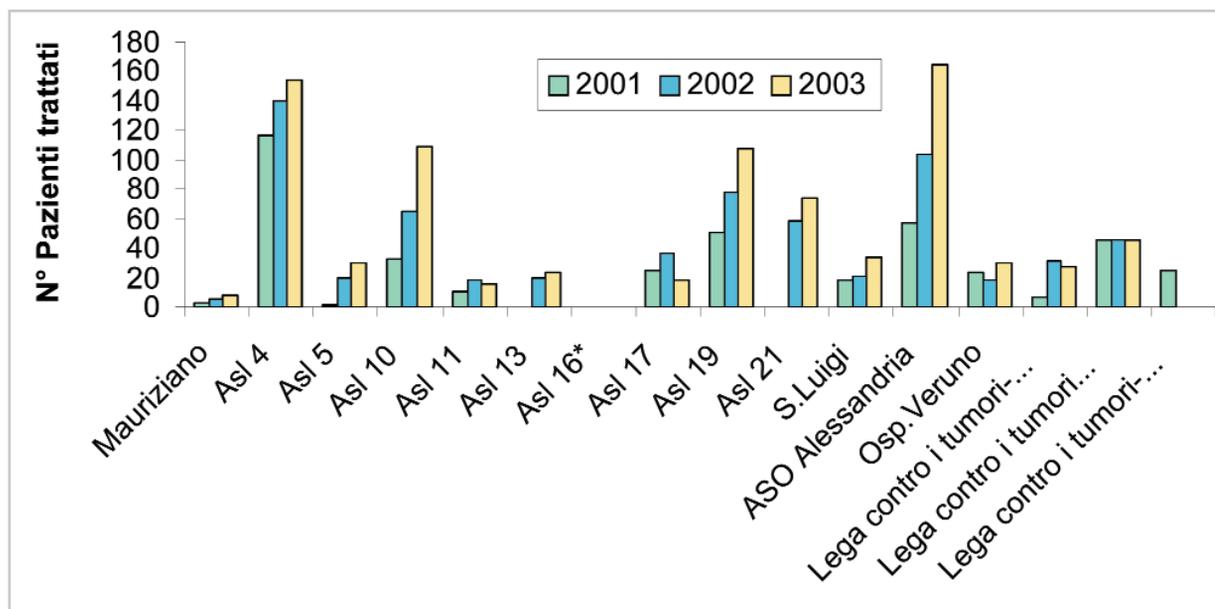


Tabella 5. Tempi di attesa dalla prima visita nei Centri Antifumo per il 2002 e 2003.

Attesa visita (giorni)	2002(n=13)	2003(n=12)
<15	69%(9)	58%(7)
15-30	15%(2)	25%(3)
30-60	8%(1)	17%(2)
>60	8%(1)	-

Tabella 6. Valutazione del paziente alla ... del trattamento nei Centri Antifumo piemontesi.

Centri Anti-fumo pubblici	Valutazione	Fine tratt	3 MESI	6 MESI	1 ANNO
Osp. Mauriziano	no	-	-	-	-
Asl 4	si	-			
Asl 5	si			-	-
Asl 10	si				
Asl 11	si				
Asl 13	si				
Asl 16*					
Asl 17	si		-		
Asl 19	si		-	-	-
Asl 21	si		-	-	-
ASO S.Luigi	si		-	-	-
ASO Alessandria	si	-	-	-	
Osp. Veruno	si		-		
Lega contro i tumori-Biella	si		-	-	-
Lega contro i tumori-Cuneo	si		-	-	-
Lega contro i tumori-Alba	si		-		

\*Non riferisce questi dati

## QUESTIONARI E SCHEDE DI RILEVAZIONE

Nelle pagine che seguono sono riportati i questionari e le schede utilizzati per la raccolta dei dati:

1. QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEL FUMO DI TABACCO IN AMBITO SCOLASTICO;
2. scheda di rilevazione dell'Istituto Superiore di Sanità, integrata dal Gruppo Tecnico Antitabacco, sulle ATTIVITA' DI PREVENZIONE DEL FUMO NELLE SCUOLE, sui CORSI PER SMETTERE DI FUMARE e sugli interventi di COUNSELING effettuati nelle AZIENDE SANITARIE LOCALI;
3. scheda di rilevazione dell'Istituto Superiore di Sanità, integrata dal Gruppo Tecnico Anti-Tabacco, sui SERVIZI PUBBLICI PER LA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO utilizzata con i Centri Antifumo pubblici;
4. scheda di rilevazione, elaborata da Gruppo Tecnico Antitabacco sul formato delle schede ISS, sui CORSI PER SMETTERE DI FUMARE organizzati dalle AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE;
5. QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEI CENTRI ANTIFUMO PRESENTI SUL TERRITORIO PIEMONTESE utilizzato con le strutture private;
6. INTERVISTA ASSOCIAZIONI, elaborata dal Gruppo Tecnico Antitabacco, sulle attività svolte dalle Associazioni in vari ambiti.

1. QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE DEL FUMO DI TABACCO IN AMBITO SCOLASTICO;

1) Titolo del progetto \_\_\_\_\_

2) Responsabile del progetto \_\_\_\_\_

3) Autori del progetto \_\_\_\_\_

4) Partner coinvolti (ASL, Ospedali, Lega Tumori, altre scuole, ecc.) \_\_\_\_\_

5) In quale tipologia rientra il vostro progetto?  
 prevenzione del fumo di sigarette  
 prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute

6) E' stata svolta un'indagine conoscitiva prima dell'ideazione del progetto?  
 si  
 no

7) Se si, in che modo? \_\_\_\_\_

8) Quali sono gli obiettivi del progetto? \_\_\_\_\_

9) Qual è lo stato attuale del progetto?  
 fase di progettazione  
 fase di implementazione  
 fase di verifica  
 concluso

10) Qual è l'anno di avvio del progetto? \_\_\_\_\_

11) Qual è la durata complessiva del progetto? \_\_\_\_\_

**CPO**

**Gruppo tecnico anti - tabacco**

Via San Francesco da Paola 31 – Torino  
 Tel. 011-6333869  
 Fax 011-6333861  
 E-mail: gruppo.fumo@cpo.it

**QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE DEL FUMO DI TABACCO IN AMBITO SCOLASTICO**

Il questionario è rivolto alle scuole del territorio piemontese.

Per rispondere ad ogni domanda, Vi chiediamo di scrivere in modo leggibile sulla riga o di fare una crocetta sullo spazio che precede la risposta più adatta al Vostro caso.

