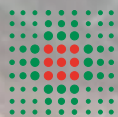




**ccm**

 **Regione Emilia-Romagna**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



**LEGA CONTRO I TUMORI - ONLUS**  
Sezione Provinciale di R.E. della L.I.L.T.



**PIANO NAZIONALE DI FORMAZIONE SUL TABAGISMO  
RIVOLTO A PIANIFICATORI REGIONALI, OPERATORI PUBBLICI  
E DEL PRIVATO SOCIALE**

# **Strumenti teorici, metodologici e operativi per Pianificatori Regionali**

**Guida didattica**





# Reggio Emilia, settembre 2006

**Coordinamento didattico Piano Nazionale di Formazione sul Tabagismo:**

*S. Bosi*

*M. Laezza*

## **Formatori nazionali**

- *S. Bosi*
- *C. Chiamulera*
- *D. Galeone*
- *F. Faggiano*
- *F. Falcone*
- *G. Forza*
- *L. Giordano*
- *G.L. Giovanardi*
- *A. Giusti*
- *M. Grossi*
- *G. Invernizzi*
- *M. Laezza*
- *G. Mangiaracina*
- *D. Marcolina*
- *E. Massa*
- *F. Michieletto*
- *C. Monti, ,*
- *A. Perra*
- *C. Poropat*
- *F. Roscelli*
- *E. Sabato*
- *L. Sbrogiò*
- *E. Tamang*
- *B. Tinghino*
- *R. Tominz*
- *A. Villani*
- *P. Zuccaro*
- *S. Vasselli*

**Direzione organizzativa:**

*Annamaria Ferrari*

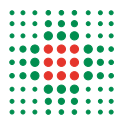
**Segreteria redazionale:**

*Stefania Pelagatti*

Copyright **Lega contro i Tumori di Reggio Emilia Onlus** Tutti i diritti sono riservati.

Impaginazione e stampa:  
Tipolitografia L'OLMO Coop. Soc. Coop.  
Montecchio Emilia (RE)

Settembre 2006



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



LEGA CONTRO I TUMORI - ONLUS  
Sezione Provinciale di R.E. della L.I.L.T.



PIANO NAZIONALE DI FORMAZIONE SUL TABAGISMO  
RIVOLTO A PIANIFICATORI REGIONALI, OPERATORI PUBBLICI  
E DEL PRIVATO SOCIALE

# Strumenti teorici, metodologici e operativi per Pianificatori Regionali

**Guida didattica**

a cura di  
**Sandra Bosi**



# INDICE

•	Presentazione della guida didattica.....	pag.	7
•	Il programma del corso di formazione.....	„	11
•	Contributi scientifici del gruppo di formatori.....	„	15
•	<i>Prima sessione</i>		
	<b><i>Aspetti normativi generali e ruolo dei Pianificatori Regionali, (dal profilo ideale alle strategie di Project Management e di metodologia della valutazione):</i></b> .....	„	17
	- La normativa che regola il divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro, Daniela Galeone.....	„	18
	- Ruolo e compiti dei Pianificatori Regionali in tema di prevenzione controllo e cura del tabagismo, Maurizio Laezza .....	„	22
	- Percorso sul Project Management per i responsabili regionali progetto Tabagismo, Alberto Perra.....	„	30
	- Introduzione alla metodologia della valutazione. Il framework per la valutazione dei programmi in sanità pubblica, Stefania Vasselli.....	„	37
	- La valutazione di impatto degli interventi di Sanità Pubblica, Fabrizio Faggiano, Elena Gelormino.....	„	45
•	<i>Seconda Sessione</i>		
	<b><i>Modalità efficaci di organizzazione dei Centri Antifumo: le linee guida internazionali e le esperienze italiane:</i></b> .....	„	73
	- Stima delle conseguenze del fumo di tabacco a livello regionale, Riccardo Tominz.....	„	72
	- Modalità efficaci per la cessazione. Le linee guida internazionali e le esperienze italiane, Biagio Tinghino .....	„	78
	- Modello di gruppo aperto per la cessazione utilizzato dai Centri antifumo dell'Emilia-Romagna, Maurizio Laezza .....	„	87
	- Epistemologia e storia nella terapia del Tabagismo, Giacomo Mangiaracina.....	„	93
•	<i>Terza sessione</i>		
	<b><i>Il Fumo di sigaretta: trattamenti farmacologici:</i></b> .....	„	105
	- Aspetti farmacologici del trattamento del paziente tabagista, Cristiano Chiamulera.....	„	107
	- Aspetti farmacologici del trattamento del fumatore, Eugenio Sabato.....	„	110
	- Aspetti controversi delle terapie farmacologiche del tabagismo, Claudio Poropat.....	„	114
•	<i>Quarta sessione</i>		
	<b><i>Fumo di sigaretta: patologie correlate:</i></b> .....	„	123
	- Fumo e patologie correlate: Eugenio Sabato .....	„	125
	- Effetti sulla salute del fumo passivo, Franco Roscelli, Chiara Tanzi .....	„	128
	- Aspetti neurobiologici della dipendenza da Nicotina, Sandra Bosi .....	„	134
	- Il fumo di nicotina come dipendenza, Giovanni Forza.....	„	139

•	<i>Quinta sessione</i>	
	<b><i>Ruolo e modalità di intervento del medico di medicina generale e degli altri operatori sanitari nei processi di Prevenzione e cura del Tabagismo:</i></b> .....	143
	- Ruolo e modalità di intervento del medico di medicina generale e degli altri operatori sanitari nei processi di Prevenzione e cura del Tabagismo, Giovanni Invernizzi.....	144
	- Altre professionalità coinvolte nei programmi di primo livello di disassuefazione al fumo (counselling breve antitabagico del personale infermieristico ed ostetrico, attività degli agenti accertatori...)", Sbrogiò L., Michieletto F., Tamang E., Villanova M. T.° .....	152
	- La rete degli operatori come strumento fondamentale per affrontare il tema del tabagismo: alcuni esempi, Sandra Bosi.....	158
	- La valutazione dell'intervento del MMG, Enrico Massa .....	165
•	<i>Sesta sessione</i>	
	<b><i>Interventi di Prevenzione e cura del Tabagismo rivolti ai giovani:</i></b> .....	167
	- Programma di prevenzione dell'abitudine al fumo di sigaretta nella scuola secondaria di primo grado: metodologie e criteri di validazione, Claudia Monti, Tamang E., Pettenò Annarosa.....	169
	- Linee operative per la prevenzione dell'abitudine al fumo nei diversi tipi di scuola, Sandra Bosi.....	177
	- Strategie efficaci per la costruzione della rete-scuola, EELL, ASL, volontariato ovvero Reti Educanti nel macro e nel micro sistema, Angela Villani .....	181
•	<i>Settima sessione</i>	
	<b><i>Interventi di prevenzione, controllo e cura del Tabagismo nei luoghi di lavoro:</i></b> .....	189
	- La pianificazione regionale della partecipazione ai progetti europei, Elizabeth Tamang, Annarosa Pettenò, Luca Sbrogiò.....	191
	- Monitoraggio sull'osservanza della normativa sul divieto di fumare negli ambienti di lavoro, Daniela Marcolina .....	200
	- La politica aziendale per il controllo del fumo di sigaretta, Daniela Marcolina .....	202
	- Fumo e luoghi di lavoro, Franco Roscelli .....	207
	- Definizione di uno standard di prodotto per l'intervento "Azienda sanitaria libera da fumo", Franco Falcone.....	215
	- Un'esperienza di Prevenzione e Cura del tabagismo rivolta ad una comunità, a cura del Gruppo di Progetto di Scandiano .....	230
•	Strumenti teorici, metodologici e operativi: conclusioni, Sandra Bosi .....	237
•	I Formatori Nazionali.....	239



## *Presentazione della Guida didattica*

Un Piano Nazionale di Formazione sul Tabagismo rivolto a Pianificatori Regionali (in molte realtà non ancora operativi nella pratica della programmazione regionale) è di per sé una novità e una sfida.

La realizzazione del Piano richiede, pertanto, una riflessione critica e motivata sui criteri di scelta del materiale didattico destinato alle attività di formazione, sui ruoli che i professionisti debbono esercitare, sulle attese che la proposta di unire innovazione, ricerca, capacità direttiva e di indirizzo, coordinamento, uniformità di strategie e metodologia fra le Regioni, inevitabilmente innesca.

La realizzazione del Piano di formazione non si può immaginare se non sostenuta da autorevolezza, molteplicità di adesioni e finalità, precisione, partecipazione, rinnovamento.

Per questi motivi ha rappresentato un elemento di curiosità, esitazioni, entusiasmi e razionali ponderazioni, prima di tutto per chi è stato chiamato ad occuparsi della ideazione della prima fase.

La fase della formazione è la fase in cui ogni Regione individua il proprio gruppo di managers della Prevenzione e cura del Tabagismo e li include in un Gruppo di formazione e aggiornamento di base.

Il gruppo dei Pianificatori, che ciascuna Regione invia al Corso di formazione, dovrà acquisire strumenti, metodologie e contenuti per predisporre e/o contribuire alla stesura di un buon Progetto di prevenzione, cura e controllo del Tabagismo nel proprio territorio.

In questa Guida si ritrovano, ripetute fino allo sfinimento, le parole **pluridisciplinarietà, metodo, collaborazione**.

In modo coerente a questo spirito, il gruppo di formatori volutamente individuati anche sulla base della eterogeneità dell'esperienza professionale, del contesto ambientale e dell'approccio culturale al tema, si è a lungo confrontato e a lungo ha discusso, per individuare obiettivi, metodologia, criteri di monitoraggio efficaci e condivisi.

Il primo confronto tra i formatori, che hanno contribuito con le loro diverse esperienze e appartenenze alla realizzazione di un inedito e, si spera, utile itinerario culturale, è iniziato proprio dall'analisi delle espressioni: **“Piano Nazionale di Formazione”** e **“Pianificatori Regionali”**.

La prima pone l'accento sulla necessità di rinvigorire di metodologia condivisa e accreditata l'estrema ricchezza di risorse, iniziative, progetti, corsi, programmi, recensioni, valutazioni che ormai da diversi anni caratterizzano la cultura scientifica sul tabagismo.

Riflettendo sulle modalità con cui costruire questo Piano di Formazione e sulla preparazione del materiale didattico il gruppo dei formatori ha cercato di rispettare tre vincoli:

1. Usare linguaggio, metodo, schemi di riferimento analizzati, discussi e condivisi;
2. Offrire un quadro il più possibile coinciso, aggiornato ed esaustivo delle diverse problematiche connesse al tabagismo da un lato e che il tabagismo stesso, come tema sanitario, sociale e educativo propone;
3. Privilegiare una logica di riflessione e progettazione partecipata nel senso più ampio e profondo del termine.

Non esistono da una parte gli “esperti” e dall'altra i “formati”: con questo Piano Nazionale si intende promuovere un sistema di collaborazioni e riferimenti, affinché ogni Regione, Istituzione, Associazione possa avere l'opportunità di diffondere, discutere e far conoscere le proprie esperienze e i punti di eccellenza rispetto al tema.

Per questo motivo anche il materiale didattico è suddiviso in tre parti:

1. **La Guida “Strumenti teorici, metodologici e operativi per Pianificatori Regionali”** costituisce la base per il lavoro dei Pianificatori Regionali, raccogliendo i contributi necessari ad affrontare il tabagismo in modo culturalmente appropriato e praticamente efficace. Ogni capitolo individua un problema che il tabagismo pone. Ogni articolo è introdotto con poche righe di commento che inquadrano l'argomento e ne chiariscono le finalità nel contesto teorico generale del volume.

2. **Il CD “Materiali di approfondimento per il Pianificatore Regionale”**: è composto dalle relazioni del corso di formazione, dalle proposte di approfondimento suggerite dai formatori, e da Appendici con riferimenti legislativi ed esempi di progetti ed esperienze regionali.
3. **Il Sito Internet ([www.legatumorireggio.it](http://www.legatumorireggio.it))** dedica un link ai Pianificatori Regionali per condividere Progetti, criticità, innovazioni, stato di avanzamento del Piano Nazionale di Formazione. Il Sito è anche lo strumento con cui sarà possibile condividere e seguire le azioni dei Pianificatori Regionali dopo il corso di formazione, fornendo consulenza e supporto tecnico per l’attuazione dei progetti e ricevendo feedback sulle esperienze avviate.

La Guida, il CD e il Sito sono stati pensati proprio nella logica di favorire:

- Discussione
- Partecipazione
- Apertura
- Flessibilità
- Cambiamento
- Rinnovamento

L’espressione **Pianificatori Regionali**, rende del resto questa scelta necessaria e vincolante.

La “provocazione” introdotta con la descrizione di un profilo “ideale” del pianificatore (v. contributo di M. Laezza) non dovrebbe indurre scoraggiamento per le tante funzioni e responsabilità di cui queste figure professionali dovrebbero farsi carico, ma contribuire a rafforzare la consapevolezza di cosa sarebbe auspicabile si realizzasse per lavorare al meglio su una problematica vasta e complessa qual è il tabagismo. Complessità che, per i pianificatori regionali, si esprime:

- a) Nel pensare in termini di approccio globale ad un fenomeno che presenta aspetti multisettoriali (sanitari, sociali, educativi, mediatici, legali...);
- b) Nell’agire locale: trasferendo e adattando i modelli di analisi e d’intervento proposti dal Piano Nazionale di Formazione ai propri specifici contesti territoriali;
- c) Nel riconoscere, rendere visibile ai decisori e far recepire dagli indirizzi delle politiche regionali il tema della lotta al tabagismo, come obiettivo strategico di promozione e tutela della salute.

Esistono, senza dubbio, casi in cui i Pianificatori Regionali sono già un gruppo di professionisti in grado di progettare, coordinare, monitorare e valutare interventi integrati sul tabagismo che riguardano la popolazione nel suo complesso, i medici generali e gli operatori delle cure primarie, i Centri Antifumo, l’Istituzione Scolastica, i luoghi di lavoro, gli interventi di vigilanza sull’applicazione del divieto di fumo e i programmi sperimentali di comunità.

In altre situazioni i pianificatori regionali non hanno ancora un’identità specifica e dovranno costruire un percorso finalizzato a garantire in primo luogo la visibilità dell’esistente (sia in termine di problematiche che di buone pratiche già in atto), che sappia favorire la ricognizione dei bisogni attraverso una fotografia del territorio nel proprio ambito di competenza, facilitare il consolidamento delle sinergie locali qualitativamente significative.

Ogni gruppo regionale (formale o informale) potrebbe idealmente muoversi secondo questo schema:

- Definire l’identità e le caratteristiche precise del gruppo ( es: modalità di composizione, definizione dei compiti e precisazione dei ruoli)
- Fotografare l’esistente (in termini di ideazione, pianificazione, realizzazione) sul tabagismo (a scuola, nei luoghi di lavoro, nel terzo settore, nei servizi sanitari, etc.)
- Stabilire quale è il settore “di eccellenza” o il settore “più ricettivo” o il settore con più bisogni (stabilire comunque con precisione il settore da cui partire).

- Stendere un cronogramma delle priorità di breve, medio e lungo periodo, partendo da obiettivi di minima per sviluppare gradualmente una programmazione intersettoriale più articolata.
- Dotarsi di un sistema validato di monitoraggio e valutazione.

Prima di concludere desidero esprimere con emozione e profonda cognizione di causa, un vivo e pieno ringraziamento a tutti coloro che, con me, hanno passato l'estate ad immaginare e contribuire al passaggio di questo Piano Nazionale di Formazione dall'ideazione alla concretezza.

Grazie a tutti.

**Sandra Bosi**  
*Curatrice della guida didattica*



## *Il Programma del corso di formazione*

Abbiamo ritenuto utile inserire nella parte iniziale della guida “Strumenti teorici, metodologici e operativi per il Pianificatore Regionale”, il programma del Corso di formazione, propedeutico alle attività di elaborazione e articolazione dei progetti regionali.

Il corso, suddiviso in 5 giornate, è costituito da una parte dedicata a lezioni magistrali di approfondimento teorico necessario alla riflessione sui diversi aspetti del tabagismo e da una parte dedicata ad un percorso pratico sul Project Management per i Pianificatori Regionali: le tappe di questo percorso, suggerito da Alberto Perra, sono 4: ideazione, pianificazione, realizzazione, valutazione.

Auspichiamo che la modalità sia funzionale sia ad acquisire una sintesi aggiornata di quanto è utile conoscere sul Tabagismo, sia a mettere i partecipanti nelle condizioni di sperimentare e approfondire i presupposti teorici di una attività come quella del pianificatore.

L'utilità di una condivisione del percorso formativo da parte di tutto il gruppo è fondamentale per stabilire e rinforzare relazioni necessarie a lavorare insieme, acquisire una metodologia comune e condividere un'analisi preliminare delle caratteristiche del proprio territorio di appartenenza.

I contributi teorici sono stati messi in relazione ad una suddivisione ideale dei ruoli tecnici regionali:

- il primo modulo, dedicato alla figura cardine del gruppo, il Coordinatore Regionale del Progetto Tabagismo, approfondisce gli aspetti epidemiologici, i costi sociali e, soprattutto, le metodologie e strategie efficaci per affrontare il problema, pianificare gli interventi, monitorarli e valutarli:

### ***Lezioni magistrali del primo modulo:***

1. Ruolo e compiti del coordinatore regionale: *M. Laezza*
2. Epidemiologia del tabagismo: *P. Zuccaro*
3. Tabagismo come fattore di rischio: costi sociali e sanitari (attribuibili su base regionale/locale): *C. Poropat, R. Tominz*
4. Strategie efficaci nella lotta al tabagismo: *D. Galeone, M. Laezza*
5. Introduzione alla metodologia della pianificazione: *A. Perra*
6. Introduzione alla metodologia della valutazione: *S. Vasselli*
7. Indicatori utili alla valutazione degli interventi di prevenzione, cura e controllo del tabagismo: *F. Faggiano*

- Il secondo modulo è dedicato all'approfondimento degli aspetti necessari all'organizzazione di servizi efficaci per la cessazione al fumo, riservando una parte degli interventi magistrali all'esplorazione e analisi delle tecniche per smettere di fumare.  
Nei saperi ritenuti essenziali per il referente regionale sono stati inserite anche le patologie legate al fumo di sigaretta:

### ***Lezioni magistrali del secondo modulo:***

1. Il ruolo e compiti del referente regionale del sottoprogetto “Servizi per la cessazione del fumo”: *M. Laezza*
2. Modalità efficaci per la cessazione (linee guida internazionali): *B. Tinghino*
3. Caratteristiche dei programmi di cessazione individuali e di gruppo: *M. Laezza*
4. Requisiti (strutturali, organizzativi e terapeutici) dei Servizi per la cessazione e valutazione degli interventi: i programmi individuali *E. Sabato*
5. Requisiti (strutturali, organizzativi e terapeutici) dei Servizi per la cessazione e valutazione degli interventi: la terapia di gruppo: *B. Tinghino*

6. Aspetti farmacologici del trattamento del paziente tabagista: *E. Sabato*
7. I metodi per smettere di fumare: epistemologia e storia della terapia del tabagismo: *G. Mangiaracina*

□ Il terzo modulo è dedicato alla programmazione e definizione degli interventi per il Medico di Medicina Generale e per gli altri operatori sanitari: il Medico di Medicina Generale è la figura fondamentale intorno alla quale costruire la rete degli interventi territoriali.

In questa sezione si affrontano sia gli aspetti teorici relativi al problema delle implicazioni neurobiologiche e cliniche della dipendenza; sia la ricognizione delle buone pratiche dell'intervento individuale, sia i requisiti di una struttura organizzativa di rete efficace che preveda l'inserimento di altre figure professionali il cui coinvolgimento è necessario per affrontare in modo adeguato e innovativo il problema:

#### **Lezioni magistrali del terzo modulo:**

1. Il ruolo e compiti del referente regionale del sottoprogetto "Ruolo del medico di Medicina generale e degli altri operatori sanitari nella prevenzione e cura del Tabagismo": *S. Bosi*
2. Modalità efficaci e linee guida per l'intervento del medico di medicina generale (minimal advice): *G. Invernizzi*
3. Il tabagismo come dipendenza: *G. Forza*
4. Il sistema di rete per il supporto, l'assistenza e la cura del tabagismo: i servizi inianti, ruolo di MMG, Farmacisti, Infermieri, Ostetriche (punti di forza e criticità): *S. Bosi*
5. Altre professionalità coinvolte nei programmi di primo livello di disassuefazione al fumo (ostetriche, pediatri, agenti accertatori...): *L. Sbrogiò*
6. La valutazione dell'intervento del MMG: *E. Massa*
7. Il Medico di Medicina generale e il problema del fumo passivo: *G. Invernizzi*

Poiché una delle caratteristiche fondamentali del ruolo del referente regionale di questo ambito è la capacità di creare alleanze, motivare e gestire eventuali conflitti nella collaborazione fra operatori di provenienza e formazione eterogenea, è stata inserita anche una esperienza interattiva che simuli esempi di dinamiche che si possono incontrare nell'ambito della professione: **La mediazione dei conflitti e la capacità di motivare colleghi e partners istituzionali.**

□ Il quarto modulo è riservato agli aspetti teorici relativi alla programmazione e al coordinamento di interventi di Prevenzione e cura del Tabagismo a scuola e nel Tempo libero.

Si approfondiscono sia gli aspetti metodologici relativi ad un approccio adeguato alle diverse tipologie scolastiche (primarie, secondarie di primo e secondo grado), sia le opportunità di inserire nel programma regionale interventi innovativi come la partecipazione a progetti europei, forme di collaborazione con strutture didattiche interattive che affrontano il Tabagismo con una prospettiva non tradizionale, esperienze dedicate al mondo dello sport o della aggregazione giovanile.

Sono presentate in questa fase anche modalità per costruire protocolli d'intesa con le Università e le altre Agenzie educative del territorio:

#### **Lezioni magistrali del quarto modulo:**

1. Ruolo e compiti del pianificatore regionale sugli interventi di Prevenzione del tabagismo rivolti ai giovani: *M. Laezza e E. Tamang*
2. Epidemiologia del tabagismo nei giovani: *C. Monti*
3. Metodologia di pianificazione degli interventi nelle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di primo e secondo grado: *S. Bosi*
4. Metodologia di pianificazione degli interventi rivolti ai giovani nel tempo libero: *S. Bosi*

5. Strategie efficaci per la costruzione di una rete (scuola, amministrazioni locali, aziende sanitarie, volontariato.): *A. Villani*
6. La pianificazione regionale della partecipazione ai progetti europei *E. Tamang*
7. La valutazione degli interventi di prevenzione: *E. Tamang e C. Monti*

□ Il quinto modulo è dedicato al pianificatore regionale degli interventi nei luoghi di lavoro curando in particolar modo gli aspetti relativi alla conoscenza della normativa vigente, alla revisione critica delle pratiche esistenti e all'approfondimento di un luogo di lavoro particolare quale è l'Azienda ospedaliera.

Al termine del modulo è stato inserito un esempio di intervento di eccellenza a cui ogni progetto dovrebbe tendere: il progetto di comunità, infatti, consente di fare interagire più azioni nello stesso territorio per valorizzare le sinergie, amplificare gli effetti positivi per l'educazione e la motivazione e ridurre i costi sociali e sanitari della programmazione di iniziative isolate dal contesto.

#### ***Lezioni magistrali del quinto modulo:***

1. Il ruolo e i compiti del referente per il sottoprogetto regionale "Luoghi pubblici e di lavoro liberi dal fumo": *M. Laezza*
2. La normativa che regola il divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro: *D. Galeone*
3. La programmazione e la valutazione degli interventi nei luoghi di lavoro (attori coinvolti, azioni, strumenti, tempi, risorse impegnate): *F. Michieletto, D. Marcolina e F. Roscelli*
4. Definizione di uno standard di prodotto per l'intervento "Azienda sanitaria libera da fumo": *F. Falcone*
5. Interventi sperimentali di counselling di comunità (punti di forza e criticità) : *M. Grossi*

Rispetto al Ruolo del pianificatore regionale e alle priorità nelle sue azioni è fondamentale la lettura del contributo di Maurizio Laezza.

Per quanto riguarda gli indirizzi seguiti per descrivere in modo sintetico ed efficace il percorso di lavoro dei P: R: si possono ricavare le seguenti indicazioni :

1. costituzione di un gruppo regionale allargato a gruppi di lavoro provinciali per ambiti di competenza.
2. costituzione di un sistema di alleanze verticali e orizzontali per condividere sin dalle fasi iniziali il processo di ideazione, pianificazione, monitoraggio e valutazione.
3. prevedere un preciso cronogramma del progetto a partire dall'analisi dei bisogni, delle risorse e delle potenzialità del territorio.
4. avviare un processo di coinvolgimento delle istituzioni del territorio (Enti locali, Scuola, Associazioni di volontariato e altri partners ritenuti utili ad almeno una delle fasi del Progetto.)
5. assicurare ai referenti aziendali percorsi formativi agili e operativi, fornendo documentazione e strumenti d'intervento già predisposti.
6. mantenere qualche scambio duraturo con alcune regioni per scambiare e condividere esperienze
7. imparare ad utilizzare verso i colleghi e i partners politici un atteggiamento motivazionale che faccia leva su griglie di osservazione costi/benefici; analisi dei costi sanitari del problema fumo; vantaggi della programmazione pluridisciplinare.
8. evitare il macro progetto di eccellenza che non prevede continuità né canali di comunicazione con tutti gli aspetti che riguardano il Tabagismo
9. favorire interventi semplici, ordinari e di approccio plurisettoriale che si confrontino con gli aspetti epidemiologici, sociali, sanitari, normativi e valutativi del problema.

*i Formatori Centrali*





## *Contributi scientifici del Gruppo dei Formatori:*

In questa parte sono raccolti i contributi scientifici degli autori .

Per renderne più agevole la lettura il volume è stato suddiviso in sette sessioni ( le sessioni del testo non corrispondono alla suddivisione adottata nel Corso di formazione perché la struttura è stata scelta prendendo come riferimento, a differenza dell'articolazione delle giornate didattiche, il tema del tabagismo analizzato rispetto alle problematiche ad esso correlate.

Le relazioni presentate dai Docenti durante la Formazione sono raccolte nel Cd ; ogni contributo scientifico contenuto nella Guida, è anticipato da un commento introduttivo della curatrice, che ne evidenzia le peculiarità e le connessioni con il contesto.

### **La struttura delle sessioni:**

**Prima sessione: Aspetti normativi generali e ruolo dei Pianificatori Regionali (dal profilo ideale alle strategie di Project Management e di metodologia della valutazione):** è una sessione fondamentale per acquisire le competenze di base sia sul quadro normativo in cui inserire ogni intervento; sia per approfondire il significato del P.R. in un contesto di rete, sia per apprendere le nozioni di base di un processo di Project Management e di un approccio adeguato alla valutazione.

**Seconda sessione: Modalità efficaci di organizzazione dei Centri Antifumo: le linee guida internazionali e le esperienze italiane:** è una sessione dedicata all'approfondimento dei punti di forza e delle criticità legati alla gestione dei servizi sanitari per la cessazione al fumo e alle metodologie in uso per assistere i fumatori in fase di disassuefazione.

**Terza sessione: Il fumo di sigaretta: trattamenti farmacologici:** è una sessione dedicata all'approfondimento terapeutico e alla valutazione dell'efficacia dei diversi approcci farmacologici;

**Quarta sessione: Il fumo di sigaretta: patologie correlate:** è una sessione dedicata alle implicazioni sanitarie legate al fumo e alla considerazione del fumo come dipendenza. Un paragrafo specifico riguarda il fumo passivo e le sue correlazioni con la norma , l'educazione e la clinica.

**Quinta sessione: Ruolo e modalità di intervento del medico di medicina generale e degli altri operatori sanitari nei processi di Prevenzione e cura del Tabagismo:** in questa sessione sono prese in considerazione sia le linee guida degli interventi, sia le modalità più efficaci per valorizzare il lavoro in rete dei servizi territoriali.

**Sesta sessione: Interventi di Prevenzione e cura del Tabagismo rivolti ai giovani:** in questa sessione sono indicati i presupposti metodologici per un corretto approccio nelle diverse età evolutive, ponendo le basi per differenziare programmi scolastici e rivolti al tempo libero, progetti multimediali e, soprattutto, modalità per misurare l'efficacia degli interventi.

**Settima sessione: Interventi di Prevenzione, controllo e cura del Tabagismo nei luoghi di lavoro:** la sessione prende in considerazione le linee guida per la realizzazione di un buon intervento in un luogo di lavoro definendone contenuti e quadro normativo.

Sono stati inseriti anche un modello di intervento adatto ad essere applicato alla struttura ospedaliera e un esempio di intervento di Prevenzione e cura del Tabagismo applicato ad una comunità, situazione in cui è più facile valorizzare e misurare le sinergie fra le diverse azioni sperimentate (dall'educazione, alla regolamentazione, alla prestazione di servizi).



## *Prima sessione*

# Aspetti normativi generali e ruolo dei Pianificatori Regionali (dal profilo ideale alle strategie di Project Management e di metodologia della valutazione)

### Articoli di:

<b>Daniela Galeone,</b>	Ministero della salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Centro per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM)
<b>Maurizio Laezza,</b>	Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Servizio salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute in Carcere
<b>Alberto Perra,</b>	Centro Nazionale di epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità
<b>Stefania Vasselli,</b>	Ministero salute, DG prevenzione sanitari. Ufficio IX
<b>Fabrizio Faggiano,</b>	Professore Associato del Department of Clinical and Experimental Medicine Avogadro University, Novara; Università del Piemonte Orientale.

La lettura e lo studio di questa Sessione è indicata per tutti i Pianificatori Regionali perché definisce con esattezza ed esaustività sia il contesto in cui si è evoluta l'attenzione politica nei confronti del Tabagismo, sia i Ruoli, la metodologia e le problematiche che un Pianificatore regionale deve affrontare.

Nel Cd sui percorsi di approfondimento sono consultabili i seguenti documenti:

<b>da Fabrizio Faggiano:</b>	Introduzione alla metodologia della valutazione (seminario sulla valutazione, Reggio Emilia, 17/5/2006)
<b>da Daniela Galeone:</b>	Strategie efficaci nella lotta al tabagismo;
<b>da Maurizio Laezza:</b>	Il Progetto regionale Tabagismo dell'Emilia Romagna;
<b>da Alberto Perra:</b>	un percorso di P.M
<b>da Stefania Vasselli:</b>	“Introduzione della metodologia della valutazione in Sanità Pubblica;
<b>dal Seminario della Valutazione del 17 maggio 2006 tenutosi a Reggio Emilia come introduzione del Corso dei Pianificatori regionali: <i>Passi: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Risultati principali sul tema Fumo di tabacco:</i></b>	Francesca Righi e Nicoletta Bertozzi , Dipartimento Sanità Pubblica Cesena. Azienda USL di Cesena.

# *La normativa che regolamenta il divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro*

## Commento

Il contributo di Daniela Galeone apre necessariamente la guida perché definisce in modo chiaro la relazione fra Normativa, Educazione, Assistenza.

Il problema del Tabagismo è emblematico per alcuni specifici motivi:

1. il fumo di sigaretta è una sostanza nociva per la salute di cui si sono , provate morbilità e mortalità correlate all'uso. A differenza di altre sostanze analoghe è però ampiamente diffusa e socialmente accettata.
2. esiste una Legge che disciplina un comportamento individuale "legale" perché danneggia gli altri.
3. il fumo di sigaretta è una sostanza che provoca dipendenza liberamente commercializzata (come l'alcol e diversamente dalle altre droghe di cui non è consentita la vendita); è una sostanza di cui non è consentita la pubblicità diretta ( diversamente dall'alcol).
4. fumare è ancora una gesto comune, economico e socialmente ben tollerato, ma un intervento di riduzione dell'abitudine al fumo di sigaretta è reso necessario per le gravi conseguenze che comporta per la salute propria ed altrui.
5. la sigaretta è una "droga" molto particolare: crea dipendenza, ma non determina significativi disturbi della personalità.
6. Questa peculiarità determina la necessità di separare nettamente le **motivazioni** dell'intervento (tutelare la salute dei cittadini) dalle **metodologie** dell'intervento (agire sulle motivazioni a sostegno del cambiamento di un comportamento individuale).
7. affrontare con politiche e tecniche adeguate il problema del Tabagismo implica, pertanto, la necessità di usare l'applicazione della Norma come aspetto motivazionale, di valutare i costi sanitari causati dalle patologie direttamente o indirettamente legate al fumo per incentivare politiche e norme più efficaci; di concepire ogni intervento, sin dalla sua ideazione, integrato negli aspetti normativi, educativi, sociali e sanitari.

L'articolo di Daniela Galeone chiarisce e approfondisce ognuno di questi aspetti, cardine del lavoro del Pianificatore Regionale.

## *Relazione*

**Autore: Daniela Galeone**

*Ministero della salute*

Il fumo di tabacco comporta la liberazione a livello ambientale di un insieme di composti nocivi, tra cui cancerogeni noti e numerosi agenti tossici. La correlazione diretta tra il fumo attivo e diverse patologie neoplastiche, respiratorie e cardiovascolari è ormai nota da tempo, ed è provato dalla letteratura scientifica internazionale il rischio considerevole per la salute dovuto all'esposizione passiva al fumo.

Il fenomeno del tabagismo è caratterizzato da una particolare complessità per gli aspetti economici, psicologici e sociali e soprattutto per la grave compromissione della salute dei fumatori, sia attivi sia passivi. Il contrasto al tabagismo non può essere perseguito, pertanto, solo attraverso un approccio di tipo sanitario, ma deve prevedere, come ormai assodato dalla comunità scientifica, un approccio di tipo multidisciplinare.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il fumo è "la prima causa di morte facilmente evitabile", essendo responsabile ogni anno nel mondo della morte di 4,8 milioni di persone (circa 650.000 nella sola Unione Europea) che, se non saranno adottate misure efficaci, potranno divenire 10 milioni nel 2030.

L'istituzione presso il Ministero della Salute (Legge 26 maggio 2004, n. 138) del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) ha consentito di definire una "Strategia nazionale per la prevenzione dei danni del fumo" che sottolinea la necessità di un approccio globale al problema "fumo" e di cooperazione e coordinamento tra tutte le Istituzioni/Amministrazioni e gli Enti coinvolti.

La strategia prevede lo sviluppo d'azioni a tre livelli: sui "fumatori passivi" a tutela della loro salute, sui

“non fumatori” per evitare l’iniziazione al fumo e sui “fumatori attivi” per favorire la disassuefazione, con l’obiettivo finale di ridurre il carico di morte e malattie fumo-correlate. Ogni livello comporta l’adozione, nazionale e regionale, sia di provvedimenti normativi ed amministrativi (divieto di fumo, controllo delle pubblicità, etichettatura dei prodotti, politiche dei prezzi, controllo del traffico illecito, ecc.) sia l’attivazione d’interventi di promozione della salute, di informazione, di prevenzione (campagne di comunicazione, programmi di prevenzione, promozione della disassuefazione, ecc.).

## Presentazione del tema

In linea con le indicazioni dell’OMS, gli interventi di carattere legislativo rappresentano uno degli strumenti più efficaci nella lotta al tabagismo. In particolare le misure atte a tutelare i non fumatori dal fumo passivo sono importanti strumenti di prevenzione e tutela della salute pubblica, con effetti positivi sia sulla popolazione dei non fumatori che su quella dei fumatori. E’ dimostrato, infatti, che le politiche “smoke-free” ed in particolare l’applicazione dei divieti di fumo riducono il consumo pro capite (sulla popolazione adulta) incrementando la disassuefazione, riducendo il consumo medio tra coloro che continuano a fumare ed anche prevenendo l’iniziazione tra i giovani.

L’esperienza italiana è un esempio particolarmente interessante. L’Italia è sempre stata all’avanguardia in Europa per quanto riguarda la tutela dei non fumatori. La prima norma in tal senso risale, infatti, al 1975. La *Legge 11 novembre 1975 n. 584 “Divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico”* stabiliva il divieto di fumare in alcuni luoghi, specificati all’art. 1, tra i quali le corsie degli ospedali, le aule scolastiche, le sale d’attesa delle stazioni, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, i cinema, le sale da ballo, ecc.

La *Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri “Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici”* del 14 dicembre 1995 ha esteso il divieto di fumo ai locali destinati al ricevimento del pubblico per l’erogazione di servizi pubblici e utilizzati dalla pubblica amministrazione, dalle aziende pubbliche e dai privati esercenti servizi pubblici.

Tali norme, che pure hanno contribuito nel corso degli anni alla progressiva riduzione della prevalenza dei fumatori verificatasi nel nostro paese dagli anni ’80, escludevano il fumo solo da una tipologia definita e limitata di locali e non hanno avuto un impatto notevole sui comportamenti dei fumatori, interferendo solo in minima parte con le loro abitudini.

L’entrata in vigore della nuova legge ha ribaltato completamente l’ottica della normativa precedente. Si è passati dalla puntuale elencazione di luoghi nei quali era vietato fumare (L 584/1975 – DPCM/1995) alla previsione di un divieto generalizzato “*nei locali chiusi*”.

La novità - una vera rivoluzione culturale - dell’articolo 51 “Tutela della salute dei non fumatori” della Legge 16 gennaio 2003, n. 3 è stata l’aver introdotto una visione differente, secondo la quale non fumare è la regola generale in tutti i luoghi chiusi e fumare è l’eccezione, consentita solo nei locali per fumatori e in ambiti strettamente privati (civili abitazioni, stanze degli alberghi).

La legge non prevede un obbligo, ma concede la possibilità di creare locali per fumatori, per i quali con uno specifico provvedimento (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003) sono stati definiti i requisiti strutturali e i parametri di ventilazione. L’Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004, sancito con l’obiettivo di aumentare la consapevolezza sui danni provocati dall’esposizione al fumo passivo e di garantire il rispetto del divieto, ha consentito di condividere le procedure di massima per l’accertamento delle infrazioni e l’applicazione delle sanzioni, in assenza di specifiche norme regionali. Le Regioni sono chiamate a svolgere un ruolo importante nel promuovere il rispetto della legge a livello locale anche attraverso l’attivazione del sistema salute con iniziative di informazione, monitoraggio e controllo, da affiancare agli interventi di prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo.

## Criticità

Dopo un anno e mezzo di applicazione della Legge, modello per altri paesi dell’Europa, il bilancio può essere considerato positivo, anche se occorre continuare ad impegnarsi per mantenere e migliorare i risultati

conseguiti. La legge è, infatti, rispettata in tutto il paese soprattutto negli esercizi commerciali di ristorazione. I dati raccolti da varie fonti indicano anche effetti importanti sui fumatori che hanno ridotto il numero di sigarette fumate o hanno smesso, con conseguente calo delle vendite di sigarette ed un considerevole aumento delle vendite di prodotti per la disassuefazione. Secondo i dati ISTAT per il 2005, i fumatori in Italia sono il 22% (28,3% dei maschi e 16,2% delle femmine) della popolazione di 14 anni e più. Si è dunque osservata una riduzione della prevalenza che, per la prima volta dopo anni, ha riguardato anche le donne. Il Rapporto annuale 2003 dell'ISTAT riportava, infatti, una prevalenza di fumatori del 23,7% (30,9% maschi e 17,1% femmine).

Nonostante questi risultati positivi, è opportuno, tuttavia, evidenziare alcune criticità sia relative alla applicazione della normativa, sia relative agli outcome attesi. Il rispetto della legge appare più problematico nei luoghi di lavoro, in particolare quelli non aperti al pubblico. Dall'indagine condotta dalla DOXA nel 2006 per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, è emerso che mentre l'87,3% degli intervistati (fumatori e non fumatori) ritiene che il divieto sia rispettato nei locali pubblici, solo il 69,1% ritiene che il divieto sia rispettato nei luoghi di lavoro; la maggior parte delle segnalazioni relative al mancato rispetto del divieto pervenute al Ministero della salute, inoltre, riguardano luoghi di lavoro.

Poche Regioni, inoltre, hanno definito le procedure per l'accertamento delle infrazioni e l'applicazione delle sanzioni e, di conseguenza ad attivare a livello locale un efficace sistema di controllo e valutazione.

La sentenza del TAR-Lazio del 1° agosto 2005 n. 6068, infine, ha determinato, di fatto, un indebolimento del sistema di vigilanza. La sentenza, infatti, ha annullato l'obbligo dei responsabili di locali privati aperti al pubblico di richiamare formalmente i trasgressori all'osservanza del divieto di fumare e di segnalare, in caso di inottemperanza al richiamo, il comportamento dei trasgressori ai pubblici ufficiali competenti (punto n. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 e punti nn. 4 e 5 della Circolare del Ministro della salute del 17 dicembre 2004). I soggetti responsabili di locali privati hanno ora solo l'obbligo di esporre i cartelli di divieto di fumo.

A fronte della diminuzione della percentuale dei fumatori, si deve registrare un aumento delle **disuguaglianze sociali** nel consumo di tabacco, soprattutto a causa di una maggiore propensione ad iniziare a fumare delle persone in condizioni socio-economiche meno favorevoli. Fra le donne si osservano anche disuguaglianze nello smettere di fumare; cercano di smettere, infatti, più frequentemente le donne con titolo di studio più elevato.

La legge 3/2003, inoltre, ha mostrato un impatto minimo sulla prevalenza dei giovani fumatori: tra il 2003 e il 2005 la prevalenza dei giovani maschi fumatori (età 18-19 anni) è aumentata dal 26,5% al 27,7%. Tra le ragazze di età tra 20 e 24 anni la prevalenza è passata dal 21,3% al 21,6%.

## Conclusioni

Le politiche "smoke free" si sono dimostrate anche in Italia uno strumento efficace di controllo del tabagismo, in grado di ridurre/eliminare l'esposizione al fumo passivo, ridurre i consumi di tabacco, diminuire la prevalenza, soprattutto incoraggiando i fumatori a smettere. Un approccio scientifico alla valutazione è possibile ed utile anche per migliorare la strategia complessiva, ad esempio per quanto riguarda la prevenzione tra i giovani.

## Breve cenno su altre misure per il controllo del tabagismo

Tra le altre misure volte alla riduzione della domanda di prodotti del tabacco sono da ricordare le norme relative regolamentazione della composizione dei prodotti e all'etichettatura. In particolare, con Decreto Legislativo 24 giugno 2004, n. 184 è stata data attuazione alla Direttiva 2001/37/CE "Ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco". Tale provvedimento mira a favorire la protezione della salute e ad informare correttamente i consumatori sui rischi legati all'uso del tabacco.

Il Decreto stabilisce il tenore massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette (pari, rispettivamente, a 10 mg/sigaretta, 1mg/sigaretta e 10mg/sigaretta) e definisce le nuove norme per l'etichettatura dei prodotti del tabacco, per quanto riguarda sia il testo delle avvertenze generali e supplementari stam-

pate sulle confezioni sia le caratteristiche grafiche (posizione, dimensioni, carattere e corpo del testo). Per una migliore e più corretta informazione dei consumatori, il provvedimento vieta l'uso sulle confezioni di prodotti del tabacco di tutte le diciture, le immagini o gli elementi figurativi ingannevoli, in quanto in grado di dare l'impressione che alcuni prodotti siano meno nocivi di altri. Il Decreto obbliga i fabbricanti e gli importatori di prodotti del tabacco a presentare annualmente alle autorità competenti un elenco completo di tutti gli ingredienti utilizzati nella produzione, corredato dei dati tossicologici.

Con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze (non ancora emanato) devono essere stabiliti i requisiti strutturali, tecnologici e funzionali dei laboratori di analisi autorizzati all'espletamento e alla verifica delle relative analisi, le procedure per il rilascio delle autorizzazioni ai laboratori ed eventuali ulteriori analisi richiedibili ai fabbricanti per determinare il tenore e gli effetti sulla salute di altre sostanze contenute o derivate nei prodotti del tabacco, in particolare relativamente alla capacità di procurare dipendenza.

La regolamentazione della pubblicità è un altro strumento efficace nell'azione di contrasto al fumo. La normativa vigente in materia è costituita dalla *Legge 22 febbraio 1983 n. 52* di conversione in legge del decreto 10 gennaio 1983, n. 4. Tale decreto, all'art. 8, sostituisce l'articolo unico della legge 10 aprile 1962 n. 65 come di seguito riportato: "la propaganda pubblicitaria di qualsiasi prodotto da fumo, nazionale od estero è vietata" (*senza fare distinzioni tra pubblicità diretta ed indiretta*).

Con *D.M. 30 novembre 1991 n. 425*, di attuazione della *Direttiva CEE 89/552* è stata, inoltre, "vietata la pubblicità televisiva delle sigarette e di ogni altro prodotto del tabacco, anche se effettuata in forma indiretta, mediante utilizzazione di nomi, marchi, simboli od altri elementi caratteristici di prodotti del tabacco o di aziende la cui attività principale consiste nella produzione e vendita di tali prodotti...". L'art. 8 del Decreto 9 dicembre 1993, n. 581 (regolamento in materia di sponsorizzazioni di programmi radiotelevisivi e offerte al pubblico) vieta la sponsorizzazione di programmi da parte di "persone fisiche o giuridiche la cui attività principale consista nella fabbricazione o vendita di sigarette o altri prodotti del tabacco...". Con decreto Legislativo n. 300 del 16 dicembre 2004 è stata recepita la *Direttiva 2003/33/CE* "Ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli stati membri in materia di pubblicità e di sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco". Questa Direttiva regola la pubblicità e la sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco aventi carattere transfrontaliero e la distribuzione gratuita dei prodotti del tabacco a scopo promozionale.

## **Divieto di vendita e somministrazione ai minori di 16 anni**

Il Regio Decreto del 24.12.1934, n. 2316 (Testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia) stabilisce tale divieto all'art. 25. Lo stesso articolo vieta ai minori di 16 anni di fumare in luogo pubblico.

## **Repressione del contrabbando dei tabacchi lavorati**

Nel nostro Paese, per contrastare la disponibilità di prodotti a basso costo e non conformi alle normative comunitarie, sono puniti la vendita e l'acquisto di prodotti di contrabbando. Le ditte produttrici, inoltre, sono considerate responsabili della destinazione del prodotto, il quale deve essere identificabile attraverso un sistema di riconoscimento; il tabacco lavorato sequestrato è distrutto per ordine dell'autorità giudiziaria che dispone il prelievo di uno o più campioni.

La normativa di riferimento è rappresentata dalla *Legge 18 gennaio 1994, n. 50* e dalla *Legge 19 marzo 2001, n. 92* "Modifiche alla normativa concernente la repressione del contrabbando dei tabacchi lavorati".

# *Ruolo e compiti dei Pianificatori Regionali in tema di prevenzione controllo e cura del tabagismo*

## Commento

La relazione di Maurizio Laezza è fondamentale sia per spiegare la struttura del Corso di Formazione, sia per cogliere pienamente lo spirito del Piano Nazionale sul Tabagismo necessario alla preparazione professionale dei Pianificatori Regionali.

Riprendendo quanto ho già anticipato nella presentazione, credo possa essere utile riflettere intorno alle implicazioni associabili all'espressione Pianificatore regionale

“Pianificare” è semanticamente legato a elaborare piani, strategie, progetti, ma è senz'altro legato anche al rendere piano, al risolvere problemi, alla capacità di sanare conflitti, dissipare dubbi, favorire intese, **spianare**.

Il Pianificatore Regionale è, o dovrebbe diventare, una figura strategica non tanto in virtù delle caratteristiche del super esperto. Se le **conoscenze** (sapere), le **abilità** (saper fare), le **competenze** (saper essere) sono importanti come punto di arrivo di un percorso di maturazione e sicurezze acquisite, qualche tratto è invece basilare per cominciare ad esercitare il ruolo e consolidare relazioni.

Dalla accurata e completa relazione di Laezza, frutto della sua consolidata esperienza nel settore, ricaverò alcuni prerequisiti che ogni Pianificatore deve curare e coltivare nella sua persona.

☐ La capacità motivazionale: è importante acquisire l'autorevolezza di chi riesce a condividere l'entusiasmo per lo svolgimento di un compito, la rilevanza che il compito assume per sé e per gli altri, la convinzione che il compito debba essere svolto bene e possa comunque tendere ad un miglioramento.

☐ La capacità di costruire ponti: il Pianificatore non può correre il rischio dell'isolamento.

Il senso del gruppo, del lavoro comune, della condivisione di obiettivi, strategie e percorsi è fondamentale per creare una struttura robusta.

Questo significa favorire e preferire forme di progettazione partecipata, contatto diretto con i servizi, le associazioni di volontariato e gli enti locali. Qualche volta si può avere la tentazione di decidere in autonomia per risparmiare tempo: in questi ruoli è inutile e controproducente.

☐ La capacità di concepire un quadro complessivo di bisogni, priorità, risorse, metodi entro cui inserire tutti gli interventi (dal programma didattico della scuola di Periferia, al Coordinamento delle Reti di Servizi Sanitari senza fumo).

Questo rende più agevole l'inserimento di sistemi di monitoraggio e valutazione già nelle prime fasi del progetto, evitando di dover prevedere per ogni cambiamento un aggiustamento delle metodologie utilizzate per il controllo e la supervisione.

### *Relazione*

**Autore: Maurizio Laezza**  
*Regione Emilia-Romagna*

## Ruolo dei pianificatori regionali

Si intendono per pianificatori regionali:

1. i rappresentanti istituzionali in seno al Gruppo tecnico interregionale sul tabagismo, individuati da ciascuna Regione o Provincia Autonoma, cui spetta coordinare la programmazione/realizzazione di un piano regionale sul tabagismo, articolato in sottoprogetti tematici inerenti la prevenzione, il controllo e la cura del tabagismo;
2. i referenti tecnici dei sottoprogetti tematici facenti parte di un gruppo di lavoro regionale interdisciplinare sul tabagismo coordinato dal rappresentante istituzionale descritto al punto precedente.



## Compiti dei pianificatori regionali

Nella tabella seguente (n.1) vengono sintetizzati i compiti del pianificatore regionale “ideale”, declinati in base al sapere, saper fare e saper essere. Si tratta, per l'appunto, della descrizione di un profilo ideale (e al tempo stesso parziale) per una professionalità che deve sia esercitare un ruolo di “leader” nella promozione del progetto regionale a tutti i livelli sia esprimere sensibilità e flessibilità necessarie a fornire risposte nuove e appropriate al mutare dei problemi e dei contesti.

	Compiti (profilo “ideale” del pianificatore regionale)	Coordinatore progetto Tabagismo	Referente sottoprogramma Centri antifumo	Referente sottoprogramma MMG e altri operatori	Referente sottoprogramma Prevenz.nenei giovani	Referente sottoprogramma Luoghi di lavoro
Sapere	1) conoscere il fenomeno tabagismo nella sua globalità di: stile di vita, fattore di rischio/dipendenza, inquinante ambientale	si	si	si	si	si
	2) conoscere l'impatto del tabagismo nel proprio territorio regionale, l'offerta complessiva già esistente di servizi di prevenzione, cura, controllo e la domanda d'intervento	si	si	si	si	si
	3) conoscere le strategie di approccio al fenomeno	si	si	si	si	si
	4) conoscere le modalità e gli strumenti efficaci (evidence based) d'intervento sul tabagismo (prevenzione, cura, controllo)	si (modalità)	si (modalità e strumenti)	si (modalità e strumenti)	si (modalità e strumenti)	si (modalità e strumenti)
Saper fare	5) riconoscere, relativamente all'ambito di ciascun sottoprogetto, l'impatto del tabagismo nel proprio territorio regionale, l'offerta già esistente di servizi e la domanda d'intervento	no	si	si	si	si
	6) ideare, programmare e tradurre in linee d'indirizzo regionali: A) il piano complessivo d'intervento sul tabagismo B) i sottoprogetti specifici che lo compongono	si (A)	si (B)	si (B)	si (B)	si (B)
	7) coordinare e garantire la qualità delle azioni di promozione, monitoraggio, valutazione d'impatto e di restituzione dei risultati in relazione a: A) il piano complessivo d'intervento sul tabagismo B) i sottoprogetti specifici che lo compongono	si (A)	si (B)	si (B)	si (B)	si (B)
	8) promuovere la formazione continua degli operatori	si	si	si	si	si
	9) promuovere la comunicazione efficace e il “marketing”	si	si	si	si	si
Saper essere	10) coordinare: A) il gruppo dei referenti regionali di sottoprogetto B) il gruppo dei coordinatori di progetto delle ASL C) il gruppo dei referenti di sottoprogetto delle ASL	si (A) si (B)	si (C)	si (C)	si (C)	si (C)
	11) promuovere l'integrazione operativa delle competenze	si	si	si	si	si
	12) promuovere la rete delle alleanze a tutti i livelli (locale, regionale, nazionale, internazionale)	si	si	si	si	si

**Tab. 11.** Conoscere il fenomeno tabagismo nella sua globalità di: stile di vita, fattore di rischio/dipendenza, inquinante ambientale.

La finalità del corso di formazione è di far acquisire ai partecipanti un buon livello di consapevolezza rispetto a tutti i compiti descritti nella tabella e, per fornire conoscenze e competenze utili ad acquisire piena capacità operativa rispetto ai temi ritenuti strategici.

Nel contesto operativo i compiti ai punti 6 e 7 possono essere descritti come orientati più in senso verticale, quelli ai punti 11 e 12 più in senso orizzontale. I primi fondamentali per motivare i decisori regionali verso l'attuazione di un progetto organico di prevenzione, controllo e cura del tabagismo, i secondi sono finalizzati a creare le premesse per promuovere e sviluppare, sia con gli operatori sia con le istituzioni, un efficace lavoro di rete sul territorio.

Per quanto riguarda l'articolazione del progetto vengono previste cinque figure di pianificatori per altrettanti ambiti di attività:

- 1) coordinamento del Progetto regionale sul tabagismo
- 2) coordinamento del sottoprogetto Servizi per la cessazione (Centri antifumo)
- 3) coordinamento del sottoprogetto Intervento del Medico generale e degli altri operatori della salute
- 4) coordinamento del sottoprogetto Prevenzione primaria rivolta ai giovani
- 5) coordinamento del sottoprogetto Luoghi di lavoro liberi dal fumo (comprese Scuole, Ospedali e Servizi sanitari)

L'articolazione sopra descritta è stata ritenuta la più adatta alle finalità didattiche del corso: ciascuna Regione o Provincia autonoma provvederà a declinare il modello proposto in base alle proprie esigenze organizzative.

→ Compito comune a tutti i pianificatori regionali.

Il tabagismo è un fenomeno complesso che presenta molteplici aspetti:

- di tipo socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, largamente diffuso e socialmente tollerato;
- di tipo medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e, al tempo stesso, fattore di rischio per numerose malattie correlate;
- di tipo igienistico e legale, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto a tutela della salute collettiva.

1. *Conoscere l'impatto del tabagismo nel proprio territorio regionale, l'offerta complessiva già esistente di servizi di prevenzione, cura, controllo e la domanda d'intervento.*

→ Compito comune a tutti i pianificatori regionali.

Consiste nell'acquisire dati (epidemiologici e relativi all'organizzazione dei servizi) in parte direttamente da fonti centrali e/o regionali (dati ISTAT, Studio PASSI, studi dell'Agenzia sanitaria regionale, ecc.), in parte da apposite relazioni di settore curate dei referenti di sottoprogetto (v. punto 5).

2. *Conoscere le strategie di approccio al fenomeno.*

→ Compito comune a tutti i pianificatori regionali.

Il tabagismo, si è detto, è un fenomeno complesso. Da tale complessità deriva l'esigenza che venga ricercato un approccio fortemente integrato tra i vari livelli di programmazione e d'intervento. Le strategie generali di contrasto del tabagismo ribadite dall'OMS ("Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco"), raccomandano di utilizzare un approccio globale e multisettoriale a tutte le problematiche del tabacco. La lotta al tabagismo deve quindi mirare a sviluppare e a coordinare efficacemente, in un ottica sistemica di rete, tutte le risorse significative della comunità, valorizzando particolarmente i seguenti aspetti:

- la partecipazione dei cittadini alla crescita di una cultura diffusa e condivisa del non-fumo, attraverso il coinvolgimento attivo di individui singoli ed associati fin dalla fase della progettazione degli interventi;
- l'intersettorialità e la ricerca di alleanze, mediante il coinvolgimento operativo di settori sanitari e di *stakeholders* non sanitari (enti locali, scuola, università, società scientifiche, imprenditoria privata, associazioni di categoria, mondo dello sport e spettacolo, mass media, privato sociale, volontariato, organizzazioni non governative);
- l'integrazione degli interventi, combinando in modo contestuale e sinergico azioni di carattere comunicativo-educativo, di supporto alla disassuefazione e di tutela dal fumo passivo (da adottare particolarmente negli ambienti di lavoro);
- la multidisciplinarietà, favorendo la collaborazione culturale e operativa tra le diverse professionalità

- competenti in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo;
- l'interprogettualità intesa come raccordo con progetti di prevenzione riguardanti tematiche comunque attinenti all'area dei comportamenti a rischio, per un approccio integrato al tema complessivo della promozione di stili di vita sani (es. progetti di prevenzione su alcol, alimentazione, attività fisica).

3. *Conoscere le modalità e gli strumenti efficaci (evidence based) d'intervento sul tabagismo (prevenzione, cura, controllo).*

→ E' compito comune a tutti i pianificatori regionali conoscere le modalità efficaci d'intervento. Tra le modalità d'intervento efficaci vanno segnalate in particolare quelle basate su:

- programmi compositi di prevenzione nelle scuole, cioè basati su diverse componenti (informazione e promozione della salute, prevenzione del disagio giovanile, capacità di scelte consapevoli, sviluppo di abilità per resistere alle pressioni sociali,);
  - coinvolgimento di soggetti significativi della comunità che, attraverso modalità di contatto autorevoli, personalizzate e prolungate nel tempo, possono svolgere un'efficace azione educativa e d'esempio per i giovani in particolare (genitori, insegnanti, ed altri adulti di riferimento formativo) e per la popolazione generale (medici di base, farmacisti ed altri operatori socio-sanitari);
  - modifica degli stili di vita nei contesti socio ambientali mediante la promozione di ambienti favorevoli alla salute (scuole, ospedali, luoghi pubblici e di lavoro "liberi dal fumo");
  - interventi motivazionali "brevi" da parte di tutti gli operatori sanitari, in particolare medici di base, ed interventi clinici strutturati finalizzati alla disassuefazione, attraverso il potenziamento dell'offerta di servizi per la cessazione del fumo in ciascuna Azienda sanitaria;
  - campagne di comunicazione e sensibilizzazione intensive e diffuse, che utilizzino i mass media in combinazione con altri interventi e programmi di comunità (aumento della tassazione, applicazione della normativa sul divieto di fumo, programmi scolastici, interventi a supporto della disassuefazione).
- E' compito dei referenti di sottoprogetto conoscere in modo dettagliato gli strumenti d'intervento efficaci, specifici per il proprio settore

4. *Riconoscere, relativamente all'ambito di ciascun sottoprogetto, l'impatto del tabagismo nel proprio territorio regionale, l'offerta già esistente di servizi e la domanda d'intervento.*

→ Si tratta di un compito specifico dei referenti di sottoprogetto, che, attraverso la raccolta/elaborazione/commento dei dati relativi al proprio settore, contribuiscono a fornire al coordinatore il quadro conoscitivo regionale complessivo.

5. *Ideare, programmare e tradurre in linee d'indirizzo regionali il piano complessivo d'intervento sul tabagismo.*

6. *Coordinare e garantire la qualità delle azioni di promozione, monitoraggio, valutazione d'impatto e di restituzione dei risultati del piano complessivo d'intervento sul tabagismo.*

→ Compiti comuni a tutti i pianificatori regionali:

- referenti di sottoprogetto per le competenze relative al proprio settore;
- coordinatori per il lavoro di "assemblaggio" dei sottoprogetti in una proposta di progetto organico, da tradurre in linee d'indirizzo regionali, e per il coordinamento complessivo delle fasi d'implementazione del piano d'intervento.

I compiti descritti ai punti 6 e 7 sono entrambi centrali per l'attività dei pianificatori. Sono infatti fondamentali per motivare i decisori regionali a valutare positivamente l'investimento di risorse significative in un progetto regionale organico sul tabagismo. Affinché il progetto possa essere tradotto formalmente in linee d'indirizzo regionali, dovrà essere fornito ai decisori ogni elemento utile a valutare:

- l'importanza di un piano d'intervento regionale sul tabagismo che intenda conseguire obiettivi qualificanti per la Regione sotto il profilo etico, sanitario, sociale, economico e della valorizzazione d'immagine;
- la sostenibilità/diffusibilità del piano, in relazione sia a risorse nuove da impegnare sia all'utilizzo di competenze professionali già esistenti, da integrare funzionalmente;
- la qualità, in termini di efficacia/appropriatezza, delle azioni previste dal piano (dalla fase di progettazione fino a quella di valutazione d'impatto e di rendicontazione dei risultati).

8. *Promuovere la formazione continua degli operatori*

→ Compito comune a tutti i pianificatori regionali.

Attiene ai compiti del coordinatore, coadiuvato in questo dai referenti di sottoprogetto, promuovere, a livello regionale, iniziative di formazione-formatori per ciascuna area tematica, che possano essere riprodotte, a cascata, a livello aziendale per formare gli operatori locali.

9. *Promuovere la comunicazione efficace e il “marketing”*

→ Compito comune a tutti i pianificatori regionali.