Nome della scuola \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. / \_\_\_\_\_ Fax. / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

sito web \_\_\_\_\_

Nome del Dirigente scolastico \_\_\_\_\_

Compilatore del questionario \_\_\_\_\_

**12) Quali attività rientrano nel progetto?**  
 /  formazione degli insegnanti  
 /  lezioni frontali  
 /  attività extracurricolari (laboratori, giochi di ruolo, lavori di gruppo, ecc.)  
 /  conferenze  
 /  mostre  
 /  distribuzione di materiali  
 /  altro \_\_\_\_\_

**13) E' prevista la partecipazione a concorsi nazionali e/o internazionali? Se sì, quali?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**14) E' previsto il coinvolgimento dei genitori?**  
 /  sì  
 /  no

**15) Se sì, in che modo?**  
 /  incontri informativi  
 /  collaborazione nella realizzazione delle attività  
 /  altro \_\_\_\_\_

**16) Quali sono gli strumenti utilizzati?**  
 /  kit di educazione alla salute  
 /  cartellonistica  
 /  opuscoli, volantini, pieghevoli, ecc.  
 /  manuali, guide per gli insegnanti  
 /  Cd-rom  
 /  videocassette  
 /  altro \_\_\_\_\_

**17) Quanti studenti sono/sono stati oggetto dell'intervento?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**18) Quali e quante sono le figure professionali coinvolte?**  
 /  Insegnanti (n° \_\_\_\_\_)  
 /  Psicologi (n° \_\_\_\_\_)  
 /  Medici (n° \_\_\_\_\_)  
 /  Educatori (n° \_\_\_\_\_)  
 /  Volontari (n° \_\_\_\_\_)  
 /  Altri: \_\_\_\_\_ (n° \_\_\_\_\_)

**19) Che tipo di finanziamento è stato utilizzato?**  
 /  pubblico (specificare \_\_\_\_\_)  
 /  privato (specificare \_\_\_\_\_)  
 /  misto (specificare \_\_\_\_\_)

**20) Il progetto è stato/verrà valutato?**  
 /  Sì  
 /  No

**21) Con quale metodologia?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**22) Quali sono i principali risultati?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**23) Quali sono le principali difficoltà incontrate?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. scheda di rilevazione dell'Istituto Superiore di Sanità, integrata dal Gruppo Tecnico Antitabacco, sulle ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEL FUMO NELLE SCUOLE, sui CORSI PER SMETTERE DI FUMARE e sugli interventi di COUNSELING effettuati nelle AZIENDE SANITARIE LOCALI;

<b>Materiali in uso</b>	Azienda Sanitaria/Ospedaliera	Altri soggetti
Guide o manuali	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Sussidi informatici	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Audiovisivi	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Altro (specificare)		
<b>Metodologia utilizzata</b> (ad es. lezioni frontali, peer education, lavori di gruppo, giochi di ruolo, laboratori, altro)		
<b>Durata degli interventi</b>		
Interventi occasionali: meno di 3 ore	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Interventi occasionali: 4 – 8 ore	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Interventi ripetuti nell'anno scolastico	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Interventi inseriti nel curriculum	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
<b>Servizi coinvolti</b>		
Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione	SI ↑ No ↑	
Servizi dei Dipartimenti delle Dipendenze	SI ↑ No ↑	
Servizi dei Distretti	SI ↑ No ↑	
Pneumologie	SI ↑ No ↑	
Cardiologie	SI ↑ No ↑	
Pediatria di comunità/Medicina scolastica	SI ↑ No ↑	
Servizi di educazione alla salute	SI ↑ No ↑	
Altro: (specificare)		
Altro: (specificare)		
<b>Collaborazioni con:</b>		
Comuni	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Provincia	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Privato	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Associazione di volontariato (specificare):	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Altro: (specificare)		
Altro: (specificare)		
<b>Formazione</b>	Azienda Sanitaria/Ospedaliera	Altri soggetti
Corsi di formazione e/o aggiornamento per operatori socio-sanitari che svolgono attività nelle scuole	N. di corsi effettuati: _____ N. totale di partecipanti: _____	N. di corsi effettuati: _____ N. totale di partecipanti: _____
Corsi di formazione e/o aggiornamento per operatori scolastici	N. di corsi effettuati: _____ N. totale di partecipanti: _____	N. di corsi effettuati: _____ N. totale di partecipanti: _____

**SCHEDA**  
**PREVENZIONE DEL FUMO NELLE SCUOLE**

AZIENDA SANITARIA N \_\_\_\_\_  
AZIENDA OSPEDALIERA \_\_\_\_\_

Nominativo di Chi compila la Scheda \_\_\_\_\_  
Qualifica di chi compila la Scheda \_\_\_\_\_  
Tel. Fax E-mail per quanto di seguito comunicato \_\_\_\_\_

**I dati raccolti fanno riferimento all'attività svolta nell'anno scolastico 2001/2002 (prima scheda) e 2002/2003 (seconda scheda).**  
La scheda prevede la possibilità di riportare più soggetti che hanno organizzato l'attività di prevenzione (Azienda Sanitaria / Ospedaliera, Altri soggetti: es. Lega Italiana contro i tumori).

- In dettaglio, le singole voci incluse nella scheda riguardano:
  - Organizzazione di conferenze e/o seminari; indicare se attuati (sì/no)
  - Scuole e alunni coinvolti; indicare numero di scuole coinvolte e numero di alunni raggiunti per ciascun tipo di scuola.
  - Materiale in uso; indicare il tipo di materiale didattico utilizzato, eventualmente specificare nella voce *Altro*, materiali differenti da quelli riportati in elenco.
  - Metodologia utilizzata; descrivere con alcune parole la metodologia utilizzata
  - Durata degli interventi; indicare se il programma educativo ha una durata breve (interventi occasionali: durata inferiore alle 3 ore oppure compresa tra 4-8 ore), oppure se gli interventi sono ripetuti nel corso dell'anno scolastico oppure inseriti all'interno del curriculum scolastico.
  - Servizi coinvolti / Collaborazioni: solo qualora il soggetto organizzatore sia l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera segnare quali sono stati i Servizi coinvolti e le eventuali collaborazioni.
  - Formazione; segnare il numero di corsi di formazione effettuati ed il numero di operatori coinvolti, distinguendo tra operatori socio-sanitari ed operatori scolastici.
  - Validazione; indicare se è stata effettuata una valutazione dell'attività svolta, intendendo almeno la raccolta di dati relativi al monitoraggio dell'efficacia del programma (es. modifica degli atteggiamenti/abitudini, al fumo degli studenti prima e dopo l'intervento) e descrivere i principali risultati ottenuti.

**SCHEDA 2001-2002**

Sono state svolte attività di prevenzione del fumo nelle scuole della vostra Azienda nell'anno scolastico 2001-2002?  
SI ↑ No ↑

Se sì:

	Azienda Sanitaria/Ospedaliera	Altri soggetti: (specificare)
<b>Organizzazione di conferenze e/o seminari</b>	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
<b>Scuole e alunni coinvolti</b>	SI ↑ No ↑	SI ↑ No ↑
Scuole coinvolte (Numero)	Alumni coinvolti (Numero)	Alumni coinvolti (Numero)
Asilo nido/materna		
Elementare		
Media inferiore		
Media superiore		

<b>Valutazione</b>		Si ↑ No ↑		Si ↑ No ↑	
Raccolta dati relativi ai risultati delle attività svolte					
Se sì, specificare brevemente cosa è stato valutato, prodotti, conoscenze acquisite da parte degli allievi, modifica delle abitudini, altro...					
Se sì, descrivere brevemente i principali risultati ottenuti					

**SCHEDA 2002-2003**

Sono state svolte attività di prevenzione del fumo nelle scuole della vostra Azienda nell'anno scolastico 2002-2003?

Si ↑ No ↑

<b>Se sì:</b>	Azienda Sanitaria/Ospedaliera	Altri soggetti: (specificare)	
		.....	
<b>Organizzazione di conferenze e/o seminari</b>		Altri soggetti:	
		.....	
<b>Scuole e alunni coinvolti</b>	Azienda Sanitaria/Ospedaliera	Altri soggetti:	
		.....	
	Scuole coinvolte (Numero)	Alumni coinvolti (Numero)	Alumni coinvolti (Numero)
	Asilo nido/materna	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Elementare	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Media inferiore	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Media superiore	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
<b>Materiali in uso</b>	Azienda Sanitaria/Ospedaliera	Altri soggetti:	
		.....	
	Guide o manuali	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Sussidi informatici	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Audiovisivi	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Altro (specificare)	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
<b>Metodologia utilizzata</b> (ad es., lezioni frontali, peer education, lavori di gruppo, giochi di ruolo, laboratori, altro)		.....	
		.....	
		.....	
<b>Durata degli interventi</b>		.....	
	Interventi occasionali: meno di 3 ore	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Interventi occasionali: 4 - 8 ore	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Interventi ripetuti nell'anno scolastico	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
	Interventi inseriti nel curriculum	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑

<b>Servizi coinvolti</b>		Si ↑ No ↑	
Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione			
		Si ↑	No ↑
Servizi dei Dipartimenti delle Dipendenze			
		Si ↑	No ↑
Servizi dei Distretti			
		Si ↑	No ↑
Pneumologie			
		Si ↑	No ↑
Cardiologic			
		Si ↑	No ↑
Pediatrica di comunità/Medicina scolastica			
		Si ↑	No ↑
Servizi di educazione alla salute			
		Si ↑	No ↑
Altro: (specificare)			
Altro: (specificare)			
<b>Collaborazioni con:</b>			
Comuni			
		Si ↑	No ↑
Provincia			
		Si ↑	No ↑
Privato			
		Si ↑	No ↑
Associazione di volontariato			
		Si ↑	No ↑
(specificare):			
Altro: (specificare)			
Altro: (specificare)			
		Azienda Sanitaria/Ospedaliera	
		Altri soggetti	
<b>Formazione</b>		Altri soggetti	
		.....	
Corsi di formazione e/o aggiornamento per operatori socio-sanitari che svolgono attività nelle scuole			
		N. di corsi effettuati:	.....
		N. totale di partecipanti:	.....
Corsi di formazione e/o aggiornamento per operatori scolastici			
		N. di corsi effettuati:	.....
		N. totale di partecipanti:	.....
<b>Valutazione</b>		Altri soggetti	
		.....	
Raccolta dati relativi ai risultati delle attività svolte			
		Si ↑	No ↑
Se sì, specificare brevemente cosa è stato valutato			
Es. materiali prodotti, conoscenze acquisite da parte degli allievi, modifica delle abitudini, altro			
.....			
Se sì, descrivere brevemente i principali risultati raccolti			
.....			
.....			
.....			

**SCHEDE  
CORSI PER SMETTERE DI FUMARE**

AZIENDA SANITARIA N \_\_\_\_\_  
AZIENDA OSPEDALIERA \_\_\_\_\_

Nominativo di Chi compila la Scheda  
Qualifica di chi compila la Scheda  
Tel. Fax E-mail per quanto di seguito comunicato

- I dati raccolti fanno riferimento ai corsi organizzati negli **anni 2002 (prima scheda) e 2003 (seconda scheda)**.  
La scheda prevede la possibilità di riportare più soggetti che hanno organizzato i corsi (Azienda Sanitaria / Ospedaliera, Terzo settore, es. Lega Italiana contro i tumori). Se il numero di soggetti è superiore a tre, compilare un ulteriore scheda. In dettaglio, le singole voci incluse nella scheda riguardano:
- Numero corsi organizzati: segnare il numero di corsi organizzati durante l'anno
  - Numero totale partecipanti all'anno: indicare il numero complessivo di persone che hanno frequentato i corsi durante l'anno
  - Metodologia utilizzata: descrivere con alcune parole la metodologia utilizzata.
  - Destinatari: indicare a chi sono rivolti i corsi.
  - Unità/Professionalità coinvolte: per i corsi organizzati dalle Aziende Sanitarie/Ospedaliere indicare quali Unità e quali Professionalità sono state coinvolte
  - Formazione: indicare se è stata effettuata la formazione del personale che conduce i corsi
  - Valutazione di efficacia: indicare se la valutazione è stata effettuata a fine corso, a 3-6-12 mesi, la modalità utilizzata (dichiarazione del paziente, per analisi dei marcatori biologici - es. la cotinina nelle urine, misurazione del Monossido di Carbonio), e i risultati ottenuti.

**SCHEDA 2002**

Nell'anno 2002 sono stati attuati corsi per smettere di fumare? **SI**  **NO**

Se sì:

	Azienda Sanitaria/ Ospedaliera	Terzo Settore (specificare)	Terzo Settore (specificare)
Numero corsi organizzati	N _____	N _____	N _____
N. totale partecipanti all'anno	N _____	N _____	N _____
Metodologia utilizzata Specificare (es. 5 giornate + follow-up, metodo derivato dalla Lega Tumori, altro)	.....	.....	.....

Azienda Sanitaria/ Ospedaliera	Terzo Settore	Terzo Settore
N _____	N _____	N _____

Destinatari	Personale sanitario dipendente Personale di altre organizzazioni pubbliche o private (es. Regione, Aziende, ecc.) Cittadini Altri	Personale sanitario dipendente Personale di altre organizzazioni pubbliche o private (es. Regione, Aziende, ecc.) Cittadini Altri	Personale sanitario dipendente Personale di altre organizzazioni pubbliche o private (es. Regione, Aziende, ecc.) Cittadini Altri
<b>Unità coinvolte</b>			
Centri Antifumo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Servizi del Dipartimento delle Dipendenze	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Servizi del Dipartimento di Prevenzione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Servizi dei Distretti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Pneumologia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Servizi di educazione alla salute	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Altro (specificare)			
<b>Professionalità coinvolte</b>			
Medici	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Psicologi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Educatori	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ASV / IP	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)			
Altro (specificare)			
<b>Formazione</b>			
Corsi di formazione per il personale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Numero operatori formati	N _____	N _____	N _____
<b>Valutazione di efficacia</b>			
a fine corso	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
a 3 mesi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
a 6 mesi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
a 1 anno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Modalità</b>			
marcatori biologici	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Monossido di carbonio nell'espriro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dichiarazione dal paziente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Risultati</b>			
Indicare il numero di successi ottenuti sul totale dei partecipanti ai corsi 2001-2002	N _____	N _____	N _____

Nell'anno 2003 sono stati attuati corsi per smettere di fumare? **SI** **NO**

Se si:

	Azienda Sanitaria/ Ospedaliera	Terzo Settore (specificare)	Terzo Settore (specificare)
Numero corsi organizzati	N _____	N _____	N _____
N. totale partecipanti all'anno	N _____	N _____	N _____
<b>Metodologia utilizzata</b> Specificare (es. 5 giornate + follow-up, metodo derivato dalla Lega Tumori, altro)	.....	.....	.....
<b>Destinatari</b>	↑ Personale sanitario dipendente ↑ Personale di altre organizzazioni pubbliche o private (es. Regione, Aziende, ecc.) ↑ Cittadini ↑ Altri _____	↑ Personale sanitario dipendente ↑ Personale di altre organizzazioni pubbliche o private (es. Regione, Aziende, ecc.) ↑ Cittadini ↑ Altri _____	↑ Personale sanitario dipendente ↑ Personale di altre organizzazioni pubbliche o private (es. Regione, Aziende, ecc.) ↑ Cittadini ↑ Altri _____
<b>Unità coinvolte</b>			
Centri Antifumo	SI	No	↑
Servizi del Dipartimento delle Dipendenze	SI	No	↑
Servizi del Dipartimento di Prevenzione	SI	No	↑
Servizi dei Distretti	SI	No	↑
Pneumologia	SI	No	↑
Servizi di educazione alla salute	SI	No	↑
Altro (specificare)			
<b>Professionalità coinvolte</b>			
Medici	SI	No	↑
Psicologi	SI	No	↑
Educatori	SI	No	↑
ASV / IP	SI	No	↑
Altro (specificare)			
Altro (specificare)			
<b>Formazione</b>			
Corsi di formazione per il personale	SI	No	↑
Numero operatori formati	N _____	N _____	N _____