Curare le strategie comunicative è fondamentale per la visibilità del progetto e degli attori istituzionali che partecipano alla sua realizzazione. La pubblicizzazione del piano d'intervento, della rete di alleanze che lo sostiene, dei percorsi che si stanno costruendo, l'accessibilità dei cittadini a documenti e dati, la diffusione dei risultati sono tutte azioni non solo dovute, in rispetto ad obblighi di “trasparenza”, ma che rivestono anche un indubbio valore nel rafforzare le motivazioni dei decisori ad investire nel progetto. Estremamente utile, a tale proposito, è l'allestimento di un sito regionale internet ad hoc che consenta di rendere disponibili a tutti, in modo interattivo, i report aggiornati di attività che si andranno a produrre.

10. *Coordinare:*

A) *il gruppo dei referenti regionali di sottoprogetto*

B) *il gruppo dei coordinatori di progetto delle ASL*

C) *il gruppo dei referenti di sottoprogetto delle ASL*

→ Compiti comuni a tutti i pianificatori regionali.

I compiti indicati presuppongono l'adozione di un modello organizzativo che riproduca anche a livello ASL la costituzione di un gruppo di lavoro composto da un coordinatore di progetto aziendale sul tabagismo che a sua volta coordini dei referenti aziendali di sottoprogetto. In questo modo è possibile realizzare una struttura organizzativa fortemente interconnessa tra il livello di coordinamento regionale e quello aziendale, presupposto estremamente utile ai fini del radicamento, dello sviluppo e della continuità del progetto sul territorio.

Sarà quindi compito del coordinatore regionale coordinare sia il gruppo dei referenti regionali di sottoprogetto sia il gruppo dei coordinatori di progetto delle ASL.

Sarà invece compito di ciascun referente regionale di sottoprogetto coordinare il sottogruppo tematico composto dai referenti aziendali del sottoprogetto specifico (v. tabella 2, 3 e 4). Come già detto in precedenza il modello organizzativo è solo indicativo ai fini della riproducibilità locale. Ciascuna Regione o Provincia autonoma modulerà il modello proposto in base alle proprie esigenze organizzative.

11. *Promuovere l'integrazione operativa delle competenze*

→ Compito comune a tutti i pianificatori regionali.

Anche questo compito, come il seguente, è di centrale importanza per l'attività dei pianificatori. L'approccio multidisciplinare al tabagismo non è solo il più efficace, date le caratteristiche di complessità insite nel fenomeno, ma si rivela anche essere il più vantaggioso, in termini di efficienza organizzativa e quindi di sostenibilità per il sistema sanitario.

Modalità tipica di integrazione operativa tra professionalità diverse è quella che si realizza, ad esempio, nella collaborazione tra operatori del Sert e pneumologi per la gestione congiunta del paziente tabagista nei centri antifumo. La competenza dell'operatore Sert nel condurre la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo può trovare utile complemento nella competenza che ha lo pneumologo nel trattamento farmacologico individuale associato e nella diagnosi precoce delle patologie fumo correlate. In questo modo, utilizzando competenze professionali già esistenti nei servizi territoriali, l'articolazione operativa che ne deriva risulta al tempo stesso più funzionale e meno onerosa per le aziende sanitarie (e quindi scelta organizzativa da prospettare come preferibile anche al fine “strategico” di motivare i decisori). Sarà cura dei pianificatori, ciascuno per il proprio ambito di competenza, evidenziare i vantaggi di tale scelta per gli operatori, in termini di valorizzazione/qualificazione del proprio ruolo e di opportunità di crescita culturale, attraverso il confronto e la collaborazione con professionisti di altre discipline. Altro esempio, rimanendo ancora in tema di cura del tabagismo, è la collaborazione tra medico di base e operatori del centro antifumo, di fondamentale importanza sia per garantire l'appropriatezza dell'invio sia per favorire l'azione di rinforzo motivazionale e farmacologico, che il medico di base può realizzare prima, durante e dopo il percorso terapeutico svolto presso il centro dal suo paziente.

Per quanto riguarda la prevenzione, esempio chiaro di integrazione operativa è quello che viene a realizzarsi tra le competenze dei docenti e quelle degli operatori sanitari. Abbandonata ormai, perché dimostrata inefficace, la modalità di far prevenzione a scuola attraverso la lezione dell'esperto esterno, diventa sempre più importante la collaborazione finalizzata a fornire all'insegnante percorsi didattici condivisi, supportati da un lavoro di consulenza specialistica che può essere esterna, ma rispettosi dell'insostituibile ruolo dell'insegnante e delle sue specifiche prerogative educative.

Per quanto riguarda infine l'ambito dei luoghi di lavoro, occorre integrare competenze molto varie tra loro: operatori aziendali (Sert e Dipartimento di prevenzione) accanto a medici competenti, responsabili del servizio di prevenzione e protezione aziendale, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, rappresentanti del datore di lavoro. L'intervento, per poter raggiungere la massima efficacia, deve infatti poter combinare assieme azioni di tipo informativo/educativo, offerte di aiuto per smettere di fumare e vigilanza attiva sul rispetto del divieto di fumo imposto dalla legge.

## 12. Promuovere la rete delle alleanze a tutti i livelli (locale, regionale, nazionale, internazionale)

→ Compito comune a tutti i pianificatori regionali.

La ricerca delle alleanze è fondamentale per ottenere il sostegno necessario alla riuscita del progetto sia in termini di risorse aggiuntive utilizzabili (tecniche, economiche, di personale) sia di rafforzamento del consenso politico-sociale. I pianificatori devono ricercare relazione collaborative con tutti soggetti interessati e disponibili del territorio regionale, sia del settore sanitario che di quello non sanitario (enti locali, scuola, università, società scientifiche, imprenditoria privata, associazioni di categoria, mondo dello sport e spettacolo, mass media, privato sociale, volontariato, organizzazioni non governative, ecc.). Nel curare i rapporti di collaborazione con tutti i soggetti, occorrerà evidenziare in modo particolare quelli che sono i vantaggi derivanti dalla partecipazione alla rete delle alleanze, in termini di valorizzazione, qualificazione e riconoscimento della propria *mission* sociale. Questo tipo di compito vede in primo piano impegnata la figura del coordinatore ma presuppone un forte contributo tecnico da parte dei referenti regionali di sottoprogetto per tutti gli aspetti di competenza specifica.

Il coordinatore, inoltre, ricoprendo il ruolo di referente sul tabagismo per la propria Regione, cura i rapporti tecnico-istituzionali a tutti i livelli: con il Ministero della Salute-CCM, con il Gruppo tecnico sul tabagismo delle Regioni e Province autonome, con l'Istituto Superiore di Sanità e in tutte le partecipazioni della Regione a progetti nazionali o europei.

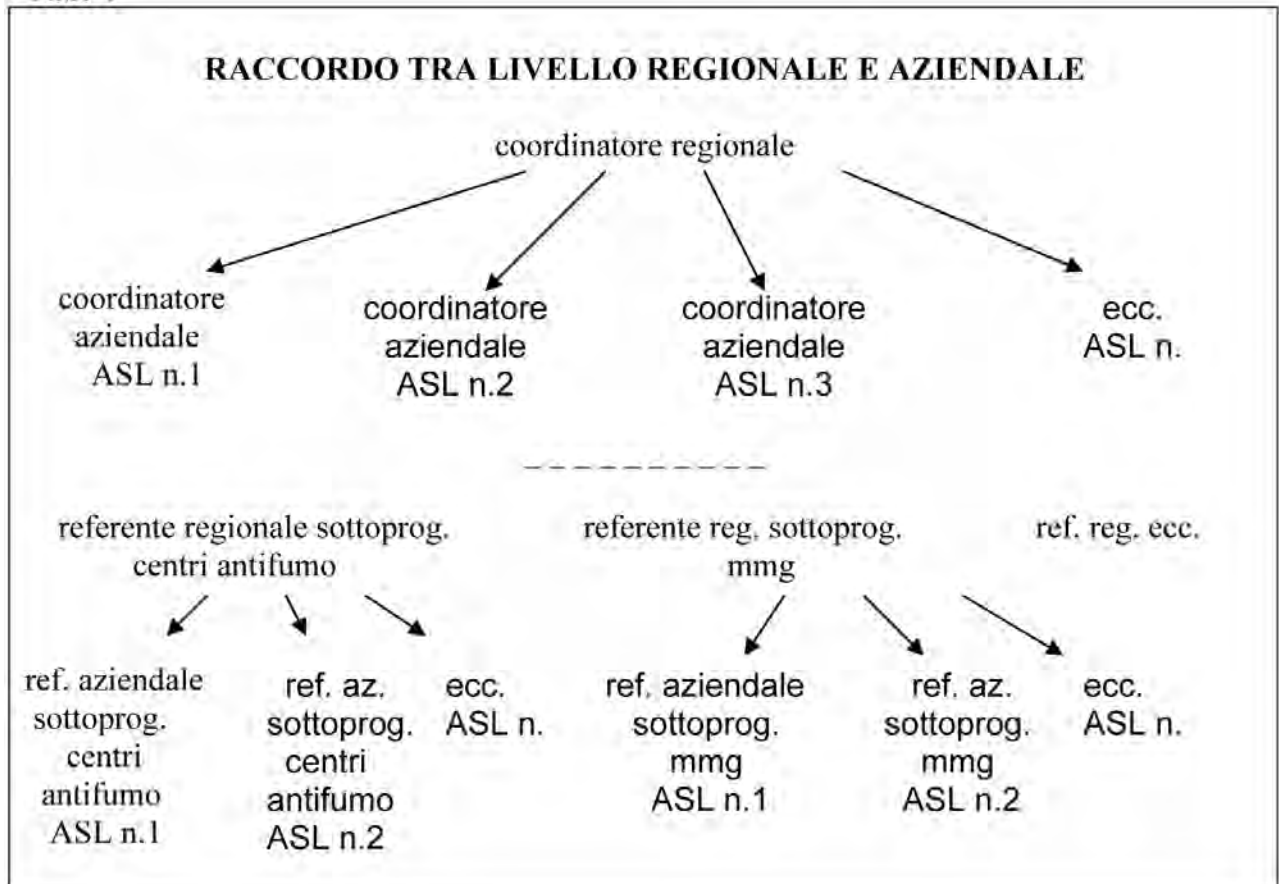
Tab. 2



Tab. 3



Tab. 4



## Bibliografia:

1. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. US Dept. of Health and Human Services, 1989.
2. Environmental tobacco smoke: Measuring exposures and assessing health effects. US National Research Council, 1986
3. Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health. The Stationery Office, 1998
4. Involuntary Smoking. (Summary) IARC, 2002.
5. Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia Epidemiol Prev. 2002 gen-feb; 26(1): 18-29.
6. Progetto regionale tabagismo. Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 785/99.
7. Istituto Statistico Nazionale ISTAT. Fumo e non fumatori. Indagine Multiscopo - Aspetti di vita quotidiana anno 1999. Sito web 2001 <http://www.istat.it/anotizie/aaltrein/statinbrev/fumo/fumatori.html>
8. Rapporto Nazionale sul Fumo 2005. Istituto Superiore di Sanità-Osservatorio OSSFAD. <http://www.iss.it/ofad/>
9. World Health Organization. Smoking. <http://www.who.int/topics/smoking/en/>

# *Percorso sul Project Management per i responsabili regionali progetto Tabagismo*

## Commento

La relazione di Alberto Perra, ideata per inserire nel corso di formazione un percorso di base sul Project Management, è estremamente utile per dare al pianificatore alcuni suggerimenti basilari rispetto alle peculiarità del proprio ruolo professionale: è importante sottolineare che le 4 tappe del P.M. (**ideazione, pianificazione, realizzazione, valutazione**) dovrebbero essere articolate sincronicamente. Questo significa semplicemente che una buona ideazione deve prevedere misure concrete per la pianificazione; risorse, tempi, spazi per la realizzazione e indicatori di valutazione del Processo.

Il grado di dettaglio dell'esposizione di Perra rende agevole l'utilizzo dei suoi suggerimenti già nelle prime fasi dell'attività.

Trovo inoltre estremamente utile la possibilità di usare proprio questo strumento per mantenere una relazione di scambio fra le varietà dei progetti regionali e considerarlo come schema non ambiguo e concreto per una supervisione a distanza.

La praticità ed essenzialità delle indicazioni, consentono una scansione dei tempi di lavoro facilmente controllabile e verificabile; a tal proposito credo sia emblematica e rassicurante la lista delle cause di fallimento di molti progetti delle aziende sanitarie locali. Perra ci aiuta a cogliere l'importanza di una ideazione finalizzata e professionale, rispetto alle facili e illusorie rincorse allo scrivere Progetti "perchè ci sono fondi" o "per dimostrare che si lavora".

Un ultimo pregio della relazione riguarda il contributo teorico alla terminologia della Pianificazione: anche fare chiarezza sulla differenza esistente fra un Piano, un Progetto e un Programma è fondamentale per sapere cosa si sta facendo e dove si vuole andare.

## *Relazione*

**Autore: Alberto Perra**  
*Istituto Superiore di Sanità*

Questa breve introduzione alla metodologia di pianificazione è stata sviluppata seguendo 2 punti di vista diversi: DESCRITTIVO, cioè individuando e analizzando alcuni strumenti necessari alla pianificazione e MANAGERIALE, cioè studiando modalità e tempi nell'uso di questi strumenti di pianificazione nei nostri contesti.

Questa presentazione, oltre a una breve introduzione sulla tematica dei progetti, affronterà in maniera più particolare la prima fase del ciclo progettuale: l'ideazione del progetto.

Dall'avvio della riforma sanitaria (Legge 833) si è introdotta la pianificazione come strumento per migliorare la performance e l'incisività delle attività sanitarie. Elaborare dei piani con degli obiettivi misurabili permette analisi più fini e soluzioni più adeguate ai problemi di salute, aprendo al tempo stesso una significativa opportunità di partecipazione della comunità. Dovunque questa modalità di lavoro sia stata introdotta nell'uso si sono create opportunità di apprendimento per il personale di salute che trova infine nella pianificazione per obiettivi un'opportunità di motivazione e di abbandono di attività routinarie poco stimolanti.





## Pianificazione per obiettivi o adempimenti amministrativi?

- Programmazione a cascata prevista da Legge 833
- Analisi più fine e soluzioni più adeguate e efficienti
- Partecipazione comunitaria e auto-referenzialità
- Opportunità di apprendimento
- Motivazione e gratificazione degli operatori

4

Nonostante l'approccio progettuale per gli interventi di salute, sono ancora molto numerosi i progetti che non arrivano al raggiungimento degli obiettivi identificati. Le ragioni sono diverse e la lista delle due diapositive (7 e 8) riassume solo quelle che più frequentemente possiamo riscontrare anche nella nostra pratica quotidiana in salute pubblica.

## Cause di fallimento dei Progetti nelle Aziende Sanitarie Locali (1)

- Obiettivi non chiaramente definiti, non misurabili o irrealistici
- Interventi inefficaci o naive
- Risorse inadeguate
- Mancanza di un sistema informativo per la gestione e il controllo
- Sequenza e gerarchia delle attività non disegnate in modo adeguato
- Mancata assegnazione di compiti e responsabilità

1

## Cause di fallimento dei Progetti nelle Aziende Sanitarie Locali (2)

- Progetti non decisi o non condivisi dal management aziendale
- Mancanza di un comitato promotore
- Team di progetto in cui mancano competenze necessarie (sottovalutate)
- Mancata individuazione (cattiva scelta) della responsabilità del progetto (manager del progetto)

8

E' interessante notare che la maggior parte delle ragioni di fallimento elencate possono essere evitate migliorando la qualità delle fasi che precedono la realizzazione del progetto (l'ideazione e la pianificazione).

Ancora oggi non esiste un accordo generale su alcuni termini usati nella pianificazione. Noi useremo i verbi progettare, programmare e pianificare come sinonimi, mentre i relativi sostantivi indicano concetti diversi (diapositiva 10). In seguito consideriamo il piano come un ombrello sotto il quale si inseriscono diversi programmi, sotto ciascuno dei quali si possono considerare diversi progetti.

### • **Progettare=programmare=pianificare**

- **Piano**
  - Individuazione di obiettivi generali e definizione delle strategie, delle politiche e dei programmi per realizzarli
- **Programma**
  - Individuazione di obiettivi specifici da conseguire attraverso un efficiente ed appropriato uso delle risorse
- **Progetto**
  - Insieme di attività predisposte per realizzare un obiettivo specifico entro un lasso di tempo prescritto e con un ammontare definito di risorse

10

### **Progetto**

- Data inizio e fine
- Attività uniche e non ripetitive (in genere)
- Obiettivi specifici e misurabili
- Budget
- Risorse umane non ad hoc
- Integrazione di gruppi e organizzazioni differenti sulla base di ruoli da definire
- Responsabilità unica

12

Un progetto viene definito in maniere diverse. Secondo le indicazioni della commissione europea, il progetto può considerarsi come una serie di attività uniche e non ripetitive iscritte in un periodo preciso (con un inizio e una fine) con degli obiettivi specifici e misurabili e un budget ad hoc.

Al contrario, a parte il manager (che dovrebbe essere unico), le risorse umane necessarie per la realizzazione del progetto non sono messe a disposizione ad hoc.

La maggior parte dei progetti richiede un'analisi accurata dei gruppi di interesse alla sua realizzazione che secondo modalità diverse (da identificare) partecipano nelle sue diverse fasi.

Il progetto viene rappresentato talvolta come un ciclo che riconosce come momento di inizio l'analisi dei problemi sui quali con approcci diversi si costruisce l'elaborazione (prima fase, in blu) del progetto (Diapositiva 16). Una seconda fase, di realizzazione (in rosso), precede la valutazione (in verde) dei risultati e dell'impatto del progetto sui problemi che ne hanno giustificato l'attuazione. Attualmente, e in maniera un po' artificiosa, si possono identificare 4 diverse fasi di un progetto: l'ideazione o definizione, la pianificazione, la realizzazione e la valutazione.



In questa presentazione parleremo brevemente della prima fase o **ideazione** del progetto.

## Ideazione: il pool di cervelli

### Conoscenza di:

- **Contesto:**
  - cultura, caratteristiche socio-economiche, target, gruppi di interesse (stakeholders)
- **Sistema di salute**
- **Problema/Variazione dei risultati**
- **Psicologia**
- **Metodo di utilizzazione della conoscenza**
  - Evidenza scientifica
  - Conoscenza basata sulle prove di efficacia (EBP)
  - Pratiche migliori (Best Practices)
- **Pianificazione**

19

E' importante notare che per l'ideazione del progetto sono richieste delle competenze eterogenee che difficilmente possono ritrovarsi in un'unica, seppur esperta, persona. E' quindi essenziale individuare un gruppo di persone che riunisca almeno le competenze e professionalità indicate nella diapositiva 19. In questa fase iniziale chi promuove l'ideazione del progetto può ricorrere a diversi strumenti e metodi (come per esempio il brainstorming) che permettano ai componenti del "pool di cervelli" o ad altri gruppi di interesse, di esprimere liberamente la propria creatività attraverso tutte le idee che possono portare innovazione e potenzialità al nascente progetto.

Da qui in poi considereremo, quasi in forma di checklist da seguire, una per una le **7 tappe** da percorrere nell'ideazione del progetto.

La prima di queste tappe è l'**ANALISI DEL CONTESTO** in cui si realizzerà l'intervento (la regione). Si vuole in questa maniera reperire e organizzare l'informazione che serve per disegnare il "profilo" del tabagismo nella regione (demografia, indicatori di comportamento a rischio, abitudine al fumo, interventi, risorse, altro). Questa prima fase è necessaria ed esistono in letteratura degli schemi (prevalentemente basati su alcuni indicatori facilmente rilevabili e monitorizzabili nel tempo) che permettono di ricostruire gli elementi essenziali di un contesto sui quali, per programmare il nostro intervento, abbiamo bisogno decidere la strategia e le caratteristiche qualitative, il dimensionamento delle risorse, i tempi di realizzazione del nostro progetto. Una analisi del contesto superficiale o spicciativa può compromettere la preparazione e la riuscita di un progetto per quanto ben pensato e gestito.

Un secondo momento importante è **LO STUDIO, LA DISCUSSIONE E L'ANALISI DI INTERVENTI GIÀ ESISTENTI**. Non esistono protocolli precisi per realizzare questo secondo passo che comprende diverse opzioni quali informarsi su progetti analoghi in altre zone e contesti, incontrando e scambiando idee con i protagonisti di tali interventi. E' in questo momento che si procede a ideare una o più strategie e delinearne lo sviluppo. Nel caso del tabagismo sono molteplici le strategie identificate e realizzate da innumerevoli interventi in moltissimi paesi del mondo. La letteratura scientifica e quella grigia (non ufficiale, quella dei vari Google)

## 1. La check-list dell'IDEAZIONE

(ovvero scatenare la propria e altrui creatività)

1. Analisi di contesto
2. Studiare, discutere, analizzare
3. Gruppi di interesse
4. Raffigurare le idee nel modello logico o nell'albero degli obiettivi
5. Elencare i vincoli e gli aspetti desiderabili
6. Analisi delle strategie
7. Valutare le alternative

20

sono una fonte inesauribile e talvolta confondente di informazioni. E' quindi necessario disporre a questo punto delle competenze per realizzare una ricerca della evidence a supporto della(e) strategia(e) che vorremmo adottare nel nostro intervento. Al giorno d'oggi sono ancora molti gli interventi nel campo del tabagismo che si realizzano, anche con grande dispendio di fondi, per i quali non esiste alcuna evidence di efficacia o, peggio, che sono di dimostrata inefficacia. In questo percorso metodologico, al momento ben standardizzato, bisognerà dedicare un'attenzione particolare ai criteri di appropriatezza e trasferibilità nel nostro contesto di metodi e strategie che si sono dimostrati efficaci in altri contesti.

Una volta identificata una o più possibili strategie di intervento è importante iniziare il **PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE E COINVOLGIMENTO DEI GRUPPI DI INTERESSE**.

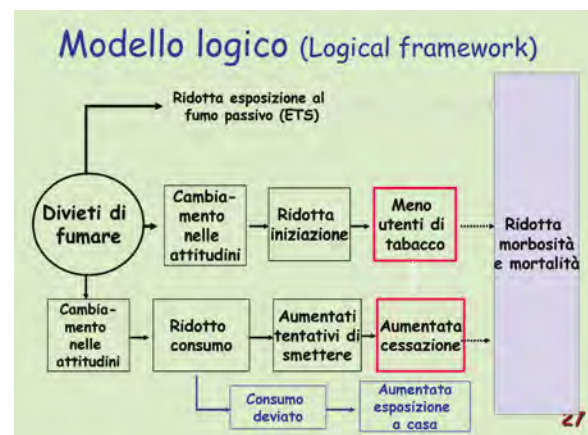
Per gruppo di interesse (stakeholder, in inglese) si intende una persona o gruppo o organizzazione aventi un interesse nel progetto al momento attuale o in futuro. Tali gruppi possono avere un atteggiamento positivo o negativo rispetto al progetto e spesso hanno un ruolo fondamentale nel successo o nel fallimento del progetto. In generale favoriscono la migliore comprensione della fattibilità e necessità di risorse, dei tempi necessari per le attività, dei modi di realizzazione e per un buon pianificatore è sempre necessario tenere in conto delle loro aspettative. Anche nella realizzazione di un intervento producono informazioni "alternative" rispetto a quelle prodotte dal sistema di monitoraggio del progetto che si rivelano estremamente utili per il management del progetto.

In questa fase è necessario porsi un certo numero di domande del tipo: Chi sono? Come individuarli? Come guadagnarli alla causa del progetto? Quale partecipazione proporre? Quanti fra loro vogliono partecipare? Chi ne ha già la possibilità? Può essere utile fare una scheda dei vari gruppi di interesse con informazioni generali (nome, missione, campo attività, attività attualmente svolte, modalità azione, copertura geografica) e più vicine al nostro progetto (quali interazioni possibili, possiamo pensare a una loro formazione, quali sono le attività cui possiamo far loro richiesta, quali sono le modalità e i tempi (fasi 1@4) di partecipazione al progetto).

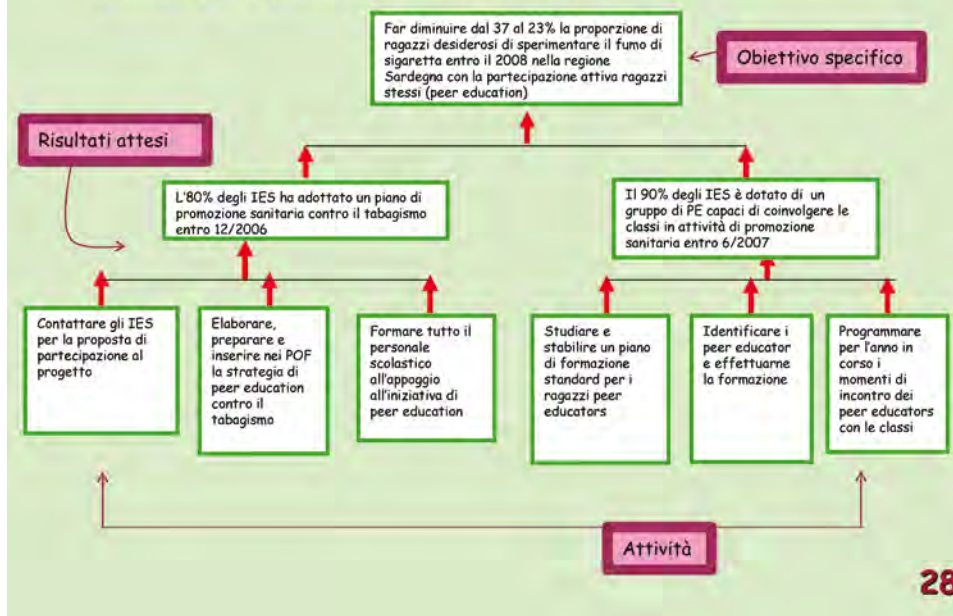
Terminati questi momenti preliminari si è pronti per la 4 tappa che consiste nel **RAFFIGURARE LE IDEE E LA STRATEGIA NEL MODELLO LOGICO O NELL'ALBERO DEGLI OBIETTIVI**. Il **modello logico** (esempio in diapositiva 27) comunica la teoria sottostante al progetto (perché la nostra strategia è una buona soluzione al bisogno rilevato?), descrive la sequenza degli eventi necessari per arrivare al cambiamento atteso (quali passi facciamo?), sintetizza in un'immagine i principali elementi di un programma (come si pensa di far funzionare il programma?). E' rappresentato tipicamente con un'immagine (diagramma di flusso, mappa o tabella) con la sequenza delle fasi per arrivare ai risultati. Sono molteplici le ragioni per cui costruire il modello logico: perché adotta un "linguaggio comune" e quindi è utilizzabile dai diversi gruppi di interesse alla ideazione del progetto, mostra scopo, azioni e risultati del programma, migliora la responsabilizzazione (stakeholder focalizzati sui risultati), accresce trasparenza e consenso sulle attività del programma (relazioni chiare tra attività e risultati), aiuta a scegliere le priorità per allocare le risorse, suggerisce quali dati siano necessari per gli indicatori del progetto. In questa fase il modello logico costituisce anche una traccia da seguire (casella per casella) per reperire la evidence sull'intervento che stiamo preparando.

**L'albero degli obiettivi** (esempio in Diapositiva 28) costituisce una maniera di rappresentare graficamente secondo un ordine logico di grandezza e di dipendenza gli obiettivi di un progetto. In alto si sistema l'obiettivo specifico del progetto (in generale dovrebbe essere unico) e, via via scendendo ai livelli inferiori, gli obiettivi intermedi (in termini di tempo o di qualità), le attività o i gruppi di attività.

Esistono alcune regole che bisogna rispettare nella definizione di questi concetti che servono a obbligarci a una logica nel progresso della nostra ideazione. Per esempio per la definizione dell'obiettivo specifico la scelta dei verbi è essenziale quanto la precisazione delle specifiche di qualità dell'obiettivo stesso (Diapositiva 29). La formulazione di obiettivi realistici e raggiungibili dipende da quanta accuratezza noi abbiamo impiegato nelle tappe precedenti, in particolare di analisi del contesto, di ricerca dell'evidence, di coinvolgimento di gruppi di interesse.



## Costruzione dell'albero degli obiettivi (esempio per la peer education contro il fumo)



28

Finita la tappa 4, non senza un senso di soddisfazione per aver dato un primo “corpo” alle nostre idee per l’intervento, è essenziale **IDENTIFICARE I PARAMETRI O VINCOLI DEL PROGETTO**. Con questi sostantivi si intendono delle condizioni riguardanti le qualità dell’intervento, il tempo o i costi che sono già stati identificati dai finanziatori o comunque all’esterno del nostro gruppo di pianificatori. E’ fondamentale conoscerli o le tappe di ideazione o pianificazione del progetto che seguiranno potrebbero essere rese vane. Nella Diapositiva 31 ci sono alcuni esempi pratici di questi vincoli. In ogni caso dobbiamo considerare qualità, costi e tempi del progetto come vertici di un triangolo all’interno del quale si deve iscrivere il nostro progetto. Prima di dare maggiore concretezza o di cominciare a pianificare le attività identificate dal progetto, dobbiamo avere ragionevole certezza di questi parametri del progetto.

## Formulare gli obiettivi

1. Verbo: **Far diminuire**
2. Oggetto dell'azione: **la proporzione di ragazzi desiderosi di sperimentare il fumo di sigaretta**
3. Specifiche:
  - **entro il 2008**
  - **nella regione Sardegna**
  - **dal 37 al 23%**
4. Target: **con la partecipazione attiva ragazzi stessi (peer education)**

29

## Parametri o vincoli del progetto

- **Qualità**
  - "90% di scuole coperte"
- **Costi**
  - "50.000 euro disponibili per l'intervento"
- **Tempi**
  - "Il progetto si realizzerà in due anni"

31

Capita spesso che a questo punto della ideazione del progetto, soprattutto quando il nostro lavoro è stato fortemente partecipativo, di ritrovarci di fronte a diverse strategie proposte per la realizzazione dei gruppi di attività o delle singole attività del progetto. In questa fase, essendo noi ancora aperti a qualsiasi soluzione, dobbiamo condurre **UN'ANALISI DELLE STRATEGIE ALTERNATIVE**. Per raggiungere un obiettivo intermedio o per realizzare gruppi di attività o attività singole esistono certamente diverse modalità. In questo momento della ideazione è il momento di identificare queste modalità. La diapositiva 33 mostra qualche semplice esempio. Come in ogni momento dell'ideazione

### Analisi delle strategie

- Formare 2 insegnanti di riferimento per ogni istituto o informare tutto il personale insegnante e non insegnante?
- Utilizzare i peer educators all'interno della loro scuola o in scuole diverse?

33

bisogna rifuggire da idee preconcepite basate prevalentemente su esperienze individuali e esplorare con attenzione tutte le strategie alternative anche se proposte da chi apparentemente non ha la nostra stessa esperienza di pianificazione di interventi.

Una volta identificate le strategie alternative è importante **VALUTARE LA VALIDITÀ DELLE ALTERNATIVE** per poter scegliere quale fra loro ci sembri la più adatta per il nostro progetto. Si possono adottare approcci più o meno strutturati (per esempio utilizzando criteri economici quali di costo-efficacia o di costo-beneficio) per realizzare questa valutazione. Tuttavia i principi rimangono gli stessi. Se le

caratteristiche di qualità, di tempo e di costi del progetto sono conosciuti e "fissati" sarà più facile per noi la valutazione delle alternative. Per esempio, raddoppiare il numero di ore di contatto di ciascuna classe con i peer educator si associa verosimilmente a una migliore qualità dell'intervento, ma rischia di urtare con i vincoli di tempo (oltre i termini del progetto) o di costi (troppo costoso rispetto ad altre attività) identificati per il nostro progetto.

Una stima grossolana dei costi e dei tempi necessari per la realizzazione del progetto concluderà questa fase di ideazione del progetto. A questa fase di estrema creatività fa seguito la fase di programmazione del progetto, dove si farà ricorso alla nostra logica ed esperienza per collocare in un contesto spaziale e temporale tutte le azioni necessarie per la realizzazione del progetto, calcolarne i costi, identificare persone e risorse necessarie alla realizzazione, un sistema di monitoraggio e di valutazione delle attività, l'identificazione di fattori esterni o interni che possano facilitare o mettere in pericolo il progetto.



## Bibliografia sul Project Management (testi in italiano)

**Autore**

**Titolo**

**Editore/Anno**

*Archibald R. D.*

**Project Management. La gestione di progetti e programmi complessi**

Franco Angeli, 1996

*Amato R., Chiappi R. Angeli*

**Tecniche di Project Management. Pianificazione e controllo dei progetti**

Franco Angeli, 1998

*AA.VV. della Università Bocconi di Milano*

**Organizzare e gestire progetti. Competenze per il project management**

Etas Libri, 1999

*Caron F, Corso. A., Guanella F.*

**Project Management in progress. Aggiornamenti, approfondimenti, tendenze, processi progettuali**

Franco Angeli, 1997

*Cioffi M., Ghirelli G.*

**Lavorare per progetti. Project Management e processi progettuali.**

Franco Angeli, 1999

*Hayes M.E.*

**Project Management: dall'idea all'attuazione. Una guida pratica per il successo.**

Franco Angeli, 1999

*Lacava M., Solustri C.*

**La pianificazione degli Appalti. Tecniche di project management per le opere pubbliche**

NIS, 1995

*Nepi A.*

**Introduzione al Project Management**

Guerini e Associati, 1997

*Loiudice M.*

**La gestione del cambiamento in sanità**

**Manuale teorico-pratico di Project Management per operatori sanitari**

Centro Scientifico Editore, 1998

*Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L.*

**Project Management – La gestione per progetti**

**Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e i dipartimenti per le Dipendenze**

Assessorato alle Politiche Sociali al volontariato e Non Profit, 2002

## **Bibliografia sul Project Management (testi in inglese)**

**Autore**

**Titolo**

**Editore/Anno**

*Project Management Institute*

**A guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK 2000)**

PMI, 2000

*Harold Kerzner*

**Project Management: A systems approach to planning, scheduling and controlling (seventh edition)**

John Wiley & Sons, 2001

*Ashley Friedlein*

**Web Project Management**

Morgan Kaufmann, 2001

*Shayne F. Gilbert*

**90 days to launch**

**Internet Projects on time and on budget**

John Wiley & Sons, 2001

# *Introduzione alla metodologia della valutazione. Il framework per la valutazione dei programmi in sanità pubblica*

## Commento

La relazione di Stefania Vasselli, riprende e approfondisce la quarta tappa del percorso di Project Management descritto con tanta efficacia da Perra.

E' un intervento applicabile alla valutazione di ogni programma di sanità pubblica che il pianificatore regionale può agevolmente declinare rispetto alle esigenze delle azioni previste nel Progetto Tabagismo.

A titolo di esempio ho selezionato le voci iniziali del percorso, sostituendovi riferimenti specifici sul Tabagismo; con questo procedimento si può mettere a punto un rigoroso sistema di valutazione, facilmente accessibile a tutti i servizi.

### Definire

- il *soggetto* della valutazione: Es: **l'efficacia dei programmi regionali di prevenzione dell'abitudine al fumo per le scuole primarie** ( che include la valutazione dei servizi a cui è affidata la realizzazione dei programmi, il confronto fra istituti scolastici coinvolti, il calcolo delle risorse necessarie all'intervento
- gli *utenti*: Es: **docenti che usufruiranno dei programmi in futuro, operatori sanitari, docenti che chiedono una restituzione dei risultati ottenuti, politici che debbono rifinanziare il programma**
- il *target*: **allievi delle scuole primarie**
- l'*outcome*: **Misurazione di conoscenze, abilità e competenze degli allievi rispetto al fumo dopo il programma comparate con gruppi di controllo non sottoposti all'attività didattica.**

Il testo della Vasselli può essere, pertanto, analizzato e utilizzato secondo queste modalità; lo studio accurato dei passaggi descritti e l'integrazione con i suggerimenti di Perra costituiscono un ottimo metodo di lavoro per una pianificazione regionale efficiente ed efficace

### *Relazione*

**Autore: Stefania Vasselli**  
*Ministero della Salute*

Parole chiave: obiettivo, output, outcome, processo, percorso, fasi

## Premessa

La valutazione è un'azione semplice, che ognuno di noi compie quotidianamente, giudicando il valore o l'importanza delle cose o delle azioni.

La valutazione in sanità è una materia e un campo di attività ampio ed eterogeneo: diversi sono gli ambiti di applicazione, i modelli e le metodologie, il contesto e il background dei professionisti cui è affidato il compito di valutare. Come attività sistematica e regolata, la valutazione in sanità è tuttavia un'acquisizione relativamente recente, non ancora sufficientemente diffusa e consolidata, né profondamente integrata nella gestione quotidiana dei programmi.

Scopo di questa relazione è fornire alcune indicazioni, di carattere pratico, su come valutare gli interventi di salute pubblica, nel seguito indicati con il termine "programma". L'approccio scelto si ispira al modello elaborato dal CDC di Atlanta (*Framework for Program Evaluation in Public Health Practice*) che propone un percorso di valutazione articolato in 6 fasi ed essenzialmente basato sulla teoria della "valutazione mirata al-

l'azione" cioè finalizzata ad ottenere, coinvolgendo nella valutazione tutti i gruppi di interesse che partecipano all'intervento di salute pubblica, un cambiamento positivo cioè un risultato migliorativo e misurabile. L'enfasi del framework è posta su una pratica di valutazione che include non solo gli esperti della valutazione ma anche tutti i destinatari e che è finalizzata a supportare la gestione e a migliorare l'efficacia dei programmi.

## Presentazione del tema

Secondo il CDC, la valutazione è “una raccolta sistematica di informazioni su attività, caratteristiche ed esiti del programma che si sta valutando, al fine di formulare un giudizio su esso, migliorarne l'efficacia e prendere decisioni sul futuro del programma stesso”.

Secondo tale impostazione, la prospettiva, il modello ed i metodi utilizzati dovrebbero essere determinati dall'obiettivo e dalle domande a cui si vuole rispondere, dovrebbero essere credibili, svolti entro i confini individuati dalle risorse disponibili, dall'arco temporale e dal contesto entro cui si opera, e dovrebbero permettere agli utenti di prendere decisioni più ponderate.

In quest'ottica, esiste una differenza tra *ricerca* in senso stretto e valutazione; la prima ha come scopo la conoscenza scientifica e si focalizza essenzialmente sulla verifica di ipotesi; la valutazione si prefigge invece di migliorare la pratica, orientando le decisioni e le azioni. Esiste ovviamente una sovrapposizione e una interazione tra i due ambiti, sia per quanto riguarda gli obiettivi (anche la valutazione come la ricerca vuole scoprire i meccanismi che stanno alla base di ciò che si valuta e quindi produrre conoscenza) sia negli strumenti (i valutatori utilizzano survey, interviste, e altri sistemi di misurazione ad esempio i trial controllati che sono comuni alla ricerca), ma la differenza è data proprio dalla valenza pratica che rende il processo di valutazione tarato sul suo possibile utilizzo.

Al tempo stesso, sebbene spesso usati insieme o come sinonimi, i termini valutazione e sorveglianza indicano due concetti distinti. Per sorveglianza si intende un monitoraggio continuo o una raccolta routinaria di dati su un dato fenomeno in un determinato intervallo di tempo. Questi dati possono essere utilizzati per la valutazione ma generalmente sono funzionali ad obiettivi più ampi (come avviene nei sistemi di sorveglianza quali il *BRFSS* e il *PASSI*). Di contro, rispetto alla valutazione, i sistemi di sorveglianza sono meno flessibili nel senso che non sempre si prestano ad essere modificati attraverso l'integrazione di informazioni e domande potenzialmente utili per un piano di valutazione (si pensi ad esempio ai registri tumori o alle indagini di popolazione sulla salute). Al contrario, la valutazione fornisce informazioni selezionate, adatte a rispondere a specifiche domande riguardo al programma, ma con una flessibilità tale da consentire di analizzare in profondità diversi aspetti.

## Alcune definizioni

Affinché sia valida e realmente utile la valutazione deve essere costruita sull'obiettivo per il quale viene condotta, definito a partire da alcune semplici domande (a chi è indirizzata la valutazione? Quali sono i quesiti specifici cui si vuol dare risposta? Su quali decisioni o azioni dovrebbe impattare la valutazione?) e dalla individuazione degli elementi di base, cioè:

- ⊙ il *soggetto* della valutazione, ciò che viene valutato: il programma in senso lato cioè ogni azione organizzata di sanità pubblica (un trattamento, un servizio, una politica, una campagna di comunicazione, più in generale un'azione mirata a cambiare una persona, una comunità, un'organizzazione);
- ⊙ gli *utenti*: coloro che utilizzano la valutazione e agiscono basandosi sui suoi risultati;
- ⊙ il *target*: la persona, la popolazione o l'organizzazione su cui è mirato il programma che si vuole valutare;
- ⊙ l'*outcome*: gli effetti del programma, quello che “scaturisce” dalle azioni compiute.

Per valutare occorre quindi formulare, prima e durante l'implementazione del programma, le seguenti domande:

- ⊙ Cosa sarà valutato? (in cosa consiste e in quali contesto opera il programma);
- ⊙ Quali standard devono essere raggiunti affinché il programma sia giudicato riuscito?
- ⊙ Quale prova (evidenza) sarà usata per indicare che il programma ha funzionato?
- ⊙ Quali conclusioni sono giustificate comparando l'evidenza disponibile con gli standard selezionati?
- ⊙ In che modo saranno utilizzati i risultati della valutazione per migliorare l'efficacia pratica del programma?



Ma perché occorre valutare? Le risposte sono molteplici:

- per produrre *evidence*, cioè informazione credibile sull'efficacia/impatto dell'intervento e quindi migliorare le conoscenze degli utenti (professionisti, decisori, manager, pazienti);
- per misurare il progresso, lo stato di avanzamento del programma verso gli obiettivi definiti;
- per rispondere a gruppi di interesse, finanziatori, comunità;
- per identificare i modi per migliorare l'intervento (cosa ha funzionato, cosa deve essere modificato o necessita di un maggiore sostegno, quali sono i bisogni del target, quali sono i costi e il loro rapporto con l'efficacia dell'intervento, quali sono gli effetti, se sono conformi a quelli attesi, ecc.);
- per comparare il nostro con altri interventi;
- per consentire agli utenti di monitorare in itinere il programma ed eventualmente di correggere e ripianificare, al fine di migliorarlo progressivamente per "avvicinarsi" agli esiti desiderati.

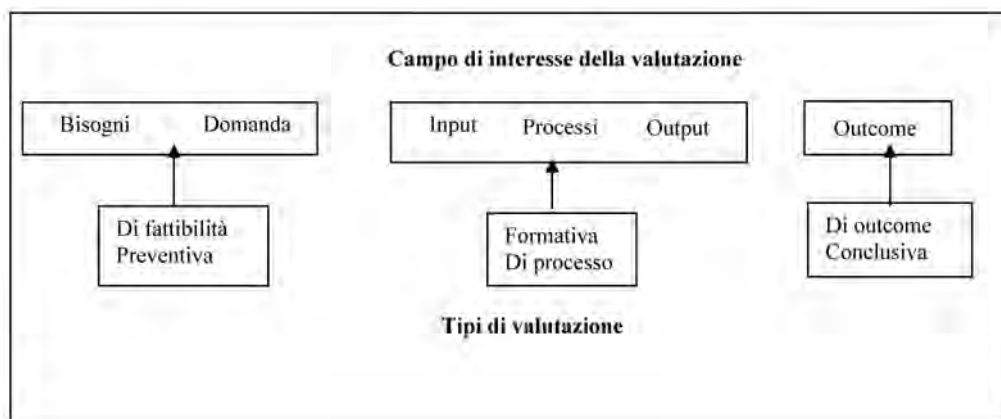
Queste risposte fanno pensare alla valutazione come ad una parte integrante della operatività routinaria dei programmi, cioè ad uno strumento che, se applicato di continuo, consente di verificare il funzionamento dei programmi anche al fine di decidere in corso d'opera piccoli aggiustamenti che facilitino il raggiungimento degli obiettivi e contribuiscano ad aumentare l'efficacia di quanto messo in campo.

In sostanza, la valutazione in sanità pubblica dovrebbe assumere un *valore strategico* all'interno del programma, al punto che la sua mancata realizzazione comprometterebbe il raggiungimento degli obiettivi del programma stesso.

## Tipi di valutazione

Numerosi sono gli approcci, i modelli teorici, le prospettive della valutazione. Una possibile classificazione è quella che distingue la valutazione a seconda di dove essa si colloca all'interno del percorso logico e temporale del programma, come evidenziato nel Prospetto 1.

**Prospetto 1. Tipologie di valutazione**



Adottando tale schematizzazione:

- la *valutazione preventiva* o di fattibilità avviene prima dell'implementazione del programma al fine di prevederne i costi e i possibili effetti, valutare i bisogni, le aspettative della comunità, identificare gli ostacoli. Questo tipo di valutazione serve quindi a ricavare una sorta di *intuizione*, ad esempio quando si valuta la fattibilità di un approccio innovativo alla pratica: la conoscenza acquisita, tramite la valutazione, sulla praticabilità del nuovo approccio, porta a decidere se esso può essere incluso in un programma del quale si verificherà l'efficacia. Analogamente, per un programma in via di sviluppo, informazioni da precedenti valutazioni possono fornire *l'insight* necessaria a chiarire il modo in cui le attività debbano essere progettate per apportare i cambiamenti desiderati;
- la *valutazione formativa* indaga sulle condizioni necessarie per mettere in campo e valutare il programma (quali sono i bisogni del target, quali sono gli strumenti da mettere a punto, quale tipo di valutazione può essere realizzata, ecc.) ma può anche fornire una descrizione dell'evoluzione del programma nelle prime fasi di sviluppo e quindi è utile per dare un feedback e un'assistenza a chi realizza il programma

- al fine di ottenere un miglioramento;
- la *valutazione di processo* si applica alla fase di realizzazione del programma e mira a verificare se questo viene implementato coerentemente a come è stato pianificato (quantità del target raggiunta, quantità e tipo di servizio offerto, modalità dell'offerta del servizio, qualità del servizio, ecc.);
- la *valutazione di outcome* o di impatto intende essenzialmente verificare se il programma ha prodotto gli effetti, a breve, medio e lungo termine, attesi e quindi interviene in una fase finale, di consolidamenti e monitoraggio del programma.

In salute pubblica, particolare rilievo assume la *valutazione di processo*, volta cioè a capire il modo in cui il programma opera, se le attività previste vengono implementate coerentemente a quanto pianificato, qual è il livello di maturazione del programma, cosa è necessario ancora fare per arrivare al risultato atteso, quali cambiamenti sono già stati ottenuti. Questo tipo di valutazione individua i punti di forza, le criticità e le aree di miglioramento del programma ed è quindi funzionale alla valutazione di outcome perché fa emergere gli elementi che possono favorire od ostacolare il raggiungimento degli obiettivi.

La valutazione di processo è inoltre coerente con una logica di sviluppo, che concepisce il processo di valutazione come un percorso alla cui costruzione partecipano, con un costante feedback reciproco, valutati e valutatori in modo che il cambiamento atteso come risultato del programma venga prodotto, durante lo svolgimento della valutazione stessa, anche nelle persone e nell'organizzazione coinvolti.

Attualmente la *valutazione di sviluppo* rappresenta ad esempio l'impostazione adottata nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005), in cui la valutazione dei piani regionali, affidata al CCM dall'Intesa, si traduce in una sorta di assistenza tecnica estesa a tutte le fasi del programma (pianificazione, progettazione operativa, implementazione, consolidamento, monitoraggio) e finalizzata a sostenere le Regioni nel portare al successo i piani e quindi nel realizzare e mantenere nel tempo gli interventi.

## Linee metodologiche

### **La cornice concettuale: gli standard, le fasi e il team della valutazione**

Il framework elaborato dal CDC di Atlanta per guidare i professionisti della sanità nella valutazione dei programmi è uno strumento pratico, ideato per riassumere e organizzare gli elementi essenziali della valutazione. Esso prevede 6 fasi, tra loro dipendenti, nel senso che le prime tappe forniscono le fondamenta per i successivi progressi:

1. *Coinvolgere i gruppi di interesse (stakeholders)*
2. *Descrivere il programma (predisporre il modello logico)*
3. *Mettere a fuoco il disegno della valutazione*
4. *Raccogliere prove credibili*
5. *Giustificare le conclusioni*
6. *Utilizzare i risultati e condividere le lezioni apprese*

Ciascuno step si articola a sua volta in un percorso, ossia in una serie di attività necessarie a costruire un piano di valutazione realmente utile e praticabile.

Trasversali a tutte le fasi sono i cosiddetti *standard* per una buona valutazione, ossia dei criteri base che servono a misurare la qualità della valutazione; essi rispondono essenzialmente alla domanda: "questa valutazione sarà efficace?" e sono sintetizzabili in 4 requisiti fondamentali:

- *utilità*: la valutazione ha uno scopo costruttivo? Soddisfa i bisogni informativi dei vari gruppi di interesse? Fornisce tempestivamente informazioni rilevanti?
- *fattibilità*: le attività pianificate nel piano di valutazione sono realistiche e compatibili con le risorse disponibili? Fino a che punto la valutazione è "demolitiva" nei confronti del programma?
- *correttezza*: la valutazione risponde a principi etici cioè non è lesiva dei diritti dei vari gruppi di interesse?
- *accuratezza*: la valutazione produce risultati validi ed attendibili?

Il Prospetto 2 sintetizza le fasi e gli standard per una valutazione efficace.

### Fasi nella pratica di valutazione

1. Coinvolgere i gruppi di interesse, impegnare i destinatari: le persone coinvolte o influenzate dal programma e gli utenti primari della valutazione;
2. Descrivere il programma: predisporre il modello logico
3. Mettere a fuoco il disegno della valutazione: scopi, utenti, usi, metodi
4. Raccogliere prove credibili: indicatori, fonti di dati, qualità, quantità, logistica
5. Giustificare le conclusioni: standard, analisi/sintesi, interpretazione, giudizio, raccomandazioni
6. Utilizzare i risultati e condividere le lezioni apprese: piano di comunicazione, feedback, azione, cambiamento.

### Standard per la valutazione efficace

1. Utilità: aderisce alle esigenze informative degli utenti prestabiliti;
2. Fattibilità: è realistica, prudente, economica;
3. Correttezza: è corretta sotto il profilo giuridico, etico, non danneggia coloro che ne sono coinvolti;
4. Accuratezza: rivela e rende note informazioni tecnicamente accurate e attendibili.

L'efficacia della valutazione dipende anche da chi la condurrà. L'approccio del CDC di Atlanta suggerisce a tal proposito di formare un *team* per la valutazione che includa: personale interno al programma, gruppi di interesse (utenti), consulenti con esperienza nel campo della valutazione. Il primo passo verso la costituzione di questo gruppo è la designazione di un *leader* che sarà responsabile di tutte le attività della valutazione, dalla definizione del piano di valutazione alla individuazione e gestione delle risorse, dalla rilevazione delle informazioni alla loro diffusione e condivisione, al coinvolgimento, durante le varie fasi della valutazione, di tutti i gruppi di interesse.

Un volta individuato il leader, necessario per coordinare il team e garantire la coerenza di tutto il processo di valutazione, le fasi pratiche della valutazione guideranno la selezione degli altri membri della squadra, ad esempio:

- la descrizione del programma dovrebbe essere svolta da coloro che ne hanno effettivamente compreso la storia, lo scopo, l'operatività;
- coloro che hanno capacità diplomatiche e sono in contatto con altre reti di relazioni possono "agganciare" destinatari utili e mantenere la continuità del percorso;
- quelli che hanno abilità come facilitatori del lavoro di gruppo possono lavorare a stretto contatto con gli utenti della valutazione per migliorare definizione del programma e del modello logico sottostante;
- i decisori possono contribuire ad incentrare il piano di valutazione su aspetti che interessano specifici utenti e portino a specifici usi. Essi possono inoltre stabilire la logistica della valutazione: il campo di azione, la tempistica, la data di consegna dei risultati, ecc.;
- i ricercatori possono apportare *expertise*, metodi e strategie, possono contribuire ad analizzare il modo in cui un programma opera nel suo contesto di organizzazione e comunità;
- persone "super partes" che non hanno un diretto interesse nella valutazione possono fungere da garanti che i valori dei partecipanti siano rispettati quando si applicano gli standard, si interpretano i fatti, si raggiungono e si giustificano le conclusioni.

Secondo questo approccio, tutte le organizzazioni, anche quelle che sarebbero in grado di formare al proprio interno il team della valutazione, dovrebbero ricercare nella comunità partner con cui collaborare alla valutazione, al fine di aumentare la possibilità di condurre una valutazione credibile, realmente utile e utilizzabile, attenta alle diverse esigenze, caratteristiche, valori di tutti gli attori coinvolti nel programma.

Pertanto, la scelta migliore quando si stabilisce chi condurrà la valutazione, consiste nel combinare nel team di valutazione personale interno ed esterno al programma. Infatti una valutazione esclusivamente esterna presenta il vantaggio di una maggiore familiarità e quindi una maggiore capacità di controllo sul programma nonché costi generalmente più contenuti, ma di contro può rivelarsi meno obiettiva e richiedere un grande investimento di tempo e risorse umane interne che spesso non dispongono di competenze e professionalità adeguate. Al contrario, l'utilizzo di valutatori esterni può risultare maggiormente oneroso ma più vantag-

gioso in termini di imparzialità, trasferimento di conoscenze e abilità, crescita culturale dello staff interno.

Una volta costituito, il team della valutazione dovrebbe definire chiaramente le responsabilità ed i ruoli reciproci, preferibilmente attraverso un accordo scritto in cui siano fissati: lo scopo della valutazione; i potenziali utenti ed il piano di comunicazione e divulgazione dei risultati; il disegno, la tempistica, le risorse, le tutele per i soggetti coinvolti.

## Costruire il piano di valutazione

Per un approfondimento, anche attraverso esempi pratici relativi ad un programma di controllo del tabagismo, delle singole fasi del framework si rimanda alla presentazione in Power Point. Nel seguito si tenterà di sintetizzare il percorso a fasi prima descritto in alcune operazioni basilari e in una “checklist” per la definizione di un piano di valutazione.

Va premesso che, oltre ad avere uno specifico obiettivo ed utilizzo, la valutazione deve riflettere la fase di sviluppo in cui il programma si trova. Ad esempio, la valutazione di processo e quella di esito corrispondono a diversi stadi di avanzamento e richiedono quindi diversi disegni, metodologie, tipologie di dati.

Come già detto, in sanità pubblica, particolare rilievo assume la valutazione di processo, volta essenzialmente a monitorare il progresso del programma verso il raggiungimento degli obiettivi.

Preliminare a tale valutazione è quindi la definizione del traguardo che si vuole raggiungere e delle tappe necessarie per la sua realizzazione. Strumentale alla valutazione di processo è la raccolta di dati che fungano da *baseline* cioè definiscano la situazione di partenza rispetto alla quale viene pianificato e valutato in itinere il programma.

Indipendentemente dal tipo di valutazione, la definizione di un piano di valutazione aumenta la qualità della valutazione, in quanto: assicura che tutti gli aspetti della valutazione siano correttamente indirizzati, mette a fuoco le implicazioni della valutazione, consente ai portatori di interesse di partecipare e sostenere il processo di valutazione, contribuisce ad affinare e rafforzare il programma.

Idealmente il piano di valutazione dovrebbe essere definito all’inizio del programma, ma può essere elaborato in qualsiasi momento, e comunque dovrebbe essere pensato come un documento dinamico, che si evolve insieme al programma riflettendone i cambiamenti e fornendo informazioni, man mano che sono disponibili, su cosa funziona e cosa invece necessita di un miglioramento.

Un buon piano di valutazione dovrebbe includere: gli obiettivi e le domande della valutazione, le fonti dei dati, i metodi utilizzati, le persone che svolgeranno ciascuna delle attività, gli utilizzi ed il piano di comunicazione e diffusione dei risultati.

Le tappe fondamentali nella costruzione del piano di valutazione sono di seguito elencate.

### 1. Definire lo scopo della valutazione

Le valutazioni di sanità pubblica hanno 3 propositi generali:

- migliorare il programma. Le valutazioni fatte con questo proposito sono quelle di *processo*, finalizzate cioè a verificare “quanto bene” è stato implementato il programma. Esse vengono condotte periodicamente durante lo svolgimento del programma e hanno per oggetto tutte le componenti del programma stesso, cioè le attività messe in campo, le persone che svolgono tali attività e gli *output* che vengono prodotti attraverso le attività. L’obiettivo è dunque quello di valutare se le risorse sono state ben allocate, se le attività realizzate non si discostano da quelle pianificate e di identificare punti di forza e di debolezza e aree che necessitano di un miglioramento.
- Valutare l’efficacia del programma. Le valutazioni fatte con questo proposito sono quelle di *outcome* che considerano cioè il rapporto tra le attività messe in campo e gli effetti osservati, ossia misurano quanto è efficace il programma nel raggiungimento degli obiettivi di breve, medio e lungo termine. Questo tipo di valutazione può essere condotta solo quando il programma è maturo abbastanza da poter determinare l’esito atteso.
- Dimostrare l’uso produttivo delle risorse. I responsabili di un programma di sanità pubblica sono tenuti a rendicontare ai vari “stakeholders” anche riguardo all’uso delle risorse impiegate nel programma. I risultati della valutazione possono dunque contribuire a dimostrare che il programma sta funzionando in linea a quanto previsto, sta raggiungendo, senza sprechi di risorse, gli obiettivi fissati e i cambiamenti attesi.

## 2. Definire gli utenti della valutazione

Al team della valutazione spetta il compito di individuare gli utenti della valutazione cioè coloro che utilizzeranno i risultati e che quindi dovrebbero avere da subito l'opportunità di prendere parte al processo di valutazione. L'*approccio partecipativo* è una forma di garanzia verso la validità e la credibilità della valutazione: l'esclusione degli utenti implica infatti il rischio che alcune fasi importanti della valutazioni siano trascurate, che i suoi risultati vengano ignorati o il loro utilizzo ostacolato, perché la valutazione non tiene conto degli interessi e dei valori dei destinatari.

La partecipazione degli utenti è pertanto necessaria per mettere in chiaro quale uso si vuole fare dei risultati, stabilire un ordine di priorità dei problemi e dei metodi e impedire che la valutazione sia fuorviata o diventi irrilevante.

## 3. Definire gli usi della valutazione

Gli usi sono i modi specifici in cui saranno applicate le informazioni generate dalla valutazione. Essi dipendono strettamente dall'obiettivo e dagli utenti della valutazione. Pertanto gli usi dovrebbero essere pianificati e ordinati per priorità, con il contributo degli utenti e con riguardo allo stadio di sviluppo, cioè al livello di maturazione del programma e al contesto in cui si colloca. Tutti gli usi devono essere collegati ad uno o più utenti specifici.

## 4. Definire le domande della valutazione

Sono le domande a cui la valutazione intende dare risposta, e devono essere discusse e concordate tra i vari gruppi di interesse insieme al team di valutazione. Esse stabiliscono i confini della valutazione, definendo quali aspetti del programma ne saranno oggetto. Dopo avere identificato gli utenti, occorre dunque stabilire cosa è per loro importante conoscere e con quale priorità e, conseguentemente, definire domande coerenti con i loro bisogni informativi. Decisioni chiare circa i quesiti e le corrispondenti unità di analisi della valutazione guidano la scelta del metodo di raccolta delle "prove", nelle successive fasi della valutazione.

## 5. Definire il disegno ed i metodi della valutazione

I metodi per la valutazione sono forniti dalla metodologia per la ricerca scientifica, in particolare dall'insieme di metodi elaborati dalle scienze sociali, comportamentali, sanitarie. Una classificazione dei tipi di disegno include *modelli sperimentali, quasi sperimentali e osservazionali*. L'appropriatezza di un modello dipende dalla sua capacità di tararsi sul programma e di rispondere alle domande degli utenti. La scelta del disegno è cruciale perché influenza quella delle procedure e dei metodi di misurazione, e più in generale orienta il modo in cui opererà la valutazione (in quale misura i partecipanti al programma verranno coinvolti, quali strumenti di raccolta, analisi, sintesi delle informazioni saranno applicati, che tipo di conclusioni verranno tratte, ecc.). Per tale motivo, la partecipazione di più attori alla scelta del disegno aumenta l'utilità e l'appropriatezza del disegno stesso.

Poiché ogni tipologia di disegno implica specifici tipi di bias, le valutazioni che utilizzano metodi diversi sono generalmente più efficaci. Ovviamente, nel corso di una valutazione potrebbe essere necessario rivedere o modificare il disegno; inoltre possono mutare le circostanze che rendono credibile e utile un certo tipo di approccio. Ad esempio, l'uso che si prevede fare della valutazione può slittare dal migliorare l'operatività corrente del programma a decidere se è il caso di estendere il programma ad un nuovo target di destinatari. In tal senso, il cambiamento della condizioni può richiedere la modifica o la riprogettazione iterativa dei metodi, per tenere la valutazione sul giusto binario.