	Azienda Sanitaria/ Ospedaliera	Terzo Settore	Terzo Settore
<b>Valutazione di efficacia</b>			
a fine corso	SI	No	↑
a 3 mesi	SI	No	↑
a 6 mesi	SI	No	↑
a 1 anno	SI	No	↑
<b>Modalità</b>			
Marcatore biologici	SI	No	↑
Monossido di carbonio nell'espriato	SI	No	↑
Dichiarazione dal paziente	SI	No	↑
<b>Risultati</b>			
Indicare il numero di successi ottenuti a fine corso sul totale dei partecipanti	N _____	N _____	N _____

**SCHEDE**  
**COUNSELLING ATTRAVERSO IL PERSONALE SANITARIO**

AZIENDA SANITARIA N \_\_\_\_\_  
AZIENDA OSPEDALIERA \_\_\_\_\_

Nominativo di Chi compila la Scheda ..... Qualifica di chi compila la Scheda ..... Tel. Fax E-mail per quanto di seguito comunicato ..... .....
---

**I dati raccolti fanno riferimento all'attività svolta negli anni 2002 e 2003.**  
La scheda raccoglie informazioni relative al counselling antitabagico svolto dai Medici di Medicina Generale o da altro Personale Sanitario (es. infermieri, ostetriche, ecc.).  
In dettaglio, le singoli voci incluse nella scheda riguardano:

- **Tipologia:** indicare quali soggetti sono coinvolti nell'attività di counselling. Questa voce deve essere compilata solo se esiste un progetto di counselling strutturato a livello aziendale o regionale, a cui il personale sanitario interessato abbia aderito.
- **Numero di personale partecipante al progetto:** indicare il numero di medici o di altro personale sanitario coinvolto
- **Unità operative coinvolte:** indicare l'unità coinvolta (Centri Antitabagico, Servizi del Dipartimento delle Dipendenze ecc.).
- **Formazione:** indicare se sono stati fatti corsi di formazione per il personale coinvolto nel progetto e riportare il numero di operatori formati.
- **Valutazione:** indicare se la valutazione degli interventi (qualora venga svolta) viene effettuata a fine corso, a 3-6-12 mesi e la modalità utilizzata (dichiarazione del paziente, per analisi dei marcatori biologici -es. la cotinina nelle urine - misurazione del Monossido di Carbonio).

**SCHEDE 2002**

Nell'anno 2002 sono state realizzate attività di counselling? **Si ↑** **No ↓**

Se sì:

<b>Tipologia</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Personale Sanitario</b> Specificare _____
<b>Numero di personale partecipante al progetto</b>	N _____	N _____

	Medici di Medicina Generale (*)	Personale Sanitario Specificare _____
<b>Unità operative coinvolte</b>		
Centri Antitabagico	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
Servizi del Dipartimento delle Dipendenze	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
Servizi del Dipartimento di Prevenzione	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
Servizi dei Distretti	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
Pneumologia	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
Cardiologia	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
Ostetricia/Ginecologia	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
Altro (specificare)		
<b>Formazione</b>		
Corsi di formazione per personale impegnato nel counselling	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
Numero operatori formati	N _____	N _____
<b>Utenti</b>		
Numero di utenti coinvolti	N _____	N _____
Viene utilizzato un criterio per selezionare le persone a cui viene proposto il counselling? Se sì, specificare quale	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
E.s.: numero di sigarette; presenza di patologie come cardiopatiche, broncopolmoniche, etc...; gravità; esposizione ambientale a sostanze nocive, etc...	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
<b>Valutazione</b>		
a fine intervento	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
a 3 mesi	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
a 6 mesi	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
a 1 anno	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓
a 2 anni	Si ↑ No ↓	Si ↑ No ↓

<b>Modalità</b>	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Marcatori biologici	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
monossido di carbonio nell'espriato	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Dichiarazione dal paziente	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
<b>Risultati</b>			
Indicare il numero di successi ottenuti sul totale dei partecipanti ai corsi 2001-2002	N _____	N _____	N _____

(\*) Questa voce deve essere segnata solo se esiste un progetto strutturato (di Azienda o regionale) al quale il medico ha aderito

---

**SCHEDA 2003**

---

Nell'anno 2003 sono state realizzate attività di counselling? Si ↑ No ↑

Se si:

<b>Tipologia</b>	Medici di Medicina Generale (*)	Personale Sanitario
	<input type="checkbox"/> N _____	Specificare _____ <input type="checkbox"/> N _____
<b>Unità operative coinvolte</b>		
Centri Antifumo	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Servizi del Dipartimento delle Dipendenze	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Servizi del Dipartimento di Prevenzione	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Servizi dei Distretti	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Pneumologia	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Cardiologia	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Ostetricia/Ginecologia	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Altro (specificare)		
<b>Formazione</b>		
Corsi di formazione per personale impegnato nel counselling	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Numero operatori formati	N _____	N _____

<b>Utenti</b>	N _____	N _____
Numero di utenti coinvolti	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Viene utilizzato un criterio per selezionare le persone a cui viene proposto il counselling?		
Se si, specificare quale	.....	.....
Es.: numero di sigarette, presenza di patologie come cardiopatiche, broncopneumopatie, etc...; gravidanza; esposizione ambientale a sostanze nocive, etc...	.....	.....
<b>Valutazione</b>		
a fine intervento	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
a 3 mesi	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
a 6 mesi	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
a 1 anno	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
a 2 anni	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
<b>Modalità</b>		
Marcatori biologici	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Monossido di carbonio nell'espriato	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
Dichiarazione dal paziente	Si ↑ No ↑	Si ↑ No ↑
<b>Risultati</b>		
Indicare il numero di successi ottenuti a fine corso sul totale dei partecipanti	N _____	N _____

(\*) Questa voce deve essere segnata solo se esiste un progetto strutturato (di Azienda o regionale) al quale il medico ha aderito

3. scheda di rilevazione dell'Istituto Superiore di Sanità, integrata dal Gruppo Tecnico Anti-Tabacco, sui SERVIZI PUBBLICI PER LA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO utilizzata con i Centri Antifumo pubblici;

**SCHEDA AGGIORNAMENTO 2003**  
**PER I SERVIZI PER LA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO**

Data compilazione \_\_\_\_\_ ese mm aa

Nominativo di Chi compila la Scheda  
Qualifica di chi compila la Scheda  
Tel. Fax E-mail per quanto di seguito comunicato

**DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE STRUTTURALI E ORGANIZZATIVE DEL SERVIZIO DI CESSAZIONE**

1) Denominazione della Struttura (es. Presidio Ospedaliero, Agenzia Regionale, etc.) che accoglie il Servizio per la cessazione dal fumo: \_\_\_\_\_

2) Ente di Appartenenza (es. ASL n. X, Università, etc.): \_\_\_\_\_

3) Denominazione del Servizio per la cessazione dal fumo (es. Ambulatorio Tabagismo, Centro Antifumo, etc.): \_\_\_\_\_

4) Collocazione del Servizio per la cessazione dal fumo all'interno della Struttura e/o Ente (es. Dipartimento di Prevenzione, U.O. Pneumologia, etc.): \_\_\_\_\_

5) Indirizzo del Servizio per la cessazione dal fumo:  
Via e numero civico \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Telefono per l'utenza \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo Web del Servizio \_\_\_\_\_