Quanto finora detto può essere tradotto in una breve checklist per la valutazione, che include i seguenti punti:

- *individuare un buon coordinatore della valutazione*
  - interno o esterno all'organizzazione, meglio una combinazione dei interni ed esterni;
- *descrivere cosa deve essere valutato*

- utilizzare il modello logico per la descrizione del programma
- *identificare l persone che sono interessate ai risultati della valutazione*
  - coloro che sono coinvolti nella pianificazione strategica
  - coloro che sono coinvolti nella implementazione
  - coloro che sono interessati al programma (finanziatori, decisori, committenti, sponsor, comunità, ecc.)
- *sviluppare un sistema di raccolta delle informazioni*
  - utilizzare i sistemi di sorveglianza e di indagine esistenti
  - implementare una nuova indagine, un sistema ad hoc
- *elaborare, sintetizzare, interpretare le informazioni*
  - assemblare professionalità ed expertise necessarie per leggere le informazioni secondo la duplice prospettiva della ricerca intesa come produzione di conoscenza e della programmazione operativa e implementazione degli interventi;
- *condividere la conoscenza*
  - report annuali,
  - stampa, media;
  - newsletter, siti web
  - incontri, workshop che coinvolgano i vari i gruppi di interesse
  - ...

## Conclusioni

La valutazione in sanità pubblica costituisce un punto di forza ed una guida indispensabile per la pianificazione e realizzazione di strategie e programmi efficaci. Sebbene siano infatti molteplici i fattori che concorrono a determinare il successo di un intervento, una buona valutazione, che derivi da una buona progettazione, dall'uso dell'evidence, e da un approccio partecipativo, in cui tutti gli attori coinvolti ne traggono un beneficio in termini di conoscenza, esperienza e cambiamento, è senza dubbio un prerequisito di programmi realizzabili e utili. Se sostenuti da un piano di comunicazione efficace, i risultati della valutazione impattano fortemente sui processi decisionali a più livelli; a tal fine occorre però adottare ed applicare un orientamento pratico in tutte le fasi della valutazione.

Il framework cioè la cornice concettuale disegnata dal CDC di Atlanta nasce da una sintesi di pratiche di valutazioni esistenti e traccia un percorso basato su fasi e standard praticabili nel contesto della sanità pubblica. Poiché il framework, per sua natura, ha un alto grado di generalizzazione, esso fornisce una guida, non esente da criticità, per la pianificazione e lo svolgimento di programmi di valutazione, che ha però il vantaggio di incoraggiare l'idea di una valutazione non scindibile dalle operazioni routinarie di gestione e consolidamento degli interventi di sanità pubblica.

## Bibliografia essenziale

- Center for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. *Introduction to Program Evaluation for Comprehensive Tobacco Control Programs, November 2001.*
- Ovretveit John. *Valutazione degli interventi in sanità.* Centro Scientifico Editore, 2000.

# La valutazione di impatto degli interventi di Sanità Pubblica<sup>1</sup>

## Commento

A conclusione di questa sessione dedicata in modo specifico ai ruoli e alla metodologia di lavoro dei managers regionali, il corposo contributo scientifico di Fabrizio Faggiano fornisce una lettura e chiave di accesso specialistica alla valutazione di impatto degli interventi di Sanità Pubblica, definita come **la possibilità e capacità di scelta di un intervento sulla base delle evidenze disponibili relativamente alla sua efficacia**.

Lo studio del capitolo consentirà al pianificatore regionale di approfondire la conoscenza del linguaggio tecnico della valutazione (egregiamente introdotta dalla relazione di Stefania Vasselli), di fare chiarezza su alcune differenze semantiche fondamentali per impostare uno studio rigoroso e sostenibile ma, soprattutto, di acquisire esempi di valutazione d'impatto applicate a settori diversi.

Rispetto alle connessioni con altri aspetti della guida, credo valga la pena segnalare che talune indicazioni fornite dall'autore, per esempio: "acquisire informazioni sugli aspetti nocivi del fumo non comporta una minore propensione dell'adolescente a cominciare a fumare, trovano una conferma speculare dalle relazioni sul concetto di **dipendenza** analizzato da Bosi e Forza.

Se l'abitudine all'uso della sigaretta alimentato e mantenuto cronicamente nel tempo dalle azioni neurobiologiche della nicotina, influenza aspetti affettivi, motivazionali e cognitivi, non posso aspettarmi che un qualsiasi intervento ( di prevenzione o di cura del tabagismo) che non sia in grado di interferire e modificare ognuno dei tre livelli, resta un intervento mal costruito anche teoricamente.

Ho ritenuto opportuno inserire questa precisazione conclusiva perchè talvolta si ha l'impressione che molti errori di procedura o di individuazione di piani/programmi e progetti siano connessi ad una insufficiente cognizione di causa e ad una inadeguata conoscenza e valutazione preliminare di quali siano gli aspetti determinanti l'essenza di una problematica.

## Relazione

**Autori: Fabrizio Faggiano e Elena Gelormino**

*Università del Piemonte Orientale e Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte*

## Premessa

La valutazione dell'impatto di un intervento di sanità pubblica è una tappa critica del processo che conduce alla risoluzione di un problema di salute. Essa permette di scegliere un intervento sulla base delle evidenze disponibili relativamente alla sua efficacia, tenendo conto dei punti di vista dei diversi attori coinvolti nel processo. Si tratta della tappa che segue la quantificazione e descrizione del problema e l'identificazione dei fattori di rischio interessati.

Pare oggi particolarmente importante approfondire questa metodologia; la scelta di un intervento di prevenzione avviene sovente ancora sulla base delle sole considerazioni teoriche. Ne sono esempio le campagne di comunicazione sanitaria che vengono condotte sulla base della speranza semplicistica che la conoscenza dei rischi induca automaticamente un atteggiamento di prevenzione. Questo tipo di attività, diffusa per numerosi fattori di rischio, è risultata sostanzialmente inefficace in numerosi campi come quello dell'iniziazione del fumo (Thomas, 2002) e delle droghe (Faggiano, 2005). Certo non sono eccezionali i casi di buon uso dei risultati della ricerca per scegliere interventi, come nel caso delle *policy* e dei programmi di screening oncologico sviluppati negli anni recenti come conseguenza della disponibilità di prove scientifiche di efficacia (vd

<sup>1</sup> Tratto da: Faggiano F, Gerlormino E. Gli studi per la valutazione di impatto degli interventi di Sanità Pubblica. In: Faggiano F, Donato F, Barbone F. Applicazioni di Epidemiologia per la Sanità Pubblica. Centro Scientifico Editore. Torino, 2006

linee guida della Commissione Oncologica Nazionale, Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20.02.96), o in quello delle campagne vaccinali.

Per contro molte attività di prevenzione, comprese quelle più tradizionali quali il LISA (libretto di idoneità sanitaria per alimentaristi), hanno basi scientifiche insufficienti (Baldasseroni 2003), nonostante siano addirittura normate da leggi o regolamenti (nel caso del LISA dalla L. 283/62 del 1962).

In questi anni si è andata consolidando però la convinzione della necessità di effettuare una valutazione di impatto sulla salute di tutte le politiche, non solo di quelle sanitarie (Ritsatakis, 2000); fin dal trattato di Amsterdam, l'Unione Europea ha deliberato che "un alto livello di protezione della salute umana sarà assicurato nella definizione ed implementazione di tutte le politiche (*policies*) e attività" e si è impegnata nella valutazione delle proposte di intervento per la loro assenza di impatto negativo sulla salute (*Commission of the European Communities*, 1995).

Questi pochi cenni permettono di sostenere che il concetto di valutazione di impatto per la salute fa parte del core della sanità pubblica. Le sue procedure sono oggi formalizzate nell'espressione *Health Impact Assessment* (HIA), o Valutazione dell'Impatto sulla Salute (VIS), e affondano le radici nelle teorie e nei metodi della valutazione di efficacia pratica, mutuando una parte importante dell'armamentario strumentale dalla valutazione di impatto ambientale e da altre forme di valutazione dei rischi (Mindell 2003). In questi ultimi anni però la Valutazione di Impatto sulla Salute si è via via differenziata dalle sue origini, per acquisire una sua propria autonomia, riconoscibilità e definizione indipendenti (Box 6.1).

## L'Health Impact Assessment (HIA)

L'HIA è una procedura multidisciplinare complessa che associa alla valutazione quantitativa la consultazione di esperti e della popolazione interessata, per permettere ai decision-makers di prendere decisioni informate e di massimizzare l'impatto positivo degli interventi, minimizzando nel contempo quello negativo (Krieger 2003). Essa si compone di sei fasi (vedi Box 6.1): lo *screening* degli interventi da sottoporre alla procedura, lo *scoping*, cioè la definizione dell'ambizione della stessa, la valutazione vera e propria, e le fasi relative alla stesura del *report*, al suo utilizzo da parte del *policy-maker* e quindi la fase di valutazione.

Le definizioni date dagli autori che maggiormente hanno contribuito al suo sviluppo sottolineano alcuni aspetti essenziali della fase di valutazione dell'HIA: deve produrre predizioni dell'impatto delle politiche (Krieger 2003), attraverso misure robuste, e studi epidemiologici effettuati sulle popolazioni appropriate (Mindell 2001), usando indicatori corretti, quali i rischi attribuibili e la stima numerica dei soggetti su cui l'intervento produrrà specifici esiti di salute, e deve inoltre essere sviluppata sia prospettivamente che retrospettivamente (Lock 2000). Eppure su alcuni punti il modello non appare adeguatamente consolidato: in particolare, vi è ancora una ampia variabilità di opinioni su come debba essere operativamente condotta la valutazione, e molti pareri sembrano orientare l'HIA verso un modello molto teorico e poco influenzato dalle metodologie che recentemente la Evidence-based Medicine (EBM) ha sviluppato.

Un primo indizio di questa tendenza sta nel considerare come HIA solo la valutazione che viene effettuata prima della messa in opera dell'intervento o della politica, con il fine di scegliere l'intervento. Mindell (2004) e Parry (2001) per esempio si limitano a discutere le modalità di utilizzo dei risultati di studi già effettuati, seppure il primo cita la possibilità di studi *ad hoc* (e quindi necessariamente a posteriori), mentre il Gothenburg Consensus Paper (European Centre for Health Policy 1999) non ne fa cenno affatto. Appare un disinteresse verso le metodologie di stima dell'impatto degli interventi sulla salute, che pure sono un aspetto cruciale e non eludibile di un corretto processo di HIA.

Il secondo indizio sta nell'attenzione alla validità scientifica dei risultati della procedura. Nonostante molti autori concordino nel sottolineare l'importanza della validità dei dati prodotti dal processo di valutazione di impatto (Mindell 2001, Krieger 2003), altri ritengono necessario un bilanciamento fra i metodi che richiedono più rigore e investimento di risorse, e quelli che possono essere usati "*easily and cheaply*" (Lock, 2000). Nonostante vi siano opinioni diverse sulla consistenza e affidabilità delle stime di HIA, qualche autore (Joffe 2003) sostiene, che debbano avere almeno qualche grado di ripetibilità. Queste riflessioni piuttosto scettiche sulla necessità di rigore scientifico nelle procedure di HIA, peraltro molto recenti e non concluse, hanno costituito la base metodologica su cui poggiano le raccomandazioni più recenti (Mindell 2003b), che richiamano direttamente il Gothenburg Consensus Paper. In particolare viene raccomandata la scelta fra tre differenti livelli di appraisal (Mindell 2003b, Parry 2001), definiti sulla base del tempo a disposizione e della urgenza della valutazione:



- *rapid appraisal* (chiamato anche *mini-HIA*), caratterizzato dall'uso delle informazioni ed evidenze scientifiche già disponibili presso l'agenzia che effettua l'*assessment* o comunque facilmente recuperabili;
- *standard HIA*, caratterizzato da una revisione limitata, non sistematica, della letteratura scientifica, però con una quantificazione dell'impatto;
- *comprehensive appraisal* (chiamato anche *maxi-HIA*), che prevede una revisione sistematica della letteratura, la raccolta di nuovi dati, in particolare la valutazione di esperienze simili e, come citato da Mindell (2003b), eventualmente un *concurrent HIA*, cioè il disegno di uno studio di valutazione dell'impatto dell'intervento in analisi.

I prodotti dei tre livelli di revisione raccomandati dai documenti citati saranno però caratterizzati da una validità scientifica molto differente; una revisione della evidenza di efficacia limitata alle informazioni già disponibili e, più in generale, a revisioni non sistematiche, comporta un elevato rischio di bias (Sterne 2001), in particolare di *publication bias* (Egger 1997), e produrrà stime distorte di HIA.

Né l'urgenza di una valutazione né considerazioni relative al bilancio fra rischi e benefici possono giustificare l'uso di informazioni distorte nella Valutazione di Impatto per la Salute di interventi. Nelle situazioni in cui, a seguito dello screening raccomandato dal Gothenburg Consensus Paper, si ritiene opportuno procedere ad una valutazione di HIA, le procedure da realizzare sono quelle che assicurano il massimo di validità alla revisione e alla sintesi delle evidenze di efficacia, come suggerito dalle metodologie sviluppate in anni recenti dalla *Evidence-based Medicine* (Jadad 1998). Per una discussione più approfondita, vedi anche (D'Amico 2005).

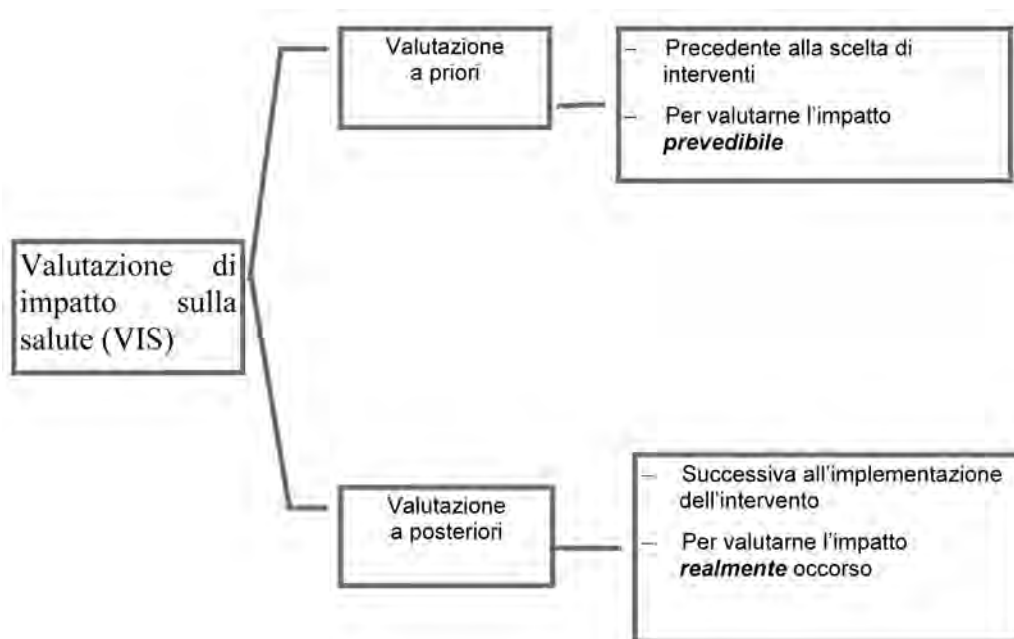
## Gli sviluppi dell'Health Impact Assessment (HIA)

Considerando che l'HIA è una disciplina recente, sulla base dell'analisi dei punti critici delle recenti tendenze di questa procedura, è possibile, e auspicabile, prevedere una sua evoluzione lungo due assi principali:

- da un lato una più rigorosa definizione delle procedure di revisione della letteratura scientifica per la produzione di *report* e di raccomandazioni che soddisfino i criteri più avanzati di validità scientifica. Questo percorso evolutivo è già stata affrontato da un parente stretto dall'HIA, l'Environmental Health Impact Assessment, nell'ambito del quale l'OMS ha prodotto un documento di linee guida sulla valutazione e uso delle evidenze epidemiologiche ai fini di valutazione di impatto (WHO Working Group 2000). Questa parte dell'HIA può attingere al bagaglio metodologico già costruito in ambito di Evidence based Public Health (Muir Gray 1999): Spasoff (1999) per esempio dedica un ampio capitolo alla valutazione di interventi, che si configura come lo sviluppo ragionato degli stimoli del testo di Muir Gray;
- dall'altro lato lo sviluppo dei metodi di valutazione *ex-post*, che mirino a valutare l'impatto di interventi già effettuati, o in corso di applicazione. Questo braccio della HIA è spesso presente nei documenti metodologici fondanti dell'HIA. Krieger (2003), per esempio, cita esplicitamente la valutazione concorrente e prospettica a fianco di quella retrospettiva, seppure alla prima dedichi una attenzione minima e nessuno sforzo di sviluppo metodologico. Eppure a questo scopo sarebbe possibile attingere al ricco bagaglio metodologico dell'EBM: Brownson (2003) dedica un testo intero alla Evidence-based Public Health, per discutere delle metodologie di valutazione di impatto di interventi e politiche, mentre il testo di Spasoff (1999) presenta un panorama dettagliato delle metodologie epidemiologiche applicate alla valutazione di *policy*.

Date queste premesse, in questo testo viene proposta una ridefinizione della disciplina che, pur mantenendo gli stessi obiettivi e le stesse caratteristiche generali (multidisciplinarietà, consultazioni della popolazione e dei policy-makers etc), preveda lo sviluppo di due differenti ambiti di specializzazione (vd figura 1) che troverebbero una loro collocazione in due distinti momenti del processo della sanità pubblica:

**Figura 1 - Ambiti di specializzazione possibili dell'Health Impact Assessment**



*La Valutazione a priori di Impatto per la salute (a priori HIA)*

Questa valutazione si compie nella fase di scelta dell'intervento per la soluzione di un problema ed è mirata a stimare il potenziale impatto, sia in termini di danni che di benefici, di un progetto, di un programma o di una politica sulla base degli studi di valutazione condotti fino a quel momento. Essa si richiama direttamente ai principi della *Evidence-based Medicine* (*Evidence-Based Medicine Working Group*, 1992), si sviluppa in un processo che dalla definizione del quesito di ricerca arriva alla scelta dell'intervento sulla base delle sue caratteristiche di efficacia (o di costo/efficacia, dimensione però non affrontata in questo capitolo). Presupposto di questa fase è la disponibilità di risultati di studi di efficacia (o di HIA *a posteriori*) condotti in precedenza.

*La Valutazione a posteriori di Impatto sulla salute (a posteriori HIA)*

Questa rappresenta la fine della spirale della progettazione di un intervento sanitario e mira alla valutazione dell'impatto sulla salute di un progetto, programma o politica già compiuti. Questa operazione di valutazione ha in realtà due valenze differenti a seconda delle sue premesse:

**Valutazione di processo:** qualora l'intervento scelto abbia una solida base di prove di efficacia, la valutazione che deve essere effettuata si può limitare ad una valutazione di qualità. Si tratta, cioè, di documentare, attraverso indicatori adeguati, che l'intervento effettuato è simile a quello di riferimento, o standard, (per esempio la copertura vaccinale raccomandata è stata raggiunta), mentre non è necessaria una valutazione formale della efficacia, cioè del suo impatto sulla salute.

**Valutazione di efficacia:** qualora un progetto, programma o politica non fosse mai stata oggetto di valutazioni di efficacia, o nel caso in cui le prove accumulate non fossero sufficienti, è essenziale condurre una valutazione formale del suo impatto sulla salute. Questo per almeno due motivi: il primo è per assicurarsi che l'intervento sia efficace, o che perlomeno non sia dannoso, il secondo è per diffondere i dati sulla efficacia attraverso i canali della letteratura scientifica e permettere quindi a tutta la comunità professionale poterne usufruire per la progettazione di interventi mirati a risolvere lo stesso problema di salute. Per un confronto delle definizioni dei termini che vengono utilizzati a proposito di valutazione, vedi Box 6.2.

## Obiettivi e struttura del capitolo

E' compito dell'epidemiologia fornire strumenti e metodi per la valutazione di impatto sulla salute, oltre che favorire l'uso delle valutazioni già effettuate (*Evidence Based Prevention*), ed è quindi uno strumento essenziale di ambedue le tipologie di VIS sopra definite. Questo capitolo ha l'obiettivo di presentare in forma organica le metodologie epidemiologiche utili alla misura dell'impatto sulla salute di progetti, programmi o politiche. Più in generale verranno discussi i problemi metodologici associati con la valutazione degli effetti sulla salute di interventi effettuati a livello di popolazione, mentre non verranno discussi gli altri contenuti

metodologici della HIA, né quelli che sono premessa alla valutazione vera e propria (lo *screening* delle proposte e lo *scoping* dello schema riportato nel Box 6.1) né quelli che ad essa seguono (la produzione di *report* e raccomandazioni). Qualche accenno verrà dedicato alla valutazione di politiche non sanitarie, nella ipotesi che le metodologie sviluppate nell'ambito sanitario possano essere trasferibili in quello non sanitario. Obiettivo specifici del testo è fornire elementi di metodo per il disegno di studi di valutazione di impatto di pratiche, interventi e politiche (valutazione *a posteriori*).

La HIA può essere applicata ai tre principali livelli in cui può organizzarsi un intervento: il progetto, il programma e la politiche per la salute (vd Box 6.3). Questi livelli riconoscono delle differenze sostanziali sia in termini di complessità, che di area o popolazione che coinvolgono. In particolare la politica presenta un vincolo ineluttabile che ha conseguenze dirette sul metodo di misura dell'impatto, l'essere cioè estesa per definizione a tutta la popolazione target. L'approccio metodologico è quindi differente per le diverse tipologie di intervento, e si riflette nei paragrafi che seguono, organizzati in tre parti distinte per progetti, programmi e politiche.

## Metodi per la valutazione di impatto per la salute di interventi: a posteriori

In questo paragrafo verranno discussi i metodi epidemiologici utili alla valutazione di impatto di interventi. L'elaborazione teorica e metodologica della valutazione di impatto sulla salute prende origini dal lavoro in campo sociale di Campbell e coll.. Il loro lavoro può essere sintetizzato dalla tabella 1, (tratta da *Campbell, Stanley. Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research. Rand McNally, Chicago 1966*), riportata da Spasoff (1999), che distingue gli studi in *pre-sperimentali*, *sperimentali* e *quasi sperimentali*.

Disegno	Layout	Fattibilità	Validità interna	Validità esterna
<b>Disegni non sperimentali</b>				
Studio di un caso (one shot case study)	XO	alta	bassa	moderata
Prima-dopo senza gruppo di controllo - (one group pretest-posttest)	OXO	moderata-alta	bassa	bassa
Confronto con gruppo statico (static group comparison)	XO O	moderata	bassa	moderata
<b>Veri disegni sperimentali</b>				
Randomizzato e controllato con pretest (pretest-posttest control group)	R OXO R O O	bassa	alta	bassa
Randomizzato e controllato senza pretest (posttest-only control group)	R XO R O	bassa	alta	moderata
<b>Quasi-experimental study</b>				
Studio di coorte (non equivalent control group)	OXO O O	moderata	moderata	bassa
Serie temporali interrotte (interrupted time series)	OOXOO	moderata-alta	moderata	bassa
Serie temporali interrotte multiple (multiple time series)	OOXOO OO OO	moderata	alta	bassa
Prima-dopo multipli (multiple groups pretest-posttest)	OXO OXO OXO	moderata-alta	moderata-alta	bassa
Regression discontinuità	C OXO C O O	moderata	moderata-alta	moderata

**Tabella 1 - Disegni di ricerca proposti da Campbell e coll per la valutazione degli interventi medici (Spasoff 1999), modificato. La denominazione dello studio è di Spasoff; tra parentesi quella originale di Campbell.**

Legenda: O=osservazione; X=intervento; R= randomizzazione; C= allocazione a partire da un livello di gravità; la linea identifica l'assenza di randomizzazione. Possono esservi varie combinazioni; ad esempio, la sequenza OXO indica una prima osservazione (pre), seguita dall'intervento e quindi da una seconda osservazione (post).

Seppure i giudizi di fattibilità e validità possono non essere totalmente attuali (per esempio per validità esterna gli autori intendono la misura della compromissione delle condizioni di origine da parte della conduzione dello studio, motivo per cui la presenza di un *pretest* riduce la validità esterna di un RCT), l'assetto metodologico appare ancora condivisibile. Il giudizio sulla validità interna del disegno è invece coerente con quella moderna: per il *case report* (*one shot case study* - XO - cioè intervento seguito dall'osservazione), è bassa mentre è alta per gli studi randomizzati.

Tra l'altro, come fa notare Spasoff (1999), il modello di *regression discontinuity* dovrebbe essere rivalutato negli interventi socio-sanitari, soprattutto per le sue caratteristiche di eticità. Si tratta di ordinare una popolazione di individui (o anche di cluster) secondo un indicatore di gravità e assegnare l'intervento ai soggetti più gravi. La valutazione verrà effettuata misurando la discontinuità della retta di regressione nel gruppo trattato rispetto a quello non trattato.

## Valutazione di impatto di progetti

Per progetto si intende un intervento semplice, che non richiede una programmazione su base territoriale o di popolazione, e che mira a risolvere o a prevenire un problema di salute a livello di aree geografiche o di popolazioni ristrette (vd Box 6.3): si tratta di una azione per impedire che si avveri un danno per la salute in condizioni di esposizione particolare, oppure per aumentare il livello di protezione individuale.

Gli interventi di prevenzione primaria meritano un approfondimento specifico. Essi mirano alla "protezione della salute attraverso sforzi personali o comunitari, quali il miglioramento dello status nutrizionale, l'immunizzazione contro le malattie trasmissibili e l'eliminazione dei rischi ambientali" (Last 2001). A partire da questa definizione, tali interventi potrebbero quindi essere classificati come: i) interventi di riduzione dei rischi ambientali; ii) interventi di promozione di comportamenti protettivi per la salute; iii) interventi di aumento delle difese della comunità.

La catena causale su cui pretende di agire un intervento di prevenzione è complessa (box 6.4): è essenziale che alla base di ogni intervento di prevenzione vi sia una ben consolidata relazione causale in cui coesistano la relazione certa fra il fattore di rischio e il problema di salute che si vuole prevenire, e quella fra l'intervento e il fattore di rischio. In alcuni casi tale relazione può aumentare in complessità. Il fumo di tabacco infatti è un fattore di rischio del tumore del polmone, e la sua eliminazione avrebbe come conseguenza la prevenzione di oltre l'80% dei tumori polmonari a livello mondiale (Peto 2000). Non trattandosi però di una causa rimovibile per via normativa, come per esempio il piombo nella benzina, è necessario mirare gli interventi sui fattori che determinano l'inizio dell'abitudine al fumo da parte della popolazione. Si aggiunge quindi un fattore di complessità alla catena vista nel Box 6.4: i fattori che determinano il consumo di tabacco. Affinché un intervento sia efficace devono quindi coesistere, oltre alla relazione fra fumo e tumore del polmone, anche quella fra questo fattore e, da un lato, l'intervento di prevenzione, dall'altro l'uso di sigarette.

Questa complessità caratterizza molti altri interventi, quali quelli volti al cambiamento di abitudini alimentari, dell'esercizio fisico, del consumo di alcool e di droghe. Questo fattore di complessità rende cruciale la scelta dell'*outcome* su cui valutare l'intervento stesso. Gli *outcome* più appropriati per la misura dell'efficacia di un intervento di prevenzione sono quelli *primari*, cioè direttamente legati all'obiettivo dell'intervento stesso. Per esempio l'efficacia di una campagna di promozione dell'uso delle cinture di sicurezza in automobile dovrebbe essere misurata sulla riduzione degli incidenti mortali o delle lesioni gravi in caso di incidente (*outcomes* primari) anziché sulla prevalenza di uso delle cinture. L'uso della cintura di sicurezza rappresenta, in questo esempio, un *outcome* intermedio, detto anche secondario o surrogato, e misura il raggiungimento di una tappa intermedia della catena causale fra l'intervento e l'esito finale.

In molte situazioni però l'*outcome* intermedio rappresenta il miglior *proxy* dell'*outcome* finale; questo avviene nei casi in cui vi sia una consolidata relazione fra fattore causale e malattia, e una reale difficoltà a misurare l'*outcome* finale. Se è vero, per esempio, che un obiettivo di un programma di prevenzione del fumo di tabacco è la riduzione dell'incidenza del tumore del polmone, a causa della sua lunga latenza la sua misura richiederebbe più di un decennio, rendendo tale rilevazione praticamente impossibile. Siccome però l'associazione fra tumore del polmone e fumo di tabacco è ormai un dato scientificamente solido, la riduzione di prevalenza dei fumatori rappresenta un *proxy* accettabile di efficacia. I programmi di prevenzione del fumo di tabacco ci offrono anche un esempio di uso scorretto di un *outcome* intermedio: sovente questi interventi mirano alla trasmissione delle conoscenze sui rischi del fumo, e misurano l'aumento di tali conoscenze. In realtà si è visto che non c'è alcuna relazione fra livello di conoscenze sul fumo di tabacco e la probabilità di iniziare

a fumare, tanto che questi interventi per lo più mostrano un aumento nel livello di conoscenze, ma nessun impatto sul consumo di sigaretta, che potrebbe rappresentare un *outcome* finale adeguato.

La scelta di *outcome* primari è raccomandata negli studi di valutazione di impatto (Naylor 1996; Guyatt 1993); infatti, sono numerosi in sanità pubblica gli esempi di interventi in grado di agire sugli elementi intermedi della catena causale senza modificare quelli finali, come nel caso dello screening per il cancro della prostata, in cui la diffusione della determinazione del PSA in alcune aree degli USA ha portato ad un aumento dell'identificazione dei tumori della prostata, senza modificarne la mortalità, (Lu-Yao 2002). Considerazioni statistiche raccomandano poi la scelta di *outcome* "hard" al posto di quelli "soft". Si tratta cioè, quando possibile, di scegliere gli *outcomes* la cui misura sia meno soggetta ad imprecisione: per esempio, rispetto alla autodichiarazione di consumo di sigarette, la misura della cotinina urinaria o salivare è un indicatore oggettivo e dotato di buona ripetibilità; la autodichiarazione di malattia è meno affidabile rispetto ad una diagnosi basata su un dato oggettivo, come una misura strumentale.

Il modello di studio appropriato per la valutazione di impatto di progetti è determinato dalle caratteristiche dell'intervento: a) se esso può essere somministrato a livello individuale o solo collettivo; b) se è possibile identificare una popolazione di soggetti non esposti dalle caratteristiche omogenee a quelle dei soggetti esposti (gruppo di controllo); e c) se l'intervento può essere assegnato in modo *casuale*. Solo la compresenza di queste caratteristiche rende realizzabile uno studio randomizzato e controllato (RCT).

## Studi randomizzati e controllati (*Randomised controlled trials*) per la valutazione di progetti

Per la valutazione di impatto di progetti che prevedono interventi a livello individuale sono praticabili modelli di studio metodologicamente robusti in grado di controllare efficacemente il confondimento, attraverso la randomizzazione dell'intervento a livello individuale, e di misurare gli esiti a livello individuale. Un esempio di tale approccio è rappresentato dagli studi sull'efficacia della vaccinazione (Box 6.5). Questi studi si avvicinano, come disegno dell'osservazione, a quelli classici di valutazione di trattamenti (Barbone 2005). Infatti la randomizzazione e la valutazione degli esiti avvengono su base individuale, e il *bias* di osservazione può essere controllato mascherando tutte le fasi dello studio, in particolare assicurando l'inconsapevolezza dell'esposizione in studio per il soggetto e chi deve misurarne l'esito (doppio cieco).

In realtà vi sono alcune differenze fra gli studi randomizzati di valutazione di interventi terapeutici e quelli di interventi preventivi, a causa delle quali gli RCT applicati a interventi preventivi vengono a volte chiamati *trial sul campo* (*field trials*). Per numerosi interventi di prevenzione la somministrazione in cieco non è praticabile; per esempio gli interventi educativi, la dieta, gli esami di screening possono con difficoltà riconoscere un adeguato intervento placebo. In questi casi diventa cruciale assicurare una valutazione degli esiti non differenziale fra i gruppi in studio, per esempio attraverso una adeguata formazione dei rilevatori. Un'altra differenza rispetto ai classici studi di valutazione di interventi terapeutici è la dimensione campionaria: gli studi di prevenzione normalmente richiedono campioni molto più grandi a causa della rarità degli eventi che si vogliono misurare. Ad esempio lo studio di Greco (1996) sull'efficacia della vaccinazione contro la pertosse ha coinvolto 14471 bambini per essere in grado di misurare le differenze di incidenza di questa malattia nei diversi gruppi in studio. D'altro canto questa necessità deriva non solo da considerazioni statistiche (la rarità degli eventi), ma è anche un effetto diretto delle strategie di prevenzione applicate a popolazioni a basso rischio, e quindi a bassa incidenza di eventi, il ben noto "paradosso della prevenzione", per il quale molti soggetti vanno sottoposti a un trattamento preventivo anche se solo pochi di essi ne trarranno giovamento (Rose 1992). Per contro, in studi su popolazione ad alto rischio, quali ad esempio partner sieronegativi di soggetti HIV positivi, lo studio dell'efficacia dell'adozione del condom nei rapporti sessuali richiede un numero di soggetti inferiore e più vicino a quello di studi di terapia (vedi ad esempio Walsh 2003).

## Studi di coorte per la valutazione di progetti

Vi sono alcune situazioni in cui la randomizzazione non rappresenta il disegno di studio migliore. Secondo Black (1996) gli studi sperimentali possono essere inappropriati in almeno 4 occasioni: i) per misurare effetti collaterali infrequenti; ii) per misurare l'efficacia di interventi mirati a prevenire eventi rari; iii) in patologie per cui l'*outcome* in studio è lontano nel futuro; iv) quando la randomizzazione riduce essa stessa l'efficacia

dell'intervento. Queste caratteristiche si applicano quando in sanità pubblica obiettivo dell'intervento è prevenire un nuovo caso di malattia in una popolazione sana. Si tratta quindi di eventi rari per i quali la conduzione di uno studio randomizzato risulta complesso e poco fattibile. Nel box 6.6 viene presentato un esempio di questa fattispecie: quando si vuole valutare l'efficacia della vaccinazione antinfluenzale nella prevenzione dell'influenza, evento frequente, lo studio RCT è appropriato; non lo è più qualora si voglia studiare il suo impatto sulla mortalità, evento raro. In questo caso uno studio di coorte può essere adeguato. E' però essenziale che vengano correttamente identificati e controllati tutti i fattori di confondimento che potrebbero distorcere l'osservazione; alcuni studi successivi hanno per esempio messo in dubbio i risultati di Armstrong (Jefferson 2005, Valent 2005).

## Valutazione di impatto di programmi

Programma è un intervento complesso che richiede una definizione chiara di procedure e responsabilità, che segue un protocollo scritto, e che coinvolge contemporaneamente organizzazioni diverse. Ne sono esempio il programma di screening mammografico a livello regionale, il programma di promozione di una vaccinazione non obbligatoria. Si tratta dunque di azioni organizzate volte a raggiungere obiettivi di salute a livello di comunità attraverso la promozione di modificazioni di comportamento (prevenzione primaria), la proposta di programmi di diagnosi precoce a livello di popolazione (prevenzione secondaria), oppure attraverso la modificazione di processi di cura complessi. Ciò che caratterizza, dal punto di vista della valutazione di impatto, un programma è che esso coinvolge contemporaneamente tutti i soggetti appartenenti ad una data comunità (tutti i residenti di un Distretto Sanitario, tutte le donne in età di screening mammografico di una Azienda Sanitaria Locale). Il programma deve quindi essere valutato attraverso disegni di studi che tengano conto del fatto che gli individui sono raggruppati in *cluster* all'interno dei quali sono esposti a medesime condizioni. Il *Cluster randomised controlled trial* (CRCT) è l'unico modello di studio che tiene conto di questo effetto in un disegno sperimentale. Un esempio di CRCT condotto per valutare una modificazione organizzativa è presentato nel box 6.7.

Alcuni programmi possono essere valutati utilizzando diversi approcci. Ad esempio l'efficacia di un programma di screening mammografico può essere valutata randomizzando gli individui, e quindi conducendo un classico RCT, oppure randomizzando i distretti sanitari, conducendo un CRCT. Solo il secondo modello però valuta l'impatto del programma, includendo la modalità di invito delle donne, l'organizzazione dei centri di prelievo, la qualità del trattamento.

In realtà nel caso degli screening oncologici sono stati condotti pochi studi CRCT, anche perché si tratta di un disegno recente, mentre sono comuni studi RCT e valutazione di impatto tramite studi *Before-after*. Il caso della valutazione di impatto dei programmi di screening del tumore della mammella è esemplare di un corpo complesso di studi effettuati nell'arco di 20 anni, che include disegni e metodologie differenti, che vanno dagli studi RCT e CRCT, agli studi di coorte e ai casi-controllo, fino ai confronti geografici e temporali (vd box 6.8).

## Studi randomizzati e controllati a cluster (*Cluster-randomised controlled trial - CRCT o anche Group-RCT*)

In sanità pubblica la maggior parte degli interventi di prevenzione sono attivati a livello di gruppo, e non possono essere somministrati a livello individuale: ne sono esempi gli interventi di prevenzione nella scuola, quelli per la bonifica dei luoghi di lavoro e quelli di controllo ambientale. Per questi interventi il modello classico del RCT, che prevede una randomizzazione a livello individuale, come nell'esempio presentato nel Box 6.5, non è applicabile. In molti di questi casi, in quelli cioè in cui il gruppo a cui è applicato l'intervento è relativamente piccolo, come la classe, la scuola o un'impresa, il modello raccomandato è lo studio randomizzato e controllato a *cluster* (*Cluster-randomised controlled trial*, CRCT); questo si differenzia dall'RCT classico in quanto: i) l'unità statistica di randomizzazione non è l'individuo ma il gruppo, la cui formazione non avviene secondo il caso ma secondo le regole della comunità; ii) i gruppi vengono randomizzati e assegnati alle diverse braccia dell'intervento o al controllo; iii) l'unità di osservazione resta l'individuo entro il gruppo, per cui le misure di *outcome* sono effettuate a livello individuale; iv) usualmente solo un numero limitato di gruppi viene assegnato ad ogni condizione (Murray, 2004).

Il fatto che la composizione del gruppo non avviene in modo casuale comporta che la variabilità intra-gruppo nelle condizioni in studio sia inferiore alla variabilità inter-gruppi, poiché i soggetti nei gruppi tendono ad essere simili tra di loro.

La correlazione intra-gruppo (ICC, *intraclass correlation coefficient* o  $\rho$ ) fra i componenti di una stessa unità di randomizzazione è una sorgente aggiuntiva di variabilità che incrementerà la varianza oltre a quella attesa in un modello di assegnazione individuale, e produrrà un incremento dell'errore casuale che sarà tanto più grande quanto maggiore sarà la dimensione dell'ICC (Murray 1998). Di conseguenza sarà necessario incrementare la dimensione campionaria di un fattore, denominato *inflation factor*, che dipende dall'ICC e dalla dimensione media del cluster per mantenere la stessa precisione della stima dell'effetto (Barbone 2005).

Oltre ad un calcolo supplementare dell'*inflation factor*, anche l'analisi degli studi *Cluster randomised* richiede un approccio particolare. Per usare come unità di analisi l'individuo, è necessario tener conto del potenziale effetto *cluster*.

Questo deve avvenire con l'utilizzo di strumenti di analisi specifici in grado di aggiustare le stime degli errori standard per l'effetto cluster.

Per la loro capacità di misurare l'effetto di interventi a livello di gruppi, gli studi *Cluster Randomised* hanno la potenzialità per diventare il *gold standard* per l'analisi della efficacia in campo di sanità pubblica, così come gli RCT lo sono diventati in campo di trattamenti (Murray 2004). Inoltre l'ICC è stato suggerito come misura sintetica di variabilità fra comunità da utilizzarsi anche in ambiti diversi dallo studio CRCT (Brownson 2006).

## Valutazione di impatto di politiche

La politica (*policy* in inglese) è un intervento che ha effetti su tutta la popolazione appartenente alla ripartizione politico-amministrativa interessata (intera nazione, regione o anche entità minori). Questa caratteristica limita gli strumenti metodologici disponibili per la valutazione dei suoi effetti. Non è possibile infatti assegnare con criteri scientifici l'intervento, e neppure identificare una adeguata popolazione di controllo. Sono possibili in alcune situazioni soluzioni di ripiego, come la selezione di popolazioni di controllo parzialmente simili, quali paesi o regioni vicine, ma pur sempre poco confacenti a rappresentare gli esiti in una popolazione non esposta all'intervento.

Per questo motivo la valutazione di impatto si limita normalmente al confronto temporale, cioè alla misura degli esiti in uno o più momenti prima dell'intervento e in uno o più momenti dopo di questo (*Studio prima-dopo senza gruppo di controllo*). Le misure effettuate prima dell'intervento hanno quindi la funzione del controllo. Una limitazione metodologica conseguente è che questi studi possono essere affetti da *bias ecologico*, in quanto si basano su associazioni misurate a livello di gruppo, le quali possono non riflettere con accuratezza le associazioni esistenti a livello individuale (Barbone 2005).

Gli studi di valutazioni di impatto di politiche vanno quindi interpretati con cautela, e tutte le ipotesi alternative vanno prese attentamente in considerazione prima di includerli entro processi formali di *Health Impact Assessment*.

Queste considerazioni non devono scoraggiarne l'utilizzo: tutte le politiche, non solo quelle sanitarie, sia a livello statale, che regionale o di azienda sanitaria locale, teoricamente possono avere un impatto sulla salute. Questo può avvenire attraverso un aumento o una diminuzione dell'accesso ai servizi, dell'esposizione ai fattori di rischio, delle diseguaglianze sociali o attraverso altri meccanismi sociali più complessi. Le politiche che possono avere un effetto sulla salute di una popolazione dovrebbero quindi essere sempre accompagnate da studi di valutazione che ne misurino l'impatto sulla salute.

I disegni di studio che meglio si adattano alla valutazione degli effetti sulla salute delle politiche sono gli *Studi prima-dopo senza o con gruppo controllo* e le *Serie temporali interrotte*. Si tratta di studi che hanno in comune la caratteristica di confrontare indicatori epidemiologici misurati prima e dopo l'applicazione dell'interventi (box 6.9). Questi studi vengono sovente chiamati studi quasi-sperimentali (Brownson 2006; Cook 1979), anche se tale denominazione deriva dal fatto che vengono usati quando la randomizzazione non è praticabile, e non da una validità scientifica comparabile.

Questi studi, per quanto siano suscettibili di bias, hanno un indubbio vantaggio da un punto di vista della sanità pubblica: essi misurano infatti l'impatto dell'intervento nel "mondo reale", e inglobando nella misura di risultato le variabili che modificano l'effetto teorico dell'intervento, quali il livello e la qualità dell'implementazione dell'intervento, la *compliance* e la rispondenza della popolazione target (Brownson 2006).

## Studi prima-dopo senza gruppo di controllo (*Uncontrolled before-after studies*)

Gli studi prima-dopo senza controlli misurano una caratteristica di salute in una popolazione in un tempo precedente e successivo alla conduzione di un intervento, e assumono che la differenza sia attribuibile, almeno in parte, all'effetto dell'intervento stesso (Cook 1979). Usualmente vengono utilizzati, come misure di *outcome*, tassi di incidenza di malattia o tassi di mortalità, oltre a prevalenze di condizioni di salute o di esposizione a fattori di rischio. Questi studi sono semplici da condurre, ma sono intrinsecamente deboli in quanto le differenze osservate potrebbero essere attribuite a numerosi fattori alternativi rispetto all'intervento, come ad esempio trend temporali di lungo periodo. Sebbene sia teoricamente possibile controllare l'effetto degli altri fattori che possono produrre un effetto simile a quello dell'intervento, questo è nella pratica impossibile in quanto sono per lo più imprevedibili. Questo tipo di studio tende generalmente a sovrastimare l'effetto, se confrontato con studi che prevedono controlli, in particolare a causa di un bias di pubblicazione che favorisce la pubblicazione degli studi positivi a scapito di quelli negativi, e ne viene quindi sconsigliato l'utilizzo per la valutazione di impatto (Eccles, 2003).

Nonostante questi elementi di debolezza, in molte situazioni questo tipo di studi ha dato un contributo importante alla misura dell'impatto di nuove normative, come per esempio il nuovo codice della strada in Brasile (vedi box 6.10). Le sue limitazioni metodologiche, almeno in questo caso, sono state superate dalla dimensione dell'effetto osservato, e dall'assenza di spiegazioni alternative plausibili. Numerosi altri autori hanno usato gli *Studi prima-dopo senza gruppo di controllo* per misurare l'impatto delle normative che hanno reso obbligatori apparati di sicurezza nei veicoli e motoveicoli. Frequentemente la dimensione del cambiamento è stata tale da rendere poco credibili spiegazioni alternative, come, ad esempio, nello studio sull'impatto della legge sull'obbligatorietà dell'uso del casco entrata in vigore in California nel 1992, che ha dimostrato una riduzione del 37% dei decessi da incidenti motociclistici (Kraus 1994). In altre situazioni sono state usate dimostrazioni diverse della non applicabilità di spiegazioni alternative, come ad esempio in uno studio sulla valutazione dell'impatto della legge sull'obbligo del casco per i ciclomotori, entrata in vigore nel 2000 in Italia. Servadei e coll hanno infatti mostrato la distribuzione dei ricoveri per traumatismi cerebrali nel periodo precedente e successivo all'entrata in vigore della legge, secondo la causa dell'incidente, dimostrando che l'unico cambiamento avvenuto era relativo agli incidenti da ciclomotore; il confronto fra la frequenza di ricoveri per traumatismi da ciclomotori e quelli da altre cause, usati come controlli, ha corroborato l'ipotesi che il cambiamento fosse dovuto all'effetto della legge (box 6.11).

La legge 16 gennaio 2003, che riporta al n. 3 art. 51 la nuova normativa per la "Tutela della salute dei non fumatori", è la prima legge in Italia che ha avuto una formale valutazione di impatto sulla salute (Ministero della Salute 2005). Sono stati condotti infatti differenti studi Prima-dopo, non controllati, sul rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici, sulle vendite di tabacco, sulla prevalenza di fumatori, sulle opinioni e comportamento dei gestori. I risultati preliminari di questi studi, riassunti nel box 6.12, insieme ai risultati dei controlli dei NAS dei Carabinieri e al numero di contravvenzioni effettuate successivamente alla legge, suggeriscono che la legge abbia avuto un impatto importante e, per molti versi, imprevisto. In questo caso alla debolezza dell'impianto del Prima-dopo si contrappone la consistenza dei risultati fra tutti i diversi *outcome* misurati, che riduce la probabilità di una spiegazione alternativa.

## Studi prima-dopo, con gruppo di controllo (*Controlled before-after studies*)

Negli studi prima-dopo con gruppo di controllo, il ricercatore affianca alla popolazione a cui è stato applicato l'intervento in studio, una popolazione di controllo, dotata di caratteristiche generali simili, ma a cui non sia stato applicato l'intervento. L'osservazione di questa popolazione ha lo scopo di permettere di tenere conto di eventuali fattori esterni, come ad esempio trend temporali o fattori diversi, che hanno potuto determinare un cambiamento che mima quello dovuto all'intervento (Eccles, 2003). La scelta di un adeguato gruppo di controllo è però difficile. Se si tratta di interventi normativi che coinvolgono una nazione, per esempio, questo dovrebbe essere scelto in una nazione vicina, la cui popolazione però è, nella maggior parte dei casi, difficilmente confrontabile culturalmente e socialmente con quella di intervento. Anche quando vengono identificate popolazioni simili non esposte all'intervento, si devono esplorare con attenzione le eventuali differenze di base. Se, ad esempio, i tassi o altre misure di incidenza in studio sono diverse nei gruppi in studio al momento della *survey* pre intervento, sarà necessario confrontare le entità della variazione fra prima e dopo nelle due popolazioni, anziché direttamente le misure, cosa che comporterà una ulteriore maggiore cautela nell'interpre-



tazione dei risultati (Eccles 2003). Anche in condizioni esemplari, l'osservazione di un cambiamento degli esiti nel tempo fra la popolazione in cui è stato effettuato l'intervento e quella di controllo potrebbe essere spiegata come l'effetto dell'intervento oppure come l'effetto dell'interazione del tempo con la comunità. Il possibile confondimento derivante dalla differenza tra comunità sottoposta a trattamento e comunità di controllo non è controllabile in questi studi, in assenza di randomizzazione. L'aumento del numero dei gruppi in studio (comunità) potrebbe in teoria ridurre il confondimento, e questo potrebbe avvenire sia aumentando il numero di comunità di intervento che di controlli. Questo disegno di studio, a volte denominato *Multiple intervention and multiple control communities trial* (Brownson 2006), può essere semplicemente costruito con un aumento del numero delle comunità di controllo, in quando normalmente le comunità di intervento derivano da un processo di auto-selezione determinato dalle scelte di politica sanitaria e non possono quindi essere aumentate per le esigenze dello studio. Le comunità di controllo potrebbero allora essere selezionate su base casuale. Qualora invece fossero disponibili numerose comunità e fosse possibile assegnare in modo random l'intervento, si entrerebbe nel dominio del Cluster RCT (vd sopra).

Un esempio interessante, molto vicino ad un esperimento naturale, è poi quello della valutazione dell'impatto di una normativa anti-fumo nel comune di Helena, Montana. Qui, grazie ad un provvedimento limitato al livello locale, ad un ospedale che serve tutti i residenti nel comune oltre ai residenti dei comuni vicini, e al fatto che la normativa è stata abolita da un ricorso in tribunale 6 mesi dopo la sua attuazione, è stato possibile effettuare uno studio, esemplare per la sua semplicità, che appare solido metodologicamente (vd box 6.13). Gli autori dello studio hanno infatti potuto contare su un doppio cambiamento delle condizioni di esposizione (prima dell'entrata in vigore della legge, durante la sua operatività, e dopo la sua abrogazione, con il ripristino delle condizioni di partenza), oltre che sulla presenza di una popolazione di controllo.

Nella storia della sanità pubblica il più celebre studio prima-dopo con gruppo di controllo per la valutazione di efficacia di un intervento è quello del North Karelia Project. In questa regione della Finlandia, fra il 1972 e il 1977, con la collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è stato condotto un intervento di prevenzione a livello di comunità per la riduzione della mortalità cardiovascolare. Per valutarne l'effetto sono stati eseguiti alcuni studi trasversali negli anni successivi all'intervento, i cui risultati sono stati confrontati con una survey effettuata precedentemente all'inizio dell'intervento. Inoltre i risultati di questi studi sono stati confrontati con quelli ottenuti da una stessa serie di indagini condotte nella regione di controllo di Kuopio, che non era stata coinvolta nell'attività preventiva. Nella ricerca si vede una riduzione della mortalità cardiovascolare (*outcome* primario) in entrambe le comunità, che consente di valutare l'andamento temporale del fenomeno nel periodo nelle popolazioni non interessate dall'intervento; nello stesso tempo, però si vede una differenza di mortalità cardiovascolare nelle due comunità, che permane a distanza di oltre 20 anni dall'inizio dell'intervento e depone per una sua efficacia (Vartiainen 2000).

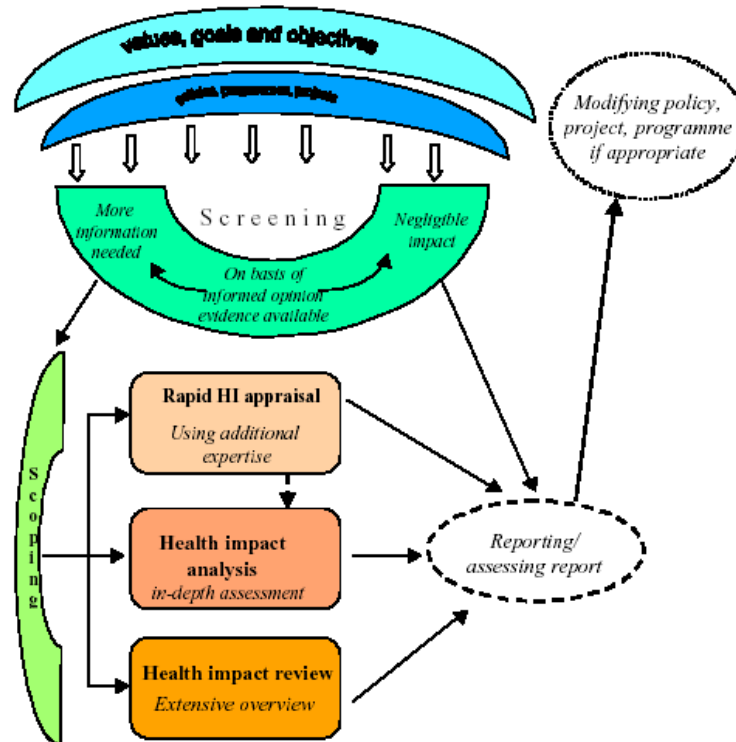
### Serie temporali interrotte (*Interrupted time series - ITS*)

Si tratta della ripetizione delle misure dell'*outcome* di interesse numerose volte prima e dopo l'intervento. Si mira in questo modo a stabilire il trend secolare e a misurarne, anche con strumenti statistici, la sua eventuale modifica causata dall'intervento in studio (Cook, 1979). Questo disegno si adatta particolarmente bene alle situazioni in cui sia necessario controllare anche per il trend stagionale, come per esempio negli studi sull'effetto di interventi per la riduzione dell'inquinamento atmosferico. Il numero di misure necessarie prima e dopo l'intervento corrisponde alla necessità di stabilire in modo robusto la tendenza nei due periodi, pre e post. Da un punto di vista statistico, è necessario stimare sia la tendenza di base che la distanza della tendenza successiva all'intervento rispetto dalla tendenza di base, tenendo contemporaneamente conto dell'autocorrelazione. Per questo sono spesso utilizzati i *Time series regression models* e gli *Autoregressive integrated moving averages* (ARIMA, Cooks, 1979). La conduzione di appropriati ITS riduce il rischio di confondere un trend secolare con l'effetto dell'intervento, mentre non è in grado di tenere conto di eventuali fattori estranei che interferiscano su di un trend secolare, in assenza di un gruppo di controllo (Brownson 2006). La presenza di uno o più popolazioni di controllo costituisce una serie temporale interrotta con gruppo di controllo (*Controlled interrupted time series*). Una variante è costituita dagli studi di discontinuità nella regressione, in cui l'andamento temporale non è costante ma in aumento o diminuzione: l'intervento causa un cambiamento di direzione della retta di regressione, e quindi del coefficiente *beta*.

Un'applicazione delle ITS alla valutazione dell'impatto di un intervento di riduzione della concentrazione di anidride solforosa dagli oli combustibili viene da Hong Kong (Hedley 2002). Questo esempio, presentato

nel box 6.14, sottolinea l'utilità di questo approccio per la valutazione delle politiche ambientali, che hanno un importante confondente nella componente climatica.

### Box 6.1 - Health Impact Assessment



Approccio all'HIA raccomandato dal Gothenburg Consensus Paper (European Centre for Health Policy 1999)

Il processo della HIA è stato successivamente rimodulato da Mindell (2003b) nelle sei seguenti tappe:

1. *screening*: si tratta del filtro a cui devono essere sottoposte tutte le proposte di HIA. Verranno selezionate le azioni di HIA che si riferiranno agli interventi più rilevanti e che presentano un maggior rischio di effetto negativo sulla salute (nel caso si tratti di un intervento non sanitario) oppure per i quali vi siano dubbi maggiori sugli effetti positivi (nel caso di un intervento sanitario).
2. *estensione (scoping)*: in questa tappa vengono definiti gli scopi e i limiti di un HIA. Si tratta cioè di identificare gli elementi dall'intervento da valutare, gli aspetti più rilevanti, l'area geografica e la popolazione interessata, gli altri portatori di interesse (*stakeholder*) coinvolti, l'impatto teorico potenziale da misurare, le risorse disponibili e i metodi da utilizzare.
3. *valutazione dell'impatto o del rischio (appraisal or risk assessment)*: è il cuore dell'HIA. In questa fase viene effettuata la stima dell'impatto sulla salute sulla base delle letteratura scientifica o di studi epidemiologici *ad hoc*. Il suo prodotto è la base di evidenza del processo (vd testo per i commenti specifici).
4. *preparazione del report e delle raccomandazioni*: si tratta del prodotto principale del processo di HIA. La base di evidenza viene integrata con i pareri degli *stakeholders* e della popolazione interessata, dalle esperienze simili prodotte in altre aree geografiche e vengono elaborate raccomandazioni specifiche per il *policy-maker*.
5. *fornitura del report e delle raccomandazioni al decisione (decision maker)*.
6. *monitoraggio e valutazione (monitoring and evaluation)*: questa fase viene distinta in valutazione di processo (*process evaluation*), che monitora il processo di implementazione delle raccomandazioni, la valutazione di impatto (*impact evaluation*), che misura il livello di accettazione e di messa in opera delle raccomandazioni e la valutazione di effetto (*outcome evaluation*), che misura gli effetti sulla salute conseguenti alla messa in pratica delle raccomandazioni.

### Box 6.2 - Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) e definizioni correlate

**Efficacia teorica** (*efficacy*): è la misura di quanto uno specifico intervento, procedura, trattamento o servizio produce in termini di beneficio in circostanze ideali. Idealmente la determinazione dell'efficacia teorica è basata sui risultati di Studi Randomizzati e Controllati (Last 2001, modificato).

**Efficacia pratica** (*effectiveness*): nell'uso reso standard fra gli epidemiologi da Archibald Cochrane, efficacia nella pratica è la misura di quanto produce uno specifico intervento, procedura, trattamento o servizio, quando applicato sul campo in circostanze routinarie, in una specifica popolazione; è una misura del raggiungimento degli obiettivi di una specifico intervento di sanità pubblica (Last 2001, modificato).

**Efficienza** (*efficiency*): effetti o risultati finali raggiunti in relazione allo sforzo impegnato per raggiungerli in termini economici, di risorse o di tempo. E' la misura della minimizzazione delle risorse impiegate per fornire uno specifico intervento, procedura, trattamento o servizio, di efficacia teorica e pratica conosciuta (Last 2001, modificato).

**Effetto** (*effect*): il risultato di una causa. In genere espresso in termini di misura di effetto (*effect measure*) (Last 2001, modificato).

**Impatto** (*impact*): si riferisce ai cambiamenti, positivi o negativi, sulla salute di una comunità attribuibili ad una politica, ad un programma o ad un progetto (Mindell 2003b).

Valutazione di processo: risponde a domande circa l'implementazione dell'intervento: è stato condotto come da pianificazione? I contenuti e i materiali sono appropriati per quella specifica comunità? Quale è stata la *compliance* dei cittadini coinvolti? Le risorse allocate erano sufficienti? (Brownson 2003; Brownson 2006)

**Valutazione di impatto sulla salute** (*health impact assessment - HIA*): è una valutazione degli effetti sulla salute, positivi o negativi, di un progetto, un programma, una politica (*policy*). Il suo obiettivo è raccogliere e interpretare evidenze sui potenziali impatti sulla salute per aiutare il decisore (*decision-maker*) nella scelta del migliore intervento per mitigare un danno o aumentare un beneficio per la salute (Mindell 2003).

### Box 6.3 - Pratica, programma, politica: definizioni operative

Allo scopo di permettere di discutere i metodi di valutazione di impatto relativi a tre differenti livelli di complessità degli interventi di sanità pubblica, in questo capitolo viene adottata la seguente classificazione (Mindell 2003b):

**Progetto:** è un insieme di pratiche, o di interventi singoli, che mira a risolvere o a prevenire un problema di salute a livello di singola area o di popolazione: per esempio, la vaccinazione contro l'influenza, il counselling per smettere di fumare.

**Programma:** programma è invece un intervento complesso che richiede una definizione esplicita di procedure e responsabilità, segue un protocollo scritto, e coinvolge contemporaneamente numerose soggetti. Ne sono esempio un programma di screening mammografico a livello regionale, un programma di promozione di una vaccinazione non obbligatoria.

**Politica:** è necessario distinguere i due contesti semantici che, nella lingua italiana, sono legati a questo termine e la cui distinzione deriva dal pensiero politico inglese. Per politica pubblica (*policy* in inglese) si intendono le linee decisionali e d'azione poste in essere per far fronte ad un problema collettivo. Lo sviluppo di una politica può richiedere anche l'attivazione di responsabilità esterne alla sanità. Ne sono esempio la legge sul fumo di tabacco, il decreto sui limiti di velocità nelle autostrade. Per politica (*politics* in inglese) si intendono i processi connessi alla conquista e alla conservazione del potere, la cui stabilità e consistenza è condizione necessaria per la produzione di politiche pubbliche.

### Box 6.4 Catena causale degli interventi di prevenzione



Lo schema ricorda che l'impatto sulla salute è determinato dalla contemporanea sussistenza di: a) una relazione causale (eziologica) fra il fattore che si vuole modificare (fattore di rischio) e la malattia che si vuole prevenire; e b) dalla efficacia dell'intervento nel ridurre il peso del fattore di rischio, riducendone il rischio relativo. Si noti che un intervento può anche agire aumentando il peso di un fattore protettivo che ha un rischio relativo <1 (=intervento di promozione della salute), e che quindi il risultato dell'intervento sarà nella direzione di un'ulteriore riduzione del rischio relativo. In entrambi i casi, è evidente che la misura di esito finale sarà costituita dalla riduzione di frequenza della malattia.