6) Nome del referente/i del Servizio:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

7) In che modo gli utenti possono contattare il servizio (orari, giorni, etc.):  
Telefonicamente: Giorni \_\_\_\_\_ Orari \_\_\_\_\_  
Direttamente presso il servizio: Giorni \_\_\_\_\_ Orari \_\_\_\_\_  
Altro specificare: \_\_\_\_\_

8) Qual è la modalità di accesso al Servizio:  
 Impegnativa del medico di famiglia  
 Richiesta di consulenza  
 Diretta dell'interessato  
 Altro

**DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE STRUTTURALI E ORGANIZZATIVE DEL SERVIZIO DI CESSAZIONE**

A	B	C	D	E	F
FIGURA PROFESSIONALE	NUMERO DI UNITÀ	QUALIFICA	SVOLGE L'ATTIVITÀ ENTRO L'ORARIO DI LAVORO (ANCHE STRAORDINARIO)	QUANTE ORE VENGONO "DEDICATE" SETTIMANALMENTE AL SERVIZIO	E' STATA DEDICATA ALMENO UNA "GIORNATA DI FORMAZIONE" SPECIFICA NEGLI ULTIMI DUE ANNI
<input type="checkbox"/> Medico	___		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Psicologo	___		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Infermiere	___		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Altre figure	___		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
N. Complessivo personale: ___			Quanti giorni a settimana è aperto il servizio? ___		

**DESCRIZIONE DELLE PROCEDURE DEL SERVIZIO DI CESSAZIONE**

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI *	A DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI	B TOTALE INCONTRI	C FREQUENZA	D COLLABORAZIONI INTERNE ED ESTERNE AL SERVIZIO	E MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO	F CONDOTTO DA...
<input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Valutazione clinico-funzionale		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Terapia farmacologica	<input type="checkbox"/> NRT <input type="checkbox"/> Bupropione <input type="checkbox"/> Altro specificare _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> >10	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Counselling individuale	Durata (in min.) singolo incontro _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> >10	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Terapia di gruppo	Durata (in min.) singolo incontro _____ N. partecipanti _____ (media)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> >10	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Terapia alternativa	<input type="checkbox"/> Ipnoterapia <input type="checkbox"/> Agopuntura <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ Durata (in min.) singolo incontro _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> >10	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Altri interventi		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Specificare _____ €	<input type="checkbox"/> _____

\* La definizione della tipologia degli interventi rinvia alle "Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" (a cura di Zuccaro P., et al., 2002)

**NUMERO DI INTERVENTI PER TIPOLOGIA**

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI	A NUMERO INTERVENTI EFFETTUATI NEL 2001	B NUMERO INTERVENTI EFFETTUATI NEL 2002	C NUMERO INTERVENTI EFFETTUATI NEL 2003	TOTALE
Accertamenti diagnostici	N _____	N _____	N _____	N _____
Valutazione clinico-funzionale	N _____	N _____	N _____	N _____
Terapia farmacologica	N _____	N _____	N _____	N _____
Counselling individuale	N _____	N _____	N _____	N _____
Terapia di gruppo	N _____	N _____	N _____	N _____
Terapia alternativa	N _____	N _____	N _____	N _____
Altri interventi	N _____	N _____	N _____	N _____

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' ATTUALE E PREGRESSA**

1. In quale anno è stato attivato il servizio di cessazione? \_\_\_\_\_  
specificare
2. Esiste una delibera (ordinamento o regolamento) che ha istituito il Servizio di Cessazione?  SI  NO
3. Utilizzate procedure sistematiche per la registrazione degli utenti seguiti?  SI (Protocollo, Cartella Clinica, etc.)  NO
4. Quante richieste di intervento sono pervenute al vostro Servizio nel corso del 2001\_N. \_\_\_\_\_ nel corso del 2002\_N. \_\_\_\_\_ e nel corso del 2003\_N. \_\_\_\_\_  
specificare specificare specificare
5. Quanti utenti sono stati seguiti dal vostro Servizio nel corso del 2001\_N. \_\_\_\_\_ nel corso del 2002\_N. \_\_\_\_\_ e nel corso del 2003\_N. \_\_\_\_\_  
specificare specificare specificare
6. Mediamente nel 2002 quanto è stato il tempo di attesa per la Prima Visita?
 

<input type="checkbox"/> Minore di 15 giorni <input type="checkbox"/> Tra i 15 e i 30 giorni <input type="checkbox"/> Da 1 a 2 mesi <input type="checkbox"/> Più di 2 mesi	6.1 E nel 2003? <input type="checkbox"/> Minore di 15 giorni <input type="checkbox"/> Tra i 15 e i 30 giorni <input type="checkbox"/> Da 1 a 2 mesi <input type="checkbox"/> Più di 2 mesi
---	--
7. E' stata fatta la valutazione di efficacia degli interventi?
 

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> A fine trattamento <input type="checkbox"/> A tre mesi <input type="checkbox"/> A sei mesi <input type="checkbox"/> Ad un anno <input type="checkbox"/> NO.	
---	--
8. Come è stata fatta la valutazione?
 

<input type="checkbox"/> Dichiarazione del paziente <input type="checkbox"/> Marcatori biologici <input type="checkbox"/> Monossido di carbonio nell'espirsto	8.1 Quante ricadute si sono verificate nel corso dell'attività del 2003_N. _____ <small>specificare</small>
---	--
9. Il Servizio svolge anche altre attività, inerenti:
  - la prevenzione
  - la ricerca
  - la formazione degli operatori
  - il controllo del fumo negli ambienti pubblici e/o di lavoro
  - altro (specificare)

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA**

La Scheda di Aggiornamento è una Scheda Standard per raccogliere, in modo omogeneo, informazioni sui Servizi per la cessazione dal fumo di tabacco.

La Scheda si compone di quattro sezioni:

- descrizione delle caratteristiche strutturali e organizzative;
- descrizione delle procedure;
- numeri di interventi per tipologia
- descrizione dell'attività attuale e progressa.

**CARATTERISTICHE STRUTTURALI e ORGANIZZATIVE**

Questa sezione si compone di due parti.

La prima parte raccoglie informazioni relative alla collocazione territoriale del Servizio di cessazione e alla descrizione di caratteristiche che consentano di identificarne le principali modalità di contatto.

La seconda parte è organizzata in forma di tabella, con colonne nominate da A ad F, e da compilare, per riga, come segue:

**COLONNA A:** indicare quali figure professionali sono coinvolte nella gestione del Servizio.

**COLONNA B:** indicare il numero di unità per ogni figura professionale presente nel Servizio.

**COLONNA C:** specificare il tipo di qualifica di ogni figura professionale.

**COLONNA D:** indicare se l'attività che il personale svolge all'interno del Servizio di cessazione è entro l'orario di lavoro (anche straordinario).

**COLONNA E:** specificare quante ore, in media, vengono "dedicate" settimanalmente al Servizio da ogni singola figura professionale.

**COLONNA F:** specificare se ogni figura professionale ha effettuato una formazione specifica.

**DESCRIZIONE DELLE PROCEDURE**

Questa sezione è organizzata in forma di tabella, con colonne nominate da A ad F. Deve essere compilata per riga prendendo, come dimensione guida, la colonna "Tipologia degli Interventi" come segue:

**COLONNA A:** descrivere la tipologia dell'intervento effettuato. Per la categoria "Counseling individuale, Terapia di gruppo e Terapia alternativa" specificare la durata in minuti di ogni singolo incontro. Per la Terapia di gruppo specificare il numero di partecipanti previsti, in media.

**COLONNA B:** specificare quanti incontri sono previsti per ogni intervento.

**COLONNA C:** va indicata la cadenza programmata degli incontri.

**COLONNA D:** indicare se per lo svolgimento dell'intervento si utilizzano delle collaborazioni sia interne che esterne al servizio.

**COLONNA E:** indicare in che modo gli utenti possono accedere al servizio specificando per ogni intervento che prevede più incontri se l'importo indicato è complessivo o per singola consultazione.

**COLONNA F:** va indicata la figura professionale che conduce l'intervento.

**NUMERI INTERVENTI PER TIPOLOGIA**

Questa sezione raccoglie informazioni riguardo al numero di interventi effettuati nel corso degli anni.

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' ATTUALE E PREGRESSA**

Questa sezione raccoglie informazioni relative all'attività attuale e progressa del Servizio di Cessazione.

4. scheda di rilevazione, elaborata da Gruppo Tecnico Antitabacco sul formato delle schede ISS, sui **CORSI PER SMETTERE DI FUMARE** organizzati dalle **AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE**;

**AZIENDA OSPEDALIERA** \_\_\_\_\_

Nominativo di Chi compila la Scheda  
 Qualifica di chi compila la Scheda  
 Tel. Fax E-mail per quanto di seguito comunicato

**I dati raccolti fanno riferimento all'attività svolta nel 2003**

---

**CORSI PER SMETTERE DI FUMARE**

---

Nell'anno 2003 sono stati attuati corsi per smettere di fumare?      **Si ↑**      **No ↑**

Se si:

<b>Destinatari</b>	↑ Personale sanitario dipendente ↑ Pazienti ↑ Altri _____	
<b>Numero corsi organizzati</b>		N _____
<b>N. totale partecipanti all'anno</b>		N _____
<b>Professionalità coinvolte</b>		
	Medici	Si ↑    No ↑
	Psicologi	Si ↑    No ↑
	Educatori	Si ↑    No ↑
	ASV / IP	Si ↑    No ↑
Altro (specificare)		

---

**COUNSELLING ATTRAVERSO IL PERSONALE SANITARIO**

---

Nell'anno 2003 sono state realizzate attività di counselling?      **Si ↑**      **No ↑**

Se si:

**Professionalità coinvolte**  
 Specificare \_\_\_\_\_

**Numero di personale partecipante al progetto**      N \_\_\_\_\_

Nella vostra azienda svolgete altre attività inerenti la prevenzione/cessazione del tabagismo?

---

1

5. QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI ANTIFUMO PRESENTI SUL TERRITORIO PIEMONTESE utilizzato con le strutture private;

<p><b>I. CONTESTO OPERATIVO</b></p>	<p>1.1) Quali e quante figure professionali operano all'interno del Centro?</p> <p> <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> medici n° _____  <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> psicologi n° _____  <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> infermieri professionali n° _____  <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> altri n° _____                 </p> <p>1.2) Il personale ha ricevuto formazione specifica?</p> <p> <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> No                 </p> <p>1.3) Se sì, di che tipo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>1.4) Altri enti o istituzioni (private, pubbliche, privato sociale) sono coinvolti nelle Vostre attività?</p> <p> <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> Sì  <input type="checkbox"/>/ <input type="checkbox"/> No                 </p> <p>1.5) Se sì, quali?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>2. SERVIZI RIVOLTI AI FUMATORI</b></p>	<p>2.1) Quando è stato aperto il centro?</p> <p>_____</p> <p>2.2) Qual è l'orario di apertura al pubblico?</p> <p>_____</p>

2

<p><b>CPO</b></p> <p><b>Gruppo tecnico anti - tabacco</b></p> <p>Via San Francesco da Paola 31 - Torino                  Tel. 011-6333869                  Fax 011-6333861                  E-mail: gruppo.fumo@cpo.it</p>	<p><b>QUESTIONARIO<sup>1</sup> DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI ANTIFUMO PRESENTI SUL TERRITORIO PIEMONTESE</b></p> <p>Il questionario è rivolto principalmente ai Centri per la cura del tabagismo attivi sul territorio piemontese. Con questo termine noi intendiamo identificare un centro specialistico che può offrire un aiuto a chi vuole smettere di fumare.</p> <p>Per rispondere ad ogni domanda, Vi chiediamo di scrivere in modo leggibile sulla riga o di fare una crocetta sullo spazio che precede la risposta più adatta al Vostro caso.</p> <p>Nome del Centro Antifumo _____</p> <p>Indirizzo _____</p> <p>Tel. / _____ Fax. / _____ / _____</p> <p>e-mail _____</p> <p>sito web _____</p> <p>Nome e qualifica del responsabile del Centro Antifumo _____</p> <p>Compilatore del questionario _____</p> <p>Data di compilazione del questionario _____</p>
--	--

<sup>1</sup> Alcune delle domande del presente questionario costituiscono un adattamento di quelle tratte dal questionario utilizzato dal DORS nell'anno 1998 per la rilevazione dei Centri di Documentazione italiani che si occupano di salute.

1

**2.3) Quali riferimenti sono stati utilizzati per il disegno del progetto di disassuefazione?**  
 Prove di efficacia derivanti da revisioni sistematiche  
 Parere di esperti  
 Linee guida della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori  
 Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**2.4) Quali sono i trattamenti offerti?**  
 Valutazione funzionale  
 Terapia farmacologica:  terapia sostitutiva con nicotina (NRT)  
  bupropione  
  altro (specificare \_\_\_\_\_)  
 Agopuntura  
 Ipnositerapia  
 Counselling individuale  
 Gruppi di mutuo-aiuto  
 Corsi per smettere di fumare  
 Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**2.5) Per ciascuno dei servizi sapreste indicare il numero di pazienti che nell'ultimo anno ne hanno usufruito?**  
 Valutazione funzionale: n° \_\_\_\_\_ NRT: n° \_\_\_\_\_  
 Terapia farmacologica:  bupropione: n° \_\_\_\_\_  
 altro: n° \_\_\_\_\_  
 Agopuntura: n° \_\_\_\_\_  
 Ipnositerapia: n° \_\_\_\_\_  
 Counselling individuale: n° \_\_\_\_\_  
 Gruppi di mutuo-aiuto: n° \_\_\_\_\_  
 Corsi per smettere di fumare: n° \_\_\_\_\_  
 Altro: n° \_\_\_\_\_

**2.6) Ricevete richieste di trattamenti al Vostro Centro alle quali non siete in grado di rispondere?**  
 Sì  
 No

**2.7) Se sì, indicarne alcune**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2.8) Quali sono le modalità di contatto del Centro da parte degli utenti?**  
 Accesso diretto in orario di servizio  
 Via telefono  
 Su appuntamento  
 Su prescrizione medica  
 Altro

**3. DIMENSIONE E MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA'**

**3.1) Quante sono le persone attualmente in trattamento presso il vostro Centro?**  
 N° \_\_\_\_\_

**3.2) Negli ultimi dodici mesi quante persone hanno contattato per la prima volta il vostro Centro?**  
 N° \_\_\_\_\_

**3.3) Di questi, quanti hanno iniziato un trattamento di disassuefazione dal fumo di sigaretta?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3.4) Qual è la durata media di un trattamento di disassuefazione?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3.5) Quante interruzioni/abbandoni del trattamento si sono verificate nell'ultimo anno?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3.6) Al termine del trattamento viene effettuata una verifica dei successi ottenuti?**  
 Sì  
 No

**3.7) Se sì, con quale scadenza temporale?**  
 1-6 mesi  
 7-12 mesi  
 >12 mesi  
 Altro (specificare \_\_\_\_\_)

3.8) Con quali strumenti?