### Box 6.5 – RCT per la valutazione della vaccinazione anti-haemophilus influenzae (da: Mulholland 1997)

Obiettivo dello studio: valutare l'efficacia della vaccinazione contro l'Haemophilus Influenzae tipo b (Hib) fra i bambini di paesi in via di sviluppo per la prevenzione della polmonite e di altre malattie da Hib. Disegno dello studio: fra marzo del 1993 e ottobre 1995 42 848 bambini sono stati allocati in modo random al vaccino coniugato Hib polysaccharide tetanus protein (PRP-T) insieme al vaccino difterite-tetano-pertosse (DTP) oppure al DTP da solo, alle età di 2, 3 e 4 mesi (21 490 e 21 358, rispettivamente). I bambini sono stati seguiti in doppio cieco fra il 5° e il 36° mese e a quelli che presentavano segni di Hib invasivo è stato effettuato un esame colturale sul sangue e, se appropriato, su liquor prelevato con una puntura lombare. Sono stati calcolati rischi di infezione fra esposti e non esposti alla vaccinazione ed è stata quindi stimata la riduzione del rischio assoluto (RRA).

Risultati: dei 42 848 bambini arruolati, l'83% ha ricevuto le tre dosi di vaccino, come da protocollo. Il gruppo trattato ha sperimentato una riduzione sia di polmoniti che di meningiti da Hib, anche a seguito di una singola dose di vaccino. Con due o più dosi la riduzione delle polmoniti è stata del 100% (10 su 10), mentre è stata del 95% (29 su 31) considerando tutte le Hib invasive (tab 1). Considerando invece polmoniti di qualunque origine, il gruppo trattato ha sperimentato una riduzione del 22% di polmoniti lobari diagnosticamente radiologicamente e del 35.7% di polmoniti con ipossiemia (vd tab 2). Anche una sola dose è stata in grado di prevenire il 75% delle malattie da Hib invasive.

dosi	polmonite		Meningite		altre		tutte	
	PRP-T	controlli	PRP-T	controlli	PRP-T	controlli	PRP-T	controlli
0	0	1	3	1	0	0	3	2
1	2	4	3	4	0	1	5	9
2	0	5	0	4	1	1	1	10
3	0	5	1	12	0	2	1	19
totale	2	15	7	21	1	4	10	40
2 o 3	0	10	1	16	1	3	2	29

Tab 1: casi di Hib invasiva confermata, secondo lo stato di vaccinazione e la diagnosi

	completamente vaccinati		
	PRP-T (%, 95% CI)	Controlli	efficacia del vaccino
Tosse con ortopnea o svuotamento pleurico	526	570	7.7 (-4.1, 18.2)
Diagnosi clinica di polmonite	528	571	7.5 (-4.3, 18.0)
Svuotamento pleurico	259	286	9.4 (-7.5, 23.7)
Polmonite diagnosticata radiologicamente	132	170	22.4 (1.9, 38.6)
Polmonite lobare o polmonite con versamento	61	72	15.3 (-20.8, 40.8)
Polmonite con ipossiemia (SaO <sub>2</sub> <90%)	18	28	35.7 (-20.5, 66.5)

Tab 2: Riduzione percentuale di malattia fra i vaccinati rispetto ai controlli nei confronti di qualunque tipo di polmonite.

Conclusioni: la vaccinazione Hib è efficace nel prevenire la polmonite e la meningite da Hib e nel ridurre complessivamente il rischio di polmonite.

### Box 6.6 - Studio di coorte per la valutazione di impatto di interventi (da Armstrong 2004)

Per stimare la protezione della vaccinazione influenzale nei confronti del decesso per tutte le cause, è stata arruolata una coorte di 24535 anziani di più di 75 anni già invitata a partecipare ad uno studio randomizzato per la valutazione di diverse strategie di diagnosi precoce. I soggetti arruolati sono stati quindi classificati secondo lo stato di vaccinazione e seguiti per il periodo gennaio 1996-agosto 2000. I dati sulla vaccinazione sono stati ottenuti dai distretti sanitari di appartenenza.

Sono stati calcolati persone-mese di follow-up tenendo conto dello stato vaccinale entro il singolo anno. I dati sono stati analizzati tramite un modello di Poisson, tenendo conto dei principali fattori di confondimento, quali variabili climatiche (temperatura dell'aria) e concentrazione dei principali inquinanti. È stato anche utilizzato un modello che valutava la mortalità giornaliera.

I risultati sono presentati in tabella. La mortalità fra i vaccinati appare ridotta dell'11% per tutte le cause e del 20% per malattie respiratorie.

Tabella - Associazione tra mortalità e infezione influenzale in circolo nella popolazione: soggetti vaccinati e non vaccinati

cause di morte	numero (tasso*) di morti		associazione tra mortalità (95%CI) e indice di influenza**	modifica dell'effetto influenza tramite la vaccinazione***	morti (%) attribuibili all'influenza****
	in fase epidemica	in fase non epidemica			
<b>tutte le cause</b>					
non vaccinati	564 (13.9)	2305 (9.4)	1.16 (1.04; 1.29)	1	13.4
Vaccinati	346 (9.7)	1630 (7.7)	1.02 (0.90; 1.16)	0.89 (0.80; 0.98)	2.2
<b>cardiovascolari</b>					
non vaccinati	226 (5.6)	1050 (4.3)	1.19 (1.05; 1.36)	1	16.3
Vaccinati	145 (4.1)	772 (3.7)	1.03 (0.85; 1.26)	0.87 (0.73; 1.02)	3.2
<b>respiratorie</b>					
non vaccinati	156 (3.9)	380 (1.6)	1.31 (0.92; 1.87)	1	23.9
Vaccinati	97 (2.7)	293 (1.4)	1.05 (0.75; 1.47)	0.80 (0.69; 0.93)	5.1
<b>Altre</b>					
non vaccinati	182 (4.5)	875 (3.6)	1.00 (0.86; 1.16)	1	0
Vaccinati	104 (2.9)	565 (2.7)	0.98 (0.80; 1.21)	0.98 (0.82; 1.17)	0

\* Tasso di mortalità grezzo per 100

\*\* Coefficiente di regressione logistica al 90° percentile di circolazione influenzale rispetto al periodo senza influenza

\*\*\* Rapporto (IC 95%) dei coefficienti della precedente colonna (vaccinati/non vaccinati) per stimare l'impatto della vaccinazione sulla tendenza della mortalità di aumentare durante i periodi epidemici.

\*\*\*\* Frazione della mortalità attribuibile all'influenza al 90° percentile di circolazione influenzale

### Box 6.7 - valutazione di impatto della riorganizzazione della gestione del paziente depresso a livello delle cure primarie: un cluster-randomised trial

Tratto da Dietrich 2004

RCT recenti mostrano dei benefici per i pazienti con depressione quando sia disponibile un supporto telefonico, una migliore cooperazione fra cure primarie e specialisti e un follow-up più sistematico. In questo studio viene valutato l'impatto di una re-ingegnerizzazione dell'assistenza al malato di depressione basata su programmi di miglioramento della qualità e centrata su di un modello evidence-based. Viene ipotizzato che questo modello sia in grado di migliorare i processi di cura e gli outcomes di salute a 6 mesi.

Metodi: sono state arruolate 5 organizzazioni assicurative di cura negli Stati Uniti, che avessero almeno 10 practices di primary care. 60 pratiche sono state così appaiate per specialità clinica (medicina interna o family practice), numero di clinici e distanza. Le pratiche sono state quindi randomizzate all'intervento (n=32) o alla usual care (n=28) attraverso il lancio di una moneta. Dal febbraio 2002, per un anno, tutti i pazienti con una nuova diagnosi di depressione aderenti alle organizzazioni arruolate sono stati sottoposti a valutazione (n=987), e quindi inclusi (n=405) qualora rispondessero a tutti i criteri di inclusione.

Aggiustando per il potenziale effetto del disegno a cluster, gli autori hanno determinato di aver bisogno di 60 pratiche (30 per gruppo), con una media di 40 pazienti per pratica. Per controllare per l'effetto cluster, un linear mixed effects regression model è stato usato per le variabili continue, mentre per quelle categoriche è stato adottato un generalised linear mixed effect models.

Risultati: i due gruppi apparivano bilanciati al baseline. Riguardo al processo di cura le maggiori differenze al follow-up erano rappresentate da un maggiore offerta da parte dei medici di materiali, di supporto relativamente alla prevenzione del suicidio, e assistenza nella definizione di goals. I pazienti hanno ricevuto più contatti di follow-up sia personali che telefonici e con maggiore frequenza dichiarano di avere ricevuto cure buone o eccellenti. In termini di outcomes i risultati sono riportati in tabella. Il gruppo di intervento mostra di avere alla fine del follow-up una minore severità della depressione, di avere più frequenti remissioni e una maggiore frequenza di riduzione dello score della depressione rispetto al baseline.

Tabella - Esiti clinici di pazienti trattati per depressione tramite il modello evidence-based oppure cure usuali. I valori sono percentuali (numero di pazienti/ numero totale), se non altrimenti specificato

Outcomes	Gruppo di intervento	Gruppo di controllo cure censurali	Differenza tra gruppi oppure odds ratio (95% CI)	p
<b>Severità media della depressione*</b>				
Baseline	2.04 (0.66)	1.98 (0.65)	0.15 (-0.03; 0.33)	0.10
3 mesi	1.16 (0.80)	1.29 (0.76)	-0.16 (-0.32; -0.002)	0.05
6 mesi	0.97 (0.80)	1.09 (0.74)	-0.20 (-0.39; -0.014)	0.04
<b>Risposta†</b>				
3 mesi	53.0 (97/183)	34.2 (52/152)	2.2 (1.4; 3.4)	0.00
6 mesi	59.9 (106/177)	46.6 (68/146)	1.7 (1.1; 2.7)	0.02
<b>remissione***</b>				
3 mesi	26.2 (48/183)	16.5 (25/152)	2.1 (1.2; 3.7)	0.02
6 mesi	37.3 (66/177)	26.7 (39/146)	1.9 (1.2; 3.3)	0.01

\* - score della Hopkins symptom checklist-20

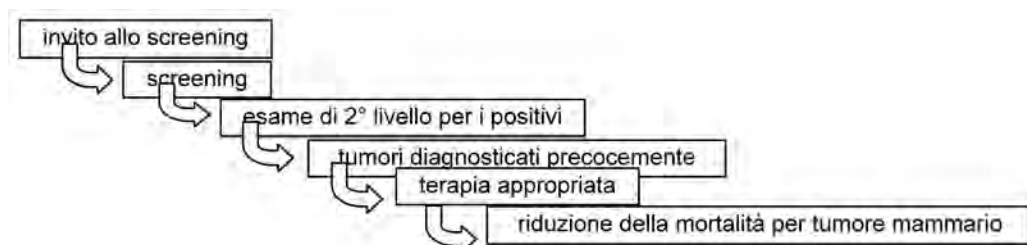
\*\* - riduzione di almeno 50% nello score della depressione

\*\*\* - score <0.5 nella Hopkins symptom checklist-20

### Box 6.8 - il caso dello screening mammografico

Premessa: Nei paesi occidentali il tumore della mammella rappresenta circa la metà di tutti i tumori della donna. I programmi di screening hanno l'obiettivo di diagnosticare precocemente la malattia per avere l'opportunità di modificare la prognosi, posticipandone l'esito.

L'esame mammografico è una tecnologia di prevenzione secondaria che viene proposta all'interno di programmi strutturati, per garantire equità di accesso e assicurazione della qualità in ogni sua fase. Il programma di screening mammografico è così costituito:



La valutazione dell'efficacia dello screening mammografico ha avuto come obiettivo la misura della riduzione della mortalità per tumore della mammella a seguito della attivazione di un programma a livello di una popolazione ben definita.

Considerando le definizioni di efficacia teorica e pratica riportate nel Box 6.1, gli studi di relativi all'efficacia della mammografia si possono essere classificati in due categorie: i) quelli il cui obiettivo era la misura di un misto di efficacia teorica e pratica, e ii) quelli il cui obiettivo era esplicitamente di efficacia pratica.

#### i) Studi di efficacia teorica e pratica

##### C) Studi caso-controllo

Numerosi studi caso controllo sono stati condotti fra il 1984 e il 1994. I casi erano arruolati fra le donne decedute (come nel caso di Palli, 1986 e di Verbeek, 1985) o con nuova diagnosi di tumore invasivo della mammella (come nel caso di Thompson, 1994) in un periodo di tempo variabile ma comunque successivo almeno di almeno 10 anni all'inizio di un programma di screening attivato nella popolazione base dello studio. I controlli erano un campione casuale di donne residenti appartenenti alla stessa base dello studio, ma vive al momento dello studio. L'esposizione era determinata retrospettivamente attraverso il linkage con archivi di dati sanitari. Si tratta quindi, in tutti e tre i casi, di nested case control studies, in quanto realizzati all'interno della coorte dei soggetti seguiti da archivi sanitari. I risultati degli studi sono stati:

Autore, anno	Popolazione	OR	IC95%
Verbeek, 1985	35-49 anni	1.20	0.31-4.80
Verbeek, 1985	50-64 anni	0.26	0.10-0.67
Verbeek, 1985	65+ anni	0.81	0.23-2.8
Palli, 1986	40-49 anni	0.63	0.24-1.60
Palli, 1986	50+ anni	0.51	0.29-0.89
Thompson, 1994	40+ anni	0.80	0.34-1.80
Thompson, 1994	50+ anni	0.61	0.23-1.60

## D) Studi randomizzati e controllati

Lo studio randomizzato e controllato è il disegno di studio che meglio risponde agli obiettivi di valutazione dell'effetto di un programma di screening mammografico. Fin dal primo studio, lo HIP condotto a New York durante i primi anni '60, gli studi hanno mirato a valutare l'efficacia del programma e non dello strumento (Shapiro, 1982). Tenendo conto contemporaneamente dell'efficacia dello strumento, delle variabili che influiscono sulla rispondenza allo screening e della qualità dei trattamenti, si tratta di un disegno che valuta l'efficacia teorica e pratica contemporaneamente. Non si può parlare di efficacia pratica in assoluto in quanto alcune delle condizioni del contesto sperimentale sono diverse rispetto al contesto della pratica routinaria, in particolare l'attenzione a seguire i protocolli di studio.

Da un punto di vista metodologico, sono state utilizzate due diverse opzioni di randomizzazione; la più frequente è quella individuale: a partire dagli archivi anagrafici, sono state selezionati casualmente due gruppi di donne dell'età in studio; ad un gruppo è stato offerto il programma, mentre il secondo è stato solo oggetto del follow-up. La seconda opzione è il cluster randomised trial in cui ad essere randomizzate sono le piccole aree: alle donne residenti nelle aree di intervento veniva offerto il programma, mentre a quelle delle aree di controllo no. Questo disegno comporta però un aumento della variabilità a causa del minor numero di unità di randomizzazione, che deve essere corretto con l'applicazione di modelli lineari generalizzati (Nixon, 2000).

Nelle tabelle che seguono vengono presentate le metanalisi relative agli studi che possono essere analizzati separatamente per le fasce di età 40-49 e 50-69 (modificata da Vainio, 2002):

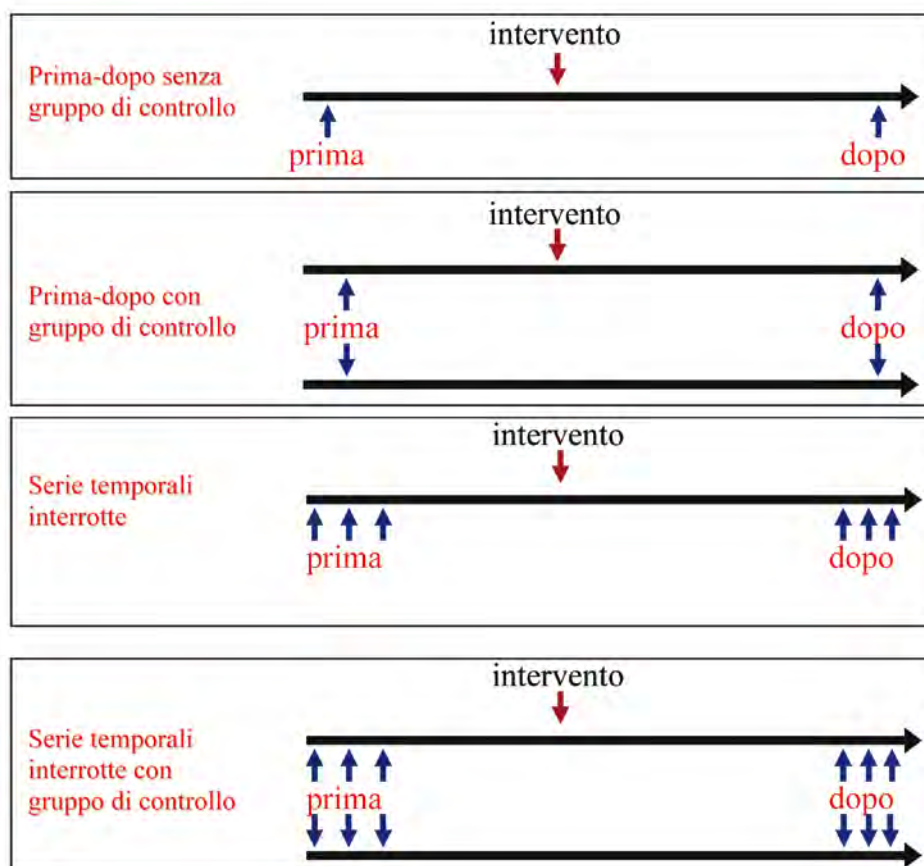
E) Studio	periodo di arruolamento	età	RR	IC95%
40-49 anni				
Malmo I (SW)	76-78	45-49	0.74	0.44-1.25
Malmo II (SW)	78-90	43-49	0.65	0.39-1.08
Two-county (SW)				
Kopparberg	76-78	40-49	0.76	0.42-1.40
Ostergotland	78-81	40-49	1.05	0.64-1.71
Stockholm (SW)	81-83	40-49	1.52	0.80-2.88
Goteborg (SW)	82-84	40-49	0.58	0.35-0.96
Tutti gli studi			0.81	0.65-1.01
50-69 anni				
Malmo I (SW)	76-78	50-69	0.84	0.68-1.04
Two-county (SW)				
Kopparberg	76-78	50-69	0.52	0.39-0.70
Ostergotland	78-81	50-69	0.81	0.64-1.03
Stockholm (SW)	81-83	50-64	0.68	0.44-1.04
Goteborg (SW)	82-84	50-59	0.94	0.62-1.43
Finland	87-89	50-64	0.76	0.53-1.09
Tutti gli studi			0.75	0.67-0.85



## ii) Valutazione dell'efficacia pratica

Per la valutazione dell'effetto che lo screening mammografico ha sulla salute della popolazione in una condizione di screening routinario, cioè fuori da uno studio sperimentale, sono possibili due vie: i) la valutazione di qualità del programma; la verifica periodica di indicatori di processo (nel caso dello screening mammografico, raccomandati dalla Commission of European Communities 2001) può assicurare che il programma è messo in pratica nelle modalità in cui è stato valutato dagli RCT. Indirettamente questo monitoraggio, se positivo, assicurerà che i risultati sperimentali saranno replicati nella pratica (questo aspetto non verrà sviluppato da questo testo); ii) una stima della riduzione della mortalità nella popolazione sottoposta a screening: questa permetterà una valutazione diretta dell'impatto sulla salute a livello di popolazione. L'approccio metodologico che viene utilizzato per questa stima è lo studio delle tendenze temporali e geografiche. In Inghilterra e Galles, il tasso di mortalità per tumori della mammella fra le donne di 45-64 anni era più basso del 27% nei centri cui era stato attivato un programma di screening (Edimburgo e Guildford) rispetto a quello dei centri di controllo (UK Trial of Early Detection of Breast Cancer Group 1988). Uno studio condotto in Inghilterra e Galles (Blanks, 2000) ha stimato una riduzione del 6% della mortalità per tumore mammario delle donne di 55-69 anni, confrontando la mortalità osservata con una stima della mortalità effettuata sulla base dei dati precedenti alla introduzione dello screening nazionale; ma si tratta probabilmente solo dell'inizio della visibilità dell'effetto dello screening (Vainio, 2002). In Svezia lo studio Two Counties, un cluster randomised trial, ha dato l'opportunità di studiare la mortalità a livello di popolazione confrontando le aree di intervento con quelle di controllo (Tabar 1985, Tabar 2002), evidenziando una differenza del 19% a favore delle aree coperte da screening.

**Box 6.9: Schema concettuale degli studi prima-dopo senza o con controllo (Uncontrolled e Controlled Before-After studies), e le serie temporali interrotte (Interrupted time series e Controlled interrupted time series).**



**Box 6.10 – Studio prima-dopo senza gruppo di controllo per a valutazione di impatto della nuova normativa sul traffico in Brasile (da Liberatti 2001)**

Premessa: nel gennaio del 1998 è entrata in vigore il nuovo codice sul traffico Brasiliano, caratterizzato dall'immettere nuove norme per la riduzione delle vittime del traffico, in particolare casco obbligatorio per i motociclisti e cinture di sicurezza per tutti gli occupanti delle autovetture. Lo studio qui schematizzato ha l'obiettivo di stimare l'impatto di queste norme.

Metodi: tutti i soggetti che hanno registrato un accesso per ferite da incidente automobilistico o motociclistico nel servizio di emergenza e traumatismi della città di Londrina (Stato del Paraná) tra gennaio e luglio del 1997 sono stati inclusi nello studio. Il centro è l'unico in tutta la regione che opera questo tipo di servizio. Lo stesso è stato fatto nel periodo gennaio-luglio dell'anno successivo. Dai soggetti inclusi sono state raccolte informazioni relativamente all'uso di casco e cinture, alle ferite riportate, all'età e allo stato di ubriachezza nel momento dell'incidente.

Risultati: Le vittime del periodo pre-legge sono state 1274, di cui 58,6% motociclisti. Quelle post-legge sono state 1090, di cui 62,3% motociclisti. La riduzione osservata è stata del 20% per le vittime di incidenti d'auto e del 9,1% per quelle di incidenti motociclistici. Relativamente agli outcome secondari, si sono misurate degli aumenti statisticamente significativi dell'uso delle cinture fra gli automobilisti (tab 1) e dei caschi fra i motociclisti, e una riduzione della proporzione di motociclisti sotto l'età della patente (tab 2).

Variabili	Numero (%) prima (1997)	Numero (%) dopo (1998)	p
<b>sezzo</b>			
– maschile	336 (63.8)	261 (63.5)	0.99
– femminile	femminile	191 (36.2)	150 (36.5)
<b>età del conducente</b>			
– <18	4 (1.7)	4 (2.1)	1.00
– ≥18	233 (98.3)	186 (97.9)	
<b>uso delle cinture</b>			
– si	218 (45.0)	236 (62.6)	0.00
– no	266 (55.0)	141 (37.4)	
<b>alito alcolico</b>			
– si	100 (19.0)	70 (17.0)	0.49
– no	426 (81.0)	341 (83.0)	

Tab 1 - Dati sulle vittime degli incidenti stradali prima e dopo l'implementazione del nuovo codice della strada brasiliano (occupanti dei veicoli)

Variabili	Numero (%) prima (1997)	Numero (%) dopo (1998)	p
<b>sezzo</b>			
– maschile	604 (80.9)	533 (78.5)	0.30
– femminile	143 (19.1)	146 (21.5)	
<b>età del conducente</b>			
– <18	50 (9.0)	28 (5.4)	0.03
– ≥18	505 (91.0)	486 (94.6)	
<b>uso del casco</b>			
– si	224 (31.2)	434 (66.2)	0.00
– no	494 (68.8)	222 (33.8)	
<b>alito alcolico</b>			
– si	157 (21.0)	104 (15.3)	0.01
– no	590 (79.0)	575 (84.7)	

Tab 2 - Dati sulle vittime degli incidenti stradali prima e dopo l'implementazione del nuovo codice della strada brasiliano (motociclisti)

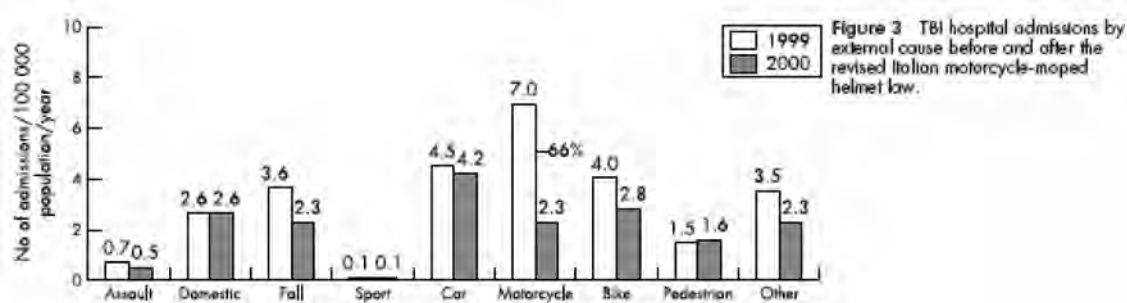
Discussione: la riduzione del numero delle vittime appare il dato più interessante. Gli autori suggeriscono che potrebbero esserci spiegazioni alternative, ma che nessun cambiamento avvenuto sulle strade o sui veicoli nel periodo di tempo in studio è in grado di spiegare le differenze osservate. E' la dimensione del cambiamento la forza dello studio, essendo spiegazioni alternative poco realistiche.

### Box 6.11 - Studio prima-dopo senza gruppo di controllo per la valutazione di impatto della normativa sull'obbligo del casco per i motociclisti in Italia (da Servadei 2003)

Premessa: nel marzo 2000 entra in vigore una legge che rende obbligatorio l'uso del casco anche per i ciclomotori; la legge precedente definiva l'obbligo come limitato ai motocicli di più di 50cc di cilindrata. Per valutare l'impatto della legge è stato condotto uno studio Before-After, senza controlli, in Romagna.

Metodi: survey rappresentativa a livello nazionale per misurare la compliance alla legge. Survey presso la divisione neurochirurgica dell'ospedale Bufalino nei periodi aprile 1999-marzo 2000 e aprile 2000-marzo 2001.

Risultati: L'uso del casco è aumentato, a livello nazionale, in media da meno del 20% a più del 96%. L'incidenza di TBI (ricoveri per lesioni traumatiche cerebrali) in Romagna si è ridotta del 66% nei motociclisti, mentre non è cambiato il tasso di ricoveri per le stesse lesioni da cause diverse (biciclette, pedoni etc) (vedi figura).



Discussione: il confronto dell'incidenza di lesioni traumatiche cerebrali per cause diverse da quelle di incidenti motociclistici aumenta la validità dell'osservazione in quanto aiuta ad escludere spiegazioni alternative, quali quella di variazioni nel traffico o nell'accesso a strutture di cura.

### Box 6.12 - Valutazione di impatto della legge 16 gennaio 2003, n. 3 art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori" (Da Ministero della Salute 2006)

Premessa: il 10 gennaio 2005 è entrata in vigore in Italia la legge 16 gennaio 2003, che dedicava un capitolo particolare alla Tutela della salute dei non fumatori. Questa legge disciplina il fumo nei locali pubblici e in particolare nei bar e ristoranti. Il 10 gennaio 2006 il CCM - Ministero della Sanità ha organizzato un convegno per la presentazione dei risultati preliminari di una valutazione di impatto della legge ad un anno di distanza dalla sua entrata in vigore.

Materiali e metodi: sono stati effettuati una serie di studi al fine di misurare i seguenti aspetti dell'impatto:

1. adesione alla legge nei locali pubblici 1641 locali di 34 ASL sono stati visitati in due periodi: dicembre 2004-gennaio 2005, per misurare la situazione prima della legge; gennaio-marzo 2005 per la situazione dopo l'entrata in vigore della legge e per verificare l'applicazione della legge e le opinioni dei gestori;
2. vendite di tabacco. Sono stati analizzati i dati delle vendite di tabacco forniti dal Ministero dell'Economia (AA Monopoli di Stato) relativi ai primi mesi del 2004 e del 2005;
3. vendita di prodotti per la cessazione dal fumo di tabacco. Sono state confrontate le vendite di prodotti antifumo della farmacie nei mesi di gennaio-febbraio 2004 e 2005. I dati sono stati forniti dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco);
4. prevalenza di fumatori: l'Istat ha condotto due indagini Mulsticopo in dicembre 2004 e in marzo 2005.

## Risultati:

1. adesione alla legge. Il 92% dei gestori intervistati ha riferito che a partire dall'entrata in vigore della legge tutti i clienti si sono adattati; solo l'11% ha dovuto chiedere ad un cliente di non fumare e solo il 2% non ha avuto la collaborazione del cliente. L'72% degli intervistati ha riferito che i clienti hanno un atteggiamento favorevole o molto favore verso la legge. Inoltre più del 50% dei gestori ha ridotto il proprio consumo di sigarette e il 15% ha smesso (figura 1). Rispetto a prima della legge, nei 3 mesi successivi sono nettamente ridotte le osservazioni di posacenere sui tavoli, mozziconi nei posacenere e clienti fumatori (fig. 2).
2. Le vendite di tabacco nel periodo gennaio-aprile 2005 si sono ridotte dell'8.66% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. La riduzione si è concentrata nei mesi immediatamente successivi alla entrata in vigore della legge (fig. 3).
3. Le vendite di prodotti antifumo, in termini unitari, sono aumentate del 47% nel triennio 2002-2004. Nei mesi di gennaio-febbraio 2005 queste sono aumentate del 400% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (fig. 4). Questo aumento è dovuto in toto all'aumento dei sostitutivi della nicotina.
4. La prevalenza di fumatori si è ridotta in modo statisticamente non significativo da 22.9% a 21.8%. Ma la riduzione è maggiore e statisticamente significativa fra le donne (da 17,4% a 15,8%), in particolare nell'Italia nord-occidentale.

Conclusioni: attraverso indagini pre-post su differenti aspetti è possibile riconoscere un impatto importante della legge, non solo nel ridurre l'esposizione passiva al fumo di tabacco, obiettivo della legge, ma anche su obiettivi indiretti quali la prevalenza di fumatori.



Fig 1. comportamento verso il fumo dei gestori dei locali intervistati dopo la legge.

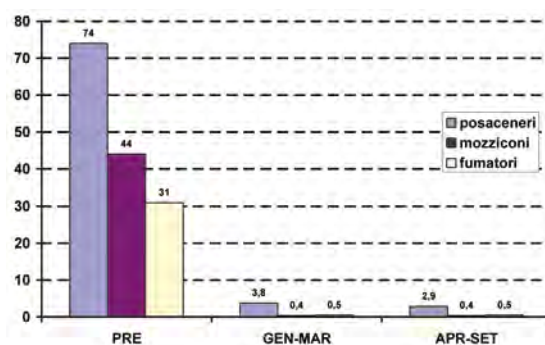


Fig 2 – Presenza di posacenere, mozziconi, clienti fumatori prima dell'entrata in vigore della legge e dopo la legge, durante i mesi di gennaio-marzo e di aprile-settembre

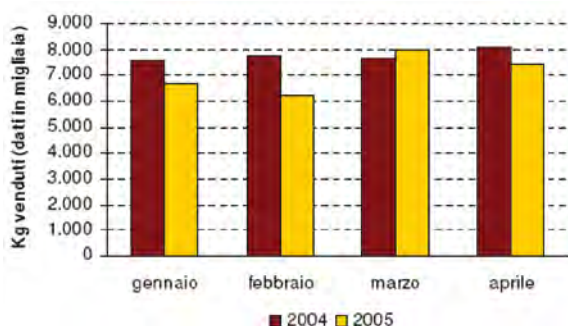


Fig 3 –Vendite di sigarette nel primo quadrimestre del 2005 confrontato con lo stesso periodo dell'anno precedente.

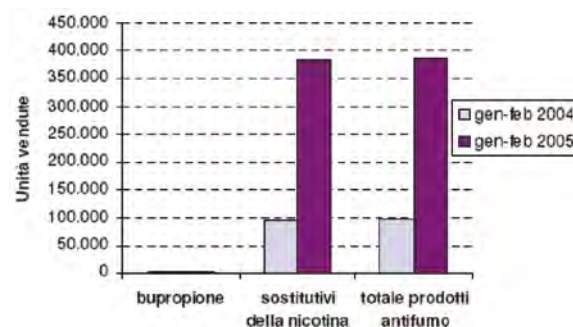


Figura 4 – Numero di unità di prodotti anti-fumo vendute nelle farmacie nei mesi di gennaio-febbraio 2004-2005.

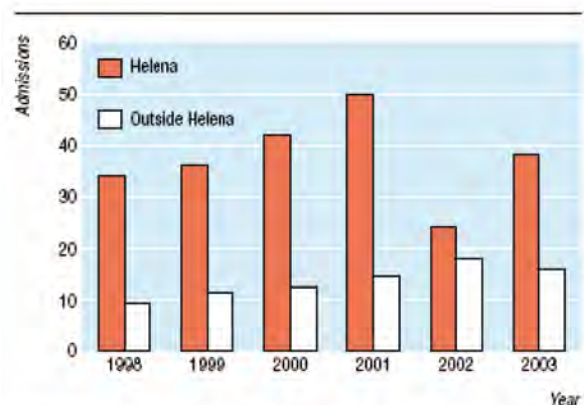
**Box 6.13 - Studio prima-dopo con gruppo di controllo per la valutazione di impatto di una normativa sul fumo nei locali pubblici a Helena, Montana. (da Sargent 2004)**

Premessa: Helena è una comunità di 68000 abitanti in cui il 5 giugno 2002 ha avuto un'ordinanza che vietava il fumo nei locali pubblici e nei posti di lavoro. Il 3 dicembre dello stesso anno, il tribunale ha sospeso l'ordinanza a seguito di un ricorso presentato da un gruppo di oppositori.

Metodi: per valutare l'impatto dell'ordinanza sulla salute sono stati esaminati gli accessi nell'unico ospedale di zona nel periodo giugno-novembre degli anni dal 1998 al 2003. Durante questi mesi ci sono stati 10497 ricoveri per tutte le cause residenti ad Helena, e 3367 di residenti fuori Helena. Dopo revisione delle cartelle cliniche sono stati inclusi 304 pazienti ricoverati per la prima volta con un infarto del miocardio. I soggetti residenti fuori dell'area di azione dell'ordinanza hanno costituito il gruppo di controllo.

Risultati: Nel grafico viene riportata la distribuzione del numero di ricoveri nei 4 anni precedenti l'ordinanza, nell'anno dell'ordinanza e nel primo anno successivo all'ordinanza, per i residenti e i non residenti ad Helena. Nel 2002 vi è stata, rispetto a una riduzione drastica nel numero di ricoveri per infarto fra i residenti ad Helena rispetto agli anni precedenti, mentre non si è visto alcun effetto fra i non residenti. L'anno successivo, ad ordinanza annullata, il numero di ricoveri appare nuovamente aumentato, seppure non ai livelli degli anni pre-ordinanza. La differenza residenti-non residenti è stimata, nel periodo di validità dell'ordinanza rispetto agli altri periodi, del 21.6% (IC95% -40.6%; -2,6%).

Discussione: Di tratta di un esperimento naturale molto particolare, che è difficile da riprodurre (la localizzazione dell'ordinanza a livello comunale, l'annullamento della stessa dopo 6 mesi). La sua validità è inoltre incrementata dalla presenza di controlli e dalla ripetizione delle misurazioni, che hanno qui il solo scopo di controllare per il trend secolare.



Admissions for acute myocardial infarction during six month periods June-November before, during (2002), and after the smoke-free ordinance (ordinance did not apply outside Helena). The law was implemented on 5 June 2002

**Box 6.14 - ITS per la valutazione di impatto di una normativa sul contenuto di SO<sub>2</sub> nell'olio combustibile a Hong Kong. Tratto da Hedley (2002)**

Premessa: nel luglio 1990 una normativa imponeva che tutto l'olio combustibile usato a Hong-Kong contenesse meno dello 0.5% di SO<sub>2</sub>.

Metodi: per valutare l'impatto sulla mortalità, sono stati calcolati tassi di mortalità standardizzati, per ogni mese dal 1985 al 1995. Un modello di Poisson è stato utilizzato per controllare per la stagionalità, la temperatura e l'umidità.

	Variazione relativa (%) (95% CI) annuale	
	dal periodo del pre intervento al post-intervento	corrispondente a una variazione di SO <sub>2</sub> di 10 µg/m <sup>3</sup>
<b>tutte le cause</b>		
15-64 anni	-1.75 (-2.98; -0.50)	-0.89
65 anni e oltre	-2.81 (-4.20; -1.39)	-1.44
tutte le età	-2.11 (-3.32; -0.89)	-1.08
<b>Respiratorie</b>		
15-64 anni	-4.80 (-8.28; -1.18)	-2.47
65 anni e oltre	-4.17 (-6.59; -1.69)	-2.14
tutte le età	-3.94 (-6.23; -1.60)	-2.02
<b>cardiovascolari</b>		
15-64 anni	-1.64 (-3.95; 0.72)	-0.84
65 anni e oltre	-2.44 (-4.20; -0.68)	-1.25
tutte le età	-2.01 (-3.66; -0.33)	-1.03

Tabella – Percentuale media di variazione di mortalità e IC 95% fra prima e dopo l'intervento, con il cambio relativo del trend annuale tra prima e dopo l'intervento.

Risultati: la concentrazione di SO<sub>2</sub> dopo l'entrata in vigore della normativa è passata da una media di 44.2 µg/m<sup>3</sup> dei 5 anni precedenti ad una concentrazione media di 20.8 µg/m<sup>3</sup> il primo anno e di 24.5 come media dei 5 anni successivi all'entrata in vigore della normativa. La mortalità per tutte le cause ha subito una riduzione del 2% nel periodo post rispetto a quello pre intervento, mentre la mortalità per malattie respiratorie e quella per malattie cardiovascolari ha mostrato una riduzione rispettivamente del 3.9% e del 2.0% (vedi tabella). Le altre cause di morte non hanno presentato differenze statisticamente significative.

## Bibliografia

- Armstrong BG, Mangtani P, Fletcher A, Kovats S, McMichael A, Pattenden S, Wilkinson P. Effect of influenza vaccination on excess deaths occurring during periods of high circulation of influenza: cohort study in elderly people. *BMJ* 2004; doi:10.1136/bmj.38198.594109.AE (published 15 August 2004)
- Baldasseroni A, Bernhardt S, Ciani Passeri A. Valutazione dell'efficacia dell'intervento libretto di idoneità sanitaria per alimentaristi [lisa] all'interno dei programmi di salute pubblica per la salubrità e la sicurezza degli alimenti. Agenzia Regionale ASL 10 Firenze, Sanità Toscana, 2003 ([http://www.epicentro.iss.it/ebp/Dossier LISA 24 nov 2003\\_ZADIG1.pdf](http://www.epicentro.iss.it/ebp/Dossier LISA 24 nov 2003_ZADIG1.pdf), consultato il 31/5/2004)
- Barbone F, Faggiano F. Il disegno degli studi epidemiologici. In: Faggiano F, Donato F, Barbone F (curatori). *Manuale di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*. CSE, Torino, 2005.
- Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996; 312:1215-1218
- Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS breast cancer screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. *BMJ* 2000; 321: 665-669
- Brownson RC, Petitti DB. *Applied epidemiology*. Oxford University Press. Oxford, 2006
- Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. *Evidence-based Public Health*. Oxford University Press. Oxford, 2003
- Commission of the European Communities. *European guidelines for the quality assurance in mammography screening 3<sup>rd</sup> edition*. Europe against cancer program, Luxembourg, 2001.
- Commission of the European Communities. *Report from the commission to the Council, the European Parliament and the economic and social committee on the integration of health protection in community policies*. (COM (95) 196 final of 29 may 1995) Brussels, CEC, 1995.
- Cook DT, Campbell DT. *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago, Rand McNally, 1979.
- D'Amico R, Moja L, Liberati A. Le revisioni sistematiche degli studi sull'efficacia degli interventi sanitari. In: Faggiano F, Donato F, Barbone F (curatori). *Manuale di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*. CSE, Torino, 2005.
- Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW, Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329;602-067;
- Eccles M, Grimshaw J, Campbell m, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Qual Saf Health Care* 2003;12: 47-52
- Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. Bias in metaanalysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997; 315:62934.
- European Centre for Health Policy. *Gothenburg Consensus Paper on Health Impact Assessment*. Brussels 1999.
- Evidence-Based Medicine Working Group. *Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine*. *JAMA* 1992;268:2420-5.
- Faggiano F, Lemma P, Borraccino A, Angius P, Ippolito R, Versino E.. School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2005*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Greco D, Salmaso S, Mastrantonio P et al. A controlled trial of two acellular vaccines and one whole-cell vaccine against pertussis. *New England Journal of Medicine* 1996; 334: 341-348.
- Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? *JAMA* 1993;270:2598-601.
- Hedley AJ, Wong C-M, Thach TQ, Ma S, Lam T-H, Anderson HR. Cardiorespiratory and all-cause mortality after restrictions on sulphur content of fuel in Hong Kong: an intervention study. *Lancet* 2002; 360: 1646-52
- Jadad AR, Cook DJ, Jones A, Klassen TP, Tugwell P, Moher M, Moher D. Methodology and Reports of Systematic Reviews and Meta-analyses. *JAMA* 1998; 280: 278-280
- Jefferson T, Rivetti D, Rivetti A, Rudin M, Di Pietrantonj C, Demicheli C. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines in elderly people: a systematic review. *Lancet* 2005; 366: 1165-74
- Joffe M. How do we make health impact assessment fit for purpose? *Public Health* 2003; 117: 301-304
- Kraus JF, Peek C, McArthur DL, Williams A. The effect of the 1992 California motorcycle helmet use law on motorcycle crash fatalities and injuries. *JAMA* 1994; 272: 1506-11

Krieger N, Northridge M, Gruskin S, Quinn M, Kriebel D, Davey Smith G et al. Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives. *J Epidemiology and Community Health* 2003; 57: 659-662

Last JM. *Dictionary of epidemiology*. 4<sup>th</sup> ediction. Oxford University Press. 2001.

Liberatti CLB, Andrade SM, Soares DA. The new Brazilian traffic code and some characteristics of victims in southern Brazil. *Injury Prevention* 2001; 7: 190-193.

Lock Karen. Health impact assessment. *BMJ* 2000; 320: 1395-1398.

LuYao G, Albertsen PC, Stanford JL, Stukel TA, WalkerCorkery ES, Barry MJ. Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and Connecticut. *BMJ* 2002; 325:740-45

Mindell J, Boaz A, Joffe M, Curtis S, Birley M. Enhancing the evidence base for health impact assessment. *J Epidemiol and Community Health* 2004; 58: 546-551

Mindell J, Hansell A, Morrison D, Douglas M, Joffe M. What do we need for robust, quantitative health impact assessment? *Journal of Public Health Medicine* 2001; 23: 173-178.

Mindell J, Ison E, Joffe M. A glossary for health impact assessment. *J Epidemiol and Community Health* 2003b; 57: 647-651

Mindell J, Joffe M. Health impact assessment in relation to other forms of impact assessment. *Journal of Public Health Medicine* 2003; 25: 107-113.

Ministero della Salute – Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Il rapporto sull'impatto della legge 16 gennaio 2003, n. 3 art. 51 "tutela della salute dei non fumatori". <http://www.ccm.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/255/conferenzaFumo.pdf> (ultimo accesso 20 febbraio 2006)

Muir Gray JA. *L'assistenza basata sulle prove*. Centro Scientifico Editore. Torino 1999

Mulholland K, Hilton S, Adegbola R, Usen S, Oparaugo A, Omosigho C et al. Randomised trial of *Haemophilus influenzae* type-b tetanus protein conjugate for prevention of pneumonia and meningitis in Gambian infants. *Lancet* 1997;349:1191-7.

Murray DM, *Design and analysis of Group-randomized trials*. Oxford University Press. New York, 1998

Murray DM, Varnell SP, Blitstein JL. Design and analysis of Group-randomized trials: a review of recent methodological developments. *Am J Public Health* 2004; 94:423-432

Naylor CD, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. X. How to use an article reporting variations in the outcomes of health services. *JAMA* 1996;275:554-8.

Nixon R, Prevost TC, Duffy SW, Tabar L, Vitak B, Chen HH. Some random-effects model for the analysis of matched-cluster randomised trials: application to the Swedish two-county trial of breast cancer screening. *J Epidemiol Biostatistics* 2000; 5: 349-358.

Palli D, Rosselli del Turco M, Buiatti E, Carli S, Ciatto S, Toscani L, Maltoni G. A case-control study of the efficacy of a non randomised breast cancer screening program in Florence (Italy). *Int J Cancer* 1986; 38:50-504.

Parry J, Stevens A. Prospective health impact assessment: pitfalls, problems and possible ways forward. *BMJ* 2001; 323: 1177-1182

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 casecontrol studies. *BMJ* 2000; 321: 323-329

Ritsatakis A. Health Impact Assessment – a tool for health policy development. Regions for Health Network in Europe annual conference, Boras, Sweden, 12-13 October 2000.

Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press. Oxford, 1992.

Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328;977-980

Servadei F, Begliuomini C, Gardini E, Giustizi M, Taggi F, Kraus J. Effect of Italy's motorcycle helmet law on traumatic brain injuries. *Injury Prevention* 2003;9:257-260

Shapiro S, Venet W, Strax P, Venet L, Roeser R. Ten- to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1982; 69: 349-355

Spasoff RA. *Epidemiologic methods for health policy*. Oxford Univ Press. New Yoir 1999.

Sterne JAC, Egger M, Davey Smith G. Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. *BMJ* 2001;323:101-5

Tabar L, Fagerberg G, Duffy SW, Day NE, Gad A, Grontoft O. Update of the Swedish two county program of mammographic screening for breast cancer. *Radiol Clin N Am* 2002; 30: 187-210.

Tabar L, Fagerberg G, Gad A et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with



mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet* 1985; I: 829-832.

Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2002*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

Thompson RS, Barlow WE, Taplin SH, Grothaus L, Immanuel V, Salazar A, Wagner EH. A population based case-control evaluation of the efficacy of mammographic screening for breast cancer. *Am J Epidemiol* 1994; 140: 889-901.

UK Trial of Early Detection of Breast Cancer Group. First results on mortality reduction in the UK Trial of Early Detection of Breast Cancer. *Lancet* 1988; 8608:411-6.

Vainio H, Bianchini F (curatori). Breast cancer screening. IARC Handbooks of cancer prevention – vol 7. IarcPress, Lione, 2002.

Valent F, Schiava F, Gnesutta D, Brianti G, Barbone F; Gruppo regionae influenza Friuli-Venezia Giulia. Valutazione dell'efficacia della vaccinazione influenzale fra gli anziani in Friuli-Venezia Giulia. *Epidemiol Prev.* 2005 ;29:195-203.

Vartiainen E, Jousilahti P, Alfthan G, Sundvall J, Pietinen P, Puska P. Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972–1997. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 49-56.

Verbeek AL, Hendriks JH, Holland R, Mravunac M, Sturmans F. Mammographic screening and breast cancer mortality: age-specific effects in Nijmegen Project, 1975-82. *Lancet.* 1985 Apr 13;1(8433):865-6.

Walsh TL, Frazier RG, Peacock K, Nelson AL, Clark VA, Bernstein L. Evaluation of the efficacy of a nonlatex condom: results from a randomized, controlled clinical trial. 1: *Perspect Sex Reprod Health.* 2003 Mar-Apr;35(2):79-86.

World Health Organisation Working Group. Evaluation and use of epidemiological evidence for environmental health risk assessment: WHO guidelines document. *Environmental Health Perspectives* 2000; 109: 997-1002



## *Seconda sessione*

# **Modalità efficaci di organizzazione dei Centri Antifumo: le linee guida internazionali e le esperienze italiane**

### **Articoli di:**

<b>Riccardo Tominz,</b>	Unità Funzionale di Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, ASS 1 Trieste
<b>Biagio Tinghino,</b>	Responsabile Centro per il Trattamento del tabagismo, ASL Provincia di Milano 3, Monza; Commissione per gli stili di vita. - Regione Lombardia – Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Servizio salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute in Carcere
<b>Maurizio Laezza,</b>	Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, II Facoltà di Medicina, Università La Sapienza, Roma. Presidente Società Italiana di Tabaccologia.
<b>Giacomo Mangiaracina,</b>	
<b>Coordinatore Area Tabagismo,</b>	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

La lettura di questa Sessione è naturalmente di estrema utilità per tutti i pianificatori; lo studio degli articoli è tuttavia fortemente consigliato per il Pianificatore regionale dei Centri Antifumo, per il Coordinatore regionale del Progetto e per il Pianificatore che si occupa del coordinamento delle attività del MMG e degli altri operatori sanitari

Nel Cd si trovano:

da <b>Riccardo Tominz,</b>	un documento sulle stime di perdite di produttività per premorienza nelle femmine e nei maschi fumatori ;
da <b>Maurizio Laezza,</b>	un documento sui gruppi aperti della regione Emilia-Romagna
da <b>Sandra Bosi,</b>	un documento sui gruppi chiusi della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e una serie di strumenti (schede di valutazione) adottate per misurare l'efficacia del gruppo secondo parametri che riguardano il conduttore, la tipologia dei partecipanti, il setting.

# *Stima delle conseguenze del fumo di tabacco a livello regionale*

## **Introduzione e Commento**

La relazione di Riccardo Tominz, esaustiva e brillante, restituisce un quadro chiaro e preciso sia della gravità dei costi sociali e sanitari legati alle conseguenze del fumo di tabacco, sia della corretta metodologia di approccio alla valutazione dei costi sopportati a livello regionale.

Impiegare strumenti appropriati è il primo modo per evitare sprechi di risorse (tempo, denaro, fondi...) e aumentare le probabilità di ottenere risultati.

La presentazione invita a considerare il problema nella sua complessità (dagli incidenti provocati dalla sigaretta, alla raccolta e smaltimento dei mozziconi).

Questi aspetti sono di estremo interesse anche per i percorsi educativi e motivazionali, contribuendo a quella pluridisciplinarietà, irrinunciabile nella definizione degli obiettivi e nella misurazione dei risultati.

I suggerimenti per il referente regionale sono senza dubbio specialistici e richiedono qualche competenza specifica. (siamo grati a Riccardo Tominz per il pregevole lavoro di descrizione e spiegazione).

E' importante che il Pianificatore sia consapevole dell'esistenza e dell'efficacia di questi strumenti per poter curare, se non personalmente, almeno indirettamente (affidando incarichi a chi ha competenze di rilievo statistico), che le linee metodologiche vengano correttamente seguite per stimare il calcolo della mortalità legata al fumo, il calcolo degli anni di vita perduti e la perdita di produttività conseguente a premorienza.

Questi parametri sono fondamentali per motivare il livello politico rispetto alla necessità di interventi incisivi, strutturati e capillari nei servizi sanitari per sostenere programmi di prevenzione e cura del Tabagismo.

### *Relazione*

**Autore: Riccardo Tominz**

*Dipartimento di Prevenzione, ASS 1 di Trieste*

Parole chiave:

Fumo di tabacco, mortalità, ricoveri ospedalieri

## **Premessa**

L'OMS in un documento del 2005 definisce la prevenzione delle malattie croniche come "un investimento vitale", ed identifica tre fattori di rischio modificabili e comuni alle principali patologie cronico degenerative: dieta insalubre, scarsa attività fisica, fumo di tabacco<sup>1</sup>.

Nel 1999 la Banca mondiale ha calcolato che i costi sanitari associati all'uso di tabacco costituivano tra il 6% ed il 15% di tutte le spese sanitarie annue<sup>2,3</sup> e tra lo 0,1% e l'1,1% del Prodotto Interno Lordo (PIL) dei Paesi ad alto reddito<sup>4</sup>.

Questo spiega bene l'importanza di quantificare il danno provocato dal fumo, al fine di presentare obiettivamente i vantaggi della sua prevenzione. Un impiego alternativo è quello della richiesta di risarcimenti. Negli Stati Uniti ci sono già stati quattro processi (Mississippi, Florida, Texas, Minnesota) in seguito ai quali le industrie del tabacco hanno dovuto consentire al pagamento di quasi 36 miliardi di dollari<sup>5</sup>.

## **Presentazione**

Una trattazione completa del tema è praticamente impossibile. Innanzi tutto, partendo dai costi sanitari, non è facile un accordo sulle patologie da inserire in un elenco dei danni fumo-correlati. Inoltre, mentre le stime sulle percentuali di fumatori in una data popolazione sono abbastanza robuste, risulta molto più difficile concordare sulla prevalenza del fumo passivo (soprattutto in termine di quantità di esposizione). Per quanto

concerne i danni economici il fumo è causa riconosciuta di incendi e di incidenti stradali. Risalire dall'incendio o dall'incidente alla sua causa (il mozzicone) e (peggio che peggio), monetizzarlo, non appare di facile attuazione. Altri danni sono poi impossibili da stimare, come la raccolta e lo smaltimento dei mozziconi, il lavaggio di tenda, la tinteggiatura di pareti e via dicendo.

Per quanto riguarda poi i costi intangibili, se si può concordare su una monetizzazione della morte (utilizzando ad esempio la mancata produttività di quel soggetto e moltiplicandola per gli anni di premorienza) è impossibile monetizzare il dolore.

Resta inoltre il problema se considerare o meno la premorienza del fumatore come una voce attiva del bilancio: lo Stato eviterà infatti di pagare per successivi ricoveri, pensioni di invalidità etc. Ai più questa appare, comunque, un'ipotesi immorale<sup>6</sup>.

Quello che appare fattibile, anche per una valutazione locale (regionale) è un calcolo della mortalità fumo correlata, necessario per stimare gli anni di vita perduti ma, soprattutto, gli anni di vita produttiva perduti, ed un calcolo della morbilità fumo correlata, considerata come ricoveri ospedalieri. Da questa infatti si possono stimare i costi dei ricoveri, mentre le giornate di degenza possono essere utilizzate per computare le assenze dal lavoro ed il relativo mancato guadagno<sup>7 8</sup>.

### Linee metodologiche e suggerimenti per il referente regionale.

Calcolo della mortalità. Si utilizza il rischio attribuibile di popolazione espresso in percentuale, calcolato secondo la formula di Lilienfeld e Lilienfeld (1980):

$$SAM = \frac{P_0 + P_1 * RR_1 + P_2 * RR_2 - 1}{P_0 + P_1 * RR_1 + P_2 * RR_2}$$

dove

SAM	=	Smoke Attributable Mortality (Mortalità Fumo Attribuibile)
P <sub>0</sub>	=	Percentuale di mai fumatori nella popolazione indagata (età >= 35 anni)
P <sub>1</sub>	=	Percentuale di fumatori attuali nella popolazione indagata (età >= 35 anni)
P <sub>2</sub>	=	Percentuale di ex fumatori nella popolazione indagata (età >= 35 anni)
RR <sub>1</sub>	=	Rapporto fra il Rischio di morte per quella patologia nei fumatori attuali e quello nei mai fumatori nella popolazione indagata
RR <sub>2</sub>	=	Rapporto fra il Rischio di morte per quella patologia negli ex fumatori e quello nei mai fumatori nella popolazione indagata

I calcoli sono effettuati per la popolazione di età maggiore uguale a 35 anni in considerazione dei tempi di latenza per lo sviluppo delle malattie fumo associate.

P<sub>0</sub>, P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub> sono distinti per i due sessi e per due grandi fasce di età: 35-64 anni e 65 anni e oltre. Tali percentuali, a livello regionale, sono ricavabili solo da studi ad hoc. Dallo studio PASSI 2005 si possono ottenere le percentuali relative alla fascia 35-64 anni. Per quella successiva è attualmente giocoforza ripiegare sui dati ISTAT, stratificati su quattro macroregioni (nord est, nord ovest, centro, sud e isole).

Le stime più robuste dei Rischi Relativi di decesso fumo correlato ottenibili in letteratura sono quelle derivate dall'American Cancer Society's Cancer Prevention Study (CPS II)<sup>9</sup>.

La frazione di Mortalità Fumo Attribuibile (SAF, Smoke Attributable Fraction) così ottenuta può essere moltiplicata per il numero di decessi per quella patologia nel sesso e nella fascia di età considerati, al fine di ottenere, oltre alla percentuale, anche il numero dei decessi fumo correlati.

Una trattazione completa di questa metodologia, congiuntamente all'elenco delle patologie fumo correlate (definito in base alla classificazione ICD9) ed ai relativi RR è consultabile sul sito dei Centers for Disease Control and Prevention, alla voce "*Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs (SAMMEC): Adult SAMMEC and Maternal and Child Health (MCH) SAMMEC software, 2004*"<sup>10</sup>.

Calcolo degli anni di vita perduti. Il numero di decessi fumo correlati, diviso per sesso, e per fasce quinquennali di età può essere moltiplicato per l'aspettativa media di vita in quella regione, per quel sesso e quella

fascia di età. Più correttamente si applica la formula

$$YLL = \frac{x_i * [1 - \exp(-r * L)]}{r}$$

dove

- YLL = Years Life Lost
- $x_i$  =  $x_i$  = numero di morti nella classe di età iesima
- exp = potenza alla quale elevare il termine precedente
- r = tasso di sconto = 0,03
- L = aspettativa di vita, differenziata per regione, classi di età e sesso secondo i valori riportati dall'ISTAT

Stima della perdita di produttività conseguente a premorienza. Una componente della stima della perdita di produttività fumo correlata è la perdita di produttività conseguente a premorienza.

Per ottenerla si calcola, per ciascuna fascia quinquennale di età, il numero di anni mancanti per arrivare a 65 anni (per i maschi) ed a 60 anni (per le femmine), secondo la formula:

$$YPLL = x_i * [65 - y_{(media)i}] \text{ per i maschi, per le femmine } x_i * [60 - y_{(media)i}]$$

dove

YPLL	=	Years Productive Life Lost (Anni perduti di vita produttiva)
$x_i$	=	$x_i$ = numero di morti nella classe di età iesima
$y_{(media)i}$	=	Valore medio dell'intervallo di età iesimo

Gli anni di vita produttiva perduti vanno poi moltiplicati per il valore aggiunto pro capite<sup>1</sup> (per regione) del prodotto interno lordo. Questo valore è ricavabile dal sito CNEL (su elaborazioni di dati ISTAT).

Calcolo dei ricoveri ospedalieri e del loro costo. Si utilizza la stessa metodologia del calcolo della mortalità.

Stime di rischio relativo per ricovero ospedaliero per le patologie fumo correlate sono ottenibili, ad esempio, dallo studio di Busselton<sup>11</sup>. Il calcolo dei ricoveri ospedalieri attribuibili al fumo di tabacco permette successivamente di stimare il costo dei ricoveri (in base ai DRG). Allo scopo si considera il totale delle spese per il gruppo di patologie in esame e lo si moltiplica per la frazione attribuibile al fumo ricavata con la formula di Lilienfeld e Lilienfeld. Lo studio di Busselton si riferisce ad una popolazione di età compresa fra 40 e 79 anni, e quindi utilizzando le sue stime di RR sarebbe più corretto limitare le elaborazioni a questa fascia di età.

Stima della riduzione della produttività per ricovero. Il valore aggiunto pro capite (per regioni) di cui al punto precedente può essere diviso per il numero di giorni lavorativi dell'anno (52 settimane \* 5 giorni lavorativi a settimana - 20 giorni di ferie all'anno = 240). Moltiplicandolo per le giornate di ricovero fumo attribuibili (considerate proxy delle giornate di assenza per malattia) si ottiene una stima della riduzione della produttività per ricovero. La numerosità delle giornate di ricovero fumo attribuibili si può ricavare moltiplicando il totale delle giornate di ricovero per la patologia considerata volte la SAF per quella patologia (ottenuta al punto precedente). Alternativamente, se disponibili, si possono utilizzare i RR per giornata di ricovero (come nello studio di Busselton). Rispetto al punto precedente il limite superiore di età è portato a 64 anni per i maschi ed a 59 per le femmine (=età pensionabile - 1). Quello inferiore, utilizzando i Rischi Relativi dello studio di Busselton, è portato a 40 anni. considerano le classi di età da 35 a 64 anni (35-60 per le donne).

<sup>1</sup> In economia il valore aggiunto (anche abbreviato VA) è la misura dell'incremento di valore che si verifica nell'ambito della produzione e distribuzione di beni e servizi grazie all'intervento dei fattori produttivi: capitale e lavoro.

## Criticità

Verosimilmente si tende a sottostimare il costo totale del fumo (mancano i fumatori passivi, mancano i costi, anche solo sanitari) di incendi e incidenti.

Non si tiene conto del numero di sigarette fumate, né come media giornaliera né come totale nel corso della vita, dei tempi di esposizione né, per gli ex fumatori, del tempo intercorso dalla cessazione.

Non si tiene inoltre conto della presenza di modificatori di effetto, soprattutto l'abuso di alcol. L'uso di rischi relativi calcolati in popolazioni simili alla nostra per stile di vita e, soprattutto, nel nostro stesso stadio dell'"epidemia fumo" dovrebbero però rendere le stime statunitensi, canadesi o australiane sufficientemente utilizzabili anche nella nostra realtà.

Probabilmente molte di queste criticità potrebbero esser superate operando una scelta di Rischi Relativi di mortalità e di ospedalizzazione fumo correlate sulle due maggiori review attualmente reperibili in tema di fumo attivo e passivo, ovverosia i Surgeon General's Report del 2004 (sulle conseguenze del fumo attivo)<sup>12</sup> e del 2006 (sulle conseguenze del fumo passivo)<sup>13</sup>.

## Conclusioni.

E' possibile, a livello delle singole regioni, stimare il costo del fumo in termini di ricoveri, di giornate di assenza per ricovero e di perdita della produttività futura per premorienza.

## Bibliografia

<sup>1</sup> Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO 2005. Scaricabile da: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/). Versione italiana su <http://www.ministerosalute.it/>.

<sup>2</sup> **Curbing the Epidemic : Governments and the Economics of Tobacco Control.** (c) 1999 THE WORLD BANK, WASHINGTON D.C. Scaricabile da: <http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm>

<sup>3</sup> Lightwood JM, Collins D, Lapsley H, Novotny T. Estimating the costs of tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000. <http://www1.worldbank.org/tobacco/>.

<sup>4</sup> Hodgson TA. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *The Milbank Quarterly*, 1992, 70:81-125.

Bloch M, Daynard R, Roemer R. A year of living dangerously: the tobacco control community meets the global settlement. *Public Health Rep.* 1998 Nov-Dec;113(6):488-97.

<sup>5</sup> Warner KE, Hodgson TA, Carroll CE. Medical costs of smoking in the United States: estimates, their validity, and their implications. *Tob Control.* 1999 Autumn;8(3):290-300. Review.

<sup>6</sup> Single E, Rehm J, Robson L, Truong MV. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ.* 2000 Jun 13;162(12):1669-75.

<sup>7</sup> Scafato E, Russo R Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari. Scaricabile da <http://www.epicentro.iss.it>.

<sup>8</sup> Thune 1997 Thun MJ, Heath CW Jr. Changes in mortality from smoking in two American Cancer Society prospective studies since 1959. *Prev Med.* 1997 Jul-Aug;26(4):422-6.

<sup>9</sup> <http://www.cdc.gov/tobacco/sammec>.

<sup>10</sup> <http://cnel.it>.

<sup>11</sup> English DR, Vu HT, Knuiman MW. The impact of smoking on use of hospital services: the Busselton study. *Aust N Z J Public Health.* 2002;26(3):225-30.

<sup>12</sup> The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. [Atlanta, Ga.]: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Washington, D.C.: For sale by the Supt. of Docs., U.S. G.P.O., 2004. Scaricabile da <http://www.surgeongeneral.gov/library>.

<sup>13</sup> The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. - [Atlanta, Ga.] : U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, [2006]. Scaricabile da: <http://www.surgeongeneral.gov/library>.

## *Modalità efficaci per la cessazione. Le linee guida internazionali e le esperienze italiane*

### Commento

La relazione di Biagio Tinghino affronta in modo esaustivo, organico e completo tutti gli aspetti connessi all'organizzazione e al funzionamento del Centro Antifumo.

E' importante che il Pianificatore Regionale coordinatore dei Servizi per la disassuefazione sia a conoscenza delle metodologie più adeguate per facilitare i processi di cura, sappia fornire indicazioni in merito al personale necessario al funzionamento del Centro e sappia valutare costi e criticità.

A proposito dei costi è utile che il Pianificatore Regionale, nel ruolo di favorire alleanze e riconoscere eventuali supporti esterni, censisca i Centri Antifumo della Lega contro i Tumori che usano un modello di gruppo di tipo cognitivo-comportamentale introdotto in Italia da quasi vent'anni e periodicamente monitorato e valutato con controlli a medio e lungo termine del tasso di astinenza dei partecipanti.

Rispetto alla metodologia dei gruppi cognitivo-comportamentali aperti (che prevedono cioè l'inserimento di partecipanti ogni 15 o 30 giorni, come nel modello largamente applicato nei Centri Antifumo dell'Emilia-Romagna) e chiusi (modella LILT), si rimanda per una trattazione completa alla relazione di Maurizio Laezza e agli approfondimenti contenuti nel Cd.

La possibilità di avere a disposizione più servizi da offrire al paziente in corso di cessazione ha senza dubbio un valore psicologico: la persona si sente più curata e reagisce meglio al trattamento.

Nel CD allegato alla guida sono riportati alcuni strumenti utilizzati in Emilia-Romagna per la valutazione e il monitoraggio del Programma di cessazione. Si è cercato di incrociare il peso di diversi aspetti sull'efficacia del programma: percezione del conduttore del Gruppo da parte dei partecipanti, tipologia del gruppo; tipologia del setting-motivazionale e percezione di autoefficacia dei fumatori.

### *Relazione*

**Autore: Biagio Tinghino**

*ASL Provincia di Milano 3, Monza*

Parole chiave: centro antifumo, terapie di disassuefazione

### Premessa

L'efficacia dei trattamenti di disassuefazione dal fumo è un punto critico di grande rilevanza nelle strategie di lotta al tabagismo. Nonostante il moltiplicarsi delle esperienze nei vari stati, l'efficacia dei risultati a media-lunga distanza delle terapie resta relativamente insoddisfacente, con medie di disassuefazione consolidata che si aggirano tra il 6 e il 25% a seconda dell'approccio seguito, dalla specializzazione degli operatori, dall'integrazione di strumenti usati e dal tempo dedicato al percorso di disassuefazione.

Nonostante ciò ci sono dei dati molto chiari provenienti dalla letteratura scientifica internazionale che vanno tenuti in considerazione come punto di partenza nel pianificare e gestire gli interventi di cessazione. Questi dati possono essere esposti in rapporto ai *livelli di evidenza* (Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV) i quali, a loro volta, producono dei *gradi di raccomandazione* (A, B, C, GPP). Il livello di evidenza Ia (il più alto) è basato sulla metanalisi di studi randomizzati. Il livello Ib è basato su almeno uno studio randomizzato.

Il livello IIa su almeno uno studio ben condotto seppur in assenza di randomizzazione etc... Il grado A di raccomandazione si fonda sui livelli di evidenza Ia e Ib, il grado B di raccomandazione si fonda sui livelli Ia, Ib e III di evidenza. Il grado C è basato su evidenza di livello IV e il grado GPP (Good Practice Points) è relativo a buone pratiche cliniche basate sulle esperienze e raccolte in linee guida.

Sulla base di questa classificazione riteniamo necessario, quindi, riportare le raccomandazioni più importanti presenti nelle linee guida internazionali.



- **Grado A (livelli Ia Ib).** Tutti i fumatori che accedono alle strutture sanitarie dovrebbero essere identificati la loro condizione dovrebbe essere trascritta nella documentazione clinica e dovrebbe essere loro offerto un trattamento.
- **Grado A (livello Ia).** Ogni medico dovrebbe invitare i fumatori a smettere.
- **Grado A (livelli Ib).** Il tabagismo è una condizione cronica che richiede spesso trattamenti ripetuti. I trattamenti efficaci possono condurre a lunghi periodi di astinenza o a cessazione definitiva.
- **Grado A (livelli Ia).** I trattamenti di cessazione sono dotati di favorevole rapporto di costo/beneficio se paragonati ad altri interventi di prevenzione medica.
- **Grado A (livello IIa).** Gli interventi brevi di supporto alla cessazione sono utili ed efficaci.
- **Grado A (livelli Ia Ib, IIa).** L'efficacia degli interventi di cessazione è proporzionale al numero di sessioni dedicate e al tempo speso per ogni persona. Gli approcci intensivi e strutturati, come per es. quelli dei Centri per il Trattamento del Tabagismo, sono più efficaci.
- **Grado A (livello Ia).** La terapia sostitutiva nicotinic (NRT) è efficace nei trattamenti di disassuefazione.
- **Grado A (livello Ib).** Non c'è sostanziale differenza tra i vari tipi di trattamenti nicotinici.
- **Grado A (livello Ib).** Non c'è evidenza di incremento di rischio cardiovascolare nel corso di trattamento nicotinic
- **Grado A (livello Ib).** Il bupropione a lento rilascio (SR) è efficace e sicuro per il trattamento del tabagismo.

Da queste considerazioni si comprende come sia necessario tener conto che il trattamento del tabagismo deve:

- a) Essere inserito in un contesto di politiche sanitarie e strategie (**Health Policy and Strategies level**) volte a incrementare l'offerta di interventi terapeutici;
- b) Fondarsi sulla scelta di un modello di trattamento efficace ma anche entro certi limiti, compatibile con le risorse e i contesti assegnati (**Health Services level**).

Nelle pagine che seguono cercheremo dapprima di affrontare l'area delle strategie sanitarie e successivamente di dare delle indicazioni rispetto al funzionamento dei centri per il trattamento del tabagismo e gli aspetti clinico-organizzativi ad essi correlati.

## Le strategie sanitarie per la cessazione dal fumo

Le maggiori linee guida internazionali concordano sul fatto che la cessazione dal fumo dovrebbe essere offerta come parte essenziale delle prestazioni sanitarie pubbliche. Gli interventi di cessazione hanno un costo inferiore rispetto ad altri interventi medico/preventivo come il trattamento dell'ipertensione, le cure farmacologiche della dislipidemia, l'esecuzione periodica della mammografia o del PAP test rispetto al beneficio prodotto. Per questi motivi le raccomandazioni relative alle politiche sanitarie sono ben precise.

1. E' indispensabile **implementare, a tutti i livelli di approccio sanitario, l'identificazione dei fumatori**. Questo obiettivo si può raggiungere cambiando il modo di rilevare per esempio, i parametri clinici essenziali (come per es. la frequenza cardiaca la pressione arteriosa la temperatura etc..) e cioè *aggiungendo sempre l'identificazione dello stato di fumatore e la documentazione correlata* (se possibile la misurazione del CO). Questo *approccio deve essere standardizzato* a tutti i livelli di misurazione dei parametri vitali: infermieri, medici, operatori sanitari.
2. Tutti i sistemi erogatori di cure e prestazioni dovrebbero **prevedere l'utilizzo di risorse per la prevenzione del tabagismo e per la promozione degli interventi di cessazione**. Tale strategia deve prevedere un *adeguato investimento in termini economici e umani* nell'area del trattamento del tabagismo. Una volta ottenuto questo si rendono necessari *momenti strutturati e regolari di formazione/aggiornamento* sulle problematiche del tabagismo. Fa inoltre parte della politica globale di approccio ai problemi fumo-correlati la preparazione di materiale informativo e self-help. Quanti, poi, sono impegnati nel trattamento dei fumatori dovrebbero preparare *periodici reports* sull'esito e la diffusione dei trattamenti oltre a fornire dei feedback agli operatori sanitari con cui si rendicontano i dati relativi alle performance dei

trattamenti di cessazione. Questo implica in senso più generale, la necessità di far crescere la cultura della prevenzione del tabagismo per esempio includendo il *training e la formazione sulla disassuefazione da tabacco nel percorso di studi di tutte le discipline mediche* e assicurando così un uniforme standard di competenze.

3. I luoghi di cura dovrebbero avere di **equipages dedicate alla valutazione e al trattamento della dipendenza da tabacco**. Questo obiettivo si può raggiungere solo se *si identifica un coordinatore dei trattamenti del tabagismo* in ogni sede e se ad esso vengono affidate delle *responsabilità e delle risorse*. Oltre a ciò è indispensabile un *adeguato piano di comunicazione* perché ogni operatore sanitario della struttura sia messo a conoscenza di questa attività.
4. **Gli ospedali**, in particolare, dovrebbero prevedere al proprio interno **servizi di cura per la dipendenza da tabacco**. Anche in questo caso sono indispensabili una costante *identificazione dei fumatori, l'offerta del trattamento di disassuefazione* a tutti i pazienti tabagisti ricoverati, *l'erogazione in regime di rimborso dei farmaci* per la disassuefazione (NRT e bupropione), un incremento degli sforzi per *rendere smoke-free gli ospedali*, la *formazione degli operatori* per assicurare assistenza e supporto ai pazienti che durante il ricovero hanno sintomi di astinenza da tabacco o vogliono smettere di fumare.
5. Le **assicurazioni sanitarie private e il servizio sanitario pubblico dovrebbero includere i trattamenti di cessazione** (sia in termini di counselling che di prescrizione di farmaci) **nelle prestazioni previste e rimborsate**.

Costituiscono parte essenziale della politica sanitaria sul tabagismo il monitoraggio periodico (per esempio a livello regionale e nazionale) delle attività dei centri per la disassuefazione, la verifica degli standard qualitativi e opportune modalità strutturate di comunicazione/confronto/formazione.

## I modelli clinici di diagnosi e di trattamento del tabagismo

**Gli approcci possibili alla disassuefazione sono diversi. Rispetto alla metodologia usata si può distinguere tra:**

- a) minimal advice, **ossia un intervento breve compiuto dall'operatore sanitario (almeno 3 minuti)**
- b) counselling (**più interventi/incontri**)
- c) terapia intensiva **dei Centri Antifumo (sia con metodica individuale che di gruppo)**.

**In riferimento ai livelli di intervento possiamo distinguere tra:**

- **Interventi effettuati nei luoghi e dagli operatori delle cure primarie (Primary health care)**
- **Interventi effettuati nei luoghi e dagli operatori delle cure specialistiche (Secondary health care)**
- **Trattamenti dei centri specialistici o Centri Antifumo (Specialist services)**

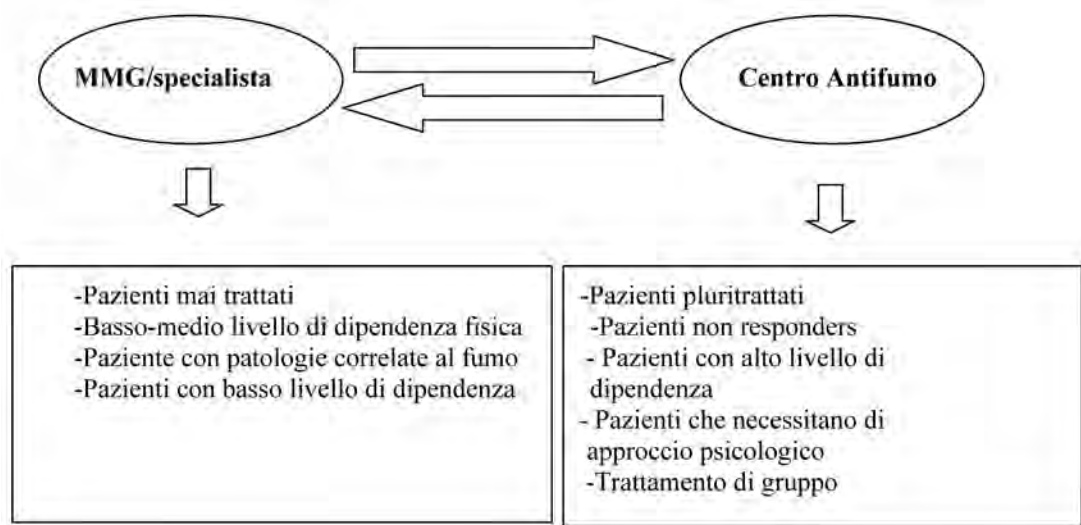
## Modalità di accesso

Le modalità di accesso al Centro Antifumo possono essere diverse, a seconda delle esigenze del territorio, della progettualità che lo sostiene e delle esigenze della struttura che lo ospita. La maggior parte dei centri prevede modalità multiple di accesso:

- Invio da parte del MMG
- Accesso diretto (anche tramite telefonata)
- Invio da parte dello specialista (pneumologo, cardiologo etc...)

I Centri Antifumo sono strutture di secondo livello che si interfacciano con le altre realtà operative nel settore del tabagismo presenti sul territorio, in particolare coi medici di medicina generale. In una progettazione di

rete possono essere concordati diversi livelli di intervento, ciascuno dei quali può avere dei referenti specifici. In alcune realtà, per esempio, i MMG - dopo adeguata formazione - operano il counselling breve ("minimal advice") oppure un supporto di primo livello per la disassuefazione e rinviano i casi più complessi ai centri di II livello. Stessa cosa può essere fatta nella gestione dei rapporti tra ambulatori specialistici e Centri Antifumo. Nella definizione dei criteri di trattamento potrebbero essere suggeriti i seguenti criteri:



## La valutazione

I pazienti che chiedono di smettere di fumare vengono abitualmente valutati. Gli operatori dei Centri Antifumo eseguono una valutazione medica e una psicologica, anche ai fini della più opportuna definizione del programma di terapia.

**La valutazione medica** generalmente prevede una *anamnesi e una visita*. Oltre a ciò fa il punto in modo dettagliato sulle abitudini tabagiche del paziente, e dovrebbe occuparsi, sia per sommi capi, anche dello stato di salute generale. Il fumatore che ha deciso di smettere si trova ad affrontare, in genere, un cambiamento importante nello stile di vita e dunque è nelle condizioni favorevoli per occuparsi positivamente anche di altri aspetti, quali l'inizio di una attività sportiva, la regolarizzazione dell'alimentazione, la presa in considerazione dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari etc... Il medico che si occupa della valutazione, dunque, può essere colui che brevemente principali abitudini del paziente e offre dei consigli, con modalità positive e mai giudicanti, per aiutare il fumatore e raggiungere un soddisfacente livello di benessere psico-fisico.

E' essenziale la valutazione del grado di dipendenza fisica da nicotina attraverso il *Test di Fagerstrom* attualmente da raccomandare come standard (in assenza di test più completi). Esso è eseguito routinariamente nel 42% dei Centri Antifumo italiani (dati "PROGETTO INSPIRO", 2005).

L'esecuzione di esami specifici, a parte la *misurazione del CO espirato*, dovrebbe essere riservata a pazienti in cui ci sono evidenze cliniche di patologia. Ciò non toglie che alcuni test (per es. la spirometria) possano essere eseguiti da chi ha esperienza pneumologica anche con valenza "educativa" (misurare un "prima" e un "dopo trattamento", per far cogliere al paziente i benefici della disassuefazione). Occorre però evitare di eccedere nell'esecuzione di indagini che non sono strettamente correlate alla cessazione dal fumo o di medicalizzare il fumatore, cercando piuttosto di imprimere alla visita una valenza propositiva e di sostegno alla decisione assunta. Qualora emergessero patologie correlate importanti, e il paziente non fosse in cura, occorrerà lavorare di concerto col medico di medicina generale per il trattamento necessario. I contatti col medico di famiglia dovrebbero essere regolari e possibilmente sintetizzarsi in una relazione conclusiva dell'intervento effettuato. L'esecuzione del CO espirato è da raccomandare come standard sia diagnostico che di follow-up, sebbene solo il 27% dei centri italiani lo esegua abitualmente (PROGETTO INSPIRO, 2005).

**La valutazione psicologica** ha come prima necessità quella di discriminare il *livello e il tipo di motivazione* che hanno spinto il paziente a rivolgersi al Centro Antifumo. Dal momento che spesso le decisioni di smettere vedono prese col concorrere di diverse istanze, è importante capire quanto il paziente abbia effettuato una *elaborazione personale* e quanto sia stato spinto a fare dagli altri (il coniuge, gli amici, i figli...). E' altresì importante, nelle dinamiche interne, quanto le motivazioni siano legate al riconoscimento positivo di un reale

cambiamento (voglia di star bene, di ricominciare a svolgere attività sportive, prendersi cura di sé) e quanto invece legate a meccanismi di auto-coercizione (sentimenti di colpa, paura del giudizio degli altri, bisogno patologico di agire comportamenti di controllo etc...).

Per valutare il livello di consapevolezza è utile chiedere al paziente una riflessione sui precedenti tentativi di smettere, siano essi stati lunghi o brevi, e sui motivi che lo hanno indotto a riprendere. Molti sono inclini a indicare nelle circostanze esterne il motivo per cui hanno ripreso (gli amici, un fatto occasionale etc...) e questo è un segno che il paziente è poco incline all'introspezione. Altri invece tendono subito a colpevolizzarsi ("sono stato un cretino") oppure a ricondurre la ricaduta ad eventi emotivamente significativi ("ho attraversato un periodo di crisi familiare", "il lavoro aveva preso un andamento difficile"). Ciascuna di queste risposte apre il campo ad ulteriori osservazioni e comunque permette all'operatore di farsi un'idea del livello di consapevolezza che il fumatore ha dei meccanismi interiori che lo spingono a fumare.

Si ritiene importante valutare esplicitamente, attraverso specifiche domande, la storia del paziente in rapporto a precedenti o attuali *dipendenze da sostanze psicotrope o droghe, da alcol o la presenza attuale o pregressa di disturbi del comportamento alimentare, oppure ancora l'uso di psicofarmaci*. In caso affermativo per la presenza di uno dei fattori sopra riportati occorrerà valutare attentamente le difficoltà che il paziente troverà nel percorso di cessazione. L'uso di sostanze o la presenza di altre dipendenze la presenza attuale di *disturbi dell'umore* (in particolare la depressione o il disturbo bipolare) o *dell'area psicotica* sono fattori negativi per la prognosi della disassuefazione.

Elementi importanti si rilevano alla raccolta di una "*anamnesi psicologica*" sommaria, che interroghi il paziente sulle situazioni e sui vissuti psicologicamente significativi negli ultimi anni. Il paziente può essere chiamato inoltre a dare da sé definizione della situazione psicologica che attraversa nel periodo attuale oltre a dichiarare quante probabilità si darebbe se dovesse provare a smettere da solo (valutazione sommaria di *self-efficacy*).

Questi dati in genere permettono allo psicologo di collocare il paziente in una fase del ciclo di cambiamento, secondo il *modello di Prochaska e Di Clemente* e di esprimere un parere di massima sul tipo di terapia che è più indicata.

Rispetto alle 2 valutazioni preliminari, possono essere di estrema utilità queste raccomandazioni:

#### **Valutazione medica:**

- Dati anagrafici
- Dati inerenti alle abitudini tabagiche
- Anamnesi completa
- Visita medica
- Esecuzione della misurazione del CO espirato ed, eventualmente, di altri esami
- Somministrazione del Test di Fagerstrom

#### **Valutazione psicologica :**

- Analisi della motivazione
- Indagine su precedenti o attuali comorbilità nell'area delle dipendenze (sostanze stupefacenti, psicofarmaci, alcolismo, disturbi del comportamento alimentare, disturbi psichiatrici)
- Indagine sui più recenti eventi emotivamente significativi
- Verifica del livello di self-efficacy ed autostima
- Collocazione nell'ambito delle fasi del percorso di Prochaska e Di Clemente
- Eventuale somministrazione di test

## ***Il Trattamento, dati di efficacia e scelte terapeutiche***

### **Intervento breve**

Il consiglio del medico (durata media : 3 minuti) risulta essere efficace, secondo i dati Cochrane, con OR= 1,69; 95%CI: 1,45-1,98 negli studi di metanalisi inglesi. Negli studi di metanalisi americani l'OR= 1,3; 95% CI: 1,1-1,6

Esiste una relazione tra la durata dell'intervento e l'efficacia. Se il colloquio sull'argomento dura fino a 20 minuti aumenta in modo importante la percentuale di astinenti ad un anno.

### Counseling individuale

E' caratterizzato da un programma individuale, comprendente delle sedute con uno specialista della disassuefazione. Ciascun incontro ha la durata di almeno 10 minuti e può anche prevedere dei contatti telefonici. I dati inglesi della Cochrane Library indicano una OR= 1,55; 95%IC: 1,27-1,90, mentre quelli americani mostrano un OR= 1,7; 95%CI: 1,4-2,0.

### Trattamenti di gruppo

I dati si riferiscono a metodiche con approccio cognitivo-comportamentale per corsi della durata di 5-10 incontri, condotti da un "esperto" e che prevedono la partecipazione di 20-25 partecipanti per corso. L'efficacia è di un OR= 2,10; 95%IC: 1,64-2,70 per i dati inglesi e di un OR= 1,3; 95%IC: 1,1-1,6 per i dati americani.

### Bupropione cloridrato

Il bupropione aumenta l'efficacia dell'intervento breve e del counselling. I dati ottenuti mostrano un OR=2,73; 95%IC: 1,90-3,94 nelle metanalisi effettuate dalla Cochrane Library, mentre numeri un po' più bassi sono riportati nelle linee guida americane (OR=2,1; 95%IC: 1,5-3,0). Occorre ricordare che, essendo il bupropione un farmaco ottenibile solo su prescrizione medica, questo atto comporta sempre un livello sia pur minimo di counselling, per cui l'efficacia è costituita dalla sommatoria dei due interventi (consiglio + farmaco)

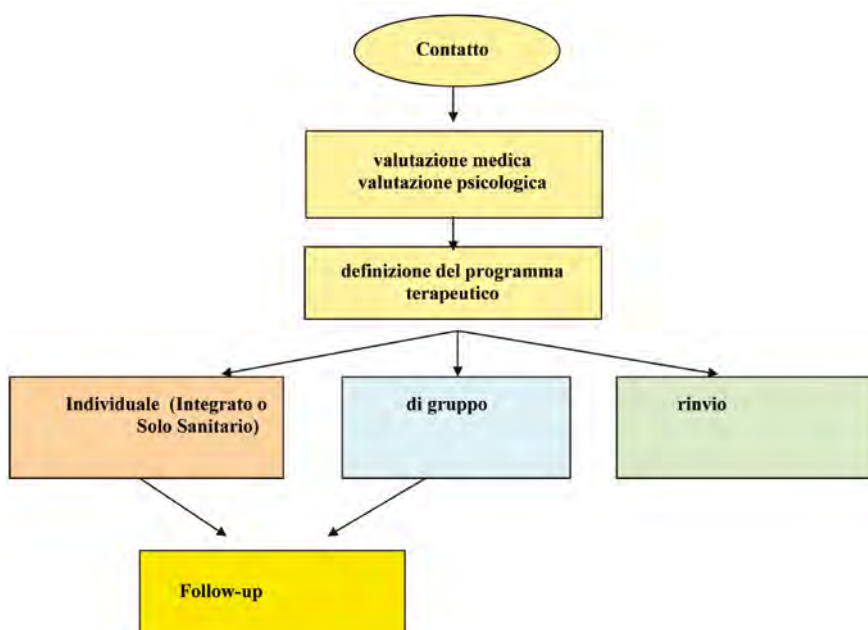
### Terapia sostitutiva nicotinic (NRT)

La terapia con nicotina risulta efficace, se correttamente prescritta e assunta, in ogni sua forma farmaceutica (gomme, cerotti, spray etc...), con una OR di 1,72; 95%CI: 1,60-1,84. L'efficacia è dimostrata anche se, per esempio, il cerotto viene usato come farmaco da banco.

Non sono state trovate evidenze certe di efficacia per l'agopuntura, l'ipnosi, i trattamenti avversativi (per es. sovraesposizione al fumo, associazione con stimoli sgradevoli etc...)

Risulta comunque che le modalità di approccio più efficaci sono quelle relative ad un intervento integrato, ossia che prevedono l'intervento di personale sanitario (possibilmente il medico) e di area psico-sociale (possibilmente lo psicologo). L'associazione dei trattamenti psicologici con quelli sanitari e farmacologici (NRT e bupropione) da aumentare di molto l'efficacia della disassuefazione. In taluni casi (pazienti con scarse risorse elaborative, patologie psichiatriche associate etc) possono essere ipotizzabili interventi basati solo su un approccio farmacologico con breve sostegno di tipo educativo-comportamentale. I Centri Antifumo più strutturati offrono attualmente la possibilità di interventi sia di tipo individuale che di gruppo, dopo una valutazione multidisciplinare e uno step in cui si effettua un "contratto" terapeutico con il paziente, nel quale vengono condivise le scelte dell'equipe.

Un diagramma riassuntivo dell'iter valutativo-terapeutico raccomandato nei Centri per il Trattamento del tabagismo potrebbe essere il seguente:



## Il follow-up

L'esecuzione dei follow-up costituisce una fase importante dell'iter trattamentale, sia per verificare l'efficacia dei trattamenti (e quindi di monitorare la qualità degli interventi), sia per sfruttare in senso terapeutico i momenti di ulteriore contatto con gli ex fumatori. Da questo ultimo punto di vista tali incontri assumono la valenza di sostegno e rinforzo alla decisione di smettere definitivamente, oppure di recupero di eventuali ricadute.

Il follow-up dovrebbe essere svolto seguendo uno schema che preveda, possibilmente, un contatto con l'operatore che ha seguito il fumatore nella disassuefazione e con cui si è creato certamente un legame terapeutico. Nell'ambito di un contesto relazionale efficace, durante il follow-up deve essere misurato il monossido di carbonio o la cotinina urinaria, pur senza attribuire a questa operazione la valenza di un "controllo giudicante".

I tempi più indicati sono costituiti da 1, 3, 6 e 12 mesi dalla cessazione restando la valutazione ad un anno il gold standard e il riferimento più efficace per la valutazione.

L'intervista telefonica è usata da molti centri italiani anche se è meno attendibile della *misurazione del CO espirato* o della rilevazione della *cotinina urinaria*. Alcuni autori indicano una concordanza tra l'abitudine al fumo dichiarata e quella verificata con esami strumentali, attribuendo un fattore di correzione che è di una riduzione di circa il 40%. In ogni caso il solo follow-up telefonico non può essere considerato una pratica raccomandata.

## Aspetti organizzativi dei Centri per il Trattamento del Tabagismo

Il reperimento delle risorse per la costituzione di un Centro Antifumo costituisce spesso uno dei nodi cruciali per l'inizio della sua attività. Il suggerimento migliore è quello di disporre di risorse umane e logistiche dedicate e strutturate. In particolare si ritiene indispensabile la presenza del medico e dello psicologo. In molte realtà però il soddisfacimento dei requisiti di cui sopra viene raggiunto attingendo ad operatori già presenti nelle strutture ospedaliere (per es. medici pneumologi) o nelle strutture territoriali (per es. Ser.T. ), ovvero attraverso accordi che prevedano la collaborazione tra dipartimenti o tra aziende diverse. Tali accordi possono talvolta includere la partecipazione di soggetti del privato sociale o del mondo del volontariato, purché dotati dei requisiti professionali idonei.

## I costi

Nella quasi totalità dei Centri Antifumo italiani è previsto l'accesso con pagamento di un ticket o di una quota di iscrizione (che può essere anche "associativa" per alcune associazioni del privato sociale e di volontariato), la quale però non fa riferimento a codici specifici, in quanto la normativa nazionale è finora carente in proposito, salvo compensazione legislativa delle singole regioni. La partecipazione economica alla spesa sanitaria non è generalmente consigliata dalle linee guida internazionali. Nonostante ciò gruppi di esperti e conferenze nazionali del nostro paese hanno consigliato il pagamento di una quota non eccessivamente alta per accedere ai percorsi di trattamento del tabagismo. Questa raccomandazione è stata espressa in diversi contesti, tra cui il convegno del 2004 della Regione Lombardia e il consensus di Roma del 2005 dei Centri Antifumo (circa 140) partecipanti al "Progetto Inspiro" e coordinato dalla Società Italiana di Tabaccologia. Queste raccomandazioni si fondano sull'esperienza degli operatori nel particolare contesto nazionale e sulla conoscenza delle caratteristiche del fumatore medio italiano. Oltre a costituire un ulteriore stimolo motivazionale per il paziente, il pagamento del ticket permette peraltro, seppur parzialmente, alle amministrazioni di avere degli introiti a fronte dell'impegno di personale e strutture dedicati.

## Criticità e conclusioni

Le rilevazioni disponibili sulle modalità organizzative e sui modelli terapeutici adottati nei centri per il trattamento del tabagismo in Italia forniscono un quadro molto eterogeneo. Tali diversità è solo in parte un indicatore di ricchezza, più spesso è frutto di uno scarso coordinamento tra le varie realtà territoriali o, addirittura

tura, regionali. Pesa, inoltre, la carenza di risorse umane ed economiche, in quanto spesso i centri non hanno un riconoscimento formale (non tutti sono nati con una delibera della Direzione Aziendale), hanno difficoltà a rendicontare le prestazioni eseguite e a far riferimento ad un nomenclatore regionale che preveda esplicitamente le attività di disassuefazione. Un altro nodo critico è costituito dalla eterogeneità di figure professionali a cui si fa riferimento. Solo in una minoranza dei casi è presente una équipe multidisciplinare integrata (con almeno un medico e uno psicologo) e quando è così frequentemente si tratta di operatori provenienti da diversi servizi (per es. SERT e U.O. ospedaliero).

La diversità di risorse non può non pesare sugli approcci terapeutici che spesso sono vincolati all'esperienza personale degli operatori, alla disponibilità delle figure professionali utilizzate, al ruolo che il contesto amministrativo ha riconosciuto a questa specifica attività.

Si rileva quindi l'urgente necessità di una politica sanitaria più uniforme sul territorio nazionale rispetto ad un problema (il trattamento del tabagismo) che è fortemente sottostimato, rispetto alle iniziative e alle risorse che vengono assorbite da altri temi della prevenzione sanitaria (per es. dislipidemie e ipertensione). Investimenti, risorse e formazione sono tra le priorità da considerare per raggiungere lo standard di una rete di centri a cui la popolazione possa fare efficacemente riferimento per la terapia del tabagismo.

In conclusione riporto una sintesi degli Indicatori di qualità dei Centri Antifumo raccomandati dal Gruppo di lavoro dei Centri Antifumo della Regione Lombardia)

<b>Operatori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 medico</li> <li>1 psicologo</li> <li>1 infermiere</li> <li>Eventualmente altre figure (educatore professionale, assistente sociale etc...)</li> </ul>
<b>Locali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 ambulatorio medico</li> <li>1 studio psicologo</li> <li>locali per attesa e front-office</li> <li>altri come da requisiti di legge</li> </ul>
<b>Servizi offerti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apertura al pubblico almeno 4 mezze giornate la settimana</li> <li>Possibilità di rapporti preferenziali con pneumologo, cardiologo, oncologo</li> <li>Integrazione con MMG</li> <li>Punto di riferimento per iniziative di prevenzione ed educazione</li> </ul>
<b>Strumentazione diagnostica indispensabile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Misuratore di CO espirato</li> </ul>
<b>Strumentazione consigliata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spirometro</li> <li>Elettrocardiografo</li> </ul>
<b>Test psicologici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Può rendersi necessaria la somministrazione di test psicologici specifici (oltre al test di Fagerstrom) i quali devono essere disponibili (es. MMPI, MAC/T etc...)</li> </ul>

## Bibliografia essenziale

- *The Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff*. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275:1270-80
- *Best practices for comprehensive tobacco control programs*, CDC, Center for Disease Control and Prevention, August 1999
- *Guidelines for Smoking Cessation*, National Advisory Committee on Health and Disability, New Zealand, revised 2002
- *WHO European strategy for smoking cessation policy*, revision 2004
- *Clinical Practice Guidelines: smoking cessation*, Ministry of Health, U.K., april 2002
- *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update Thorax* 2000;55:987-999 ( December )
- 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; 340:685-91
- Holm CJ, Spencer CM. *Bupropion. A review of its use in the management of smoking cessation*. Drugs 2000; 59: 1007-24.
- Lancaster T, Stead LF, *Individual behavioural counselling for smoking cessation*. (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
- Silagy C. *Physician advice for smoking cessation*. (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
- Stead LF, Lancaster T. *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation*. (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
- Gorini G, Chellini E, Terrone R et al. *Il corso per smettere di fumare organizzato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Firenze: determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno*. Epid Prev 1998; 22:165-170
- Cuccia G, *I corsi di disassuefazione dal fumo nella Azienda ULSS 15 del veneto: "In cinque giorni puoi smettere di fumare"*. In : Tabagismo: clinica e prevenzione, Edizioni Regione Toscana, 2002, pp 151-157
- Laezza M. *Modello terapeutico e organizzativo del Centro Antifumo di Ferrara, Tabagismo: clinica e prevenzione*, Edizioni Regione Toscana, 2002, pp 158-171
- Alberisio A, Bollettini C, Di Iorio A, Gamba A., Gorini G, Malvezzi EI, Morasso G, Ottaviano M, Quaranta M, terrone R, *I gruppi per la disassuefazione dal fumo - note metodologiche, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori*. 2002
- Tinghino B. et al. *"Il trattamento del tabagismo"* Regione Lombardia, 2003
- Bettoncelli G. *Il medico di medicina generale: aspetti educazionali, in "L'epidemia di fumo in Italia"*, Ed. AIPO Scientifica, Pisa 2000
- Nardini S. *La disassuefazione dal fumo: lo specialista*. In *"L'epidemia di fumo in Italia"*, Ed. AIPO Scientifica, Pisa 2000
- Poropat C., Montina GL, Tominz R., Zagà V., Ticali S., Ciarfeo Purich R, *I numeri del tabagismo in Italia e in altri stati: un confronto critico*. Tabaccologia 2003; 1:20-28
- Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB. *Smoking status as the new vital sign: Impact on assessment and intervention with patients who smoke*. Mayo Clin Proc 1995;70(3):209-13.
- Cohen SJ, Christen AG, Katz BP, Drook CA, Davis BJ, Smith DM et al. *Counseling medical and dental patients about cigarette smoking: The impact of nicotine gum and chart reminders*. Am J Public Health 1987;77(3):313-6.
- Jamrozik K, Vessey M, Fowler G, Wald N, Parker G, Van Vunakis H. *Controlled trial of three different anti-smoking interventions in general practice*. Br Med J 1984;288(6429):1499-1503
- Slama K, Redman S, Perkins J, Reid AL, Sanson-Fisher RW. *The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: A randomised clinical trial*. Br Med J 1990;300(6741):1707-9.
- British Thoracic Society. *Smoking cessation in patients: Two further studies by the British Thoracic Society*. Thorax 1990;45(11):835-40
- Segnan N, Ponti A, Battista RN, Senore C, Rosso S, Shapiro SH et al. *A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy*. Cancer Causes Control 1991;2(4):239-46.



# *Modello di gruppo aperto per la cessazione utilizzato dai Centri antifumo dell'Emilia-Romagna*

## Commento

La relazione di Maurizio Laezza descrive il modello organizzativo della rete dei Centri Antifumo dell'Emilia-Romagna e, in particolare, il modello del gruppo aperto come modalità cognitivo-comportamentale per la disassuefazione.

La struttura organizzativa dei Centri riprende le considerazioni già ampiamente discusse da Biagio Tinghino.

Con l'intervento di Laezza si entra nel merito della metodologia di conduzione di un gruppo, aspetto molto importante da conoscere per il Pianificatore regionale che, sulla base dell'indirizzo scelto, dovrà effettuare le attività di monitoraggio e valutazione.

## *Relazione*

**Autore: Maurizio Laezza**

*Regione Emilia-Romagna*

## Premessa

La metodologia di base discende direttamente dal "Corso per smettere di fumare" della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Il programma terapeutico si basa sull'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali, tese all'auto-osservazione e addestramento, e sull'appoggio solidale e reciproco fornito dal gruppo dei partecipanti. Durante i corsi vengono stimolati atteggiamenti favorevoli per vincere la dipendenza dal fumo e vengono apprese alcune abilità pratiche relative alle azioni sostitutive, alle tecniche respiratorie e di rilassamento e alle abitudini alimentari da mettere in atto per favorire la disassuefazione e prevenire l'aumento ponderale.

Rispetto al modello originario della Lega Tumori sono state apportate alcune modifiche:

- la struttura del gruppo è aperta. La formula del gruppo aperto valorizza l'esperienza dei più anziani a beneficio dei neo-iscritti: i nuovi toccano con mano, attraverso le testimonianze degli "ex" che è possibile farcela e i vecchi, prendendosi cura dei nuovi, forniscono nuova fiducia e rinforzo anche a se stessi. Il gruppo di mutuo aiuto aperto, rispetto a quello chiuso, può inoltre offrire continuità di reclutamento e di sostegno nel tempo, proteggendo più a lungo l'ex fumatore dal rischio di ricadute;
- la fase di sospensione è di 24 ore;
- nella seconda settimana di terapia, oltre al monitoraggio quotidiano delle sigarette (Calendarietto) viene utilizzata una tecnica supplementare di autosservazione su ciascuna sigaretta fumata ("Quarti non fumati");
- nella fase di mantenimento vengono dedicate alcune schede di lavoro all'individuazione dei cosiddetti "alibi" per ricominciare a fumare;
- la durata complessiva del corso è di 8 settimane più 4 incontri di verifica nel primo anno per complessivi 16 incontri di gruppo.

### **Punti chiave:**

- \* gruppo aperto
- \* scalaggio graduale del numero delle sigarette
- \* prime 24 ore di sospensione del fumo prefissate al 14° giorno di terapia (data limite)
- \* terapia farmacologica: terapia sostitutiva con Nicotina (TSN), Bupropione
- \* lavoro sul corpo (tecniche di rilassamento, consigli dietetici)
- \* promozione del volontariato per gli ex-fumatori.

### **Durata del corso intensivo per smettere di fumare:**

- \* 8 settimane per complessivi 12 incontri;
- \* 4 verifiche successive (di gruppo) distribuite nel corso di 1 anno.

**Frequenza degli incontri:**

- \* 2 volte la settimana (es. lunedì e giovedì) per le prime 4 settimane ® 1°-8° incontro;
- \* 1 volta la settimana (metà gruppo al lunedì e metà al giovedì) per le seconde 4 settimane ® 9°-12° incontro.

Ogni incontro ha la durata di circa 2 ore.

**Fasi del programma di disassuefazione.**

Si possono individuare schematicamente 4 fasi:

- 1 - PREPARAZIONE: dal 1° al 4° incontro
- 2 - SOSPENSIONE: le 24 ore precedenti il 5° incontro
- 3 - MANTENIMENTO: dal 5° al 12° incontro
- 4 - VERIFICHE SUCCESSIVE:
  - la prima a distanza di 2 settimane dalla fine del corso (2° mese)
  - la seconda dopo 3 mesi dalla precedente (5° mese)
  - la terza dopo 3 mesi dalla precedente (8° mese)
  - la quarta dopo 4 mesi dalla precedente (1 anno)

1 - PREPARAZIONE: l'obiettivo è ottenere la crescita della motivazione, la consapevolezza circa le modalità del fumare, la diminuzione progressiva della dipendenza fisica da nicotina. Strumento essenziale di questa fase è il diario comportamentale.

2 - SOSPENSIONE: è programmata per le 24 ore precedenti la 5° seduta, con tecnica contrattuale che prevede una data limite. L'obiettivo è ottenere l'astensione totale dalle sigarette.

3 - MANTENIMENTO: il fine è la prevenzione delle ricadute. Vengono individuate e messe in atto tecniche intese al superamento della crisi d'astinenza e alla ridefinizione degli stimoli ambientali che innescano il comportamento fumo. Vengono individuati e discussi i principali meccanismi psicologici ("alibi") che possono favorire le ricadute. Fanno parte di questa fase le azioni sostitutive, le autoricompenso, la gestione degli eventuali insuccessi.

4 - VERIFICHE SUCCESSIVE\*: gli obiettivi sono la valutazione dell'efficacia terapeutica del programma a fini statistici e il rinforzo, al fine di prevenire le ricadute. In questa fase va promossa l'attività di volontariato. Le eventuali ricadute vanno ricondotte a una gestione di gruppo sdrammatizzante e rassicurante sottolineando il concetto che smettere è un processo lento di cambiamento che può comportare degli errori: "sbagliando s'impara".

**Composizione del gruppo dei partecipanti.**

Il gruppo aperto consente di inserire, quando il conduttore è sufficientemente esperto, fino ad un massimo di 8 nuovi ingressi ogni 4 settimane per un totale complessivo di 24 partecipanti nominali\*\* per seduta, più eventuali presenze per verifiche periodiche.

Il conduttore alle prime armi può utilizzare un modello semplificato che prevede l'inserimento di 8-10 persone ogni 8 settimane per un totale complessivo di 12-15 partecipanti.

**Selezione dei partecipanti.**

Avviene attraverso colloquio individuale svolto col conduttore dei corsi. I pazienti con problematiche complesse di diagnosi psichiatrica e/o poli-tossicodipendenza vengono inseriti in una percentuale non superiore al 20% del totale dei partecipanti.

**Conduzione del gruppo.**

Il conduttore deve essere un operatore con esperienza nei gruppi di lavoro. Sono di competenza medica la prescrizione e il monitoraggio della terapia farmacologica. Altre figure professionali possono partecipare alla conduzione su aspetti specifici come la dietetica, la rieducazione respiratoria e le tecniche di rilassamento.

**Terapia farmacologica sostitutiva nicotinic**

E' prescritta ai pazienti con dipendenza nicotinic medio-alta corrispondente ad un punteggio  $\geq 5$  del questionario di Fagerstromm. La TSN viene iniziata in coincidenza del 5° incontro e protratta per 2 mesi. L'assunzione del Bupropione inizia 3-4 giorni prima della data di sospensione del fumo.

### Valutazione.

Il numero degli astinenti osservato alla fine del corso e ad ogni verifica viene rapportato percentualmente a:

- \* numero di presenti al 1° incontro
- \* numero di presenti, o comunque ancora partecipanti, alla fine del corso (12° incontro)
- \* numero di partecipanti che hanno seguito il programma in misura non inferiore alla metà del numero previsto di incontri

A fine corso è prevista anche una valutazione del grado di soddisfazione dell'utente in merito a:

- \* metodo adottato
- \* stile di conduzione
- \* relazione instaurata col gruppo dei partecipanti
- \* gradimento emotivo
- \* aspetti organizzativi

### Risultati

**La percentuale di astinenti ad 1 anno è di circa il 50 % calcolato sul numero di partecipanti che hanno seguito il corso in misura non inferiore a 6 incontri (metà del programma), corrispondenti mediamente all'80% degli iscritti.**

Note:

\*I partecipanti possono essere invitati a mezzo lettera o telefonata specificando che la verifica è sempre utile, a maggior ragione in caso di eventuale ricaduta.\*\* I partecipanti effettivi possono essere in numero minore, tenuto conto dei frequentatori discontinui e di un tasso fisiologico di abbandono di circa il 15/20%

## Sguardo complessivo sul programma dei corsi per smettere di fumare

### Colloquio individuale preliminare

Il colloquio è centrato sull'analisi e il rinforzo delle motivazioni che spingono il paziente a smettere di fumare: salute, autostima, esempio per gli altri, ragioni estetiche ed economiche. Si compila una breve scheda anamnestica e si somministra il questionario di Fagerstrom per la misurazione della dipendenza da nicotina. Alla fine del colloquio viene consegnato un questionario di autovalutazione a punteggio sull'argomento "Perché fumo?" che sarà commentato in occasione del successivo incontro di gruppo

### 1° Incontro

E' l'inizio del corso. Avvengono le presentazioni. Si richiamano i punti fondamentali del programma esposti durante il colloquio individuale d'iscrizione.

Si analizzano le motivazioni e le aspettative di ciascuno. Si tranquillizzano i partecipanti rispetto ai possibili dubbi e preoccupazioni collegati alla decisione di smettere. Viene spiegato e consegnato il Calendarietto per l'automonitoraggio delle sigarette.

### 2° Incontro

Si analizzano i primi risultati. L'uso del Calendarietto avrà consentito alla maggior parte dei partecipanti di ridurre in modo considerevole il numero di sigarette.

Si richiamano alcuni argomenti trattati nell'incontro precedente: la durata dei sintomi d'astinenza, i vantaggi dello smettere, il concetto che smettere è un processo graduale, l'importanza delle motivazioni personali, il significato di dipendenza farmacologica dalla Nicotina.

Viene spiegata l'azione bivalente della Nicotina in senso sedativo-stimolante.

Vengono illustrate le modalità di ulteriore riduzione del numero di sigarette. Si sottolinea l'importanza delle azioni sostitutive gratificanti come autoricompenso.

### 3° Incontro

Si verificano gli obiettivi di riduzione delle sigarette concordati nell'incontro precedente, ribadendo l'importanza di applicare scrupolosamente il metodo indicato dal programma. Si spiegano le istruzioni per la 2° settimana che contengono un esercizio supplementare di autoosservazione su ciascuna sigaretta fumata. Viene consegnata una scheda informativa sul Tabacco e i suoi componenti.

#### 4° Incontro

E' l'incontro decisivo, quello di preparazione alle 24 ore di astinenza completa. Vengono spiegate e consegnate le schede contenenti le istruzioni in caso di difficoltà.

La presenza, nel gruppo a struttura aperta, di partecipanti che hanno già superato positivamente le 24 ore è di grande aiuto per coloro che si apprestano a farle.

Un'altra rassicurazione deriva dalla prospettiva di poter utilizzare allo scadere delle 24 ore la terapia con sostituti della nicotina (TSN)

Si invitano i partecipanti a firmare l'impegno scritto per le 24 ore di astinenza e si formano le coppie di persone (o piccoli gruppi composti anche dai più "anziani") che d'ora in poi si sosterranno reciprocamente durante il corso.

#### 5° Incontro

I partecipanti riferiscono sulle prime 24 ore di astinenza. Chi non ce l'ha fatta riceverà una prima proroga fino all'incontro successivo sentendo di poter contare sull'appoggio caloroso di tutti.

Gli eventuali sintomi d'astinenza andranno elencati e misurati con precisione per ottenere valutazioni il più possibile oggettive e confrontabili nel tempo.

Il medico (la cui presenza è sempre prevista per questo incontro) potrà prescrivere la TSN nei casi indicati. Verranno spiegate le "7 Regole d'oro" per rimanere non fumatori.

I partecipanti più "anziani" saranno invitati a descrivere come sono riusciti a trasformare le loro prime 24 ore in 48, 72, 96, ecc. La filosofia del "giorno per giorno" è quella vincente.

#### 6° Incontro

I partecipanti riferiranno sugli ulteriori giorni di astinenza evidenziando quali soluzioni hanno adottato per superare eventuali momenti difficili. Verranno rinforzate tutte le motivazioni.

Chi non è ancora riuscito a fare le prime 24 ore di astinenza potrà ottenere una seconda e ultima proroga per l'incontro successivo con la raccomandazione di usare bene questo tempo per chiarire a se stesso se si sente veramente pronto a smettere.

#### 7° Incontro

Si ascoltano le esperienze, si rinforzano le motivazioni sottolineando i vantaggi ottenuti. Si apprezza il successo di tutti e particolarmente di chi è riuscito, nell'incontro odierno, a fare finalmente le sue prime 24 ore di astinenza. Chi non vi fosse riuscito e si ritira riceverà la solidarietà di tutto il gruppo per le difficoltà incontrate e l'apprezzamento per lo sforzo compiuto. Il saluto è un "arrivederci a presto" concordando, se possibile, fin d'ora la data o il periodo più adatto per ritornare a frequentare il corso.

Si esamina in maniera più approfondita l'argomento degli "alibi".

#### 8° Incontro

Si richiama l'argomento degli "alibi" affrontato nell'incontro precedente.

Si apprezzano i successi, si rinforza l'autostima.

Viene ribadito il concetto di ricaduta come "incidente di percorso" da non sottovalutare ma neanche da drammatizzare.

Si affronta il problema del possibile aumento di peso offrendo suggerimenti dietetici.

#### 9°-12° Incontro

Il fine è la prevenzione delle ricadute mediante lo svolgimento di ruoli "genitoriali" e pedagogici: i partecipanti "anziani" si prendono cura dei nuovi iscritti, testimoniano la loro esperienza, spiegano il metodo, offrono consigli e sostegno

Il conduttore svolge col tempo un ruolo sempre meno direttivo e più di ascoltatore-facilitatore della comunicazione all'interno del gruppo.

Continuerà ad esigere la corretta applicazione del metodo per i nuovi iscritti, soprattutto nelle prime due settimane, ma farà un uso sempre meno rigido delle schede di lavoro, valorizzando in modo più creativo e maieutico il ruolo dei partecipanti "anziani" per fare emergere di volta in volta le testimonianze più adatte a spiegare, convincere, contenere o rinforzare.

**Verifiche successive:** 2° MESE - 5° MESE - 8° MESE - 1° ANNO

Il fine è offrire opportunità di rinforzo periodico per prevenire le ricadute. Contemporaneamente viene valutata l'efficacia terapeutica del programma a scopi statistici.

I partecipanti vengono invitati con lettera a partecipare ad una sessione di gruppo per testimoniare la loro esperienza; Nell'invito sono accluse alcune schede relative a:

- \* “pensieri utili” in caso di difficoltà
- \* benefici ottenuti smettendo di fumare
- \* andamento dei sintomi d'astinenza

## A) Vantaggi del gruppo aperto

### Per l'utente

- *Rapidità di accesso.* Significa sfruttare al massimo la spinta delle motivazioni quando sono ancora vive e intense. Rinviare il paziente ad una lunga lista di attesa potrebbe significare perdere il momento favorevole al cambiamento
- *Continuità di rinforzo prolungato nel tempo.* La possibilità di ricevere sostegno dal gruppo al bisogno, anche dopo aver terminato i due mesi di terapia di base, è elemento fondamentale ai fini della prevenzione della ricaduta
- *Elementi aggiuntivi di rinforzo:*
  - \* «toccare con mano» i risultati incoraggianti dei partecipanti più anziani;
  - \* esercitare un ruolo pedagogico-genitoriale nei confronti dei neo iscritti;
  - \* possibile partecipazione, anche estemporanea, alle sedute di gruppo da parte di supporters ( amici, familiari) con effetti promozionali anche su questi ultimi se fumatori
  - \* effetto “ALL'ERTA!” nel confronto con partecipanti che hanno subito una ricaduta
- *Rapidità nell'affrontare la ricaduta.* Poter affrontare con il sostegno del gruppo la ricaduta al suo insorgere e intervenire tempestivamente.

### Per il conduttore

- *Minore rischio di “protagonismo”.* La delega al terapeuta da parte dei partecipanti è minore che in un gruppo chiuso
- *Alleggerimento del lavoro di spiegazione del metodo.* Sono i partecipanti più anziani che illustrano «le tecniche» ai nuovi. Il conduttore può gestire meglio il suo tempo e il suo ruolo, (affidare per esempio temporaneamente la conduzione ad un partecipante anziano per rispondere ad una richiesta che gli viene posta individualmente).
- *Maggiore comprensibilità ed efficacia del metodo.* Le spiegazioni ricevute da un altro partecipante che ha già sperimentato il metodo risultano spesso più convincenti e autorevoli di quelle che lo stesso conduttore potrebbe dare e quindi anche più efficaci

### Per il Servizio

- *Congruenza con il mandato istituzionale.* Un servizio pubblico deve porsi il problema di garantire continuità di accesso e di cura per 12 mesi all'anno.

## B) Possibili svantaggi

### Per l'utente

- La dimensione del gruppo aperto continuamente rinnovantesi può comportare una certa difficoltà di adattamento per qualche paziente che potrebbe vivere l'ingresso dei nuovi come un impoverimento della sua relazione col conduttore in termini di attenzione e cura. Sta al conduttore valorizzare al massimo la condizione di “tutors” che i partecipanti più anziani vengono ad assumere nei confronti dei neo-iscritti rafforzando il senso di appartenenza di tutti ad un unico grande gruppo di “pari”, ciascuno nella importanza e responsabilità del suo ruolo.

### Per il conduttore

- La conduzione di un gruppo aperto implica un certo livello di complessità nel saper riconoscere e col-

legare tra loro esigenze terapeutiche diverse e al tempo stesso complementari. Occorre quindi maturare una certa esperienza che si acquisisce con il tempo. E' normale all'inizio un po' di rigidità nel seguire pedissequamente gli schemi e la struttura del programma a scapito della creatività.

#### **Per il Servizio**

- La struttura del gruppo è più complessa e richiede un grado di efficienza organizzativa maggiore.

#### **Riferimenti bibliografici:**

- 1. Guida per conduttori di gruppi intensivi per smettere di fumare. Azienda USL Ferrara 1999.**
- 2. Principi e metodi di terapia di gruppo** in Italian Hearth Journal. Numero monografico sul tabagismo. Gennaio 2001.
- 3. Modello terapeutico ed organizzativo del Centro Antifumo di Ferrara** in "Tabagismo: clinica e prevenzione", Edizioni Regione Toscana, 2002, 158-171.

# *Epistemologia e storia nella terapia del Tabagismo*

## Commento

L'articolo di Giacomo Mangiaracina conclude la sessione presentando un'ampia rassegna culturale di come si è evoluta la terapia del tabagismo. Prende in considerazione e descrive con puntualità diverse tecniche utilizzate per aiutare i fumatori a smettere (non tralasciando di darci informazioni anche su metodiche anacronistiche o di dubbia validità, aspetto fondamentale per contribuire all'orientamento di un Pianificatore regionale).

Si sofferma infine sulla metodologia utilizzata dai Gruppi dei Fumatori in trattamento (GFT) di cui è particolarmente esperto.

Leggendo gli interventi di questa sessione e consultando il Cd ogni Pianificatore riceve tutte le informazioni necessarie rispetto a:

- Organizzazione, caratteristiche, personale necessario per garantire l'efficienza e l'efficacia di un Centro Antifumo;
- Inquadramento teorico dei Gruppi per smettere di fumare e approfondimento delle tre metodologie più usate e accreditate:
  - 1) gruppi chiusi della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
  - 2) gruppi aperti della Regione Emilia-Romagna
  - 3) gruppi dei Fumatori in trattamento

Le altre tipologie di gruppo sono riconducibili ad uno dei tre soprariportati.

Un grado di conoscenza approfondito di questi aspetti è infatti la condizione basilare per organizzare un sistema di Centri Antifumo efficace.

A questo proposito si invita a consultare anche il resoconto del monitoraggio annuale dei Centri Antifumo realizzato dall'Istituto superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni.

In generale, come ampiamente ripetuto in questo volume, è importante che il P.R. tenga conto che una Rete di Servizi per la Disassuefazione dovrebbe garantire i seguenti servizi:

- Attivazione di Gruppi che adottino metodologia cognitivo /comportamentale ( eventualmente arricchita con altre tecniche: agopuntura, rilassamento, analisi immaginativa etc);
- Consulenze specialistiche ( pneumologo, cardiologo, dietista, psichiatra etc..) per chi ne abbia necessità
- Inserimento del trattamento farmacologico nel contesto del gruppo
- Sistema di monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti e follow up a distanza dei soggetti seguiti dal Centro, soprattutto per la gestione delle ricadute in collaborazione con gli operatori del territorio ( MMG, ostetriche, personale infermieristico, gruppi di auto aiuto etc.)

Rispetto all'articolo di Mangiaracina, desidero infine sottolineare da un lato l'ulteriore attenzione dedicata alla rilevanza del colloquio terapeutico preliminare, già analizzato da Tinghino.; dall'altro, l'acuta osservazione del ritardo con cui il Servizio Sanitario pubblico tende a muoversi rispetto al privato sociale nei confronti di temi, diffusi, gravi ,ma senza carattere di urgenza (Il Tabagismo resta una epidemia silenziosa, latente, non spettacolare: questo la rende meno adatta ad essere aggredita con tempestività e risposte adeguate alla gravità dei suoi effetti.)

## *Relazione*

**Autore: Giacomo Mangiaracina**

Università la Sapienza Roma

Il problema del tabacco rimane tale anche sul piano della conoscenza e della prassi. Se l'enunciato scientifico secondo cui il tabacco rappresenterebbe "la prima causa mondiale di morte evitabile" è vero, ci si attenderebbe una levata di scudi di colossali proporzioni, fino alla messa al bando totale. La proposta di vietare la vendita del tabacco c'è stata, redatta nel 2003 in un editoriale di Lancet, alla proposta ha fatto eco una pioggia di interventi di esperti a supporto di questa tesi. L'amianto, del resto, nel momento in cui veniva dimostrata la

sua cancerogenicità, venne messo al bando; altrettanto dicasi di quei farmaci la cui pericolosità sia stata accertata, dalla Talidomide alla Cerivastatina.

Tutto ciò non si è verificato con il tabacco. A parte il recente divieto (2006) di vendita dei prodotti del tabacco attuato dal governo del Buthan, non si può auspicare una eradicazione del tabagismo nel mondo, al punto che è stato coniato il termine particolarmente originale di “Controllo del tabacco”, per indicare le misure e le strategie atte a contenere il consumo di tabacco entro limiti “accettabili”. E’ evidente il fatto che i confini della “accettabilità” siano in verità molto indefiniti. Si rivela in questo modo l’ambivalenza e la contraddittorietà della posizione dei governi del mondo di fronte al problema. Ne consegue che i concetti di “verità” e di “scetticismo” sprofondano nel relativismo scientifico.

Quali sono le cause principali di questa anomalia epocale?

In primo luogo, e in estrema sintesi, la mancata percezione del danno, offuscata dal “gioco” del fumare, che permetteva e permette, di attivare funzioni mentali in forma di “bisogno”: la stimolazione orale, la suzione, l’attribuzione simbolica ed in special modo nei meccanismi della seduzione, la strutturazione del tempo, il piacere di distruggere e incorporare, di emanare effluvi propri nell’ambiente circostante. Insomma, un “modo di essere”, come Jean Paul Sartre definì il fumare.

In secondo luogo, l’incentivazione al consumo di proporzioni gigantesche. Se un ragazzo su tre fuma in modo stabile, lo si deve non alla capacità di scegliere, quanto all’adozione di un modello di comportamento appreso, prima dai modelli parentali, poi da quelli relazionali, ed infine dalla promozione pubblicitaria, che ha letteralmente invaso lo sport, il cinema, la moda, la cultura, la musica e persino la ricerca scientifica<sup>1</sup>.

Inoltre, da quando il consumo di sigarette ha raggiunto proporzioni immense, con quote di mercato dominanti e profitti inimmaginabili, il tabacco è diventato un “bene” di largo consumo, inserito a pieno titolo nel paniere del calcolo dei livelli di benessere della popolazione. L’espressione “i soldi per le sigarette” ha contrassegnato il progresso e gli anni del boom economico nazionale e mondiale dagli Anni Cinquanta agli anni Settanta.

In questa cornice si sono consolidati atteggiamenti e comportamenti che hanno creato un modello culturale e un costume sociale in cui il tabacco ha permeato da protagonista la vita di intere nazioni.

E’ qui che anche la scienza mostra *défaillance*, attraverso i suoi paladini e i suoi portavoce. La ricerca ha coerentemente avuto meno interesse verso il tabacco, che dopotutto ha prodotto e produce infermità producendo lavoro indotto per medici e farmacisti. Il più grande paradosso che la scienza abbia mai conosciuto risiede proprio in questo.