- Questionari
- Interviste telefoniche
- Validazione biochimica
- Altro (specificare \_\_\_\_\_)

3.9) Quante ricadute si sono verificate nel periodo di valutazione?

N° \_\_\_\_\_

**4. VALUTAZIONE**

4.1) Effettuate una valutazione dell'attività del vostro centro?

- Sì
- No

4.2) Se sì, su quali aspetti?

- Attività del centro (passaggi...)
- Esiti dei trattamenti
- Soddisfazione utenti/operatori
- Altro (specificare \_\_\_\_\_)

4.3) Con quale metodologia?

- Questionari
- Interviste telefoniche
- Altro (specificare \_\_\_\_\_)

4.4) Quali sono i principali risultati?

**5. ATTIVITA' AGGIUNTIVE**

5.1) Oltre le attività di disassuefazione dal fumo, il centro ne svolge altre?

- Sì
- No

5.2) Se sì, di quali attività si tratta?

6. INTERVISTA ASSOCIAZIONI, elaborata dal Gruppo Tecnico Antitabacco, sulle attività svolte dalle Associazioni in vari ambiti.

**INTERVISTA ASSOCIAZIONI**

ASSOCIAZIONE: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_  
 Nome dell'intervistato: \_\_\_\_\_

1. Avete svolto negli ultimi due anni attività di prevenzione e cessazione del fumo di sigarette? (ad es. interventi nelle scuole, campagne di informazione rivolte alla cittadinanza, documentazione e ricerca, produzione di materiale informativo –opuscoli, volantini, CD-Rom)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ interventi nelle scuole  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ corsi per smettere di fumare  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ campagne di informazione  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ documentazione e ricerca  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ conferenze e seminari  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ corsi di formazione  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

2. Sintesi del programma di lavoro (tipo di azioni effettuate), dei tempi di realizzazione (durata complessiva, inizio dell'attività, scansione delle fasi di lavoro, stato attuale).

*Interventi nelle scuole*

Scuole e alunni coinvolti	Scuole coinvolte (Numero)	Alumni coinvolti (Numero)
Asilo nido/materna		
Elementare		
Media inferiore		
Media superiore		

Anno di realizzazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durata (mesi): \_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durata (mesi): \_\_\_\_  
 collaborazioni

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ associazioni \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ servizi sanitari \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ amm. locale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

*Campagne di informazione*

PROGETTO1  
 Sintesi: \_\_\_\_\_

Anno di realizzazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durata (mesi): \_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durata (mesi): \_\_\_\_  
 PROGETTO2  
 Sintesi: \_\_\_\_\_

Anno di realizzazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durata (mesi): \_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durata (mesi): \_\_\_\_

PROGETTO3  
 Sintesi: \_\_\_\_\_

Anno di realizzazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durata (mesi): \_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durata (mesi): \_\_\_\_

Collaborazioni

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ associazioni \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ servizi sanitari \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ amm. locale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

*Seminari e conferenze*

Descrizione: \_\_\_\_\_  
 Numero di seminari organizzati nel 2002: \_\_\_\_  
 Numero di seminari organizzati nel 2003: \_\_\_\_

*Formazione*

Descrizione: \_\_\_\_\_

7. A chi sono destinati i vostri interventi? (ad es. studenti, giovani, insegnanti, genitori, ecc.)

studenti  
 giovani  
 donne in gravidanza  
 insegnanti  
 genitori  
 popolazione generale  
 altro \_\_\_\_\_

8. Da quali esigenze è nata l'idea di realizzare un intervento di prevenzione/cessazione?

9. E' stata svolta un'indagine conoscitiva precedente alla progettazione del vostro intervento? (ad es. diagnosi sociale ed epidemiologica basata su dati raccolti direttamente o indirettamente)

Sì  
 No  
 In che modo? \_\_\_\_\_

10. Fate riferimento a un particolare modello teorico?

Modello teorico  
 Sì  
 No  
 Quale? \_\_\_\_\_

11. Avete previsto l'utilizzo di materiale vario? (ad es. poster, opuscoli, volantini, video, Cd-rom). Il materiale è di vostra produzione?

poster  
 opuscoli  
 volantini  
 video  
 cd-rom  
 altro \_\_\_\_\_

Produzione propria  
 \_\_\_\_\_

12. Quale fonte di finanziamento utilizzate per le vostre attività?

autofinanziamento  
 ASL  
 Comune  
 Provincia  
 Regione  
 Fondazione  
 Altro \_\_\_\_\_

13. Avete identificato eventuali punti di forza? Avete evidenziato eventuali punti critici?

+ \_\_\_\_\_  
 - \_\_\_\_\_

Numero di corsi organizzati nel 2002: \_\_\_\_\_  
 Numero di corsi organizzati nel 2003: \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

3. Altre associazioni/enti sono coinvolti nella realizzazione di tali attività? (ad es. associazioni di volontariato, servizi sanitari, ecc.)

Vedi sopra

4. Quali e quante sono le figure professionali coinvolte? (ad es. medici, psicologi, educatori, insegnanti). Queste persone operano come volontari o sono retribuiti?

*Interventi nelle scuole*

medici  
 psicologi  
 educatori  
 insegnanti  
 altri \_\_\_\_\_

retribuiti

*Campagne informative*

medici  
 psicologi  
 educatori  
 insegnanti  
 altri \_\_\_\_\_

*Corsi per smettere di fumare*

medici  
 psicologi  
 educatori  
 insegnanti  
 altri \_\_\_\_\_

5. Su quale area territoriale si svolgono le vostre attività? (ad es. circoscrizione, territorio Asl, Comune, Provincia, ecc.)

Circoscrizione  
 territorio ASL  
 Comune  
 Provincia  
 Regione

6. In quali ambienti si sono svolte/ svolgono le vostre attività? (ad es. scuola, luoghi di lavoro, centri sportivi, spazi ricreativi, ecc.)

scuola  
 luoghi di lavoro  
 centri sportivi  
 spazi ricreativi  
 altro \_\_\_\_\_

## RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano:

Lucia Albano, ASL 8; Remo Angelino, ASL 10; Antonella Arras, ASL 2; Sante Bajardi, CIPES Piemonte; Fabio Beatrice, Centro Antifumo Ospedale San Giovanni Bosco di Torino; Annamaria Bellisi, Centro Italiano Antifumo; Cristiana Belluomini, LILT sez. di Cuneo; Piergiacomo Betta, LILT sez. di Alessandria; Bruno Bichisao, Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli; Daniela Boaro, Azienda Ospedaliera S. Luigi di Orbassano; Sandra Borra, ASL 17; Maria Grazia Botti, LILT sez. del Verbano-Cusio-Ossola; Silvana Briatore, ASL 16; Lorenzo Brusa, ASL 13; Mauro Brusa, ASL 21; Antonio Buonocore, Associazione “Perché no?”; Silvia Bussoli, ASL 14; Daniela Calcagno, ASL 4; Liborio Martino Cammarata, ASL 13; Mario Carzana, Regione Piemonte; Giovanni Castello, LILT sez. di Vercelli; Antonio Catania, CSA di Vercelli; Adalberto Codetta, CSA Vercelli; Elena Coffano, DorS; Alda Cosola, ASL 10; Mauro Croce, ASL 14; Aniello D’Alessandro, ASL 11; Alessandra D’Alfonso, ASL 4; Filiberto Dalmasso, Ospedale Mauriziano “Umberto I”; Emma Della Torre, ASL 7; Maria Grazia De Rosa, ASL 17; Mauro Doglio, Istituto Change di Counselling Sistemico; Sara Donini, Gruppo Abele; Fabrizio Faggiano, Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze; Gian Carlo Faragli, ASL 22; Antonella Fornaro, LILT sez. di Biella; Carla Francone, ASL 9; Filippo Furioso, CSA Torino; Renato Galetto, Associazione AMA; Carla Geuna, ASL 18; Sergio Giraud, LILT sez. di Cuneo; Guido Giustetto, Ordine dei Medici di Torino; Gabriele Gnavi, Centro Antifumo San Giuseppe di Orbassano; Maurizio Gottin, ASL 7; Mariasusetta Grosso, ASL 3;