Da questo deriva anche l’enorme ritardo delle conoscenze relative ai meccanismi di dipendenza e alla neurobiologia della nicotina. Solo nel 1995 si hanno le ultime e definitive conferme concernenti l’addittività nicotinica, facendo anche esplodere il famoso caso americano delle multinazionali del tabacco che avevano dimostrato la capacità della nicotina di indurre dipendenza, ma l’avevano negata davanti alla Corte degli Stati Uniti. Perciò vennero condannate con una sentenza epocale.

Il fatto che per decenni i medici mostrassero percentuali di tabagismo superiori rispetto alla popolazione generale, induce a considerare emblematica la questione tabagica sul piano epistemologico. I “medici fumatori” sono destinati a rappresentare un indicatore attendibile del progresso della scienza in questo campo.

## Dai metodi antifumo alla cura del tabagismo

I programmi “antifumo” non sono nati nelle istituzioni, ma nel privato sociale (Tab. 1). I governi si mobilitano rapidamente negli eventi acuti, o considerati tali, assumendo un ruolo dominante, di totale controllo del problema.

Per il problema dei “sassi dal cavalcavia” vennero numerati in modo visibile dagli automobilisti, tutti i ponti autostradali d’Italia con una spesa pubblica colossale. Altri esempi sono rappresentati da “Mucca pazza”,

<sup>1</sup> Brera Annamaria. Il premio Philip Morris per la ricerca scientifica e tecnologica: settima edizione. Inquinamento, fascicolo 10, pagg. 29-31, 1996. Biblioteche ESSPER. SICI: 0001-4982(1996)10<29:IPPMPL>2.0.ZU;2-G



“Elettromagnetismo”, “SARS”, “Aviaria”, che hanno prodotto un allarme sociale acuto e gravi danni all’economia nazionale.

Verso le cosiddette “droghe pesanti” c’è stata una mobilitazione a livello internazionale, con investimento di risorse e capitali, ma per le droghe legali il processo è stato inverso. La storia dimostra come nel campo dell’alcol sia stata proprio la base a mobilitarsi e a decretare interventi governativi. I movimenti per la Temperanza del 1870, e le pressioni populiste, sfociarono nel 1919 nell’approvazione del 18° emendamento della Costituzione americana, che sanciva la proibizione della vendita e del consumo di bevande alcoliche. Questa legge consegnò il paese alla peggiore corruzione politica e della vita pubblica negli anni Venti e Trenta (Cottino A., 1991).

**A) Percorso Istituzionale**

Dipendenza da Oppiacei -----> Alcolismo ----- ... -----> TABAGISMO

Percorso del Privato Sociale			
1940	1950	1980	1990
Alcolismo	Alcolismo	Alcolismo	Alcolismo
	Tabagismo	Tabagismo	Tabagismo
		Oppiacei	Oppiacei
			Altro

*Tab. 1 - Percorsi sociali nella lotta alle dipendenze. La Storia della Sanità dimostra che in ogni tempo è il “fatto acuto” che riesce a mobilitare risorse ed interventi immediati.”*

L’espressione “vizio del fumo” riferito all’abitudine tabagica, è moralistica, ma viene ancora oggi usata anche dagli uomini di scienza. Il termine è fuorviante e paradossalmente alimenta atteggiamenti indulgenti verso il tabacco (“Non ho altri vizi che questo...”).

Il termine “smoking cessation”, di contro, compare per la prima volta nel 1987 (Schwarze J.L.). Ne è derivata la parola italiana “cessazione”, sconosciuta e grammaticalmente improbabile, cui ha fatto seguito una ipotetica “scienza della cessazione” (Mangiaracina G, 1999).

In una dimensione ancorata alla logica e tenendo conto degli enunciati del DSM IV e dell’ICQ-10, e tenendo conto di una appropriatezza di definizione, si dovrà inevitabilmente concludere che il termine corretto sia “terapia del Tabagismo”.

**Tra domanda e offerta**

Esiste una domanda di aiuto a smettere tra i fumatori? Certamente c’è sempre stata ed è costantemente in crescita. L’offerta, nel corso degli anni ha consistito nei cosiddetti “metodi per smettere di fumare” che sono stati molti e vari, a volte eccentrici e fantasiosi.

Diffusi e promossi dalla stampa, oggi sono in larga misura in declino, altri sopravvivono nel tempo avvinchiati ad una promozione spudorata e mendace del tipo “soddisfatti o rimborsati”.

La letteratura internazionale è oggi critica nei confronti di ipnosi, agopuntura e impiego di farmaci come lobelina, acetato d’argento e mecamilamina (Lancaster e Coll, 1999; White A.R., 1999; Abbott NC e Coll., 1999; Stead e Hughes, 1999), avendone dimostrato l’inefficacia.

Il counseling si è affermato negli ultimi anni (Adlaf e Coll., 1999), e il Bupropione ha segnato una tappa importante in questo percorso storico (Ferry e Burchette, 1994). L’attuale scenario terapeutico validato dalla scienza e consolidato dall’esperienza è descritto nella Tabella 3.

Tabella 3 - Sintesi delle modalità terapeutiche nella cura del Tabagismo

- |  |   |
|--|---|
| 1. <u>Approccio individuale breve e strutturato</u>                | (Adlaf E, Ivis F, Paglia A, Ialomiteanu A., 1999)       |
| 2. <u>Terapia di gruppo</u>  |   |
| - “Piano dei 5 Giorni”   | (McFarland e Folkemberg, 1950)                          |
| - “Gruppi di fumatori in trattamento”                              | (Mangiaracina G, 1985)                                  |
| - “Gruppi per la dissuefazione dal fumo”                           | (Colarizi C, Morasso G, Mangiaracina G, Ceruti C, 1986) |
| 3. <u>Self-care assistito</u> ( <i>Quit-Lines, Internet-Care</i> ) |   |
| 4. <u>Intervento farmacologico</u>                                 |   |
| - Bupropione   |   |
| - Sostituti nicotici (NRT)   |   |
| - Sintomatici, Ansiliotici e Antidepressivi                        |   |
| - Glucosio   |   |

## Metodo e metodi

L'indagine ISTAT Multiscopo degli anni 1987-1991, ha dimostrato che l'1 per cento degli ex fumatori ha smesso perché scoraggiato dal fattore economico. Oltre al prezzo come deterrente, si può e si deve promuovere un contesto sociale e ambientale sfavorevole. Ma è ormai largamente comprovato che la grande maggioranza dei fumatori non ce la fa a smettere con mezzi propri. Dell'offerta dei “metodi per smettere di fumare” si è detto come qualcosa che appartiene ormai al passato, tuttavia esprimo alcune considerazioni critiche. La storia dei “metodi antifumo” passa per questa nomenclatura, e a distanza di anni mostrano oggi tutto il loro folklore, come risulta da una pubblicazione del Ministero della Sanità del 1988 (Colarizi C, Morasso G):

1. Metodi avversativi.
2. Farmaci.
3. Agopuntura.
4. Ipnosi e tecniche suggestive.
5. Tecniche di rilassamento e di autocontrollo.
6. Terapia di gruppo.
7. Organizzazioni commerciali.
8. Self-care.

### 1. Metodi Avversativi

Si basano sul concetto che un'abitudine ripetuta all'inverosimile suscita una reazione oppositiva e di difesa fino ad indurne la cessazione. Tra quelli sperimentati in particolare in USA abbiamo:

**Fumo Rapido:** Consiste nell'aspirare la sigaretta con una boccata ogni 5-6 secondi sino alla fine o alla comparsa di nausea.

**Saturazione:** Una miscela di aria calda pregna di fumo ristagnante viene soffiata sulla faccia dell'inerte “paziente”. Una variante consiste nel far fumare il doppio o addirittura il triplo delle sigarette fumate, fino alla nausea.

**Sigarette a Catena:** Si fanno fumare sigarette per dieci o venti ore di seguito.

**Fumo Focalizzato:** Il soggetto fuma regolarmente, mentre con l'immaginazione si concentra sui danni che il fumo gli starebbe provocando nella bocca e nei polmoni.

**Saturazione del Gusto:** Ad ogni aspirazione il fumo viene trattenuto in bocca per circa trenta secondi, respirando normalmente attraverso il naso. Nel frattempo il paziente si dovrà concentrare sugli effetti spiacevoli che il fumo provoca in bocca.

**Shock Elettrico:** Per ogni sigaretta che il soggetto decide di fumare si somministra una scossa elettrica di sopportabile entità, ma assolutamente sgradevole.

Commento:

*Questi metodi, in Italia, non sono mai attecchiti in verità, nonostante sempre descritti per completezza di informazione più che per esperienza di lavoro.*

*In secondo luogo si tratta di metodi che comportano un livello di rischio elevato per il carico elevato di Nicotina che si induceva nel paziente, con effetti deleteri sul Sistema nervoso neurovegetativo. Necessitano perciò di supporto medico e non possono in alcun modo essere affidati all'autogestione.*

## 2. Farmaci

Sui fumatori è stato sperimentato di tutto, ansiolitici, meprobamato, amfetamine, lobelina, ascorbato di chinina, clonidina, e persino fluoxetina (Prozac) per il controllo dell'ansia, della compulsività e del craving. I risultati sono sempre stati scarsi o di breve durata in quanto che coinvolgevano poco la sfera psichica dell'individuo. Non maggiore efficacia ebbero le proposte invasive, con iniezioni in punti particolari del corpo e del viso, di miscele di vitamine, vasodilatatori, antinfiammatori, e anestetici locali tipo procaina e novocaina.

Sui trattamenti sostitutivi a base di nicotina (NRT, Nicotine Replacement Therapy) la letteratura scientifica ha prodotto una mole considerevole di evidenze, per cui questi trattamenti sono stati riconosciuti tra quelli dotati di efficacia. Adottati in prevalenza dallo "stile anglosassone", incentrato in larga misura sulla dipendenza nicotinic più che tabagica, in verità l'NRT come terapia in sé non gode oggi di grande considerazione da parte di molti esperti, in quanto che la sua efficacia risulta alquanto limitata, a meno che l'NRT non venga integrata con un supporto psicologico e con un trattamento farmacologico per via sistemica (Bupropione). La ratio della terapia poggia sul concetto che somministrando Nicotina il paziente avverta meno il bisogno di aspirarla dalle sigarette, un po' come per il Metadone nella dipendenza da oppiacei. In realtà, proprio come avviene per il Metadone, si può verificare che il paziente, durante il trattamento, fumi lo stesso e contemporaneamente assuma nicotina per altra via (gomma, cerotto, inalatore). Ciò può risultare pericoloso in particolare per chi soffre di disturbi ischemici cardiovascolari.

Il Bupropione (*Zyban, Quomem*), pur essendo una molecola con una trentina d'anni di anzianità, solo alle soglie del duemila assurge a nobiltà di prescrizione, aprendo la porta alla vera terapia farmacologica. L'azione specifica che si vuole ottenere dal Bupropione è la riduzione del craving, ossia della smania di fumare che prende nei giorni e nelle settimane successive alla cessazione. Sia chiaro che anche in questo caso il farmaco, assunto senza alcun supporto di tipo psicologico, avrebbe un'efficacia scarsa. Va supportato indiscutibilmente da un intervento comportamentale e motivazionale individuale o di gruppo. Il protocollo standard di terapia prevede per i primi 7 giorni la dose di 1 compressa a rilascio prolungato da 150 mg. al mattino, poi 1 alla mattina e 1 al pomeriggio, distanziata da circa 8 ore, per 7 settimane. Purtroppo costa caro, non è rimborsato dal sistema sanitario, e gli effetti indesiderati sono degni di considerazione.

In conclusione, i farmaci nella terapia del tabagismo sono di una certa utilità se impiegati come coadiuvanti sia nella fase preparatoria che nel corso di un trattamento integrato che preveda un supporto psichico individuale o, preferibilmente, gruppeale.

## 3. Agopuntura

L'infissione di aghi nei padiglioni auricolari fino a qualche anno fa ha avuto una posizione di rilievo nel mercato dei "metodi antifumo", con beneficio sul piano dei profitti ma non dei risultati.

La letteratura scientifica basata sulle evidenze l'ha ritenuta inefficace, ma in alcuni paesi, tra cui l'Italia, ancora resiste. Due varianti con nomi commerciali come "Acudetox" e "Antismokingcenter" propongono il metodo in chiave di maggiore "scientificità", che viene accolto benevolmente in alcuni SERT.

Evidentemente se vengono ottenuti dei risultati, va chiarito in che percentuale questi siano da attribuire al-

l'agopuntura in sé, quanto al modo integrato di intervenire terapeutamente sulla dipendenza, nel cui contesto l'ago rappresenterebbe un "valore aggiunto".

#### 4. Ipnosi e tecniche suggestive

Negli anni Ottanta si diffusero soprattutto in USA, dove venivano proposti trattamenti ipnotici contro il Fumo. Purtroppo la scure della Cochrane si è abbattuta impietosa anche su questo metodo giudicandolo inefficace. Oltre che costoso. Considerando la possibilità di ricadute, spesso i fumatori che sceglievano questa terapia si trovavano ad affrontare sedute di mantenimento a costi elevati.

#### 5. Tecniche di rilassamento e autocontrollo

C'è chi sostiene che training autogeno e Yoga aiutino. E' vero. Ma per tutte le tecniche di autocontrollo professionale è necessario avere, per un tempo variabile da qualche settimana ad alcuni mesi, il supporto di uno psicoterapeuta di esperienza. Queste tecniche servono principalmente a ridurre lo stato di ansia che si accompagna di frequente ai disagi legati al processo di cambiamento in sé. In Italia non sono mai approdate alla cura delle dipendenze, tanto meno quella da Fumo. Si tratta di terapie ad alto costo. Nei casi estremi possono arrivare a proporre la "deprivazione sensoriale" (REST), in cui i soggetti vengono fatti sdraiare su un lettino in una speciale camera sigillata dove non vedono e non sentono nulla per 24 ore, ad eccezione della voce del terapeuta, ogni 90 minuti, attraverso un microfono.

#### 6. Terapie di gruppo

Non vi sono più dubbi ormai sulle prove di efficacia di questa modalità di intervento, validata dalla maggiore casistica esistente al mondo. Si basano sulla condivisione del problema, sullo scambio delle esperienze e sul consolidamento della decisione personale. Ciò che fa sostanziale la differenza è il fatto che nella terapia di gruppo, il vero protagonista della scelta e del cambiamento è il fumatore, non certo il terapeuta. Il Ministero della Salute e la Lega Italiana contro i Tumori hanno scelto proprio le terapie di gruppo per il trattamento della dipendenza da Fumo. Lo stesso hanno fatto diverse ASL del Nord e del Centro Italia. Rimane sempre il problema delle ricadute, che possono essere contenute al minimo fisiologico se i fumatori vengono seguiti per 1-2 mesi dopo la cessazione.

Nel contesto delle terapie di gruppo che saranno affrontate in dettaglio da altri articoli del volume, approfondirò nel prossimo paragrafo i presupposti teorici e le modalità di realizzazione del gruppo dei tabagisti in trattamento.

#### 7. Organizzazioni commerciali

Smoke-Enders, Smoke-Watchers e Schick Centers hanno fatto in America veri e propri affari negli anni Sessanta. Poi sono comparsi anche gli Smokeless e gli Smoke-Stopppers, a testimonianza della domanda alta nel settore. Si trattava di programmi di 6-8 settimane con possibilità di effettuare sedute di richiamo. Venivano richiesti da uffici, aziende, ospedali ed il costo a partecipante superava già i 300 dollari nel 1990. Negli Schick Centers venivano usati metodi avversativi con elettroshock a bassa intensità per 5 giorni seguiti da 6 settimane di incontri di gruppo. Non è facile verificare le percentuali di successo a distanza di questi programmi, che pertanto sfuggono a controlli rigorosi. In Italia esperienze di questo genere non hanno mai avuto fortuna.

#### 8. Self care

Si può attuare in gruppo o da soli. Assistito o in completa autogestione, vale a dire senza la presenza di conduttori. Esempio ne è Nicotine Anonymous. Nata a Milano nel dicembre 2000, fonda il suo programma negli ormai celebri "12 passi" di Alcolisti Anonimi (AA), si occupa del "recupero" dalla dipendenza da Nicotina in

tutte le sue forme. Non ci sono quote o tasse per diventarne membri; l'associazione è autonoma e si sostiene con i contributi degli aderenti.

- quit lines

Rappresentano la modalità più recente di intervento a distanza sul fumatore attraverso il telefono. Le prime Quit-Line nacquero nel Nord Europa e in particolare in Svezia. Solo una piccola percentuale di coloro che tentano di smettere di fumare chiedono un aiuto per via telefonica. Tuttavia in determinati contesti e situazioni sociali la domanda può crescere notevolmente. E' il caso dell'Irlanda, dove migliaia di fumatori stanno provando a smettere come conseguenza dell'epocale divieto di fumare nei pub, ristoranti e luoghi di lavoro. Soltanto nei primi 5 giorni del 2004, 1.637 fumatori hanno assalito le Quit-Line governative e dell'Irish Cancer Society.

In Italia è la Lega contro i Tumori (LILT) che offre questo servizio a livello nazionale, con il numero verde 800-998877. La media dei risultati di cessazione sembra aggirarsi intorno al 10-20% dopo sei mesi dalla conclusione del programma terapeutico.

- Internet care:

Nel 1997 creai il primo servizio di "Self-Help Assistito", "Internet NO Smoke" dove medici e psicologi offrivano sostegno via internet ai fumatori. Il servizio è stato disattivato nel 2002 per le scarse richieste, per inefficace promozione e divulgazione. Adeguate risorse ha invece ottenuto ed investito Etter, del dipartimento di Salute Pubblica dell'Università di Ginevra, autore di un servizio analogo multilingue ([www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch)). Dal febbraio 1999 fino a metà del 2003, il sito ha avuto 595.000 accessi. Tra questi, in 80.000 hanno partecipato al programma terapeutico interattivo. Uno studio randomizzato ha dimostrato che per ogni 28 fumatori che si sono iscritti, uno ha smesso. Il criterio per definire lo stato di "guarigione" dalla dipendenza si è basato sulla totale astinenza dal tabacco nelle 4 settimane precedenti l'indagine, e per almeno 7 mesi dalla fine del programma. In totale il servizio avrebbe prodotto 3.000 non fumatori, senza contare le persone che hanno cambiato le loro motivazioni, anche senza aver partecipato al programma interattivo (Etter JF, 2001). Nel 2005 si è realizzata una collaborazione italo-svizzera che ha permesso di sviluppare la sezione italiana di questo programma tramite il sito interfaccia "Tabagismo.it".

## Le terapie di gruppo: l'esempio del Gruppo dei Fumatori in Trattamento:

Con il termine di "gruppo" nelle scienze sociali si indica un insieme numericamente piccolo di persone che entrano in relazione tra loro in base ad interessi comuni e ad una comune identità che si esprime con il "sentimento del noi". I rapporti che si stabiliscono sono del tipo "faccia a faccia" e si attribuisce particolare valore alle persone che lo compongono, agli interessi e agli scopi comuni. Prevale l'elevato senso di identificazione con gli scopi, il senso di reciprocità ed il mutuo sostegno. Un gruppo di fumatori in terapia, o in trattamento (GFT) è composto da un insieme di persone eterogenee tra loro, di diversa estrazione sociale, età e sesso, accomunate dalla dipendenza da tabacco e dal desiderio di vincerla.

Un GFT presenta tre momenti peculiari: Preparazione, Full-Immersion e Mantenimento.

### 1. Preparazione

#### Il Colloquio Clinico

Ogni programma antifumo che abbia autorevolezza professionale deve prevedere un Colloquio Clinico ad ogni inizio di percorso terapeutico. Terapeuta e paziente sono due entità distinte e gerarchicamente collocate: il paziente malato porta in sé il male, ignaro e non partecipa del processo di guarigione, come del resto non lo è stato del processo che lo ha portato ad ammalarsi. Il terapeuta viene percepito come colui che detiene il potere di individuare la malattia e di sconfiggerla. Questo è l'immaginario psicologico che si viene a creare, una sorta di separazione tra il "bene-medico-terapia" ed il "male-paziente-malattia", una contrapposizione tra potere ed impotenza.

In una relazione di aiuto, questo rapporto viene letteralmente sconvolto. C'è una nuova attenzione all'insieme "terapeuta-paziente" che viene visto come totalità. Il terapeuta si porrà su un piano osservazionale generale e rifletterà su come l'individuo potrà interagire con le proprie sensazioni, le emozioni, i pensieri, la cultura, le abitudini, l'alimentazione. E' necessario inserire il rapporto medico-paziente all'interno di un sistema dove

non vi è l'uno senza l'altro, dove le due funzioni si compenetrino, dove il terapeuta sia anche identificato empaticamente con il malato, e che viceversa anche il malato si percepisca come medico di se stesso. Questa magia si realizza con la forza dell'ascolto e dell'osservazione nel momento del Colloquio.

L'empatia inizia con l'osservazione. Un colloquio clinico volto a comprendere a fondo l'individuo implica una predisposizione all'ascolto. La relazione prescinde dall'osservazione, sia essa terapeutica o meno, perché osservare è partecipare, vivere insieme all'altro ciò che l'altro è e fa. Il livello di relazione empatica e la consapevolezza delle corrispondenze, permettono maggiore conoscenza e vissuti.

L'elaborazione e l'analisi conoscitiva dell'esperienza avvengono successivamente al movimento empatico. L'identificazione empatica è il presupposto attraverso cui l'esperienza viene prima accolta e poi distaccata attraverso la funzione riflessiva.

L'atteggiamento giudicante rappresenta un'insidia che il terapeuta incontra nel suo percorso. Ognuno di noi ha dei preconcetti e dei concetti costruiti nella propria esperienza di vita che condizionano la valutazione delle situazioni e l'interpretazione che ad esse viene data. Giudicare non è conoscere. Il paziente può essere per noi fastidioso o mostrare aspetti che vanno a urtare con i nostri parametri di giudizio, le nostre categorie morali o concettuali, le nostre aspettative. In tal caso rischiamo di voler indurre il paziente ad agire seguendo le nostre idee. E viceversa, il paziente ha dei concetti di terapeuta che possono portarlo a essere giudicante ed a proiettare sul terapeuta svalutazioni o valorizzazioni arbitrarie. L'ascolto prevede lo sviluppo della capacità di contenimento dell'atteggiamento giudicante.

La terapia come processo prevede anche di cogliere quali sono i limiti, le difficoltà e gli errori che influenzano il paziente nel corso della sua condotta di vita. Accettare di vedersi in questi aspetti negativi non è facile. Se dovesse prevalere un atteggiamento aggressivo, oltre che giudicante, diventa impossibile accettare la diversità.

Il difetto e l'errore vengono iscritti nella sfera delle "cose brutte e sbagliate" e sia il paziente che il terapeuta possono vivere sensi di colpa, rifiuti di sé stesso, disistima, e sviluppare comportamenti e pensieri punitivi. L'atteggiamento giudicante ostacola la possibilità di comprensione di sé.

Il Colloquio Clinico permette di conoscere, capire, orientare, decidere.

### ***Conoscere***

La conoscenza è reciproca. L'operatore conosce il "cliente" e viceversa. Inizia la relazione "faccia a faccia" che porta già in sé dei contenuti terapeutici. Il cliente esplora il contesto terapeutico e la capacità dell'operatore ad infondergli fiducia, mentre l'operatore ha la possibilità di sondare la sua storia, i percorsi, il contesto familiare, lavorativo e sociale, la *compliance* al programma e l'adesione alle proposte terapeutiche. Questa conoscenza è accresciuta dalla raccolta di dati del cliente attraverso una cartella anamnestica che si allega nella modulistica in appendice a questo volume.

### ***Capire***

La valutazione dello stadio di cambiamento del soggetto permette un approccio mirato sul processo, ma anche le sue reali intenzioni, nonché gli elementi probativi per l'inserimento o l'esclusione dal programma. Il cliente dovrà a sua volta capire la struttura del programma, l'importanza e la necessità di realizzare un cambiamento personale, e persino quale possa essere la sua possibilità di riuscita.

### ***Orientare***

L'attuazione di interventi diretti ad incrementare la dissonanza cognitiva e la frattura interiore, il dialogo funzionale alla relazione terapeutica, i consigli, l'incoraggiamento, la fiducia, la competenza, sono gli strumenti attraverso cui l'operatore guida il soggetto nella decisione.

### ***Decidere***

L'adesione al programma è un momento importante che ha un proprio valore nel processo di cambiamento. È la condizione conclusiva del colloquio clinico e nello stesso tempo ne è l'obiettivo verso cui verte il sistema operatore-paziente, in cui sono presenti le istanze di entrambi.

La decisione dell'operatore coincide con l'opportunità offerta al cliente di realizzare il suo personale percorso. La decisione del cliente poggia sulla fiducia nell'operatore, nel programma, nel sistema generale di supporto ai suoi bisogni, e sull'autoefficacia.

### La seduta preliminare

Solitamente organizzata una settimana o alcuni giorni prima dei cinque giorni intensivi. Consente al corsista di porsi per la prima volta su un piano di relazione. Prima con l'operatore, ora con il gruppo nel suo complesso, compreso l'operatore. Entra dunque per gradi nel trattamento, siglando consapevolmente il proprio contratto con operatore e gruppo. Il "Piano dei 5 Giorni" poneva sin dall'inizio il problema dell'interruzione drastica e totale del fumo, con una forte sollecitazione emozionale e motivazionale. Nella sua forma originale si puntava molto su un "effetto sorpresa" con una conduzione rigida e direttiva. L'operatore era in verità un animatore. In tal modo si correva il rischio di suscitare atteggiamenti reattivi di difesa, tanto è vero che la prima seduta veniva considerata selettiva. La sera dopo in genere si assisteva ad una riduzione a volte rilevante del numero dei corsisti.

Insomma, la fase di Preparazione è un momento fondamentale del programma dove il soggetto viene messo nella condizione di affrontare il proprio problema su un piano di rapporto tra pari con i propri compagni di viaggio e con gli operatori. Non insegnanti ed alunni, ma persone con ruoli diversi lavorano insieme.

Oltre che su un piano mentale la predisposizione al programma avviene anche su quello fisiologico. Chiedere sin dall'inizio di ridurre il numero delle sigarette, o di fumare sigarette a basso contenuto di nicotina fino al giorno stabilito per la cessazione, serve certamente ad arrivare al giorno dell'interruzione con un livello serico di nicotina più basso, in modo da prevedersi un riduzione di intensità della crisi da astinenza, ma crea soprattutto complicità fra operatore e cliente. In un linguaggio occulto l'operatore sta autorizzando il cliente a continuare a fumare, senza esprimere critiche o giudizi. Ciò contribuisce alla distensione del rapporto e permette di attenuare le resistenze e gli atteggiamenti di difesa dei fumatori, i quali tendono a percepire l'operatore come figura genitoriale normativa, giudicante, talvolta palesemente minacciosa ai danni della propria omeostasi psichica. Non tutti hanno carisma e personalità tali da sostenere al meglio e a lungo un ruolo genitoriale normativo in una conduzione fortemente direttiva. Un conduttore giovane ad esempio, incerto e timido, può trovarsi in difficoltà di ruolo perdendo la forza di controllo del gruppo. Un approccio pacato e sereno invece aiuta a ritrovarsi tutti su un medesimo piano, conduttore e corsisti, in una forma di cooperazione finalizzata al cambiamento e alla crescita.

## 2. Full-Immersion

La seconda fase rappresenta il corpo centrale del programma e si snoda nei cinque giorni consecutivi. La seduta serale non rappresenta l'unico momento di incontro e di interazione. Alla fine di ogni incontro consegue la gestione organizzata delle 24 ore successive, scandite dai consigli di una dispensa-guida, e che si chiude a spirale nella seduta della sera successiva.

La dinamica di conduzione in questa fase è fortemente direttiva, anche perché il tempo di contatto e di rapporto tra gruppo e operatore è troppo breve perché possa stabilirsi e consolidarsi un legame terapeutico che richiami all'approccio psicoterapico. Nella modalità originaria il Piano dei 5 Giorni prevedeva la proiezione di filmati spesso terrifici ed era funzionale ad una sollecitazione emozionale forte. Nei setting dei GFT, incentrati prevalentemente sulla dinamica di gruppo, il supporto didattico o lo stimolo emozionale non servono, o al massimo possono essere considerati degli optional.

Il Tabagismo è una dipendenza difficile da combattere. Ciò che rende difficile la cura è il forte legame che la sigaretta crea nell'individuo sia per i contenuti simbolici che per gli aspetti gestuali. Fumare comporta una sequenza di almeno 18-20 gesti che si ripetono ad ogni fumata.

Facile eseguire il calcolo per pacchetto e per anno. Cosa vuol dire tutto questo? Semplicemente che l'abitudine va a strutturare un percorso mentale automatico, coattivo ossessivo. L'orologio biologico viene sostituito dalle sigarette, che arrivano a scandire il tempo pure dei bisogni fisiologici come andare di corpo o mangiare, oltre che delle relazioni sociali e del tempo libero. Il Fumo permea ogni angolo della vita personale e di relazione dell'individuo, detratte le ore di sonno. Le conseguenze di questa condizione sono una strutturazione definita del comportamento e della personalità. Il fumatore che smette, dopo anni di percorsi mentali obbligati, si chiede più o meno coscientemente chi sarà mai dopo avere smesso. Si vedrà mutilato di una parte di sé, di una capacità di espressione e di comunicazione, come se gli proponessimo di amputarsi un arto. E' facile immaginare la reazione di un fumatore quando qualcuno gli propone di smettere. Le reazioni sono oppostive nella maggiorparte dei casi.

Questo è uno dei motivi per cui non si può “fare smettere”. Cosa possibile invece è offrire una opportunità di cambiamento, quando nel suo dialogo interiore si sarà orientato verso la possibilità di un tentativo.

Il primo dei cinque giorni intensivi è incentrato proprio sull’abitudine e sugli automatismi del fumatore. Il corsista deve assolutamente prendere coscienza del suo stato di dipendenza. Tale condizione viene poi sperimentata attraverso la “crisi di astinenza” che si verifica nella maggiorparte dei casi nel corso del programma.

Una crisi di astinenza non si verifica sempre e con la stessa intensità. E non sembra esserci allo stesso modo una corrispondenza tra gravità dei sintomi da privazione nicotinic e numero di sigarette fumate. L’operatore ha modo di constatare direttamente che una percentuale (10-30%) di fumatori non presenta disturbi rilevanti, riferisce di stare bene e di non avere difficoltà a proseguire. E’ utile far presente al gruppo questa condizione e, nel caso in cui si evidenziano queste condizioni, è il caso di alimentare il confronto con situazioni di diversità. La convivenza degli opposti nel gruppo permette di non far ritenere la propria esperienza di cambiamento come assoluta e di riferimento.

La gestione della crisi nel gruppo e in gruppo, ha un valore terapeutico in quanto:

1. conferma la condizione di dipendenza del fumatore
2. permette di “prevedere” i sintomi e rassicurare anzitempo i corsisti
3. consolida l’autostima quando si è riusciti a superare la crisi
4. allevia la tensione individuale in quanto la sofferenza del singolo viene condivisa dal gruppo, dunque si “frammenta”
5. conferma fiducia nell’operatore che è visto come colui che ha il potere di controllo sul problema e le soluzioni per affrontarlo.

### 3. Mantenimento

Una volta espressa la decisione occorre consolidarla. E’ in questa fase del GFT che si rivela la valentia del conduttore. La modifica del ruolo, da direttivo a semi-direttivo, servirà a favorire il più possibile l’interazione, la libera espressione di emozioni e di bisogni, lo scambio di esperienze, il mutuo sostegno. Gli incontri sono settimanali di un’ora o poco di più ed hanno contrattualmente una durata minima di 4 settimane. Su richiesta del gruppo è possibile in teoria dare vita a gruppi aperti di auto-mutuo-aiuto per un tempo maggiore o addirittura senza limiti definiti (gruppi continui) a cui possono confluire corsisti che hanno completato un percorso terapeutico standard.

La maggiorparte delle ricadute avviene nei primi tre mesi. Il dato interessante è che questo arco temporale entro cui si hanno queste ricadute vale anche per la dipendenza da alcol e da eroina (Koop, 1989). Risulta dunque chiaro che il sostegno va dato e mantenuto nel periodo più a rischio. Questo spiega la durata minima del programma di sei settimane: nella prima la seduta preparatoria, nella seconda i cinque giorni intensivi, e le altre quattro per il mantenimento. Questa ultima fase può essere ampliata. Fino a 8-10 settimane.

#### Caratteristiche del GFT

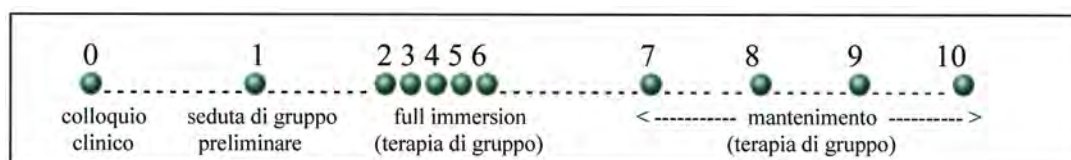
1. Metodo sperimentato su un vasto campione (oltre 30.000 pazienti in Italia).
2. Adatto a gruppi di media grandezza (15-20 persone) con conseguente riduzione consistente del rapporto costo / beneficio.
3. Modalità flessibile di applicazione sulla base dei contesti e delle situazioni.
4. Approccio multimodale integrato: farmaci, NRT, sostegno individuale, gruppi aperti.
5. Programma “allargato” con ricadute sul contesto familiare, sociale, lavorativo.



## Articolazione del programma

1. Preparazione
  - Colloquio clinico, valutazione e definizione del programma terapeutico.
  - Seduta collettiva preliminare.
2. Full Immersion (5 sedute tematiche consecutive)
  1. Definizione del problema, volontà, scelta, decisione, azione.
  2. Riconoscere la dipendenza.
  3. Costruire uno stile.
  4. Perdite e guadagni.
5. Costatazione del cambiamento.
3. Mantenimento
  - Una seduta settimanale per 4 settimane.
4. Coinvolgimento
  - distribuzione cariche e compiti,
  - interventi su medici di medicina generale, insegnanti, familiari, ambienti di lavoro.
5. Supporti Ulteriori
  - Sostegno individuale,
  - controlli clinici,
  - programmi di prevenzione,
  - collaborazione ad iniziative.

## Schema degli incontri



## Risultati

Le terapie di gruppo rappresentano lo strumento di lavoro con maggiore possibilità di successo. L'auto-revole "Smoking Cessation Methods" di molti anni fa (Swartz, 1979) riportava percentuali di successo del "Five-Day Plan" (Piano dei 5 Giorni) dal 15 al 30% dopo un anno di astinenza. La LILT riscontra nei suoi programmi un successo ad un anno del 25-40%. Analoghi risultati consegue il servizio Tabagismo dell'ospedale S. Filippo Neri di Roma.

Dati recenti (Enea D, 2003) relativi a GFT condotti al Policlinico Umberto I, e monitorati dalla cattedra di Farmacologia dell'università La Sapienza, danno un risultato, sempre ad un anno, di oltre il 50%, verificati con la prova del CO espirato. Considerati i risultati già noti, questo dato sembra molto alto. Va detto comunque che non è possibile avere dati precisi e comuni in realtà e condizioni molto diverse tra loro.

Le variabili in gioco nelle terapie di gruppo sono numerose e difficilmente standardizzabili, specialmente la variabile "Operatore". Lavorare con i Gruppi significa sviluppare capacità e valenze professionali finalizzate all'ottenimento di risultati che, per l'esperienza continua, sono destinati a migliorare nel tempo.

## Bibliografia

1. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. *Hypnotherapy for smoking cessation* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999.
2. Adlaf E, Ivis, F, Paglia, A, Ialomiteanu, A. *Ontario Drug Monitor 1998: Technical Guide*. (CAMH Research Document Series No. 3). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health, 1999a.
3. Ashenden R, Silagy CA, Lodge M, Fowler G. *A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation*. *Drug and Alcohol Review* 1997; 16: 33-40.
4. Colarizi C, Morasso G, Mangiaracina G, Ceruti C. *Stop al Fumo, metodo per la disassuefazione dal Fumo*. Manuale per conduttori. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Ministero della Sanità, Roma, 1986.
5. Etter JF et al. *Efficacité du programme interactif stop-tabac.ch*. *Archives of Internal Medicine*;161:2596-601, 2001.
6. Ferry LH, Burchette RJ. *Efficacy of bupropion for smoking cessation in non-depressed smokers*. *Journal of Addictive Diseases* 1994; 13: 249.
7. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. *The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis*. *Journal of the American Medical Association* 1994; 271(24): 1940-7.
8. Flay BR. *Mass media and smoking cessation: a critical review*. *Americ. Journ. of Public Health* 1987; 77: 153-60.
9. Giebfried J, Miele A. *Quitlines: telephone support for quitting smoking*. *J Mass Dent Soc* 2001 Spring;50 (1):22-4.
10. Gorini G, Ciruolo F, Di Renzo L, Chellini E, Comodo N. *Medici di Medicina Generale e metodi per smettere di fumare. Risultati di uno studio effettuato in Toscana*. *Toscana Medica* Luglio-Agosto 1998 a:16-17.
11. Hughes JR, Goldstein MG, Huart RD, Shiffman S. *Recent advances in the pharmacotherapy of smoking*. *Journal of the American Medical Association* 1999; 281(1): 72-6.
12. Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli G, Codifava A, Corti F, Fossati R, Guerra C, La Vecchia C, Lazzaro C, Sabato E, Zuccaro P. - *L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore*. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio*, Ediaipo Edizioni, 2002; 17: 55-70.
13. Lancaster T, Stead L. *Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999.
14. Lancaster T, Stead L. *Silver acetate for smoking cessation* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999.
15. Lancaster T, Stead LF. *Self-help interventions for smoking cessation* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999.
16. Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip-Klein DJ, et al. *Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence*. *Health Education Research: Theory and Practice* 1996;1:243-257.
17. Mangiaracina G. *Curare il Fumo*. Edizioni EDUP, Roma, 2003.
18. National Cancer Institute. *Population based smoking cessation: Proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population*. Smoking and Tobacco Control Monograph 12. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Cancer Institute, NIH Pub. No.1 00-4.
19. Schwartze JL - *Review and evaluation of Smoking Cessation Methods*. US Department of Health and Human Services, NIH, National Institute of Health Publication n.822840, 1987.
20. Stead LF, Hughes JR. *Lobeline for smoking cessation* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
21. Stead LF, Lancaster T. *Telephone counseling for smoking cessation* (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD002850.
22. Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MG. *Assessing outcome in smoking cessation studies*. *Psychological Bulletin* 1992; 111: 23-41.
23. White AR, Rampes H. *Acupuncture for smoking cessation* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999.
24. Zhu S, Anderson C.M., Tedeschi G.J., et al. "Evidence of Real-World Effectiveness of a Telephone Quitline for Smokers." In *NEJM* vol. 347:1087-1093 October 3, 2002 Number 14).

## *Terza sessione*

### **Il Fumo di sigaretta: trattamenti farmacologici**

**Articoli di:**

**Eugenio Sabato,**

Coordinatore U.O.C. Servizio Pneumologico A.U.S.L. BR/1

**Cristiano Chiamulera,**

Professore Associato di Farmacologia, Dip. Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona

**Claudio Poropat,**

responsabile del Centro per la prevenzione e cura del tabagismo dell'A.S.S. n.1 Triestina, referente per il FVG del gruppo tecnico della regione sul tabagismo, membro del direttivo SITAB.

E' una sessione specialistica che, tuttavia, merita una lettura attenta sia dal parte del Coordinatore regionale, sia dagli Pianificatori per trarne spunti essenziali sia all'organizzazione dei Centri Antifumo che degli altri servizi territoriali sulla disassuefazione.

Al di là dell'efficacia espressiva dei relatori si trovano infatti molti spunti per una riflessione critica sull'argomento.

## Commento alla sessione

Ho ritenuto opportuno un commento complessivo ai tre articoli perché di fatto si occupano dello stesso tema utilizzando punti di vista parzialmente diversi.

Una considerazione iniziale riguarda la scelta del trattamento: i tre autori concordano nella indicazione dei farmaci più efficaci

La relazione di Cristian Chiamulera inquadra i presupposti generali della terapia e stressa un aspetto che forse non è da sottovalutare: nonostante sia accertato che il fumo di sigaretta non solo causa patologie, ma è di per sé una malattia, permane una certa resistenza a considerare il fumatore come un paziente da curare con dei farmaci.

Il contributo di Eugenio Sabato inserisce il trattamento farmacologico nella pratica clinica di un Centro Antifumo (e comunque di un servizio per la disassuefazione); Claudio Poropat, oltre a fornirci alcuni esempi molto interessanti rispetto a come ci si sta comportando nei paesi anglosassoni, introduce alcune provocazioni che riguardano il costo della terapia (NRT e bupropione), l'efficacia della terapia stessa, le modalità di prescrizione e accesso ai trattamenti.

Riporta, anche, un riferimento molto suggestivo alla teoria delle catastrofi di R. West che, mettendo in crisi o per lo meno sollevando seri dubbi sull'efficacia del modello motivazionale, causa non poche riflessioni e perplessità sui fondamenti dell'intervento clinico breve:

La lettura delle tre relazioni può fornire alcuni orientamenti generali per il Pianificatore regionale:

1. il trattamento farmacologico non può essere considerato come tema a sé, ma deve essere inserito in un quadro di supporto sanitario al tabagista.
2. l'intervento clinico breve (counselling individuale) e/o il gruppo terapeutico costituiscono l'aspetto fondamentale del trattamento che, tuttavia, riceve supporto dall'utilizzo del farmaco (soprattutto per limitare il numero di ricadute)
3. dove esistano le condizioni (ambientali ed economiche) potrebbe essere sensato per un Pianificatore regionale programmare sperimentazioni in cui presso alcuni Centri Antifumo o per gruppi di pazienti a rischio (per esempio cardiopatici o pneumopatici) si somministrino i farmaci gratuitamente ai dosaggi consigliati per raggiungere il massimo dell'efficacia terapeutica (una somministrazione adeguata è infatti resa quasi impossibile dal costo che i farmaci hanno per il paziente in fase di disassuefazione).

# *Aspetti farmacologici del trattamento del paziente tabagista*

**Autore: Cristiano Chiamulera**

Università di Verona

Nicotina, Tabagismo, Terapia di sostituzione, NRT, Bupropione, Efficacia, Tollerabilità.

## **Introduzione**

Le linee guida di diversi Paesi, inclusa l'Italia, raccomandano fortemente come i fumatori vadano incoraggiati all'uso di quei farmaci – detti di 'prima scelta' – dimostratesi efficaci nella disassuefazione dal fumo.

Considerando che la disassuefazione dal fumo è l'opportunità che gli operatori hanno di migliorare lo stato di salute attuale e futuro dei soggetti fumatori, risulta fondamentale fornire una formazione basata anche su conoscenze di base, razionale ed aspetti specifici della terapia farmacologica del tabagista.

Tuttavia, la diffusione di una corretta informazione sui benefici ed i rischi legati al trattamento farmacologico del tabagismo è limitata a causa di diversi motivi, primo fra tutti la tendenza a non considerare il tabagista un malato e quindi il recipiente di un regime farmacologico.

Di conseguenza, il mancato trattamento, le aspettative inattese, l'uso non corretto e la comparsa di effetti avversi prevenibili, si manifestano con incidenza rilevante, riducendo la compliance e l'efficacia dell'intervento terapeutico.

## **Presentazione del tema**

Il presente modulo intende presentare le conoscenze di base, il razionale ed i dettagli rilevanti riguardanti le terapie farmacologiche di prima scelta per il tabagismo. Si possono identificare nei seguenti punti, gli aspetti essenziali e fondamentali per un percorso formativo:

1. Sono disponibili dati ottenuti in studi multicentrici e randomizzati contro placebo, dimostranti l'efficacia clinica della terapia di sostituzione della nicotina (NRT) e di bupropione (farmaci di prima scelta). Entrambe le classi di farmaci sono note per agire a livello dei meccanismi biologici della dipendenza da nicotina.
2. Le evidenze cliniche, riassunte dalle metanalisi e dalle diverse Linee Guida nazionali, indicano 'fortemente' che i farmaci di prima scelta per il tabagismo sono clinicamente ed economicamente efficaci rispetto ad altri interventi medici e di prevenzione, ed inoltre come una maggiore efficacia si ottenga all'interno di un intervento integrato multifattoriale.
3. A causa della complessità del tabagismo e della necessità di individualizzazione dell'intervento, la prescrizione farmacologica richiede inizialmente un'accurata valutazione da parte dell'operatore di anamnesi, età, sesso, patologie concomitanti, tipologia di fumo, controindicazioni ed, infine, delle preferenze manifestate dal fumatore.
4. Tipo di farmaco, forma farmaceutica (solo per NRT) e modalità di trattamento vanno pianificate, ed eventualmente modificate o combinate, in base a fattori rischio-beneficio dipendenti da efficacia sui sintomi di astinenza, dipendenza da nicotina (Fagerstrom Test), tollerabilità, precedenti tentativi di disassuefazione.
5. La tollerabilità al farmaco è il fattore principale per l'aderenza alla terapia e di conseguenza per il mantenimento dell'efficacia del trattamento. Gli eventi avversi dei farmaci di prima scelta sono in genere di lieve o moderata intensità, scompaiono con il tempo e sono risolvibili dal punto di vista medico. Tuttavia, tali eventi spesso si confondono con i sintomi d'astinenza, oppure non sono accettati dal fumatore sano il quale - non considerandosi un malato - non tollera la comparsa di sintomi assenti prima del trattamento di disassuefazione con il farmaco.
6. Una prescrizione accurata al momento della presa in carico del fumatore, ed un monitoraggio della tollerabilità anche associata a possibili modifiche o combinazioni della terapia, sono azioni che aiutano a migliorare la compliance e l'efficacia dei farmaci.

7. La scelta della forma farmaceutica individualizzata e precise istruzioni riguardanti le modalità d'assunzione, sono importanti nella terapia con NRT. Specificatamente, la scelta di dosaggi più alti o di formulazioni a cinetica di rilascio protratta possono essere d'aiuto per fumatori forti dipendenti da nicotina. Gli NRT sono particolarmente adatti contro i sintomi d'astinenza e nel prevenire la ricaduta.
8. Bupropione è un farmaco efficace che agisce direttamente a livello centrale. Previene la ricaduta e riduce il craving per la sigaretta. L'efficacia sul contenimento dell'incremento di peso nella fase di disassuefazione fornisce un ulteriore meccanismo d'azione. E' comunque un farmaco psicoattivo che richiede tutte le cautele della sua categoria farmacologica.

## Criticità

I seguenti punti di criticità richiedono un'attenzione specifica ed un approfondimento nella fase formativa:

- **Efficacia.** La terapia farmacologica del tabagismo – così come degli altri tipi di tossicodipendenze – non possiede e non ricerca proprietà di 'pillola magica', ovvero di farmaci in grado di agire con alta efficacia nella maggior parte della popolazione dei fumatori e nelle diverse tipologie. L'aumento dell'efficacia è conseguibile mediante l'intervento integrato con metodologie psicologiche e comportamentali.
- **Tollerabilità.** Influenza fortemente l'adesione e quindi l'efficacia alla terapia. E' importante una conoscenza approfondita degli eventuali eventi avversi e della loro gestione. In particolare per gli NRT, anche la corretta modalità d'uso può migliorare la tollerabilità.
- **Scelta.** Essendo il tabagismo una dipendenza cronica e recidivante caratterizzata anche da fallimenti della disassuefazione, non può esistere un unico singolo ciclo di mono-farmacoterapia. La scelta del farmaco deve essere fatta attingendo ad un armamentario farmacologico (tipo di farmaco, dose, forma, ecc.) individualizzato per lo specifico fumatore.

## Conclusioni

L'approccio farmacologico al paziente tabagista è inscindibile dall'intervento psicologico e motivazionale. La conoscenza teorica delle caratteristiche farmacologiche dei farmaci di prima scelta va abbinata alla continua pratica clinica per l'acquisizione di una maggiore esperienza sulle diverse risposte da parte del paziente tabagista, sia in termini di efficacia che di tollerabilità e preferenza.

La sperimentazione clinica nella popolazione con NRT e bupropione continua a fornire evidenze a supporto di nuovi algoritmi di trattamento. Nuovi farmaci (vareniclina, rimonabant, vaccino) e metodi alternativi (agopuntura, ipnosi) sono inoltre oggetto di ricerca, con lo scopo di fornire nuovi strumenti terapeutici.

Rimane comunque sempre fondamentale il monitoraggio della risposta individuale del singolo fumatore nel suo specifico contesto. Un dato quest'ultimo che solo l'osservazione nella pratica da parte dell'operatore può rendere disponibile.

## Referenze

Fagerstrom K, Balfour DJK (2006) Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence. *Exp Opin Investig Drugs* 15: 107-116.

*Review autorevole dei due massimi esperti europei, rispettivamente clinico e preclinico, della dipendenza da nicotina. Viene revisionata - in modo critico e sintetico - la situazione attuale della ricerca di nuovi trattamenti farmacologici per la disassuefazione da fumo, con informazioni sui meccanismi e sulle potenzialità terapeutiche.*

Henningfield JE, Fant RV, Buchalter AR, Stitzer ML (2005) Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. *CA Cancer J Clin* 55: 281-299.

*Review americana – scritta dai periti scientifici del famoso processo contro le compagnie del tabacco - sui farmaci attualmente in uso per la terapia farmacologica. Completa ed esaustiva.*

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (2002) In: Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. ISS.

*Le linee guida italiane emesse dall'Istituto Superiore di Sanità. Rassegna completa di tutti i livelli di eviden-*

ze, dalle raccomandazioni 'forti' a quelle che richiedono ulteriori studi clinici. Ottime le tabelle sinottiche.

Royal College of Physicians (2000) In: Nicotine Addiction in Britain: A report of the tobacco advisory group. Suffolk: The Lavenham Press Ltd.

*Linee guida inglesi, un documento storico per il panorama europeo della disassuefazione dal fumo di tabacco. Ricco di referenze epidemiologiche.*

USDHHS (2000) Treating tobacco use and dependence, Clinical Practice Guideline.

*Linee guida americane, curate dal gruppo di Michael Fiore. Il testo di massimo riferimento per le linee guida uscite in seguito. Riassumono la vasta esperienza di ricerca anglosassone nel campo, ma raccomandano tuttavia una continua sperimentazione a livello di ulteriori segmenti di popolazioni e culture.*

# Aspetti farmacologici del trattamento del fumatore

**Autore: Dott. Eugenio Sabato**  
*A.U.S.L. BR/1*

Parole chiave: disassuefazione, terapia farmacologica.

L'intervento di disassuefazione dal fumo rappresenta per il medico un'impresa di estrema difficoltà sia per la tipologia di paziente, sia per il tipo di patologia che si deve trattare, sia per la preparazione generalmente inadeguata ricevuta sull'argomento durante il corso di studi.

Secondo l'indagine DOXA del 2005 in Italia fuma il 25.6% della popolazione pari a circa 12.570.000 persone: il 29.3% fra gli uomini e il 22.1% fra le donne.

Trattare il fumo di questi fumatori, anche asintomatici, permette quindi di prevenire un gran numero di patologie mortali e non.

Attualmente gran parte dei fumatori vorrebbe smettere di fumare e spesso si rivolgono al SSN epr chiedere un aiuto.

Il sanitario si trova quindi a dover fornire ai pazienti interventi efficaci che prevengano inutili malattie e decessi.

A volte però gli operatori sanitari non riescono a garantire ai fumatori il necessario aiuto per indurli a smettere di fumare.

Quindi la maggior parte dei fumatori cerca di smettere per proprio conto senza trattamenti coadiuvanti efficaci.

In passato, il mancato intervento nei confronti dei fumatori poteva essere attribuito alla mancanza di trattamenti efficaci, negli ultimi venti anni invece si è assistito ad una esplosione della ricerca per la disassuefazione dal fumo di tabacco.

Si è infatti dimostrato che il tabagismo è una vera e propria dipendenza e quindi può e deve essere considerata una malattia cronica.

La dipendenza da fumo di tabacco è riconosciuta come una condizione patologica nella decima revisione della classificazione internazionale delle malattie della Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10) e nel manuale diagnostico e statistico dell'associazione Americana di Psichiatria (DSM-IV). La malattia è una malattia del comportamento, definita dalla compulsiva ricerca della sigaretta anche quando esistono controindicazioni al suo uso o quando il paziente vorrebbe smettere. Il fumatore va quindi trattato dal medico in quanto malato.

Quando il paziente decide di smettere di fumare ed abbandona le sigarette inizia a provare una serie di manifestazioni che caratterizzano la sindrome di astinenza da nicotina: disforia o umore depresso; insonnia; irritabilità, frustrazione, rabbia; ansia; difficoltà di concentrazione, irrequietezza o impazienza; bradicardia; aumento dell'appetito o di peso corporeo.

L'intenso desiderio di nicotina è il sintomo clinico rilevante ed è anche un elemento importante nell'astinenza da nicotina.

Il medico deve misurare il grado della dipendenza (il grado di gravità della malattia-fumo). Il rischio di malattia del paziente è direttamente correlato alla quantità di sigarette fumate e ancor più alla durata in anni della abitudine al fumo. Il medico deve anche valutare le probabilità che il paziente sia disponibile a tentare di smettere e quante probabilità di riuscita ci sono.

Far smetter di fumare è buona pratica clinica ed è soprattutto interesse del paziente (circa il 40% dei fumatori vorrebbe smettere di fumare).

Per la disassuefazione, quali operatori sanitari, dobbiamo utilizzare metodi basati su evidenze scientifiche che secondo le Linee Guida Internazionali sono: il trattamento farmacologica ed il trattamento comportamentale.

In effetti alcuni prodotti farmacologici possono aiutare i fumatori ad astenersi dal fumo o a ridurre il numero delle sigarette alleviando questi sintomi di astinenza:

- **Prima linea** (Approvati )
  - Cerotto transdermico alla nicotina



- Gomma da masticare alla nicotina
- Inalatore alla nicotina
- Compresse sublinguali
- Spray nasale alla nicotina (non presente in Italia)
- Bupropione SR (*Sustained Release* / Rilascio Prolungato)
- **Seconda linea** (in ordine alfabetico) (Non approvati dalla U.S. Food and Drug Administration (FDA) per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco)
  - Clonidina
  - Nortriptilina

## La Terapia sostitutiva della nicotina (NRT)

Abbiamo prima detto che la nicotina è una sostanza che crea dipendenza droga e chwe quindi al momento dell'abbandono delle sigarette potremmo avere una crisi di astinenza caratterizzata da quel corredo sintomatologico prima indicato.

Per aiutare il paziente a superare i momenti critici della sindrome di astinenza da nicotina potremo utilizzare la stessa nicotina somministrandola in maniera diversa da quella con cui viene ottenuta fumando sigarette; in questo modo il fumatore riceve la nicotina di cui ha bisogno ma non le altre sostanze dannose contenute nel fumo di tabacco.

### Chi dovrebbe utilizzare la terapia sostitutiva:

- Tutti i fumatori che cercano di smettere, tranne che coloro che richiedono una particolare attenzione:
- presenza di controindicazioni mediche
  - gravidanza / allattamento
  - fumatori adolescenti

La terapia sostitutiva della nicotina fornisce pertanto livelli plasmatici di nicotina ben controllati senza avere gli effetti negativi degli altri componenti delle sigarette.

In questo modo aiuta il fumatore ad abbandonare le sigarette attraverso un'azione favorevole nei confronti della dipendenza fisica prima e psicologica poi.

### La terapia a base di sostitutivi della nicotina interviene attraverso due fasi

- FASE 1** Prevenzione della sindrome da astinenza mantenendo i livelli sierici di nicotina
- FASE 2** Una volta superata la necessità psicologica del fumo, la dipendenza dalla nicotina viene interrotta gradualmente

### Le forme farmaceutiche disponibili in Italia sono:

- Gomma da masticare da
  - 2 mg (gusto classico e menta)
  - 4 mg (gusto classico e menta)
- Cerotti
  - 15 mg (30 cm<sup>2</sup>), 10 mg (20 cm<sup>2</sup>), 5 mg (10 cm<sup>2</sup>) / 16 ore
  - 21 mg (30), 14 mg (20), 7 mg (10)/24 Ore
- Inalatori
  - cartucce da 10 mg
- Compresse sub-linguali
  - 2 mg (diametro 6 mm)

La terapia farmacologica deve essere sempre personalizzata (in base al numero di sigarette, al tipo di fumatore, al FTQ) ma di seguito viene fornito uno schema indicativo.

PRODOTTO	COMPRESSE SUBLINGUALI	GOMME	INALATORI	CEROTTI
DURATA MINIMA DEL TRATTAMENTO	Almeno 12 settimane, poi ridurre gradualmente	Almeno 4 settimane, poi continuare "al bisogno"	Fino a 8 settimane, poi ridurre la dose alla metà per due settimane	Preferibilmente 8 settimane: almeno 4
DOSI	16-24 compresse al giorno per i forti fumatori; da 8 a 12 per i fumatori piu' leggeri	1 gomma per 1 sigaretta. 4 mg per i forti fumatori, 2 mg per quelli "leggeri"; 10-15 gomme al giorno	Il paziente fa una o piu' "tirate" tutte le volte che lo desidera. Dalle 6 alle 12 "cartucce"/di	15 mg almeno per i forti fumatori; 10 mg per i fumatori leggeri; riservare il cerotto da 24 ore a chi soffre di notte o al mattino di sintomi da astinenza
VANTAGGI	Può essere usata senza dare nell'occhio; facilmente adattabile alle necessità del singolo; scarsi effetti collaterali	Facilmente adattabile alle necessità individuali; contrasta la bulimia; può essere usato insieme con un cerotto per una copertura "immediata"	Simula gestualità e sensazioni abituali; facilmente adattabile secondo le necessità; contrasta la bulimia frequente nel periodo di disassuefazione	Di uso semplicissimo; viene ceduta automaticamente la dose necessaria;
LIMITI	Si deve imparare ad usare correttamente; se inghiottita è spreca	Difficoltà a seconda dell' ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale; non adatto ai portatori di protesi; di uso non semplicissimo	Difficoltà a seconda dell' ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale; Poco adatto ai forti fumatori;	Non fornisce un picco di nicotina; non simula sensazioni orali né gestualità familiari al fumatore

## Il Bupropione

Come trattamento è disponibile in Italia da pochi anni (il farmaco è disponibile da più di dieci anni negli Stati Uniti come anti depressivo). Il farmaco sembra agire inibendo il re-uptake neuronale della dopamina e della noradrenalina con un conseguente effetto sul meccanismo biochimico della dipendenza da nicotina che si traduce in pratica nella attenuazione del desiderio di fumare e della sindrome da astinenza, nei soggetti che smettono.

Alcuni studi randomizzati controllati hanno dimostrato che il bupropione alla dose di 300 mg in due somministrazioni giornaliere per 7 settimane (per i primi 7 giorni il dosaggio è di 150 mg/die = 1 cpr/die) è utile nella disassuefazione dal fumo di tabacco. Risultati ancora migliori, rispetto al solo bupropione, venivano ottenuti con la terapia in combinazione fra bupropione e cerotto o alla nicotina, ma in modo statisticamente non significativo. Per quanto riguarda il profilo di sicurezza di questo farmaco si deve tener presente che si tratta di un farmaco disponibile solo su presentazione di prescrizione medica. Cautela va utilizzata nei soggetti anziani, epatopatici e nefropatici, nei quali sarà possibile ridurre il dosaggio (il farmaco si è dimostrato attivo anche a dosaggio dimezzato). Controindicazioni sono:

- precedenti di crisi conclusive,
- precedenti di neurochirurgica o di trauma cranico,
- storia di consumo eccessivo di alcolici o recente riduzione di eccessive assunzioni di alcoolici
- precedenti di anoressia e bulimia.

## Bibliografia

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. Agency for Health Care Policy and research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, 2000

West R, McNeill A, Raw Martin. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999

Nardini S, Bertolotti R, Carrozzi L, Sabato E. Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico – Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio-

Henningfield JE et al. *J Pharmacol Exp Ther* 1985

Benowitz NL. *Ciba Found Symp* 1990

Rapporto del US Public Health Service – Trattamento dell'uso e della dipendenza da tabacco: linee guida per la pratica clinica- *Jama* 28 giugno 2000- Vol.283, n.24

Tonnesen, In: *The tobacco epidemic. Prog Respir Res* 1997

Benowitz NL, et al. *J Pharmacol Exp Ther* 1998; **287** (3): 958–962.

Bjornson-Benson W, et al. *Addict Behav* 1993; **18** (4): 491–502.

Hurt RD, et al. *N Engl J Med* 1997; **337**: 1195–202.

Jorenby DE, et al. *N Engl J Med* 1999; **340**: 685–91.

Zevin S, et al. *Clin Pharmacol Ther* 1998; **64**: 87–96.

# Aspetti controversi delle terapie farmacologiche del tabagismo

**Autore: Claudio Poropat**  
A.S.S. n 1 Triestina

## Premessa

I farmaci per la cura del tabagismo sono molto diffusi e discussi. In effetti solo i farmaci che raggiungono l'80-90% di efficacia non sono contestati. Per molti di essi l'informazione è insufficiente basandosi sui foglietti illustrativi poichè, essendo prodotti da banco, non rientrano nei circuiti informativi medici. L'altra fonte di informazione è la mole immensa ma dispersiva di Internet. Una sintesi degli aspetti controversi non appare dunque inutile. Il lavoro è organizzato per domande e risposte che spesso sono altrettanto problematiche delle domande.

## 1. I farmaci per la disassuefazione sono efficaci?

Le polemiche non mancano in quanto gli studi clinici, svolti in condizioni ottimali, non sono riproducibili nella realtà quotidiana.

Una revisione sistematica della letteratura di circa 100 studi conclude che le NRT raddoppiano le probabilità di smettere a lungo termine (1). La questione che si pone è quale sia la base di partenza del raddoppio (ad esempio estremo, raddoppiare lo zero non è molto efficace) e se le NRT disgiunte da un programma di sostegno siano efficaci. Tale confronto è reso molto difficile dall'ampia disponibilità delle OTC (over the counter – venduti in molti paesi nei supermercati) o delle BTC (behind the counter – con la mediazione di un farmacista) che non seleziona la clientela dal punto di vista motivazionale, come potrebbe farlo un approccio più laborioso con un Ambulatorio dedicato. Nella tab. 1 (1) sono descritti 4 studi di confronto tra NRT OTC e NRT con prescrizione e con i relativi Odd Ratio (OR, una misura che dà un valore percentuale di successo per i valori oltre l'1. Da notare che un OR minore di 1 indica che l'OTC NRT è meno efficace della NRT prescritta.

**Tabella 1.** OTC NRT versus prescription NRT, 1)

Study	Shiffman <i>et al</i> <sup>32</sup> (gum)
Abstinent with OTC	252/2981
Abstinent with prescription	12/155
Unadjusted OR (95% CI)	1.1 (0.6 to 2.0)
Unadjusted OR (95% CI)	1.4 (0.7 to 2.6)
Korberly <i>et al</i> <sup>33</sup>	Shiffman <i>et al</i> <sup>32</sup> (patch)
169/1721	217/2367
146/1514	8/269
1.0 (0.8 to 1.3)	3.3 (1.6 to 6.7)
	3.6 (1.7 to 7.6)
Leischow <i>et al</i> <sup>34</sup>	
1/149	
3/151	
0.3 (0.0 to 3.2)	

L'eterogeneità dei risultati della Tab 1 è evidente, l'autore però suggerisce che gli OR più bassi e quelli più alti sono simili e che quindi gli indici di successo delle OTC e di quelle prescritte sono equivalenti (il che appare una forzatura). Più ragionevole affermare che i dati non consentono nessuna conclusione e notare che anche nella lettura di studi scientifici la prudenza non guasta.

In altri sette studi descritti 1) , le percentuali di astinenza a più di 6 mesi con le OTC NRT sono del 7% e possiamo prendere questo come dato di confronto.

Per queste difficoltà, sarebbe dunque meglio confrontare i risultati delle OTC con i risultati di coloro che smettono senza supporti (SSS) .

Il rateo di SSS è diminuito nel corso degli anni 2) passando dal 6% degli anni '80 al 3% del 1992, probabilmente riflettendo la formazione di un cosiddetto “zoccolo duro” tra i fumatori. Rispetto a questi il risultato del 7% rappresenterebbe un vantaggio, sempre che si possa dimostrare, e non solo inferire, una parità di condizioni. In altre parole potrebbe trattarsi di una popolazione di fumatori diversa, per motivazione o per dipendenza, che sceglie le NRT piuttosto che l' SSS.

Per quanto riguarda il successo di altri trattamenti, la discussione può partire dalla tabella 2 2) modificata con un aggiornamento al 2006 dei dati della Cochrane Library, ove si fa un confronto tra trattamenti vs assenza di trattamenti, come verificato da un gruppo di controllo . Abbiamo approfittato per allargare il discorso a trattamenti non farmacologici che quasi sempre vengono abbinati ai farmaci.

**Tabella 2. Cessation Treatments** (The Cochrane library- [www://cochrane.org/reviews/en...](http://www://cochrane.org/reviews/en...)) 2006, 2)

<b>First-Line Therapies</b>	<b>Notes</b>	<b>Efficacy (Odds Ratio)</b>
Bupropion	Rx	2.1
Nicotine gum	OTC	1.7
Nicotine patch	OTC	1.8
Nicotine inhaler	Rx (OTC in Italy)	2.1
Nicotine lozenge	OTC	2.0
Nicotine spray	Rx (not available in Italy)	2.3
Physician advice, brief	absolute difference cess. rate =2.5%	1.7
Individual counseling	<10', plus telephone contact	1.6
Group programmes		2
Telephone counselling	proactive	1.4
<b>Second-line therapies</b>		
Clonidine (catapresan)	Rx	1,9
Nortriptyline	Rx	2.8
<b>Other therapies</b>		
Self-help material	Only tailored	1.4
Aversive smoking	Rapid smoking. No conclusive	2
Naltrexone (nalorex)	Opioid antagonist	No evidence
Hypnoterapie		No evidence
Acupuncture	Vs sham acupuncture	No evidence
Hospitalised patients	+ one month follow-up	1.8

Rx, prescription; OTC, over the counter.

Come si vede le star sono il bupropione e, abbastanza sorprendentemente, l'inhaler, superati però dalla Nor-triptilina che è un farmaco di seconda scelta per gli effetti collaterali. Si può affermare che ci sia una sostanziale parità di efficacia e che l'uso sia essenzialmente determinato dalle preferenze individuali.

A questo punto, vista la invidente superiorità di un farmaco sull'altro ed anzi la bassa efficacia generale, non resta che misurare gli effetti delle terapie psicologiche combinate con quelle farmacologiche. Nella tab 3 3), non sorprendentemente, il 25% di successo viene raggiunto da una terapia intensiva più farmaco, mentre il solo farmaco assicura l'8% di successi, il doppio rispetto al SSS.

**Tabella 3. Percent** of Quitters Who Use Each Cessation Therapy and Long-term Quit Rates Among Those Who Use the Therapy 3)<sup>1</sup>

	Psychological Therapy			Total, %
	No Therapy, <sup>‡</sup> %	Brief Therapy, <sup>‡</sup> %	Intensive Therapy, <sup>§</sup> %	
No medication	72 use/4 quit	7 use/6 quit	1 use/12 quit	80 use/4 to 12 quit
Medication <sup>¶</sup>	11 use/8 quit	8 use/12 quit	1 use/25 quit	20 use/8 to 25 quit

Non resta che domandarsi quale sia l'impatto sulla cessazione in termini di popolazione.

Si sa che in trial clinici controllati le NRT aumentano significativamente il successo di fumatori moderati o pesanti (> 15 sig/die). Le NRT sono ampiamente pubblicizzate dalle industrie farmaceutiche tra la popolazione. Nella popolazione californiana 4) il rilevamento del '99 su 6400 persone, trovò una durata d'uso medio di 14 giorni delle NRT OTC e quindi molto al di sotto del periodo consigliato (eguale alla mia esperienza nell'anamnesi ambulatoriale...). Tra il '92 ed il '99 la percentuale d'uso delle NRT OTC tra coloro che tentavano di smettere passò dal 9,3% al 14%. Ogni anno registrò un vantaggio *a breve termine* con le NRT. Per i fumatori di più di 15 sigarette/die un vantaggio *a lungo termine* nell'uso delle NRT fu osservato solo prima della larga disponibilità del prodotto determinata dalla liberalizzazione del '96. Nel '99 non fu osservato un vantaggio nè a breve nè a lungo termine (oltre 6 mesi) per il 60% dei fumatori classificati come fumatori leggeri.

L'impatto sulla popolazione delle NRT OTC risulterebbe pertanto minimo e destinato a ridursi nel tempo probabilmente per il formarsi di uno "zoccolo duro" tra i fumatori e, forse, per la ridotta incidenza del counseling di accompagnamento.

## 2. Quanto sono efficaci i trattamenti in un contesto italiano?

Siamo subissati (per demeriti nostri) da studi anglosassoni i cui risultati non sempre sono trasferibili tra noi. Alla domanda ha cercato di rispondere l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con uno studio 5) cui hanno partecipato 42 Centri per la cura del tabagismo italiani con una buona distribuzione territoriale. I fumatori arruolati furono 1.989. L'83% dei Servizi prevede una terapia nicotino-sostitutiva, il 79% counseling individuale ed il 63% terapia di gruppo. A 12 mesi i tassi grezzi di cessazione sono stati del 27-42% dei casi, considerando la percentuale su tutti i soggetti arruolati nella prima cifra e nella seconda solo i soggetti ricontattati. La prima cifra, in cui i drop-out sono considerati insuccessi, è perfettamente coerente con i dati della tab 3. Grandi miglioramenti si possono naturalmente ottenere selezionando nei controlli successivi solo i fumatori che hanno portato a termine i trattamenti...

## 3. Ma non costano troppo?

Sul costo dei farmaci per smettere c'è polemica e qualcuno lo definisce oltraggioso. In genere il costo delle NRT e degli altri prodotti tende ad essere eguale alle sigarette che "sostituiscono". Ciò è discutibile poiché di fronte ad un guadagno futuro c'è una spesa certa immediata ed i fallimenti, personali e di sistema, sono ben conosciuti dai fumatori che quindi esitano ad investire in un'impresa di dubbia efficacia.

Di contro circa il 15% dei costi di cura totali nella media dei paesi sviluppati è attribuibile alle malattie da fumo.

La domanda corretta è quindi: ma non costano troppo per quanto rendono?

A fare i conti sono molto bravi gli inglesi con varie pubblicazioni.

<sup>1</sup> Based on various epidemiological and meta-analytic data cited in text.

<sup>‡</sup> Includes self-help materials.

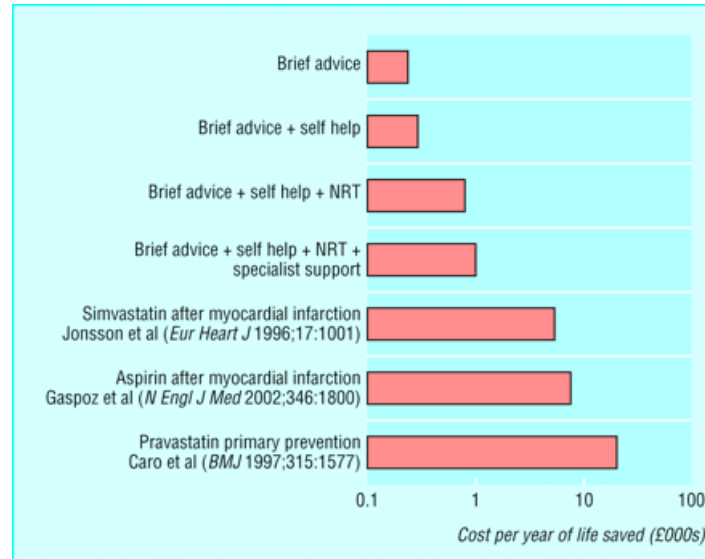
<sup>§</sup> MD advice (3–10 min) telephone counseling.

<sup>¶</sup> Individual or group tx 30 min and multiple sessions

<sup>||</sup> OTC use = 85% and prescription use = 15% of medication use.

Lo scopo è di valutare il rapporto costo-efficacia delle NRT e del bupropione dal punto di vista del loro utilizzo nel Sistema Sanitario britannico (NHS) 6). Il risultato è che confrontati con il solo counseling, l'incremento di costo per anno di vita salvato (prima cifra i maschi e seconda le femmine) è di circa 1441-3455 \$ per le NRT, 920-2150 \$ per il bupropione e 1282-2836 \$ per la NRT più il bupropione. Il bupropione, rende di più nonostante il suo costo elevato, mentre non sono convenienti gli abbinamenti. Nella tabella 4 7) sono inseriti anche i costi di interventi comunemente accettati di prevenzione cardiologica, in un confronto grafico di immediata comprensione.

**Tabella 4** : Confronto di vari interventi



I costi sono espressi in migliaia di sterline ed è da notare che la pravastatina, ad esempio, costa, per anno di vita salvato, oltre 10 volte rispetto all'intervento più complesso e più efficace per il tabagismo.

La conclusione è che l'aggiunta di NRT e/o bupropione al counselling specialistico è più economica di molti altri interventi accettati, largamente usati, dati per scontati e necessari di protezione della salute. Perché la cura per il tabagismo non venga attuata con le dovute risorse sfugge ad una logica primitiva come la mia.

Vediamo come ha reagito a queste cifre l'Inghilterra.

Ha istituito nel 1999 – 2000 le Smoking Cessation Clinics (la cui trattazione esula dal presente compito ma che è argomento molto interessante per un confronto con un paese vicino a noi per numero di abitanti, percentuale di fumatori e struttura del Servizio Sanitario Nazionale) con 107.000 persone trattate nei primi 6 mesi di attività, ed ha reso gratuita la fornitura dei farmaci di prima scelta per la cura del tabagismo secondo i tempi e modalità indicate nella tabella 5 8).

**Tabella 5** . Regulatory and policy changes in the UK concerning smoking cessation medications from 1999 8)

Regulatory or policy change
Date
Nicotine gum (2 mg) available for general sale (GSL)
31 March 1999
Bupropion available on NHS prescription
June 2000
All smoking cessation products available on NHS prescription
April 2001
Nicotine gum (4 mg), nicotine lozenge, and all nicotine patches available for GSL
31 May 2001
NHS prescriptions are free of charge for patients who are under 18 years, over 65 years, on income support, or pregnant; otherwise the charge per prescription was approximately £6 over the period of study.

La fornitura di NRT da parte del Servizio Sanitario ha costi ancor più ragionevoli ove si confronti il costo al dettaglio di 15,99£ per un pacchetto di cerotti, con il costo ridotto a 9,07£ per l'acquisto all'ingrosso da parte del Servizio Sanitario.

In UK 8) la proporzione di fumatori che usano farmaci per la cessazione è passata dal 9% del 1999 al 17% nel 2002, rimanendo costante la proporzione di fumatori che tentano di smettere. Il fatto di rendere i farmaci rimborsabili ne ha accresciuto l'utilizzo, con un effetto sulla prevalenza di fumatori troppo piccolo per essere rilevato su scala nazionale, il cui rateo di decremento dei fumatori è dello 0,4% all'anno, ma con un impatto sulla salute sostanziale. Un aumento dal 25% al 50%

d'uso di farmaci nei tentativi di smettere porterebbe ad un decremento annuale dello 0,1% della prevalenza di fumatori, corrispondente a 50.000 persone e con un guadagno di 100.000 anni di vita. Questi dati si confrontano favorevolmente con i 66.000 anni di vita guadagnati con le campagne di screening dei tumori della mammella e che sono considerati un successo.

Il costo per anno di vita salvato è stato studiato per 6 paesi 9). Si è preferito questo indice al DALY (disability adjusted life years) che è soggetto a controversie sia per il metodo di calcolo sia per le assunzioni che lo sopportano. In breve, e qui per il solo cerotto che è il metodo più diffuso e per gli uomini (nelle donne il costo è più alto di un migliaio di \$ a causa del loro più basso indice di rischio- per ora...), il costo incrementale (ovvero aggiunto al counseling di base) in dollari USA per anno di vita salvato è di 1758 per la Spagna, 2518 per la Francia, 2527 per il Canada, 2904 per la Svizzera, 3099 per gli USA, 3396 per l'Inghilterra. *Per il Bupropione i costi sono della metà.*

In gran parte la differenza è data dal differente costo dei medici che, nel medesimo ordine, è di 33, 83, 67, 65, 108, 134 \$ all'ora. Sappiamo dove andare a lavorare...

Confrontando tali costi con il costo per anno di vita salvato, ad esempio, per la lovastatina che è in Canada di 11.040 \$ (per le femmine 52.463 \$) e per la generalità dei farmaci anticolesterolo di 17.231, è evidente l'estrema convenienza, confermata una volta di più, dei trattamenti di cessazione per il fumo.

#### 4. Perché non fare a meno dei farmaci ?

Una altro aspetto controverso è dato dal fatto che, su scala globale, oltre il 90% di chi ha smesso lo ha fatto da solo. Ed allora i farmaci sono veramente utili?

John Polito 10), che è un attivista del controllo del tabagismo con un suo sito e numerosi interventi su Global Link, è uno dei tanti che protesta per la spinta alla vendita delle NRT che non sarebbe supportata, nel mondo reale - e cioè al di fuori delle sperimentazioni - da prove di efficacia certe. Come abbiamo visto i dati delle NRT OTC non sono infatti esaltanti con il 7% di successo. In particolare Polito rimprovera la sponsorizzazione totale di Glaxo e Pfizer della 13° Conferenza Mondiale su Tabacco o Salute, con conseguente difficoltà a discutere dell'efficacia delle NRT, e la dichiarazione della Glaxo che le NRT OTC hanno aiutato 5 milioni di fumatori a smettere. Da dove ricavano queste cifre si domanda John, quando si sa che il 90% degli ex fumatori lo ha fatto con il metodo "cold turkey" (CT), letteralmente tacchino freddo, riferito alla sindrome da astinenza e cioè senza supporti farmacologici? Il danno nell'uso di farmaci (inefficaci?), secondo John, è dato dalla ridotta efficacia delle NRT rispetto al CT, dalla nicotina stessa che tende ad essere usata cronicamente, dai fallimenti che, a differenza del CT, non consentono di apprendere nuove strategie per prove ed errori essendo l'esperienza mascherata dall'effetto delle NRT. Per tali motivi suggerisce l'esistenza di un dolo nel proporre trionfalmente le NRT OTC ed una equivalenza di comportamenti tra BIG PHARMA e BIG TOBACCO. Meglio pertanto lanciare grandi campagne informative.

Indubbiamente c'è una dose di fondamentalismo puritano nelle argomentazioni di Polito, ma anche di riflessione che può essere utile, benchè le campagne di comunità, secondo Cochrane, non siano efficaci.

#### 5. Pianificare o non pianificare la cessazione?

In verità un effetto chiaramente positivo le NRT OTC potrebbero averlo ed è legato alla loro pronta disponibilità.

West 11) rileva che su un campione di 611 persone composto da ex fumatori e fumatori che avevano attuato almeno un tentativo, coloro che riferivano di aver messo in atto immediatamente la loro decisione erano ben



il 50% del campione. Questi avevano un tasso di successo a lungo termine superiore di 2,6 volte rispetto a coloro che avevano pianificato la cessazione. In altri termini aveva successo, tra chi aveva smesso, il 65,4% dei tentativi non programmati vs il 42,3% di quelli programmati. Questo fa supporre un modello di cambiamento, che West in aperta polemica con il modello di DiClemente e Prochaska, basa sulla teoria delle catastrofi. In questa teoria i fumatori hanno vari livelli di “tensione” motivazionale, frutto di innumerevoli eventi anche scarsamente coscienti nella storia dell’individuo, ed un evento ambientale “grilletto” può determinare un salto dello stato motivazionale con attuazione di una decisione. Questo salto può segnalare una trasformazione più radicale di quella segnalata dall’elaborazione di un piano per smettere. In questo caso la disponibilità immediata di NRT può essere di aiuto

## 6. Le NRT possono dare dipendenza?

Il rischio di dipendenza dalle NRT è basso (12); solo il 5% di pazienti che è riuscito a smettere di fumare continua l’uso delle NRT regolarmente a lungo termine. Non sono stati descritti danni a lungo termine di tale uso. Ci si può chiedere se queste persone avrebbero potuto smettere senza tale supporto, evitando una continuazione della dipendenza, sia pure con riduzione del danno. Essendo evidentemente una minoranza particolarmente dipendente tale ipotesi è poco verosimile. Le nicotine a lento assorbimento (cerotti) o bassa disponibilità ( inhaler ) sono difficilmente coinvolte nella dipendenza a lungo termine e possono essere prescritti per uno scalaggio di nicotina a disponibilità più alta come gomme e pastiglie. Questo è un esempio tipico di “riduzione del danno”, anche se in questo caso è un obiettivo secondario, ma molto si discute in tale ottica sull’uso contemporaneo di tabacco e sostituti.

## 7. I farmaci per la cessazione sono sicuri?

**Gravidanza: nelle donne che non riescono a smettere in gravidanza o durante l’allattamento senza l’uso di farmaci sostitutivi o comunque hanno fallito un tentativo precedente, l’uso delle NRT è giustificato in relazione al rischio connesso alla continuazione del fumo (12). E’ probabilmente utile, allo stato delle attuali conoscenze, prescrivere prodotti a breve azione (non cerotti) per evitare l’esposizione del feto alla nicotina nelle ore notturne ( da ricordare che anche i cerotti 16 ore rilasciano nicotina dal derma dove si è accumulato per parecchie ore dopo essere stati tolti )**

Malattie cardiovascolari:

Le NRT sono sicure nei fumatori con malattia stabile (12). Nelle condizioni acute è poco probabile che le NRT siano più dannose del fumo. E’opportuno usare preparazioni rapidamente reversibili.

Giovani:

Per gli adolescenti le linee guida del NICE (National Institute for Clinical Excellence- UK - vedi sito), suggeriscono che i fumatori al di sotto dei 18 anni che desiderano usare le NRT debbano discuterne con uno specialista (12).

## 8. Ciò che ci si dimentica di dire ...alcune istruzioni per l’uso

In forma molto riassuntiva esporrò alcuni dati che merita ricordare ai fumatori e che sono basati su documentazione dei produttori, peraltro di non facile accesso (perché?).

**Gomme: 13)**

Con 12 gomme/die da 2 mg si ottiene 1/3 della nicotinememia ottenuta con 20 sigarette.

Con 12 gomme/die da 4 mg si ottiene da 2/3 una nicotinememia eguale di quella abituale nei fumatori di 20 sigarette. Oltre alla resina a scambio ionico, nella gomma è contenuto un alcalinizzante per favorire l’assorbimento orale. L’uso di bevande (in genere acide) lo neutralizza e diminuisce l’assorbimento.

**Inhaler : 14)**

Contenuto di una cartuccia 10 mg di nicotina, biodisponibilità 5 mg, assorbimento 2-3mg.

Un puff contiene 13 microgrammi di nicotina. 10 puff dell'Inhaler equivalgono a 1 puff di sigaretta (pochi tirano a questo ritmo, da ciò la diminuita efficacia dell'inhaler nella pratica quotidiana)

La cartuccia si esaurisce in 20' di uso continuo. Utile usarla ad libitum, ma con 10' d'uso seguiti da un intervallo e poi per altri 10'.

Livelli medi della nicotinememia con un uso ad libitum = a 1/3 rispetto al fumo (è poco). Con 80 puff rapidi si ottiene una media di 20 nanogr/ml di nicotina nel plasma, 30 nanogrammi se la temperatura è alta (differenziare l'uso tra estate ed inverno), con picco di 48 nanogrammi. Per alcuni può essere troppo. Abituare i fumatori all'inizio a contare i puff (ovvero le tirate)!

E' abbastanza indifferente aspirare o pipettare.

Cerotto: 15)

**I cerotti contengono circa il doppio di nicotina rispetto a quella rilasciata che è dichiarata sulla confezione.**

**La biodisponibilità della dose rilasciata è vicina al 100%.**

Il picco d'azione viene raggiunto in circa 6 ore ed è più alto per i cerotti 24 ore rispetto all'unico a 16 ore che è il Nicorette.

Il Niquitin raggiunge il picco più alto, seguito dal Nicotinell.

Al contrario la fase calante (12-24 ore) ha una nicotinememia più alta nel Nicotinell rispetto al Niquitin e naturalmente del Nicorette 16 ore.

Osservazione da sfruttare in caso di insonnia.

Lo steady state è raggiunto al secondo giorno.

## 9. I nuovi farmaci

**La vareniclina (approvata dalla FDA, nome commerciale Chantix- Pfizer) è stata oggetto di tre studi pubblicati sul numero di JAMA del luglio 2006 16) e 17).**

Due, con il medesimo titolo, si occupano dei risultati il terzo 18) studia l'effetto di una terapia protratta.

La vareniclina è un agonista parziale dei recettori acetilcolinici alfa4beta2 sensibili alla nicotina ed ha quindi la potenzialità di aiutare nella disassuefazione riducendo i sintomi astinenziali e diminuendo la proprietà di ricompensa (reward) della nicotina.

Bisogna tuttavia sottolineare che allo stato sono stati individuati 17 geni recettori e che ogni recettore è composto da 5 subunità, per cui le interazioni non sono certamente così semplici. Le proprietà funzionali di ogni recettore sono determinati dalla sua composizione di sub-unità ed è facile intuire che siamo ancora lontani da una comprensione esaustiva dei meccanismi della dipendenza 19).

Jorenby 17) su 1413 fumatori, con le dosi di 1mg x 2 più consiglio breve settimanale per 12 settimane, valuta il successo a 3 mesi nel 44% vs il 18% del placebo e il 30% del bupropione.

Ad un anno gli astinenti erano rispettivamente 23%, 10%, 15%. Trattamento interrotto per eventi avversi rispettivamente nel 10%, 7%, 13% dei casi. L'evento più comune con la vareniclina è stata la nausea con il 29%.

Tonstad 18) ha voluto esaminare gli effetti di una terapia farmacologica prolungata di altri tre mesi. I risultati della vareniclina ad un anno furono di 44% vs 37% nel gruppo placebo, con un raddoppio dei risultati positivi, anche per il placebo....

Al proverbio scopa nuova scopa bene si può opporre la curva d'uso dei nuovi farmaci che, dopo il periodo di iniziale euforia, tendono a dimostrarsi meno efficaci del previsto. Evidentemente sono in gioco, oltre alle aspettative dei fumatori, anche quelle dei curanti.

Rimonabant e Surinabant

I recettori per i cannabinoidi (CB1) si trovano nel cervello ed in molte strutture cerebrali, tra cui il nucleo accumbens. La nicotina, come il cannabinolo, aumenta il rilascio di dopamina nelle strutture libiche. Nei topi il rimonabant, che è un potente e selettivo antagonista dei recettori CB1, riduce l'appetibilità della nicotina, indicando un potente blocco nella percezione del valore emotivo della nicotina stessa, e diminuisce la risposta allo stimolo nicotinico anche dopo parecchi mesi di astinenza.

Il surinabant ha proprietà simili.

Sono farmaci in fase di sperimentazione ( da comunicazione personale).

## 10. Vaccini

Ci sono parecchie varietà di vaccini. Il meccanismo sfruttato è dato dalla produzione di anticorpi anti-nicotina con la formazione di un complesso che non può superare la barriera emato-encefalica. Vengono così bloccati gli effetti centrali della nicotina. La difficoltà di produzione sembra sia dovuta alla “flessibilità” della molecola della nicotina. Terapeuticamente vengono previste fino a 5 iniezioni a scadenza mensile. Il livello di anticorpi aumenta lentamente e così vengono evitati i sintomi astinenziali (20). L’effetto svanisce con il tempo. E’ attualmente in fase di sperimentazione con il nome di NicVax negli USA.

In Svizzera la Cytos Biotechnology ha sperimentato il vaccino con risultati *annunciati* del 57% di successo vs il 31% del placebo. Si vedrà.

**Methoxalen** (farmaco usato anche nella cura della psoriasi)

Inibisce l’enzima citocromo P450 che metabolizza la nicotina, ne aumenta dunque la biodisponibilità e ne rende meno appetibile l’uso. ([www.pulmonaryreviews.com/mar01/...](http://www.pulmonaryreviews.com/mar01/...))

E la .....NIC-LITE

bevanda canadese al limone con 4 mg di nicotina (equivalente di 2-3 sigarette) per superare indenni i divieti di fumo. Il problema è grosso tanto che la principale causa di litigiosità sugli aerei è l’astinenza da fumo... Dal foglietto illustrativo (dal sito internet):

*“ Nicotine has a half-life of 60 minutes, with 50% of the nicotine processed through the liver into cotinine; the balance remains nicotine and passes into the blood stream. Blood plasma levels of between about 2 and about 7.5 nanograms per milliliter of blood are typical for one dose of (about 4mg) of nicotine per day. “*

## 11. Dell’ invio

Non possiamo concludere questo breve discorso sui farmaci senza accennare alla sequenza di chi i farmaci deve somministrare. Fino a ieri la prassi consolidata era la seguente. Il Medico di base provvedeva al counseling breve e possibilmente al farmaco. In seguito, se del caso e per i casi difficili, provvedeva all’invio ad un Centro specializzato. Per una serie di motivi lunghi a spiegarsi ma che riguardano l’efficacia ed il rapporto costo/benefici, il National Institute for Clinical Excellence inglese ha rovesciato l’ordine dei fattori definendo i compiti del provider in maniera del tutto nuova.

Compiti: intervento breve motivazionale - chiedere se vuole smettere - se sì illustra i programmi di supporto intensivo (Smoking Cessation Clinics- SCC) - offri l’invio alla SCC - se rifiuta offri farmacoterapia - se rifiuta offri supporto breve.

Questa è una rivoluzione copernicana rispetto al passato, risultato dell’esperienza dei GP inglesi e delle SCC. Tali compiti sono stati inseriti nel contratto di lavoro dei GP inglesi. Meditiamo gente, meditiamo.

## Conclusioni

Non le trarrà il sottoscritto ma il lettore.

## Bibliografia

1. Hughes JR, Shiffman S, Callas P, Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tobacco Control* 2003;12:21-27
2. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4
3. Hughes JR. *Motivating and helping smokers to stop smoking*. *J Gen Intern Med* 2003; 18:1053-1057
4. Pierce JP, Gilpin EA, Impact of over the counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA*.2002 sept 11; 288(10):1260-4
5. Rapporti Istituzionali 06/8. Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco: risultati di una ricerca nazionale.
6. Song F, Raftery J, Aveyard P et al. Cost-effectiveness of pharmacological interventions for smoking cessation: a literature review and a decision analytic analysis. *Med Decis Making* 2002 Sept-Oct;22(5 Suppl): S26-37.
7. Parrot S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. ABC of smoking cessation. *BMJ* Vol.328, 17 april 2004
8. West R, DiMarino ME, Gitchell J, McNeil A., *Impact of UK policy initiatives on use of medicines to aid smoking cessation*. *Tob Control*. 2005 Jun;14(3):166-71
9. Cornuz J, Gilbert A, Pinget C, et al. *Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison*. *Tob Control* 2006,15:152-159.
10. <http://whyquit.com/pr/071006.html>
11. West R, Taj Sohal. „Catastrophic“ pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ*, 25 feb 2006,332: 458-460.
12. Molyneux A. *ABC of smoking cessation. Nicotine replacement therapy*. *BMJ*, vol 328, 21 feb 2004.
13. *Nicorette Gum Monograph*, Adis international 1999
14. *Nicorette inhaler Monograph*, Adis international, Chester 1996.
15. *Nicorette patch Monograph*, Adis international, Chester 1999.
16. Gonzales D et al: Efficacy of varenicline, an alfa4 beta2 Nicotinic Acetylcholine receptor partial agonist, vs Placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. *JAMA*, vol.296 No 1, July 5,2006.
17. Jorenby DE, Hays T, Rigotti NA, et al : Efficacy of varenicline, an alfa4 beta2 Nicotinic Acetylcholine receptor partial agonist, vs Placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. *JAMA*, vol.296 No 1, July 5,2006.
18. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P , et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. *JAMA*, vol.296 No 1, July 5,2006
19. Foulds J. The neurological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *Int Journ of Clinical Practice*. Vol 60, page 571-May 2006
20. Nancy Rigotti MD, sperimentazione al Mass. General Hospital, 2006 – [www.massgeneral.org](http://www.massgeneral.org)
21. NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. March 2006. brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Public health intervention guidance no.1.

## *Quarta sessione*

### **Fumo di sigaretta: patologie correlate**

**Articoli di:**

- Eugenio Sabato,** Coordinatore U.O.C. Servizio Pneumologico A.U.S.L. BR/1
- Franco Roscelli,** Azienda USL di Parma, Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro. Responsabile sottoprogetto “Luoghi di lavoro liberi da fumo” .
- Sandra Bosi,** Responsabile Servizi Formazione e prevenzione Lega contro i Tumori-Onlus di Reggio Emilia. Coordinatrice didattica Piano Nazionale di Formazione sul Tabagismo per Pianificatori Regionali
- Giovanni Forza,** Psichiatra, Azienda Ospedaliera Padova

La lettura di questa sessione che presenta una introduzione generale a tutte le patologie correlate al fumo e alla valutazione del fumo come dipendenza è indicata soprattutto per i Pianificatori regionali che si occupano degli interventi del MMG e degli altri operatori sanitari e per i pianificatori degli interventi rivolti ai giovani

Rispetto a questa sessione sono riportati nel Cd di approfondimento:

- da Giovanni Invernizzi:** approfondimenti sul fumo passivo ( articolo)  
**da Cristian Chiamulera:** aspetti neurobiologici della dipendenza

## Commento alla sessione

Il fumo di sigaretta e le patologie ad esso correlate sono uno degli aspetti più dibattuti a livello tecnico e politico negli ultimi anni rispetto alle problematiche connesse al Tabagismo

L'attenzione ai fumatori è in larga parte provocata proprio dalla consapevolezza scientificamente accreditata della morbilità e mortalità legata al fumo.

E' importante che il Pianificatore Regionale tenga conto delle relazioni di Eugenio Sabato e Franco Roscelli per rinforzare i bisogni da cui è derivata la giusta attenzione del Ministero al problema.

Sul rapporto fra fumo e patologie correlate, per una introduzione elementare al tema è utile richiamare la suddivisione didattica adottata in tanti programmi educativi sui componenti della sigaretta:

- Nicotina, responsabile della dipendenza e corresponsabile dei danni all'apparato cardiocircolatorio (ipertensione, formazione di ateromi, ispessimento della parete arteriosa);
- Monossido di carbonio corresponsabile dei danni pneumologici e cardiocircolatori;
- Fattori irritanti, causa delle broncopneumopatie ostruttive, asma bronchiale, bronchite cronica, enfisema);
- Fattori cancerogeni, corresponsabili dell'insorgenza dei tumori.

Attraverso gli articoli di Eugenio Sabato, Franco Roscelli e Giovanni Invernizzi( nella sessione successiva) i danni legati ai danni fisici causati da nicotina, monossido di carbonio, fattori irritanti e fattori cancerogeni sono ampiamente trattati.

Gli articoli di Sandra Bosi e Giovanni Forza prendono in considerazione la nicotina come sostanza responsabile della dipendenza e gli effetti della dipendenza stessa.

Il Coordinatore regionale del Progetto Tabagismo e ognuno dei Pianificatori dovrebbero acquisire una certa dimestichezza con questi aspetti che condizionano in modo rilevante la percezione del fumatore riguardo ai Servizi educativi e sanitari offerti.

“Curare una dipendenza” ed “Acquisire la consapevolezza di avere una dipendenza” sono espressioni chiave della relazione terapeutica fra fumatore e medico/psicologo/operatore sanitario responsabile dell'intervento.

L'immaginario legato al fumo usato con sapienza in una campagna di informazione sanitaria può essere molto più efficace dell'informazione asettica proprio perché fa leva sulle componenti emozionali (gli stessi circuiti attivati dalla dipendenza).

## Fumo e patologie correlate

**Autore: Dott. Eugenio Sabato**

A.U.S.L. BR/1

Parole chiave: fumo di tabacco, tumore polmonare, malattie fumo correlate

Una letteratura imponente e sostanzialmente univoca dimostra che il tabagismo è all'origine di un numero di decessi e malattie superiore a quello che può essere addebitato all'insieme di tutti gli altri fattori ambientali, comprendendovi alcol e altre droghe, omicidi, suicidi, incidenti automobilistici e lavorativi, incendi ed AIDS.

Il fumo è responsabile nel mondo di 4 milioni di morti all'anno. Questo dato purtroppo è in aumento in quanto l'OMS stima che nel 2025, se non ci sarà un'inversione di tendenza, i morti saranno circa 10 milioni.

In Italia il 90% dei tumori polmonari è legato al fumo di tabacco, l'80% delle BPCO è causato dal fumo, così come 1/4 delle malattie cardiovascolari.

Nonostante questi dati i fumatori al mondo sono ancora circa 1 miliardo e 200 milioni quasi 1/3 della popolazione mondiale, in Italia si stima siano attualmente 16 milioni pari al 25% circa della popolazione (> 15 anni).

Non tutti i fumatori forse sanno che quella "romantica" nuvoletta di fumo di tabacco è un aerosol micidiale di sostanze nocive.

Nel fumo di tabacco si nascondono circa 4600 sostanze, molte delle quali cancerogene, altre irritanti. Una delle sostanze presenti invece crea dipendenza: la nicotina.

### ITALIA . Quozienti di mortalità attribuibili al fumo per sesso, anno1998\*

Fonte: Peto, Lopez et al, 1994 (update 1998)

#### MORTI ATTRIBIBILI AL FUMO PER SESSO (TUTTE LE ETÀ), 1998

	Maschi	Femmine	Totale
Tumore del polmone	92,3 %	51,0 %	85,7 %
Tumori (tutti)	41,3 %	5,4 %	26,4 %
Sist. Circolatorio	17,1 %	2,9 %	9,4 %
Sist. Respiratorio	54,5 %	20,9 %	41,4 %
Cause diverse	9,6 %	2,1 %	5,9 %
Tutte le cause	25,0 %	4,2 %	14,9 %

Uno studio inglese condotto da Doll e coll. (hanno seguito 34.439 medici maschi per 40 anni, ha concluso che circa il 50% di tutti i fumatori sarebbe deceduto a causa dell'abitudine tabagica.

I fumatori avevano una minore sopravvivenza di circa 7.5 anni.

La riduzione nella sopravvivenza era stata dose-dipendente.

Il Cancro del polmone è la neoplasia più frequente e tra quelle la cui incidenza è in costante e continuo aumento.

Nelle donne, in America, il cancro del polmone ha ormai superato il cancro della mammella ed il rapporto M/F è di 2/1 mentre in Europa è di 5/1. Nei prossimi anni ci si aspetta una riduzione del rapporto M/F anche in Europa e ciò proprio all'aumento del numero delle donne che fumano.

In effetti il fumo di tabacco ed il tumore polmonare sono strettamente correlati.

È ormai accertato che molti dei 4.000 componenti del fumo di tabacco possono dare inizio al processo di genesi; un altro studio, ad esempio, dimostra che il benzopirene, un componente del catrame, provoca il cancro colpendo il gene P53.

Esiste una chiara relazione dose-risposta, in quanto il rischio di cancro dipende da:

- **numero di sigarette fumate**
- **numero di anni durante i quali si è fumato**
- **età in cui si inizia a fumare**

- **grado di inalazione**
- **contenuto di catrame**

Uno studio dell'American Cancer Society (ACS) su uomini e donne ha dato risultati simili a quello di Doll evidenziando in entrambi un aumento della mortalità nei fumatori rispetto ai non fumatori per le neoplasie del polmone, delle vie aeree superiori (labbra, lingua, bocca, faringe e laringe), della vescica, del pancreas, causate dal fumo di tabacco.

Purtroppo il fumo di tabacco causa anche di un aumento della mortalità per cardiopatie ischemiche, aneurisma dell'aorta addominale e broncopneumopatie croniche ostruttive.

In effetti circa il 20% dei fumatori sviluppa la BPCO, e circa il 30% di fumatori oltre i 40 anni presenta una limitazione al flusso aereo.

La progressione della malattia sembra legata ad un aumento delle riacutizzazioni bronchitiche, al più elevato declino annuale del VEMS e ad una aumentata presenza di enfisema.

In un fumatore c'è, in oltre il 50% dei casi, un declino della funzione respiratoria più accentuato rispetto a quello fisiologico dei non fumatori.

Smettere di fumare porta ad un aumento della sopravvivenza e ad un miglioramento della qualità della vita.

Vi sono poi alcune malattie sempre causate dal fumo di tabacco che invece non sono mortali: le vasculopatie periferiche, le periodontopatie.

Occorre richiamare l'attenzione, inoltre, su un aspetto precedentemente ignorato o sottovalutato della nocività del fumo: i potenziali danni a carico della riproduzione, che coinvolgono i gameti maschili e femminili, la fertilità e lo sviluppo embrio-fetale.

Le patologie in gravidanza fumo-correlate sono:

malformazioni congenite degli arti, aborto spontaneo, gravidanza ectopica.

Anche l'esposizione al fumo passivo può contribuire all'insorgenza di sintomi respiratori e della malattia, aumentando il carico globale di particelle e gas inalati.

I bambini, esposti al fumo di membri della famiglia, presentano un aumentato numero di infezioni del tratto respiratorio, una aumentata incidenza di asma, un peggioramento della loro condizione. Negli asmatici adulti l'esposizione al fumo di sigaretta di membri della famiglia si traduce in un aumento del numero delle riacutizzazioni, in un aumento dell'uso di steroidi, e in un aumento delle visite in Pronto Soccorso.

### ***Stima degli effetti del fumo passivo in Italia (casi/morti per anno) Anno 1999***

F. Forastiere et al. "Valutazione Quantitativa dell'impatto sanitario dell'esposizione a fumo passivo in Italia"

#### **Esposizione in ambito familiare**

##### **Bambini con genitori fumatori**

Morte improvvisa del lattante	87 morti
Infezioni respiratorie acute (0-2 anni)	76.954 casi
Asma bronchiale (6-14 anni)	27.048 casi prevalenti
Sintomi respiratori cronici (6-14 anni)	48.183 casi
Otite acuta (6-14 anni)	64.130 casi

##### **Adulti con coniuge fumatore**

Tumore polmonare	221 morti
Malattie ischemiche del cuore	1.896 morti

#### **Esposizione in ambiente di lavoro**

Basso peso (<2500 gr) alla nascita per esposizione della madre in gravidanza	2.033 neonati
Tumore polmonare	324 morti
Malattie ischemiche del cuore	235 morti

### **Conclusioni**

Anche in questo caso, come nell'articolo di Claudio Poropat, le conclusioni possono essere lasciate al lettore.



## Bibliografia

Nardini S, Bertolotti R, Carrozzi L, Sabato E. Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico – Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio- 2000

Lopez AD, Collislaw NE & Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; **3**:242–247.

Doll R & Peto R, Wheatley K, Gray R, *et al.* Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal* 1994; **309**:901–911

Blasi A.: Fumo di tabacco e cancro del polmone: Lega Italiana per la lotta contro i tumori

US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: cancer. A Report of the US Surgeon General Washington, DC: US Government Printing Office; 1982.

Doll R, Crofton J. Tobacco and Health. *British Medical Bulletin* 1996; 52: (N.1): 3-11

Fletcher C, Peto R *BMJ* 1977 1: 1645

Jaen Diaz Ji *Bronchopneumol* 2003; 39: 554

Zielinski J. *Chest* 2001 Mar;119 (3): 731

A report of the Surgeon General, Washington DC, US Department of Health and Human Services. The Health benefits of smoking cessation. DHHS Publication 1990; No : (CDC): 90-8416.

Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic air flow limitation. *Br Med J* 1977; 1:1645-1648

Anthonisen NR *et al.* *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 166: 675-679

de Marco *et al* *Thorax* 2004; 59:120-125

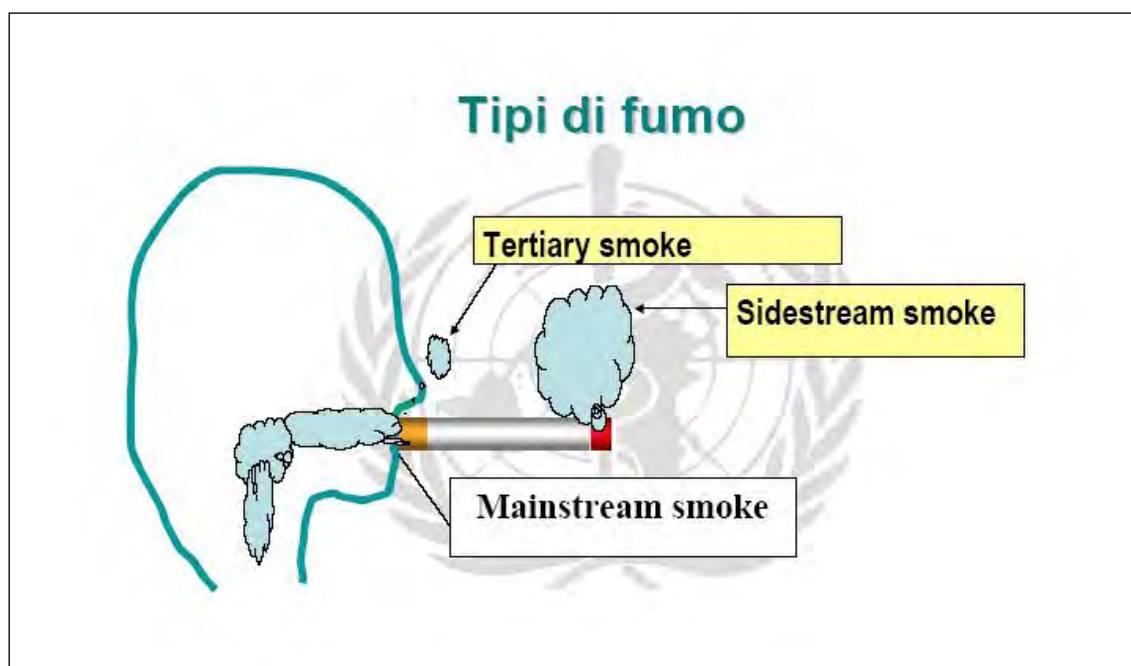
Nardini S., Donner CF. L'epidemia di fumo in Italia EdiAipo - 2000

## Effetti sulla salute del fumo passivo

**Autori: Franco Roscelli, Chiara Tanzi**

Con il termine fumo passivo si intende l'esposizione involontaria al fumo di tabacco ambientale (*secondhand smoke*). Il fumo di tabacco ambientale è una miscela complessa di inquinanti, rappresentata da una fase gassosa in cui è dispersa una frazione particolata. Tale miscela è composta dal fumo primario (*mainstream smoke*) inalato e quindi esalato dal fumatore (*tertiary smoke*) e dal fumo prodotto dalla combustione spontanea della sigaretta, del sigaro e della pipa (fumo secondario, *sidestream smoke*). In media, il 75% del fumo generato nel fumare una sigaretta viene rilasciato nell'ambiente.

Il fumo secondario è prodotto a temperature di combustione inferiori e con minore disponibilità di ossigeno rispetto a quello primario, per cui contiene maggiori concentrazioni di sostanze tossiche.



A causa della sua dispersione in ambiente e del rapido raffreddamento, il fumo ambientale acquista proprietà fisico-chimiche diverse da quelle del fumo primario esalato e del fumo secondario e le concentrazioni dei costituenti individuali sono fortemente diminuite. Dal punto di vista fisico, le particelle che costituiscono il fumo ambientale sono molto fini; le curve di distribuzione per diametro mostrano un picco di concentrazione fra 0,1 e 0,2  $\mu\text{m}$ , inferiore a quello delle particelle del fumo primario.

Il fumo primario contiene circa 4000 composti chimici identificati, che possono essere classificati per la loro attività biologica come asfissianti, irritanti, mutageni, cancerogeni, inibitori enzimatici, neurotossine o sostanze farmacologicamente attive (WHO 1999). Circa 400 di questi composti sono stati individuati nel fumo ambientale.

Gli effetti del fumo passivo non possono essere desunti da alcuno dei componenti individuali: il fumo è infatti una miscela complessa, contenente molti composti le cui concentrazioni possono variare nel tempo e a seconda delle condizioni ambientali.

Attualmente il fumo di sigaretta è la sorgente principale di esposizione a fumo ambientale, dato che rappresenta la forma di tabacco più fumata in assoluto, sebbene in alcuni paesi si possano riscontrare modalità diverse.

Il fumo passivo in ambienti chiusi con basso ricambio d'aria può risultare in significative esposizioni ad agenti tossici e cancerogeni; in particolare, le polveri sottili possono raggiungere concentrazioni molto elevate, fino a 100 volte superiori ai valori limite di legge per l'ambiente esterno.

Nelle urine dei fumatori passivi si riscontrano livelli di misurabili di cotinina, il principale metabolita della nicotina, in concentrazioni correlate con l'esposizione recente.

## Sostanze cancerogene nel fumo passivo

Oltre 50 tra i composti presenti nel fumo ambientale appartengono alla categoria dei cancerogeni e dei genotossici (IARC 2004). Tra questi sono compresi 12 agenti classificati come cancerogeni certi di gruppo 1 IARC: 2-naftilamina, 4-aminobifenile, benzene, cloruro di vinile, ossido di etilene, berillio, cadmio, composti del nichel, cromo, arsenico e polonio-210, a cui si è aggiunta recentemente la formaldeide (IARC *in press*).

Sono presenti vari cancerogeni probabili di Gruppo 2A IARC, come 1,3-butadiene e benzo(a)pirene, oltre a cancerogeni possibili di Gruppo 2B, tra cui acetaldeide, isoprene, catecolo, acrilonitrile, stirene, N<sup>7</sup>-Nitrosornicotina (NNN), 4-(N-nitrosometilamino)-1-(3-piridil)-1-butanone (NNK) e piombo.

I livelli di 30 cancerogeni, misurati da vari autori nel fumo secondario (per sigaretta) e nel fumo di tabacco ambientale (per m<sup>3</sup>), sono riportati nella tabella 1.

### E) Altre sostanze tossiche

Nel fumo di tabacco ambientale si ritrovano diverse sostanze irritanti (come acetaldeide, formaldeide, ossidi di azoto e di zolfo, acroleina e acido cianidrico) che alterano la funzione muco-ciliare nelle vie respiratorie e provocano reazioni infiammatorie, favorendo il ristagno degli agenti infettivi e di quelli tossici e/o cancerogeni.

Il monossido di carbonio, legandosi in maniera stabile all'emoglobina, determina ipossia tissutale.

La nicotina, per l'azione farmacologica sul sistema nervoso centrale, è responsabile della dipendenza da tabacco. Provoca inoltre vasocostrizione coronarica, aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca.

Altri composti chimici (non ancora identificati) presenti nel fumo di tabacco contribuiscono allo sviluppo di aterosclerosi, all'aumento dell'aggregazione piastrinica e all'insorgenza di aritmie (Zitting 2002).

### F) Effetti cancerogeni del fumo passivo

Un gruppo di esperti della IARC (2004) ha recentemente esaminato più di 50 studi, effettuati in vari paesi, sul rapporto tra fumo passivo e rischio di tumore del polmone nei non-fumatori. Gli studi sono stati unificati in modo da ottenere una migliore stima del rischio rispetto ai singoli lavori. La metanalisi degli studi ha riscontrato un significativo aumento del rischio di cancro del polmone nei coniugi non fumatori esposti al fumo del partner. Per mariti non fumatori è stato calcolato un rischio relativo (RR) pari a 1,36 (intervallo di confidenza al 95%, 95% IC, 1,02-1,82), mentre nelle mogli non fumatrici il RR risultava 1,22 (95% IC 1,12-1,32). In modo analogo, il fumo passivo sul posto di lavoro comportava un RR per il carcinoma polmonare di 1,28 per gli uomini (95% IC 0,88-1,84) e di 1,15 per le donne (95% IC 1,05-1,26). L'aumento del rischio non poteva essere imputato a errori di fondo, a fattori di confondimento o a difetti di elaborazione della ricerca. In base a questi dati si stima che al fumo passivo sia attribuibile l'1,6% di tutti i casi di cancro del polmone (Boffetta 2006).

Il gruppo di lavoro della IARC ha rilevato che la forza e la consistenza dei dati erano sufficienti per concludere che il fumo passivo è causa di cancro del polmone in soggetti che non hanno mai fumato. Pertanto il fumo passivo è stato classificato come agente cancerogeno di Gruppo 1 per l'essere umano.

L'evidenza di un'associazione causale tra il fumo passivo e neoplasie di altre sedi (cavità nasali, mammella) è al momento suggestiva ma non sufficiente (IARC 2004, USDHHS 2006).

### G) Altre patologie causate dal fumo passivo

L'associazione causale tra l'esposizione a fumo di tabacco ambientale e condizioni morbose non neoplastiche è ben documentata nei casi di seguito elencati.

Molte altre patologie sono state associate al fumo passivo, ma per queste le evidenze disponibili sono insufficienti per ricavare una relazione causa-effetto.

La stima dell'impatto sanitario del fumo passivo nella popolazione italiana (casi o decessi per anno) è riportata nella tabella 2.

#### • Cardiopatia ischemica

Il fumo passivo è causalmente associato ad un aumentato rischio di morbilità e mortalità per cardiopatia ischemica, sia nei maschi che nelle femmine, esposti a casa o sul lavoro. Varie metanalisi permettono di stimare l'aumento del rischio tra il 25 e il 30% rispetto ai non esposti (Samet 2001, Zitting 2002, USDHHS 2006).

Vi è un'evidenza suggestiva ma non sufficiente relativamente all'insorgenza di accidenti ischemici cerebrali e di aterosclerosi (USDHHS 2006).

Gli effetti cardiovascolari del fumo passivo includono alterazioni della frequenza cardiaca, aumento della pressione arteriosa e della concentrazione di CO nel sangue, ridotta capacità di utilizzare l'ossigeno per la formazione di ATP e ridotta capacità di esercizio fisico.

Esposizioni anche brevi a fumo di tabacco ambientale inducono importanti modificazioni endoteliali e piastriniche, che sono alla base del processo di aterosclerosi. In particolare, è stato dimostrato che, dopo un'esposizione di 30 minuti a fumo passivo, le piastrine in soggetti sani non fumatori vengono attivate e si sviluppa una alterazione dell'endotelio delle coronarie. Quindi le conseguenze cardiovascolari del fumo passivo, che tendono ad instaurarsi rapidamente, a differenza del lento processo pluriennale di sviluppo del tumore del polmone, assumono un rilievo particolare (Gorini, 2004).

#### • **Disturbi respiratori negli adulti**

Il ruolo del fumo passivo nelle genesi di sintomi irritativi acuti a delle prime vie respiratorie è assodato. Per quanto riguarda, invece, lo scatenamento di sintomi respiratori acuti (sia in soggetti asmatici che sani), l'evidenza attuale è suggestiva - ma non sufficiente - per desumere un rapporto causale da parte del fumo passivo.

Analogamente, vi è un'evidenza suggestiva ma non sufficiente rispetto alla comparsa di sintomatologia cronica dell'apparato respiratorio, riduzione della funzione respiratoria, asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva negli adulti (USDHHS 2006).

#### • **Basso peso alla nascita del bambino**

L'esposizione a fumo di tabacco ambientale della madre durante la gravidanza è stato identificato come fattore di decremento del peso alla nascita. L'effetto riscontrato è lieve, nell'ordine di 25-50 grammi, ma può essere clinicamente rilevante nei neonati a più alto rischio, quelli con peso *borderline* intorno ai 2500 grammi (USDHHS 2006). Si stima che sia attribuibile al fumo passivo circa l'8% dei neonati con basso peso alla nascita (Forastiere 2002).

#### • **Morte improvvisa del lattante**

La sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) colpisce lattanti apparentemente sani nel primo anno di vita (picco a 2-4 mesi). La posizione supina durante il sonno, il bambino troppo coperto ed il fumo della madre durante la gravidanza, sono stati identificati come fattori di rischio rilevanti.

L'evidenza epidemiologica di un'associazione tra SIDS ed esposizione postnatale del bambino al fumo della madre è forte e coerente e mostra un relazione dose-risposta (USDHHS 2006). Si stima che sia attribuibile al fumo passivo circa il 17% dei casi di SIDS (Forastiere 2002).

#### • **Disturbi respiratori nei bambini**

L'esposizione del bambino a fumo passivo può avvenire dopo la nascita attraverso l'inalazione di aria inquinata da fumo di tabacco negli ambienti domestici, nei veicoli e nei locali pubblici.

Le evidenze sugli effetti del fumo passivo sull'apparato respiratorio dei bambini dimostrano una relazione causale per le infezioni acute delle basse vie respiratorie (bronchiti e polmoniti), l'asma bronchiale, e le infezioni dell'orecchio medio; l'esposizione a fumo di tabacco ambientale provoca anche alterazioni della funzione respiratoria durante l'infanzia (USDHHS 2006). Gli effetti sono maggiori per i bambini esposti nei primi anni di vita e il rischio è più elevato se la madre è fumatrice. Si stima che circa il 21% dei bambini che soffrono nei primi due anni di vita per infezioni respiratorie acute, il 9% dei casi pediatrici prevalenti di asma bronchiale, il 10% dei bambini con sintomi respiratori cronici, e il 14% bambini con otite media debbano la propria malattia al fumo di sigarette dei genitori (Forastiere 2002).

## Conclusioni

L'evidenza scientifica sostiene attualmente le seguenti conclusioni:

- il fumo passivo causa morte prematura e malattie in bambini e adulti che non fumano;
- nei bambini il fumo passivo aumenta il rischio di morte improvvisa infantile, infezioni respiratorie acute, patologie dell'orecchio, asma di grado severo, alterazioni della funzione respiratoria;
- negli adulti il fumo passivo ha effetti negativi immediati sul sistema cardiovascolare e causa cardiopatia ischemica e cancro del polmone;
- per il fumo passivo non esiste un livello di esposizione - anche di breve durata - che sia privo di rischi.

**Tabella 1. Quantità di alcuni cancerogeni nel fumo secondario (*sidestream*) e nel fumo passivo (*secondhand*). Da USDHHS: A Report of the Surgeon General 2006**

Carcinogen	Representative amounts		Study
	Sidestream (per cigarette)	Secondhand (per cubic meter [m <sup>3</sup> ])	
<b>Polycyclic aromatic hydrocarbons</b>			
Benz[ <i>a</i> ]anthracene	201 nanograms (ng)	0.32–1.7 ng	Grimmer et al. 1987; Chuang et al. 1991
Benzo[ <i>a</i> ]pyrene	45–103 ng	0.37–1.7 ng	Adams et al. 1987; Grimmer et al. 1987; Chuang et al. 1991
Benzo[ <i>b</i> ]fluoranthene Benzo[ <i>j</i> ]fluoranthene Benzo[ <i>k</i> ]fluoranthene	196 ng	0.79–2.0 ng	Grimmer et al. 1987; Chuang et al. 1991
Dibenz[ <i>a,h</i> ]anthracene	NR*	1 ng	Vu-Duc and Huynh 1989
Indeno[1,2,3- <i>cd</i> ]pyrene	51 ng	0.35–1.1 ng	Grimmer et al. 1987; Chuang et al. 1991
5-Methylchrysene	NR	35.5 ng	Vu-Duc and Huynh 1989
<b>N-Nitrosamines</b>			
N-Nitrosodiethanolamine	43 ng	NR	Brunnemann and Hoffmann 1981
N-Nitrosodiethylamine	8.2–73 ng	0–20 ng	Brunnemann et al. 1977; Hoffmann et al. 1987
N-Nitrosodimethylamine	143–1,040 ng	4–240 ng	Brunnemann et al. 1977; Hoffmann et al. 1987; Klus et al. 1992
N-Nitrosoethylmethylamine	3–35 ng	NR	Brunnemann et al. 1977; Hoffmann et al. 1987
N'-Nitrososornicotine	110–857 ng	0.7–23 ng	Brunnemann et al. 1983, 1992; Adams et al. 1987; Klus et al. 1992
N-Nitrosopiperidine	4.8–19.8 ng	NR	Adams et al. 1987
N-Nitrosopyrrolidine	7–700 ng	3.5–27.0 ng	Brunnemann et al. 1977; Hoffmann et al. 1987; Klus et al. 1992; Mahanama and Daisey 1996
4-(Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone	201–1,440 ng	0.2–29.3 ng	Brunnemann et al. 1983, 1992; Adams et al. 1987; Klus et al. 1992
<b>Aromatic amines</b>			
2-Naphthylamine	63.1–128 ng	NR	Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
2-Toluidine	3,030 ng	NR	Patrianakos and Hoffmann 1979
4-Aminobiphenyl	11.4–18.8 ng	NR	Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
<b>Aldehydes</b>			
Acetaldehyde	961–1,820 micrograms (μg)	268 μg	Martin et al. 1997; Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
Formaldehyde	233–485 μg	143 μg	Martin et al. 1997; Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001

**Tabella 1 (segue)**

Carcinogen	Representative amounts		Study
	Sidestream (per cigarette)	Secondhand (per cubic meter [m <sup>3</sup> ])	
<b>Miscellaneous organics</b>			
Acrylonitrile	42–109 µg	NR	Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
Benzene	163–353 µg	4.2–63.7 µg	Scherer et al. 1995; Heavner et al. 1996; Martin et al. 1997; Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001; Kim et al. 2001
Catechol	98–292 µg	1.24 µg	Sakuma et al. 1983; Martin et al. 1997; Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
Isoprene	668–1,260 µg	657 µg	Martin et al. 1997; Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
1,3-Butadiene	98–205 µg	0.3–40 µg	Heavner et al. 1996; Martin et al. 1997; Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001; Kim et al. 2001
<b>Inorganic compounds</b>			
Cadmium	330–689 ng	4–38 ng	Wu et al. 1995; Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
Chromium	57–79 ng	NR	Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
Hydrazine	94 ng	NR	Liu et al. 1974
Lead	28.9–46.6 ng	NR	Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
Nickel	51 ng	NR	Government of British Columbia Ministry of Health Services 2001
Polonium-210	0.091–0.139 picocurie	NR	Ferri and Baratta 1966

\*NR = Data were not reported.