Mariuccia Malesani Valente, AGE; Roberto Maraschi, Antismoking Center di Torino; Antonio Martinotti, ASL 12; Davide Mattiello, Associazione ACMOS; Alessandra Mattiola, Istituto Change di Counselling Sistemico; Tiziana Miroglio, ASL 19; Silvia Mismetti, ASL 5; Enrico Modina, FIMMG Biella; Laura Mortara, Antismoking Center di Alessandria; Germana Muscolo, CSA Cuneo; Cristina Mussetto, Fondo Edo Tempia; Aldo Nagar, Centro di Ipnosi Medica; Sabina Natali, Associazione ZED; Lucia Occhionero, ASL 19; Emanuele Passanante, SITAB Piemonte e Valle d’Aosta; Paolo Pellegrino, ASO S. Croce e Carle di Cuneo; Ezio Piccolini, ASO S. Spirito di Casale Monferrato; Daniele Pini, ASL 5; Biagio Polla, AO “SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo” di Alessandria; Maria Ponzio, Nicotinastop di Torino; Federica Pritoni, LILT sez. di Novara; Silvana Quadrino, Istituto Change di Counselling Sistemico; Franco Rosso, Centro Volonty Antifumo di Alba; Elvira Sacchetto, Associazione ALCASE; Mauro Saletti, Antismoking Center di Torino; Maurizio Salvatico, Ospedali Riuniti Mondovì-Ceva; Ivana Sarotto, LILT sez. di Alba; Salvio Sigismondi, FIMMG Cuneo; Fernando Sorisio, LILT sez. di Asti; Maria Luigia Spaccapietra, ASL 6; Franca Susani, ASL 20; Lucia Scalmati, La Fabbrica; Antonio Scarmozzino, ASO San Giovanni Battista di Torino; Marco Seminario, ASO CTO-CRF-Maria Adelaide di Torino; Elisa Spada, Centro Medico di Veruno; Elisabeth Tamang, Regione Veneto; Giulio Titta, FIMMG Piemonte; Maria Grazia Tomaciello, ASL 15; Davide Vannoni, Politenico di Torino; Barbara Vinassa, ASL 5; sig. Viccardi, Movimento Consumatori Cuneo; Laura Vitale, Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze.

Si ringraziano i Docenti Referenti per la Salute di tutte le scuole che hanno collaborato all'indagine, di seguito riportate in ordine alfabetico:

Circolo Didattico "A. Frank" di Torino; Istituto Comprensivo di Arborio (VC); Scuola Media Statale "A. Avogadro" di Vercelli; Istituto d'Istruzione Superiore "J. Beccari" di Torino; Istituto d'Istruzione Superiore "G. Bodoni" di Torino; Istituto Comprensivo di Borgo San Giuseppe (CN) Istituto Professionale di Stato per i Servizi Commerciali e Turistici "P. Boselli" di Torino; Istituto Superiore "P. Calamandrei" di Crescentino (VC); Istituto Superiore Liceo Classico "D'Adda" di Varallo Sesia (VC); Istituto Comprensivo "Don E. Ferraris" di Cigliano (VC); Istituto Comprensivo "G. Ferrari" di Vercelli; Liceo Scientifico "G. Ferrari" di Borgosesia (VC);

Istituto d'Istruzione Superiore "S. Grandis" di Cuneo; Istituto Comprensivo "B. Lanino" di Vercelli; Istituto Professionale di Stato per l'Industria e l'Artigianato "F. Lombardi" di Vercelli; Istituto Superiore "G. Magni" di Borgosesia (VC); Istituto Comprensivo "Martiri della Libertà" di Quarona (VC); Scuola Elementare "Martiri della Libertà" di Serravalle Sesia (VC); Istituto Tecnico Industriale "E. Majorana" di Torino; Liceo Linguistico Europeo "C. Mazzantini" di Torino; Scuola Media Statale "C. Olivetti" di Torino; Istituto Salesiano Valsalice di Torino; Scuola Elementare "S. Giovanna Antida" di Vercelli; Istituto Comprensivo "S. Ignazio da Santhià" di Santhià (VC); Liceo Scientifico "G. Segrè" di Torino; Istituto Comprensivo "C. Serra" di Crescentino (VC); Scuola Media Statale "Silvio Pellico" di Torino.

## QUADERNI CPO-PIEMONTE \*

- N° 1 MERLETTI F, MIGLIARETTI G, CADUM E, CISLAGHI C, DAL CASON M. Atlante della mortalità tumorale nelle province di Novara e Verbano-Cusio-Ossola 1980-1991. Novara 1999.
- N° 2 CICCONE G, MIGLIARETTI G, ROSATO R, MASSA A, EMANUELLI S, MERLETTI F. La mobilità sanitaria per ricoveri oncologici nella Regione Piemonte con approfondimenti sul Polo di Novara (anno 1997). Novara 1999.
- N° 3 SACERDOTE C, FIORINI L, DALMASSO M, VINEIS P. Alimentazione e rischi di cancro: indagine su un campione di 10054 volontari residenti nell'area torinese. Torino, luglio 2000.
- N° 4 MAGNANI C, PASTORE G, MOSSO ML, DALMASSO P, VISCOMI S, MADON E, ZANETTI R, MERLETTI F, TERRACINI B. Frequenza e prognosi dei tumori infantili in Piemonte. Il Registro dei Tumori Infantili in Piemonte 1967-94. Torino, gennaio 2001.
- N° 5 CICCONE G, ROSATO R, MIGLIARETTI G, MERLETTI F. La mobilità sanitaria per ricoveri oncologici nella Regione Piemonte. (anno 1998). Torino, giugno 2001.
- N° 6 CICCONE G, PISCOPO M, ROSATO R, MERLETTI F. La mobilità sanitaria per ricoveri oncologici nella Regione Piemonte. (anno 1999). Torino, dicembre 2001.
- N° 7 ROSATO R, BALDI I, DI CUONZO D, PAGANO E, MERLETTI F, CICCONE G. La mobilità sanitaria per ricoveri oncologici nella Regione Piemonte. (anno 1997 - 2001). Torino, giugno 2003.

## PUBBLICAZIONI CPO-PIEMONTE \*

TUMORI DEL COLON-RETTO - linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte.  
Settembre 2001

TUMORE DELLA MAMMELLA - linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte.  
Luglio 2002

RELAZIONE SANITARIA SULL'ONCOLOGIA IN PIEMONTE: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI.  
Relazione 2003

CARCINOMA DEL POLMONE - linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte.  
Febbraio 2004

SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI NELL'ADULTO - linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte.  
Ottobre 2004

\* LE PUBBLICAZIONI CPO-PIEMONTE sono presenti nel sito: [www.cpo.it](http://www.cpo.it)

Note

Lined writing area consisting of 25 horizontal lines.