**Tabella 2. Stima degli effetti del fumo passivo in Italia (casi o decessi per anno). Modificata da Forastiere 2002**

**Esposizione in ambito familiare**

*Bambini con genitori fumatori*

Morte improvvisa del lattante	87
Infezioni respiratorie acute (0-2 anni)	76.954
Asma bronchiale (6-14 anni) prevalenza	27.048
Sintomi respiratori cronici (6-14 anni) incidenza	48.183
Otite acuta (6-14 anni) incidenza	64.130

*Adulti con coniuge fumatore*

Tumore polmonare (decessi)	221
Malattie ischemiche del cuore (decessi)	1.896

*Esposizione in ambiente di lavoro*

Basso peso (<2500 gr) alla nascita per esposizione della madre in gravidanza	2.033
Tumore polmonare (decessi)	324
Malattie ischemiche del cuore (decessi)	235

## Bibliografia

Boffetta P. Human cancer from environmental pollutants: The epidemiological evidence. *Mutat Res* 2006 (*in press*).

Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. *Epidemiol Prev* 2002; 26: 18-29.

Gorini G, Fondelli MC, Lopez MJ, *et al.* Esposizione a fumo passivo in alcuni luoghi pubblici in Firenze. *Epidemiol Prev* 2004; 28: 94-99.

International Agency for Research on Cancer - IARC. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: IARC, 2004. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk to Humans, vol 83

IARC. Formaldehyde, 2-Butoxyethanol and 1-tert-Butoxy-2-propanol. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk to Humans, vol 88 (*in press*) <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol88/volume88.pdf> (sito visitato il 31.7.2006)

Samet JM, Yoon S (*eds*). Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century. Geneva: World Health Organization, 2001 <http://www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf> (sito visitato il 25.7.2006)

U.S. Department of Health and Human Services - USDHHS. Report on Carcinogens, 11th Edition. USDHHS, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005 <http://ntp-server.niehs.nih.gov/ntp/roc/toc11.html> (sito visitato il 31.7.2006)

USDHHS. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: USDHHS, 2006 <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/> (sito visitato il 27.7.2006)

World Health Organization - WHO. Health effects of interactions between tobacco use and exposure to other agents. Geneva: WHO, 1999. Environmental Health Criteria, No 211 <http://www.intox.org/databank/documents/chemical/tobacco/ehc211.htm> (sito visitato il 24.7.2006)

Zitting A, Husgafvel-Pursiainen K (*eds*). Health effects of environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 2002; 28 suppl 2: 1.96.

# Aspetti neurobiologici della dipendenza da Nicotina

**Autore: Sandra Bosi**

*Lega contro i Tumori-Onlus- Reggio Emilia*

**Parole chiave:** nicotina, dipendenza, astinenza, sistema limbico, neurotrasmettitori

## Presentazione

La nicotina è un composto organico, un alcaloide naturalmente presente nella pianta del Tabacco.

Sebbene si trovi in tutte le parti della pianta, è particolarmente concentrata nelle foglie.

La nicotina pura è un liquido incolore che all'aria imbrunisce acquisendo l'odore del Tabacco. E' un potente veleno neurale ed era inclusa nella preparazione di molti insetticidi (usati in agricoltura organica).

Il motivo per cui è stata inserita con un certo ritardo fra le sostanze che provocano dipendenza è probabilmente dovuto al fatto che interferisce blandamente con l'attività di pensiero; non provoca alterazioni significative dell'affettività; né della personalità.

Non appena la nicotina viene inalata, si diffonde attraverso il sangue e arriva al sistema nervoso, attraversando la barriera ematoencefalica.

E' uno stimolante potente e rapido. Una singola boccata di fumo di tabacco porta al cervello una dose di nicotina di 50/150 mg entro otto secondi.

Agisce sui recettori dell'acetilcolina e aumenta il livello di dopamina nei circuiti cerebrali che le sono connessi: interviene, cioè, a livello sinaptico, nei processi di liberazione dei neuromodulatori del gruppo delle amine, per potenziarne il rilascio (questi aspetti saranno trattati in dettaglio nel prossimo paragrafo).

Il meccanismo della dipendenza può essere suddiviso in 2 parti: prima si innesca la fase del processo che induce l'abitudine all'uso della sostanza; poi se ne stabilizza e cronicizza il bisogno di assunzione in modo crescente.

Il processo può essere utilmente rappresentato con la differenza esistente fra il giovane che si sta trasformando da fumatore occasionale a fumatore abituale e il fumatore con un problema di dipendenza a tutti gli effetti.

In questo contributo mi occuperò sostanzialmente della prima parte, cioè dei meccanismi neurobiologici che stanno alla base dell'insorgenza della dipendenza.

Analizzeremo in termini tecnici quello che può essere così espresso (in modo grossolano, ma efficace):

“Si fuma nonostante si sappia che faccia male alla salute, nonostante costi molto, nonostante non sia più così di moda.

Scrive Francis Scott Fitzgerald: *prima tu prendi un drink, poi il drink ne prende un altro, e infine il drink prende te.*

In modo analogo si può affermare: tu acconsenti alla prima sigaretta, la sigaretta ne richiama una seconda, sino a che è la sigaretta a invitare/ prendere/pretendere te.”

In questo semplice gioco di parole è descritta l'essenza della dipendenza “

Per comprendere cosa succede nel cervello di una persona che fuma è necessario il confronto con le espressioni:

Dipendenza/ indipendenza

Malattia/ salute

Emozione/cognizione.

La DIPENDENZA è UNA MALATTIA CRONICA che interrompe la possibilità di scelta, la situazione di equilibrio psicofisico associato alla salute, l'interazione neurale fra affettività e pensiero.

E' una malattia provocata dall'assunzione continuativa di sostanze particolari, dette “psicoattive”, in grado di provocare tolleranza e assuefazione.



E' una malattia cronica come il diabete, l'asma, l'ipertensione.

Chi è affetto da dipendenza non è colpevole di un "vizio", ma colpito da una patologia non banale e non facile da risolvere.

Una terapia multifattoriale o una trasformazione profonda dell'identità personale possono essere di aiuto nel controllo, nella stabilizzazione, nella guarigione di questa malattia.

Si diventa dipendenti usando sostanze psicoattive con continuità.

Non la prima volta, ma poco alla volta: sigaretta dopo sigaretta, bicchiere dopo bicchiere.

Ricordo quanto ci ha suggerito Cristian Chiamulera: accettare che la dipendenza sia una malattia e il fumatore un portatore di malattia cronica non è un dato né scontato, né acquisito; neppure per il medico.

Qualsiasi sostanza può diventare psicoattiva? Qualsiasi sostanza crea dipendenza? No, non tutte.

Il pane non provoca dipendenza, le albicocche neppure e nemmeno il latte, il gelato, la cioccolata, le lasagne, il prosciutto. Nemmeno i libri, l'amore, il sole, la musica.

Il fumo e l'alcol, sì.

Che differenza esiste fra i due gruppi di sostanze?

Leggere libri, amare lo sport, mangiare cioccolata costituiscono un piacere, arricchiscono la vita, non sostituiscono mai una relazione, non modificano l'organismo determinando alterazioni nella produzione di neurotrasmettitori specifici e modulando la formazione di recettori selettivi alla sostanza (nel caso della sigaretta, per esempio, si stabilizzano recettori che rispondono in modo privilegiato alla nicotina).

## Il concetto di dipendenza:

**Il DSM-IV definisce la DIPENDENZA come una modalità scorretta di assunzione di una sostanza, che porta a disturbi psicofisici o manifestazioni cliniche significative, e si manifesta con 3 o più delle seguenti situazioni in qualsiasi momento nel periodo di 12 mesi.:**

- **tolleranza,**
- **astinenza,**
- **desiderio persistente (craving)**
- **cessazione o riduzione di importanti attività sociali, professionali o ricreative a causa dell'uso della sostanza,**
- **uso della sostanza nonostante la consapevolezza dei rischi per la salute.**

Con questa definizione si dice in sostanza che chi fuma ha bisogno di fumare sempre di più, che il sistema nervoso risulta modificato dalla nicotina contenuta nelle sigarette e che si è costretti a fumare anche quando si sa che è rischioso per la salute (**le campagne informative e gli interventi "terroristici" possono funzionare per educare all'uso della cintura di sicurezza o per aumentare il numero di adesioni ad uno screening: non per modificare un comportamento cognitivo/motivato/affettivo.**)

Se il fumatore prova a smettere, si sente male e, spesso, reagisce alla situazione di malessere, fumando.

L'uso delle droghe è condizionato da fattori di natura diversa che possono essere suddivisi in storici (cosa c'è sul mercato), ambientali (quanto è di moda) e fisiologici (il tipo di personalità).

La possibilità che si determini una condizione di dipendenza è correlata a tre tipologie di fattori: (le caratteristiche farmacologiche della sostanza psicoattiva (per. es.: la nicotina induce dipendenza in tempi molto più rapidi dell'alcol); le caratteristiche individuali (per es: necessità di trovare una forma di aiuto psicologico nella sostanza utilizzata come autoterapia); la presenza di un ambiente che favorisca il contatto fra individuo e sostanza.

Il numero molto elevato di fumatori nella popolazione ha reso fortemente contestabili gli studi che hanno provato a dimostrare la relazione fra predisposizione al fumo e personalità.

Esistono tuttavia ricerche realizzate negli Stati Uniti sull'osservazione periodica di un campione randomizzato di giovani dai 5 ai 16 anni.

Secondo questi studi l'attitudine al fumo sarebbe raddoppiata come frequenza, rispetto alla totalità del campione, negli adolescenti che durante l'infanzia avevano trovato difficoltà a rinviare una gratificazione. Le prove utilizzate erano elementari: ai soggetti esaminati si chiedeva se desideravano una caramella subito o due caramelle dopo aver svolto un semplice compito.

La capacità di procrastinare la soddisfazione di un desiderio, legata all'autostima, potrebbe essere un fattore predittivo della possibilità di diventare fumatore.

## Neurotrasmettitori e meccanismi neurobiologici della dipendenza:

Per chiarire quali siano i meccanismi neurobiologici attraverso cui la nicotina agisce sul cervello è bene inserire qualche elemento di riferimento sulle modalità di comunicazione neuronale e sinaptica.

Ogni cervello umano ha miliardi di neuroni .

I neuroni (cellule specializzate nella trasmissione dell'impulso nervoso attraverso un prolungamento denominato **assone** e nella ricezione dell'impulso attraverso molteplici, particolari spine dette **dendriti**) sono fra loro collegati da impulsi elettrici che trasmettono il potenziale d'azione, segnale dell'eccitazione e dal rilascio di sostanze chimiche particolari : i neurotrasmettitori.

I neurotrasmettitori sono liberati nelle **sinapsi**, vescicole che congiungono i neuroni l'uno con l'altro in una rete continua.

Il rilascio di molecole di neurotrasmettitore dal terminale presinaptico è un mezzo, non un fine. Lo scopo è generare una risposta elettrica nella cellula postsinaptica.

L'arrivo di un neurotrasmettitore da un solo terminale presinaptico non è generalmente sufficiente per produrre un potenziale d'azione nella cellula postsinaptica. Solo se la cellula postsinaptica è bersagliata di molecole di neurotrasmettitori da molti terminali presinaptici, quasi contemporaneamente, ne risulterà un potenziale d'azione.

Esistono diversi tipi di **neurotrasmettitori**:

un tipo di neurotrasmettitore ha funzioni legate alla rapidità dell'azione e alla capacità di trasmettere eccitazione: si tratta del **Glutammato**.

In molti casi la trasmissione fra neuroni è di tipo inibitorio (cioè di riduzione e/o azzeramento dell'eccitazione), in tali casi ad intervenire è l'aminoacido **GABA (acido gammaaminobutirrico)**.

Il Glutammato e il GABA agiscono unendosi a molecole chiamate recettori che li riconoscono in modo selettivo.

Le loro interazioni sono modificate dai neuromodulatori.

I **neuromodulatori** più comuni sono i **peptidi**, le **amine** e gli **ormoni** (rilasciati a distanza dalle ghiandole verso il cervello dove possono alterare l'efficacia di GABA e glutammato legandosi a specifici recettori).

Tutti possono avere effetti sia eccitatori che inibitori a seconda del loro specifico intervento nei circuiti funzionali.

I peptidi neuroattivi meglio conosciuti sono gli oppioidi: endorfine e encefaline.

Hanno un meccanismo d'azione lento. Sono innescati dal dolore e dallo stress e si legano ai loro specifici recettori , alterando le sensazioni di dolore e del "sentire" (provare sensazioni e emozioni)..

La morfina produce i suoi effetti legandosi a questi recettori.

Le monoamine comprendono elementi come la serotonina, la dopamina, l'epinefrina e la norepinefrina.

Una monoamina è l'acetilcolina che funge da neurotrasmettitore rapido quando agisce su un certo recettore e da neuromodulatore con un recettore diverso. L'acetilcolina interviene anche nei movimenti muscolari e nelle variazioni del ritmo cardiaco.

Diversamente dalla maggior parte dei neurotrasmettitori e neuromodulatori, le cellule che producono monoamine si trovano solo in alcune aree (prevalentemente nel tronco encefalico), ma gli assoni di queste cellule raggiungono aree molto estese del cervello ( con le loro diffuse connessioni possono simultaneamente modulare la neurotrasmissione all'ipotalamo, l'ippocampo, la neocorteccia, l'amigdala e il talamo)

Le amine sono il bersaglio delle droghe ricreative.

La **nicotina (droga ricreativa per eccellenza)** agisce con queste caratteristiche:

- raggiunge rapidamente il cervello dopo l'inalazione attraverso la combustione della sigaretta;
- modifica le risposte dei neuroni in modo tale che il fumatore abbia più desiderio di assumerla;
- fa leva sui circuiti della gratificazione;
- produce un effetto bifasico: può essere sia stimolante che calmante.

Come tutte le sostanze psicoattive la nicotina condiziona biologicamente i circuiti cerebrali legati alla emozioni e al piacere.

Dove agisce la nicotina?

Agisce in più parti del cervello (come è risultato chiaro dalle spiegazioni precedenti).

Prima di tutto a livello della corteccia , dove modula la formazione di recettori per la nicotina

Quando i recettori sono sufficientemente numerosi si instaura la condizione definita come dipendenza fisica da sigaretta

La rete dei neuroni, le sinapsi soprattutto, hanno necessità di nicotina per poter scambiare le informazioni.

Se manca la nicotina il fumatore diventa ansioso, ha mal di testa, non sa cominciare la giornata.

Ad un altro livello la sigaretta agisce sul cervello emozionale, sul sistema limbico.

Attiva i neuroni dopaminergici mesolimbici ed è responsabile delle **sensazioni di gratificazione che inducono al rinforzo dello stimolo**.

A breve termine aumenta la concentrazione di dopamina ( l'ormone che veicola gli stimoli legati a benessere e piacevolezza nel nostro organismo) ; a lungo termine provoca:

- cambiamento dei meccanismi d'azione dei geni che intervengono nella dipendenza
- diminuzione dell'attività metabolica ( alterazione della produzione e del consumo di energia)
- alterata percezione del piacere e forte desiderio di assumere la sostanza per ripristinare la sensazione di piacere.

Gli effetti piacevoli che il fumatore prova dopo l'assunzione della sigaretta sono sostanzialmente i seguenti:

- sensazione di **gratificazione** legata alla liberazione di **dopamina**. (“ Mi sento bene, piacevolmente rilassato, a posto.”)
- diminuzione dell'appetito** legata alla liberazione **norepinefrina**. (Fumo una sigaretta e mi passa la fame)
- influenza positiva su memoria e prestazioni cognitive** legata alla liberazione di **vasopressina e acetilcolina**. (Fumo una sigaretta e mi concentro meglio, mi sento più lucido e presente.)
- modulazione dell'umore** legata alla liberazione di **serotonina** (Fumo una sigaretta e il mio umore è stabile e positivo.)
- effetto ansiolitico** legato alla liberazione della **betaendorfine** (Fumo una sigaretta, controllo l'ansia, diminuisce l'aggressività, mi passano le arrabbiate).

L'uso continuativo della sigaretta provoca l'attivazione del circuito cerebrale responsabile della crisi di astinenza: l'**iperattivazione del sistema noradrenergico (un'altra parte del cervello emozionale)**.

Quando si attiva questa parte del cervello cominciano i sintomi d'ASTINENZA .

L'astinenza è una vera e propria sindrome clinica che, nel caso della nicotina comporta:

- umore depresso;
- insonnia;
- irritabilità, senso di frustrazione;
- ansietà;
- difficoltà di concentrazione;
- irrequietezza;
- diminuzione della frequenza cardiaca;
- aumento dell'appetito, aumento del peso.

Elemento centrale dell'astinenza è il bisogno impellente di fumare. L'astinenza da nicotina insorge in forti fumatori circa 45 minuti dopo che è stata fumata l'ultima sigaretta.

I sintomi raggiungono il picco in 3/4 giorni. I sintomi psicologici possono durare anche qualche mese.

## Conclusioni

Gli effetti neurobiologici della nicotina rendono evidente come sia improprio parlare di dipendenza fisica e dipendenza psicologica; è preferibile usare le espressioni effetti fisici e psicologici della dipendenza.

Allo stesso modo risulta inadeguata la differenziazione fra effetti “cognitivi” e effetti “emozionali” provocati da una sostanza.

A questo proposito già da qualche anno si è messa in crisi la definizione stessa di “sistema limbico”, sede storica del cervello emozionale: in realtà strutture come l'ippocampo, riconosciute per l'appartenenza al sistema limbico, si sono rilevate fondamentali nell'organizzazione della memoria (che svolge notoriamente compiti con forti implicazioni cognitive).

La stessa suddivisione in romboencefalo (deputato al controllo delle funzioni vitali garantite in modo automatico), mesencefalo (in grado di controllare lo stato di allerta e le reazioni comportamentali semplici), proencefalo (deputato al controllo di processi comportamentali complessi) è difficilmente sostenibile in quanto primato evolutivo dell'uomo dovuto alla presenza selettiva e preminente del proencefalo.

Gli orientamenti neurobiologici più attuali, infatti, descrivono una interconnessione fra i tre livelli già nelle

specie filogeneticamente meno evolute. La specificità dell'intelligenza e della coscienza umana non sarebbe per tanto biologicamente riferibile allo spessore della corteccia, ma alla numerosità e complessità delle connessioni sinaptiche

L' "architettura" delle sinapsi riproduce fisiologicamente ciò che un individuo è fisicamente, biologicamente, psicologicamente, socialmente e culturalmente.

Secondo questa impostazione la struttura cerebrale è organizzata in tre sistemi: cognitivo, emotivo, motivazionale.

Le connessioni sinaptiche associano generalmente pensieri, emozioni e motivazioni attraverso la liberazione di neurotrasmettitori.

La nicotina, come le altre sostanze psicoattive, si inserisce proprio in questi circuiti di connessione; questo spiegherebbe, fra l'altro, perché sia impensabile risolvere il problema del fumo con un farmaco o con una psicoterapia.

L'interazione fra i tre sistemi, il "luogo senza spazio" in cui è situata la modalità d'integrazione dei tre sistemi è la **memoria di lavoro**.

Rispetto allo schema di riferimento introdotto da Baddeley in memoria sensoriale/ istantanea, a breve termine, di lavoro e a lungo termine, in cui non si prevedeva una gerarchia degli stadi della memoria, ma si profilava un legame più stretto della memoria a lungo termine con l'identità personale, i nuovi studi neurobiologici mettono in primo piano la memoria di lavoro come operatività delle azioni coscienti.

Come funziona la Memoria di lavoro a livello di cellule e sinapsi?

I suoi circuiti cerebrali eccitatori e inibitori sono risultati essere regolati dalla produzione di dopamina.

In tale prospettiva, l'assunzione di sostanze che modulano la produzione di dopamina, come è in grado di fare la nicotina, condiziona fortemente la qualità della Memoria di lavoro che i progressi neurobiologici descrivono come caratterizzante gli aspetti coscienti dell'identità.

Al di là del grado di condivisione intellettuale del modello descrittivo esposto, credo che qualsiasi approccio serio al problema della prevenzione e della cura degli effetti provocati da sostanze psicoattive, debba prevedere componenti cognitive, affettive e motivazionali in grado di intervenire in una rimodulazione di quello che Joseph LeDoux descrive come IL Sé sinaptico ; lo spazio senza luogo che con la complessità della sua organizzazione descrive ciò che siamo e come cambiamo.

## Bibliografia ragionata essenziale

Per un inquadramento generale al problema dell'identità personale:

**Ammaniti M** (A cura di) *La nascita del sé*, 1982, Bari Laterza.

Per precisare tecnicamente la nozione di dipendenza in relazione alle altre patologie:

**Associazione Psichiatrica americana DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentale** 1996, Masson, Milano.

Per approfondire il concetto del sé e della coscienza secondo una delle prospettive più dibattute dalle neuroscienze :

**Dennett D.** *Coscienza: che cosa è* . Milano, 1992

Per connettere le implicazioni generali del tema con il concetto di "tossicodipendenza"

**Di Chiara G.** *Neurobiologia delle tossicodipendenze, "Le basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze."* Pythagora press, Milano.

Per approfondire l'impostazione teorica della relazione:

**Ledoux J. :** *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni.* Milano, 1998

**Ledoux J.** *Il sé sinaptico* Milano, 2002

# Il fumo di nicotina come dipendenza

Relazione

Autore: **Giovanni Forza**

## Definizione di dipendenza

La dipendenza è un disturbo che presenta come segno cardine la perdita del controllo sul comportamento nei riguardi di una o più sostanze. Il controllo può essere riguadagnato, ma questo potrà rivelarsi difficile e richiedere aiuto. Il DSM IV fornisce una serie di criteri, la presenza di almeno tre dei quali è richiesta per definire la diagnosi. Alcuni segni di dipendenza sono: continuazione dell'uso sebbene si sia a conoscenza degli effetti pericolosi di esso, desiderio intenso di utilizzare la sostanza quando ci si astiene da essa (non semplicemente come effetto della sindrome di astinenza), insuccesso dei tentativi di cessare o limitare l'uso della sostanza, uso compulsivo, caratteristici segni di astinenza alla cessazione o diminuzione improvvisa dell'uso.

In che cosa l'inquadrare il tabagismo come dipendenza può essere di aiuto nell'affrontare il problema? In primo luogo a vedere nella dipendenza da nicotina un problema medico in sé, ancora prima che si instaurino le complicanze che dal fumo di sigaretta possono derivare. La persona che usa nicotina può richiedere aiuto per il solo fatto di sentirsi, appunto, dipendente da questa sostanza.

Esamineremo di seguito questa tematica sotto tre punti di vista: la comprensione della dipendenza come processo, l'approccio transteorico motivazionale ai processi di cambiamento, l'inquadramento della ricaduta come momento fondamentale dell'intervento nelle situazioni di dipendenza.

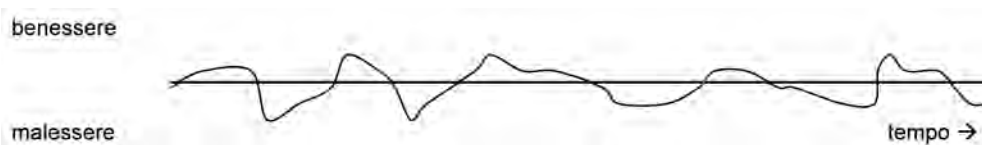
## Il ciclo della dipendenza

Per quanto siano stati documentati degli aspetti genetici connessi allo sviluppo della dipendenza, la persona non nasce dipendente. La persona diviene dipendente attraverso un processo in cui sostanza e persona interagiscono (all'interno di un contesto), ed in cui si struttura una personalità diversa da quella dell'individuo originario: una personalità dipendente (addictive personality).

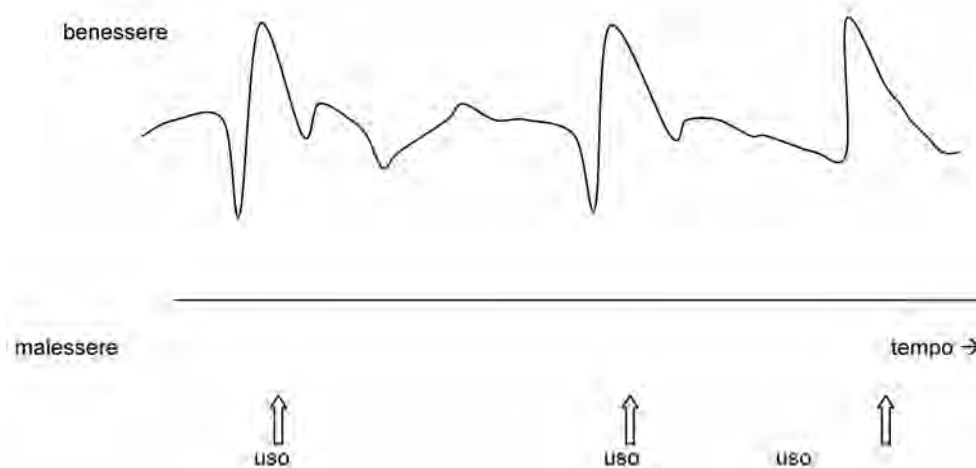


Un individuo incontra, per la prima volta nella sua vita, la sostanza. Non ha importanza il motivo che conduce a questo primo incontro: curiosità, oppure una semplice occasione, o l'incitamento di un amico o del gruppo. In ogni caso questo è un momento cruciale: la sostanza potrà essere gradita all'individuo (ed egli ten-

derà a riprovarla) oppure no. La sostanza risulta gradita quando interferisce positivamente nel ciclo dell'umore che tutti noi abbiamo, oscillando in modo limitato da momenti di benessere a momenti di malessere.



Il riuso della sostanza è quindi, almeno inizialmente, auto-terapeutico: la percezione è un benessere che spesso è un sollievo da una precedente sensazione di malessere. “Prima ero teso, mi stancavo facilmente; con una sigaretta riesco ad affrontare meglio lo stress”.



La persona tenderà a ricercare sempre più frequentemente la sostanza per ottenerne gli effetti piacevoli. In questa fase prevale il ruolo del sistema di ricompensa dopaminergico. La ricerca può divenire talmente compulsiva da veicolare notevoli risorse fisiche, psichiche, economiche, sociali della persona, che gradualmente perde il controllo sulla sostanza.

Sembra apparire una nuova personalità, finalizzata a continuare l'uso della sostanza, che prende il controllo sull'individuo. Una delle caratteristiche della personalità dipendente è la negazione della perdita del controllo stesso: “Sono in grado di smettere quando voglio”; od anche la negazione che l'uso della sostanza sia un problema: “Sono i medici a dire che fumare fa male, mio nonno ha fumato sino a novanta anni e stava benissimo!”. Non si tratta di bugie: la persona pensa effettivamente che le cose stiano così.

La perdita del controllo porta anche all'instaurarsi dei meccanismi farmacologici della tolleranza e dell'astinenza. Nella opinione pubblica l'astinenza è considerata il sintomo cardine della dipendenza. Invece essa arriva solo quando il processo è in atto: è, di fatto, una delle manifestazioni della perdita del controllo sull'uso della sostanza.

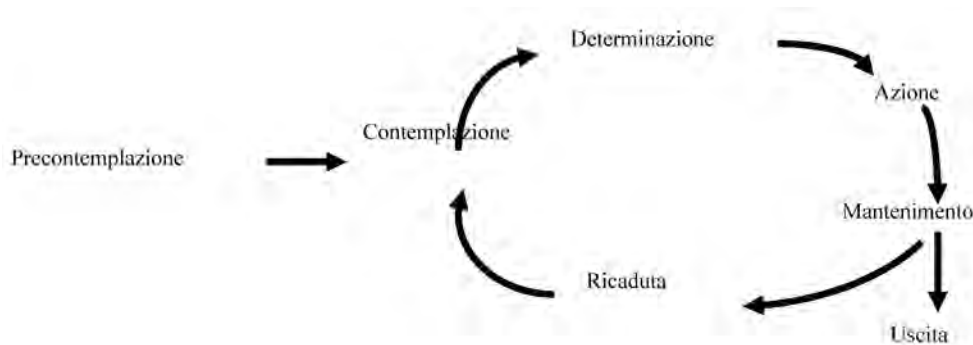
Il grado estremo della perdita del controllo sono infine le conseguenze fisiche, psichiche, sociali che l'uso della sostanze causa: Una broncopatia cronica ostruttiva, od anche il condizionamento nella vita sociale (“non vado più a cinema perché non so stare due ore senza fumare”) e così via. La personalità dipendente presenta quindi una serie di strati “a buccia di cipolla”: lo strato più esterno è rappresentato dal “danno” conseguente all'uso di sostanze; più internamente vengono la c.d. dipendenza “fisica”, i meccanismi cognitivi legati alla perdita del controllo e, al cuore, la gratificazione che l'uso della sostanza procura in alcune persone.

Le conseguenze terapeutiche di questa impostazione sono una azione per stadi successivi: limitare o curare i danni correlati all'uso di sostanze, trattare l'astinenza farmacologica, favorire nuovi stili cognitivi e modalità alternative di gratificazione.

## Il ciclo della motivazione

Generalmente riteniamo che il cambiamento di comportamenti complessi sia sotto il controllo della volontà. Spesso si usa dire: “Se una persona vuole veramente smettere di fumare lo può fare”.

La motivazione non è però un tutto o nulla, bensì un processo attraverso cui ogni individuo costruisce per sé stesso le ragioni per cui cambiare un comportamento (o persistere in esso). Questo processo è stato studiato in particolare da Prochaska e DiClemente.



Inizialmente la persona non pensa al proprio comportamento (ad esempio: fumare) come a qualcosa di problematico e la persona non contempla, fra le possibilità della propria esistenza, quella di smettere. Questo stato è quindi definito *precontemplativo*.

Con il tempo insorge qualche problema: un po' di tosse, troppi soldi spesi. Forse sarebbe meglio “non dico smettere, ma magari ridurre...”. Questo è lo stato *contemplativo*: la persona comincia a contemplare la possibilità di cambiare. Caratteristica di questa fase è l'ambivalenza. E' come se la persona fosse divisa in due: vorrebbe cambiare ma non vorrebbe rinunciare al piacere.

Quando la bilancia pende decisamente a favore del cambiamento, la persona entra nello stadio di *determinazione*. Vede con sicurezza che deve cambiare, anche se non ha ancora iniziato a farlo: “Non ce la faccio più: devo assolutamente smettere”.

La fase successiva è quella dell'*azione*: “Ho comprato una scatola di cerotti alla nicotina ed oggi, appena mi sono svegliato, ho iniziato ad usarli”. La persona fa qualcosa per modificare il suo comportamento.

Il cambiamento non è però definitivo. E' sempre possibile che il comportamento precedente, in qualche modo funzionale alla persona nel passato, si ripresenti. Anche se in modo di solito decrescente nel tempo, la persona attua degli accorgimenti per evitare di ricadere: questa fase è il *mantenimento*. “Ho smesso di bere caffè dopo pranzo, perché sentivo troppo il bisogno di accendere una sigaretta”.

Con il passare del tempo il rischio di ricadere diminuisce, ma non vi sono indicazioni certe sul fatto che si annulli del tutto. Viceversa può capitare che la persona riprenda i comportamenti precedenti, abbia cioè una *ricaduta*: questo momento è caratterizzato da un forte senso di fallimento e frustrazione ed il suo esito è incerto. Da un lato la persona può rinunciare ad ulteriori tentativi (“Sono un debole: non ce la farò mai!”), dall'altro può portare alla ripresa di nuovi tentativi in tempi più o meno brevi (“Avevo sottovalutato le difficoltà: questa volta devo stare più attento”).

I riflessi di questo approccio sull'intervento nella dipendenza sono stati enormi. Da una visione della motivazione come caratteristica dell'individuo (o sei motivato o non lo sei) si giunge a vedere nella motivazione un obiettivo da costruire, facilitare ed incentivare nel processo terapeutico.

In secondo luogo si è capita l'importanza di adottare strategie di intervento diversificate e specifiche per le diverse fasi della motivazione che l'individuo presenta in quel determinato momento.

Infine si è colta la centralità della ricaduta nei processi di cambiamento dalla dipendenza da sostanze.

## La ricaduta come momento chiave della dipendenza

E' nozione comune che, anche superata l'astinenza e raggiunta la sobrietà dalle sostanze, le persone possono ricadere nella dipendenza. Ma perché si ricade?

Marlatt e Gordon hanno proposto uno schema teorico cognitivista per inquadrare il momento della ricaduta. La persona ha appreso nel passato che la sostanza suscita degli effetti piacevoli. Questa sensazione si fissa nella memoria e si collega a tutte le situazioni, a tutti i gesti, a tutte le persone, a tutti i luoghi che nella storia della persona si sono associati ad essa.

Ad esempio: metto distrattamente la mano in tasca e quel gesto mi riporta in mente che così in passato prendevo il pacchetto di sigarette.

Questa particolare reattività dell'individuo agli stimoli che si collegano alla sensazione piacevole dell'uso della sostanza è chiamata cue-reaction, riattivazione della traccia.

La persona che subisce la riattivazione della traccia è in uno stato di malessere. Sa che potrebbe sentirsi meglio se usasse nuovamente la sostanza. D'altra parte sa quanta fatica costa smettere di fumare e di essersi sentita meglio dopo aver smesso. E' una situazione di conflitto: la persona si presenta tesa, nervosa, irritabile.

Per ricadere è necessario un secondo ingrediente: usare nuovamente la sostanza in quel momento, quando la memoria e l'emozione ad esso collegata si sono risvegliati. Se si fa passare del tempo senza usare la sostanza, gradatamente la tensione cala, il momento critico passa e lascia anzi la sensazione di aver saputo resistere, rafforzando la decisione di mantenere l'astinenza.

Anche se la persona usa la sostanza in un momento diverso da quello critico la probabilità di ricadere nella dipendenza è minore. Questa distinzione è molto importante, perché spesso si fa coincidere il riutilizzo della sostanza con la ricaduta. La ricaduta è invece una nuova perdita del controllo sull'uso della sostanza, e quindi deve essere definita sempre sulla base del comportamento della persona, non sulla sostanza.

In sintesi lo schema proposto per la ricaduta sottolinea il ruolo sia della riattivazione di traccia che dell'uso ad essa contestuale della sostanza.



Questa impostazione è di estrema rilevanza. Ci insegna che la parte principale della terapia delle dipendenze è la prevenzione della ricaduta, che può essere ottenuta con strumenti cognitivi (evitare le circostanze di rischio, controllare le emozioni che si ricollegano alla ricerca della sostanza) ma anche farmacologici. La sfida terapeutica del futuro sta nella elaborazione di strategie che contrastino il desiderio della sostanza ed il suo risveglio nelle persone disassuefatte.



## Quinta sessione

# Ruolo e modalità di intervento del medico di medicina generale e degli altri operatori sanitari nei processi di Prevenzione e cura del Tabagismo

### Articoli di:

- Giovanni Invernizzi**, U.F. per la Prevenzione dei Danni da Fumo, Istituto Nazionale Tumori/SIMG, Milano
- Sbrogiò L.\***, **Michieletto F.\*\***, **Tamang E.\*\*\***, **Villanova M. T.°**, \* Servizio Programmi Regionali di Sanità Pubblica, \*\*Direzione per la Prevenzione, \*\*\*Centro Regionale per la Prevenzione, °Coordinamento Regionale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Veneto.
- Sandra Bosi**, Responsabile Servizi Formazione e Prevenzione Lega contro i Tumori-Onlus- di Reggio Emilia, Coordinatrice didattica Piani di Formazione Nazionale per Pianificatori Regionali
- Enrico Massa**, Medico di medicina generale Rappresentante SIMG

La lettura della sessione è particolarmente indicata per il Coordinatore degli interventi del Medico di Medicina generale e degli altri operatori sanitari .

Nel cd di approfondimento sono riportati:

- da Luca Sbrogiò:** documenti istituzionali sul rapporto Dipartimento di Sanità Pubblica e prevenzione delle Regione del Veneto; articolo comparso sulla rivista Tabaccologia sul Progetto “Mamme libere dal fumo
- da Sandra Bosi:** documenti relativi al Progetto Europeo GP’s empowerment .(dicui Lega contro i Tumori di Reggio Emilia e Consulta Nazionale sul Tabagismo sono stati prtners)
- documenti sulle modalità di formazione del MMG e l’ostetrica utilizzati nell’ambito del Progetto Tabagismo della Regione Emilia- Romagna.

## *Ruolo e modalità di intervento del medico di medicina generale e degli altri operatori sanitari nei processi di Prevenzione e cura del Tabagismo*

### Commento alla Sessione

L'intervento di Giovanni Invernizzi, arricchito da una mirabile bibliografia ragionata è particolarmente utile per il pianificatore regionale che intenda affrontare i problemi connessi al coinvolgimento del Medico di Medicina generale.

Da un lato, infatti, chiarisce la tipologia dell'intervento medico, le competenze ed il ruolo specifico che riveste o può rivestire in un contesto di rete; dall'altro si sofferma giustamente sulle caratteristiche peculiari del MMG rispetto alla percezione del fumo, alla sensazione di autoefficacia, ai problemi legati alla misurazione delle cessazioni favorite dal suo intervento.

La piacevolezza dell'articolo chiarisce numerosi nodi che riguardano la figura centrale del Medico di Medicina Generale e, soprattutto, consente di passare con molta naturalezza a quello che, probabilmente, resta il suo ruolo imprescindibile: gestire con professionalità l'invio ad una struttura di secondo livello; intervenire con tecniche specialistiche nel processo motivazionale dell'utente, trattare il fumo di sigaretta come malattia.

Quando questi ruoli saranno sufficientemente chiari e condivisi la costruzione di un intervento territoriale diffuso di cui il MMG sia il cardine e il garante, sarà un obiettivo utile, non difficilmente raggiungibile e agevole da monitorare.

### *Relazione*

**Autore: Giovanni Invernizzi**

*Istituto Nazionale Tumori/SIMG, Milano*

Parole-chiave: fumo; tabagismo; medico di famiglia; medicina generale; counseling; minimal advice; danni immediati; danni a lungo termine; terapia nicotinic sostitutiva; bupropione; profilo di rischio individuale; inquinamento outdoor e indoor; le polveri sottili; centri anti-fumo; raccolta dati; ambulatorio dedicato.

Nonostante la mancanza di un insegnamento specifico nel curriculum accademico, la comunità medica concorda nel ritenere che il medico di medicina generale (Mmg) debba ricevere una preparazione di minima sufficiente per svolgere affrontare la lotta al tabagismo nel setting di cure primarie. Questo documento vuole offrire una sintesi dei compiti che il Mmg dovrebbe svolgere e delle competenze che dovrebbe aver acquisito.

### Il Mmg e il tabagismo: sapere e saper fare

#### La pratica:

1. Somministrare a tutti i fumatori il "consiglio di minima".
2. Registrare in cartella clinica lo status rispetto al fumo di tutti i pazienti.
3. Realizzare un ambulatorio senza fumo.
4. Utilizzare gli strumenti utili per la disassuefazione dal fumo, basati sia sul counseling (test di Fagerstroem, questionari motivazionali)
5. Valutare il rischio individuale per ciascun fumatore e commisurare l'intensità dell'impegno necessario.
6. Diffondere materiale illustrativo di prevenzione e cura del tabagismo in sala d'attesa.
7. Evidenziare con appositi poster il messaggio che "Il tuo medico di famiglia è in grado di aiutarti a smettere".
8. Preparare i collaboratori di studio (infermiera, segretaria) ad aprire il discorso sulla cessazione con i pazienti e incoraggiarli a smettere.

9. Prescrivere la terapia nicotinic sostitutiva
10. Collaborare con i centri anti-fumo accreditati.

#### **La teoria:**

1. Chiarire agli assistiti gli effetti nocivi del fumo di tabacco illustrandone i principali componenti pericolosi e le loro specifiche azioni sull'organismo.
2. Illustrare le relazioni esistenti tra fumo e patologie gravi invalidanti, evidenziando in particolare gli effetti benefici raggiungibili con la sospensione dell'abitudine al fumo.
3. Richiamare – oltre alle conseguenze negative a distanza – gli effetti dannosi “immediati” del fumo conseguenti, ad esempio, all'azione del monossido di carbonio (per esempio performance sportive e così via).
4. Richiamare agli assistiti fumatori il problema del ricolato fine presente anche nelle loro abitazioni e del rischio di un'aria non pulita (fumo passivo) nei confronti dei familiari, dei figli piccoli, delle donne in gravidanza.
5. Spiegare i meccanismi della dipendenza da nicotina evidenziandone la rapidità di azione ed il ruolo di vera e propria “sostanza d'abuso”.
6. Motivare i fumatori attivi a smettere, considerando che una importante quota desidera realmente farlo, e sostenerne positivamente la volontà.

### **A) Le competenze del Mmg**

#### **Le dimensioni del problema.**

Anche considerando solo il cancro del polmone, si stimano annualmente nei Paesi della Comunità europea circa 500.000 decessi, il 90% dei quali dovuti al fumo.<sup>1</sup> Inoltre, il 20% dei fumatori è destinato a sviluppare la bronchite cronica ostruttiva (Bpco) ed è stato calcolato che circa la metà di tutte le cardiopatie ischemiche è legata al fumo. Dopo anni di campagne contro il fumo, si calcola che in Europa attualmente fumi il 25% della popolazione adulta, un valore stabile per il momento e considerato lo “zoccolo duro” al di sotto del quale è difficile scendere. È dunque necessario un maggiore impegno anche da parte della classe medica attorno al problema fumo.

#### **La prevalenza del fumo nella realtà italiana**

I dati dell'indagine DOXA-Istituto Superiore di Sanità relativi al 2006 dimostrano una prevalenza del fumo complessiva del 24%, con gli uomini al 28% e le donne al 20%, mentre gli ex-fumatori sono il 18% (24% di maschi e 12% di femmine): questo vuol dire, in pratica, 12,2 milioni di fumatori, di cui circa 7 milioni di uomini e 5,3 milioni di donne. Interessante è la prevalenza degli ex-fumatori (soprattutto tra gli uomini: è un segnale importante, che sottolinea come smettere di fumare sia non solo possibile, ma altamente realistico, in quanto sulla base di questi dati si può calcolare che sono riusciti a raggiungere questo obiettivo circa 9 milioni di uomini. Tra le donne la percentuale delle ex-fumatrici è inferiore, ma rappresenta comunque 3,3 milioni di fumatrici da portare quale esempio a chi vuol provare a smettere.

#### **Le patologie da fumo**

Sospendere il fumo, anche nei fumatori sintomatici, può prevenire tutta una serie di patologie mortali e non. L'effetto sulle neoplasie è evidente, se si pensa che dopo 10 anni di astinenza dal fumo il rischio di tumore del polmone si riduce del 50-70%; per le neoplasie del cavo orale e dell'esofago la riduzione del rischio è del 50% dopo cinque anni di astinenza, mentre per la vescica il rischio scende del 50% a distanza di alcuni anni. L'astensione dal fumo comporta benefici concreti anche sulla mortalità e morbilità per polmonite che risultano più severe nei fumatori. Smettere di fumare riduce anche le esacerbazioni dell'asma che sono molto più frequenti nei soggetti asmatici fumatori.

A questo proposito dobbiamo riportare che la prevalenza dei fumatori tra gli asmatici è tuttora elevatissima, come risulta dai dati del database di Health Search (che raccoglie i dati di circa 1.000 Mmg) con un 27% tra i maschi e un 22% tra le femmine. È dunque evidente la necessità di un impegno particolare dei Mmg a sostegno di campagne dedicate, a fronte di una patologia sulla quale i prodotti del fumo rappresentano un rischio immediato oltre che a lungo termine.

Il rischio di cardiopatia ischemica si riduce del 50% dopo 1-2 anni di astinenza, il rischio di ictus ritorna al

valore di chi non ha mai fumato dopo 5-15 anni, mentre gli ex fumatori presentano un rischio di arteriopatia periferica inferiore del 50% rispetto ai fumatori.

### **Polveri e sostanze tossiche che si diffondono con il fumo di tabacco.**

Nel fumo di tabacco sono contenute oltre 4000 sostanze, molte delle quali sono cancerogene per la specie umana, altre provviste di azione irritante a livello respiratorio, gas tossici come il monossido di carbonio, gli ossidi di azoto ed una fase solida in sospensione, il cosiddetto “articolato fine”. Si tratta di un inquinante salito solo di recente agli “onori” della cronaca e ben conosciuto per quanto riguarda

l’aria delle nostre città, essendo prodotto nei processi di combustione veicolare e di riscaldamento.

La quantità di polveri sottili, ossia di dimensioni inferiori a 10 micron (Pm10) presenti in ogni metro cubo di aria è correlata secondo autorevoli studi internazionali ad un aumento della mortalità cardiovascolare e respiratoria. Nello “Studio delle 20 Città USA”, per esempio, si è dimostrato

un aumento progressivo dello 0,5 % di decessi giornalieri per ogni 10 microgrammi per metro cubo

(mcg/m<sup>3</sup>) di Pm10 nell’aria ambiente, con un time-lag di 1 giorno. Anche un recente studio italiano, il Misa, ha quantificato gli effetti a breve termine in 8 città italiane confermando l’impatto a breve termine delle polveri sottili sulla salute: per questo motivo nell’attuale situazione, che vede stabilita la soglia massima accettabile del Pm10 a 50 mcg/m<sup>3</sup> e quella d’attenzione a 75 mcg/m<sup>3</sup>, abbiamo assistito con crescente preoccupazione all’aumento dei valori medi di Pm10 nell’aria, che ha raggiunto livelli di 300 mcg/m<sup>3</sup>. Nonostante la chiara percezione dei rischi da ricolato nell’aria outdoor,

il problema dell’inquinamento indoor da Pm10 è stato in ombra per lungo tempo: a causa del fumo di sigaretta, l’inquinamento indoor da Pm10 può raggiungere valori molto più alti dei limiti fissati per l’outdoor, variabili dai 300 ai 5.000 mcg/m<sup>3</sup>, dati confermati dagli stessi laboratori delle multinazionali del tabacco.

La cultura dell’aria pulita negli ambienti confinati fa parte degli strumenti che il Mmg ha a disposizione per convincere e motivare i fumatori a smettere su un terreno condiviso anche di tutela dal fumo passivo, per esempio delle famiglie, dei bambini piccoli o della gravidanza.

### **Il monossido di carbonio**

Anche il monossido di carbonio è un buon argomento per motivare i fumatori a smettere. È conosciuto universalmente come gas velenoso che può essere mortale. È vivo in tutti, grandi e piccoli, il ricordo degli incidenti da fuga di monossido che si verificano, specialmente nel periodo invernale a causa di stufe difettose o alla cattiva manutenzione delle canne fumarie. Venire a conoscenza di quanto si possa essere intossicati dal monossido a causa del fumo è un buon argomento sia per prevenire l’iniziazione

sia per sostenere il fumatore soprattutto al fine di verifica dell’astinenza. È anche un buon metodo per capire quanto una persona fumi ed a che tipo di fumatore siamo davanti. Il medico di famiglia può dotarsi di un analizzatore di CO, che risulterà molto utile nella pratica clinica.

#### **A) La nicotina**

Certamente, analizzando le azioni nocive del tabacco, i rischi conseguenti alle 4.000 sostanze prodotte dal fumo, del monossido di carbonio e del ricolato impallidiscono a confronto con i danni da nicotina. Questa infatti, pur non essendo particolarmente tossica alle dosi liberate con la sigaretta, è la sostanza che provoca la dipendenza e come tale è la vera responsabile di tutti i danni da fumo.

La nicotina induce nel fumatore un miglioramento dei processi cognitivi, dell’attenzione e delle performance psicomotorie, è dotata di effetto ansiolitico, migliora l’umore, ha proprietà euforizzanti e trasmette piacere. Sono questi ultimi effetti quelli che portano il fumatore a ripetere l’atto

alla ricerca del piacere (rinforzo positivo). A tutto ciò si aggiunga la sindrome di astinenza (ansia, difficoltà di concentrazione, irritabilità, insonnia) che il fumatore può avere quando smette di fumare e quindi la spinta a continuare, anche per non provare questi fastidi. In questo caso è il “rinforzo negativo” che fa da stimolo a continuare. Si crea così il ciclo tipico della dipendenza che porta il fumatore ad aver bisogno della sigaretta. Tuttavia la dipendenza da tabacco è un fenomeno complesso in quanto

accanto alla dipendenza farmacologica da nicotina, riconosce anche il peso della dipendenza psicologica e comportamentale.

#### **B) Le caratteristiche delle sigarette leggere “light” o “mild”**

Le multinazionali del tabacco hanno introdotto anni fa le sigarette a basso contenuto di nicotina e di catrame, con tecniche di marketing altamente efficaci, nel tentativo di ridurre il danno da fumo e di contrastare la

crescente contrarietà dei governi rispetto all'uso del tabacco. Ma cosa produce in realtà una sigaretta "light" rispetto ad una "normale"? Provoca un cambiamento nelle abitudini del fumatore, che inizia ad aspirare più intensamente, aumentando le dosi di nicotina di cui ha bisogno. Il risultato

si dimostra osservando la concentrazione di monossido di carbonio nell'aria espirata, che nei fumatori di "light" aumenta invece di diminuire, e le conseguenze sulla salute altrettanto nefaste quanto le sigarette "normali".

### **Il carico dei fumatori per il medico di famiglia.**

Sulla base della prevalenza del fumo tra i soggetti di età superiore ai 14 anni, si può calcolare che un medico abbia circa 300 soggetti fumatori ogni 1000 assistiti. Si tratta però di un campione molto variegato, con un livello di rischio differenziato ma apprezzabile se si considerano alcune malattie di

interesse sociale per le quali il fumo di sigaretta rappresenta un moltiplicatore di gravità. Per esempio un Mmg deve essere consapevole che all'incirca un terzo dei suoi pazienti asmatici, diabetici ed ipertesi fuma e che il 15-20% dei fumatori è destinato a sviluppare una bronchite cronica, il che vuol dire attendersi dai 45 ai 60 pazienti con Bpco. In sostanza, ottime ragioni per intervenire con determinazione!

### **La percezione del problema "fumo" tra i medici di famiglia.**

Solo una decina di anni fa questa domanda suscitava accese discussioni sul fatto che il Mmg non può farsi carico delle cattive abitudini degli assistiti. La situazione è decisamente cambiata da quando il fumo è diventato a tutti gli effetti una malattia e il fumatore un malato bisognoso di cure. La tossicodipendenza da nicotina è quella che fa più danni di tutte le altre droghe messe insieme, ne è consapevole tutta la categoria medica, che ha acquisito gli strumenti necessari per affrontarla. Lo testimoniano le numerose iniziative delle società scientifiche di Mg negli ultimi 20 anni dedicate al problema, con numerose pubblicazioni e ricerche anche sui comportamenti dei Mmg stessi rispetto al fumo e la partecipazione a iniziative nazionali in collaborazione con altre associazioni scientifiche.

L'innovazione tecnologica che permette di condividere gli archivi medici elettronici è dotata del valore aggiunto di poter riflettere sul proprio lavoro in tempo reale e di migliorare l'appropriatezza della performance in medicina generale. Un esempio virtuoso rispetto alla registrazione del parametro

"fumo" in cartella clinica viene dai dati di Health Search, il database condiviso da circa 1000 colleghi appartenenti alla Simg: l'utilizzo del sistema informatico ha portato a raddoppiare la percentuale degli assistiti catalogati come fumatori-non fumatori-ex fumatori che corrisponde al primo gradino delle "5 A" nella lotta al tabagismo da parte del Mmg.

### **I Mmg sono in grado di sostenere il problema fumo?**

A questo interrogativo è stata data una risposta molto chiara nel corso degli ultimi anni. Attraverso un lavoro sistematico di disseminazione delle linee guida nazionali e internazionali sulla cessazione dal fumo, i Mmg hanno potuto verificare una cosa fondamentale: l'esistenza di strumenti semplici ed efficaci su cui basare il proprio intervento, come i questionari motivazionali e di dipendenza, e la

terapia nicotinic sostitutiva (NRT, nicotine replacement therapy). È quello che un Mmg chiede, sapere come fare la diagnosi – anche di gravità – e poter dare una risposta efficace ai bisogni del paziente.

### **L'intervento di cessazione è valido dal punto di vista costo-efficacia?**

La risposta è sì, l'intervento di cessazione dal fumo si compara molto favorevolmente, per esempio, con le statine: una recente analisi britannica ha evidenziato che il costo di un anno di vita guadagnata con le statine è risultato ammontare tra 5.400-13.300 sterline, mentre con gli interventi di smoking cessation si resta tra le 212-873 sterline, con una differenza di 17 volte a favore dell'intervento sul tabacco.

Non solo, ma si consideri che trattare i fumatori significa anche diminuire il consumo di statine, in quanto si riduce la necessità di questo tipo di terapia sulla base delle tabelle del rischio cardiovascolare.

### **La percentuale di successo in Mg è realistica?**

A partire dai risultati dell'intervento minimale (2% circa), il counselling basato sulla diagnosi di dipendenza e sull'accertamento di un livello sufficiente di motivazione, accompagnato dal sostegno di un follow-up regolare nelle settimane successive alla cessazione è in grado di ottenere percentuali di cessazione del 10-15%. L'uso della terapia con nicotina è in grado di raddoppiare tali numeri, rendendo realistiche le aspettative di successo sia per il medico sia per il paziente.

### **C) I livelli di rischio individuale**

Le linee guida per la cessazione dal fumo sono state uno strumento fondamentale per la diffusione del messaggio forte diretto ai fumatori e ai loro medici che smettere di fumare è possibile e che il Mmg è in grado di aiutare il paziente in questo percorso. Tuttavia c'era bisogno di una sottolineatura che mettesse in evidenza la necessità di guardare al fumatore come un paziente dotato di una propria storia di fumo, ma anche di un suo profilo patologico. Le linee guida elaborate alcuni anni fa dal gruppo di studio Simg-Aipo-Fimmg hanno il merito di rispondere a questa necessità, ritagliando il tipo di intervento da parte del Mmg in base al livello di rischio individuale. Identificando tre livelli di rischio (semplice, a rischio familiare, con patologia in atto) il Mmg può intervenire diversificando l'intensità dell'intervento e razionalizzando le risorse.

### **D) Il medico**

Un punto imprescindibile dell'intervento del Mmg è il cosiddetto "commitment", cioè la convinzione di avere un ruolo decisivo nella lotta a un'emergenza sanitaria come quella dei danni da fumo. Altrettanto importante è il bagaglio di conoscenze rispetto al problema, e l'attitudine a intervenire. Ma forse decisiva è la consapevolezza di avere a disposizione strumenti efficaci che porteranno a risultati concreti. Infine non deve mancare la valutazione delle risorse: la situazione ideale è avere a disposizione

personale di studio addestrato che può entrare in contatto con il maggior numero di pazienti ed iniziare autonomamente a effettuare, ad esempio, un minimal advice e può anche assistere nella compilazione dei questionari, portando dal medico un paziente già preparato per affrontare il discorso del programma di cessazione e della terapia. Il ruolo dell'assistente di studio diventa poi indispensabile in fase di follow-up e di assistenza telefonica. Tuttavia anche i Mmg che non hanno a disposizione questa risorsa possono ottenere brillanti risultati con semplici accorgimenti, ad esempio disponendo in sala d'attesa un "angolo per smettere di fumare" con un poster di richiamo, volantini di sensibilizzazione e i questionari da autocompilare e da presentare al momento della visita.

### **E) Il paziente**

Per ottimizzare l'uso delle risorse e l'efficacia degli interventi è indispensabile valutare nel fumatore il cosiddetto "stadio di cambiamento". È noto che la dipendenza da sostanze si può descrivere come un "anello" con diversi stadi che corrispondono a un diverso grado di motivazione. L'anello di Prochaska, dal nome dello psicologo che lo ha messo a punto, descrive il percorso della persona con dipendenza e che inizia dallo stadio di pre-contemplazione: il fumatore si trova del tutto a suo agio con la sigaretta che gli crea piacere e lo soddisfa; in questa fase non esiste la minima volontà di smettere ed il

compito del Mmg è semplicemente di effettuare il "minimal advice" e di rinviare ogni tentativo specifico ad una prossima circostanza, segnalandolo debitamente in cartella. Il tempo però cambia anche il più incallito dei fumatori ed i messaggi sui danni da fumo, le malattie degli amici fumatori, la tosse e la diminuzione della performance sportiva (per gli uomini) o le prime rughe (per le donne) iniziano

spesso a scardinare l'indifferenza, sicché il fumatore inizia a pensare che effettivamente il fumo possa far male o comunque che smettere sarebbe una saggia decisione. È questo lo stadio detto della "contemplazione" a cui segue la "preparazione" a prendere l'iniziativa per smettere ("azione"). A questo passo decisivo che corrisponde spesso a una giornata "speciale", la cosiddetta "quit date", che rimane nella memoria dei fumatori che può essere il compleanno o una qualsiasi altra data connotata da un particolare significato, il fumatore deve essere spinto dal proprio medico di famiglia all'interno del

programma di cessazione. Si deve poi sperare che l'anello sia "rotto", cioè il fumatore non ricada. In ogni caso la ricaduta implica un precedente tentativo che ha avuto un successo parziale e quindi non deve essere vissuta negativamente. Il ruolo del Mmg è di incoraggiare il fumatore a ritentare per un successo definitivo.

### **F) Il "minimal advice"**

È considerato un "dovere" per tutti i Mmg. Sul suo significato le opinioni sono piuttosto elastiche, anche in letteratura ma esiste accordo che esso debba prevedere una breve discussione (circa 5 minuti) sui rischi del fumo, i benefici della cessazione, la sua fattibilità, il programma da seguire e le percentuali di successo. Un investimento che di per sé comporta uno stop-fumo del 2%, importante risultato se si pensa al fattore moltiplicativo legato all'enorme numero di incontri durante i quali ogni giorno i Mmg possono erogare questa "terapia". I punti fondamentali del consiglio di minima sono dettati dalle cosiddette "5 A", dalle iniziali inglesi di

Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange: identificare il paziente fumatore, informarlo sui rischi del fumo, valutare la disponibilità a smettere, essere a disposizione nel seguire il suo tentativo di smettere, organizzare il piano per smettere, orientarlo complessivamente nel percorso, che prevede sempre di fissare una data per smettere di fumare a partire dalla quale è obbligatoria l'astinenza.

### **G) L'intervento strutturato**

È alla portata di tutti i Mmg, anche se comporta un impegno maggiore e una disponibilità personale di tipo semispecialistico. L'intervento strutturato prevede che il percorso delle "5 A" venga seguito con cura, dedicando a ogni punto il massimo dell'impegno. Spesso si dà per scontato il semplice atto formale di chiedere se un assistito fuma, non ha mai fumato, o è un ex-fumatore, cioè "Ask", il primo gradino delle "5 A." Tuttavia non è così banale come sembra, in quanto dimostra che il medico è attento al problema, lo valuta quanto un altro parametro vitale, e si prende la briga di parlarne e di scriverne. È un momento decisivo per la comunicazione medico-paziente sul problema, che spiana la strada al

momento dei consigli ("advise"). Il colloquio deve essere sereno, deve far emergere il rischio individuale da fumo ma sottolineare subito i benefici della cessazione. È utile che di fronte a un fumatore che prende in considerazione di smettere, il discorso possa essere gestito in due tempi, con alcuni suggerimenti al momento, seguiti da un successivo incontro a distanza di qualche giorno (un esempio significativo viene riportato nei riquadri di counselling mirato).

Le indicazioni sull'uso corretto dei sostituti della nicotina è un altro punto critico: come applicare il cerotto e da che ora a che ora, quando ridurre la dose, oppure come utilizzare le gomme, che non vanno masticate ma lasciate a contatto contro la parete interna della guancia. Il tempo necessario per il faccia a faccia iniziale dell'intervento strutturato si può calcolare in 20-30 minuti, in 5 minuti i contatti successivi. È anche importante trovare alleati tra i familiari e gli amici, in modo da evitare le occasioni di ricaduta, che spesso si verificano nei momenti di socializzazione.

### **H) Il riferimento ai centri antifumo**

Secondo le recenti disposizioni, ogni Asl istituisce un centro anti-fumo, pertanto questa risorsa è presente sul territorio nazionale con una distribuzione capillare. A queste strutture, dotate di personale infermieristico, di un medico specialista e di uno psicologo, il Mmg deve fare riferimento nei casi in cui gli interventi che è in grado di effettuare come primo filtro non siano stati efficaci. Soprattutto, e in modo irrinunciabile, nel caso di fumatori affetti da patologie per le quali la cessazione sia un imperativo. Anche nel caso di invio al centro anti-fumo, il Mmg deve offrire la disponibilità alla collaborazione e comunque creare uno spirito di "alleanza" con il fumatore per sostenerlo nel tentativo.

## **Criticità**

Nonostante i Mmg siano ormai perfettamente informati dei rischi dell'epidemia tabagica, il loro impegno nell'aiutare i fumatori a smettere è tuttora ampiamente migliorabile. La ragione preminente di questa situazione è di carattere organizzativo: solamente offrire il consiglio di minima prevede dai 3 ai 5 minuti di tempo, l'esame dei questionari di dipendenza e di motivazione un minimo di 5 minuti, i consigli sulla terapia nicotinic sostitutiva (quale prodotto scegliere e come usarlo) altri 5 minuti. Inoltre i Centri anti-fumo accreditati spesso non sono facilmente raggiungibili, le liste di attesa spesso prevedono tempi molto lunghi, e solo in poche Regioni l'accesso al Centro è considerato come una visita specialista soggetta a prescrizione mutualistica. Una delle risorse dei prossimi anni è la maggiore diffusione della medicina di gruppo su scala nazionale, con la presenza di personale infermieristico competente in grado di collaborare con il medico.

## Bibliografia ragionata.

**Doll R, Crofton J. Tobacco and health. British Medical Bulletin 1996;52:3-11.** Riassume il lavoro epidemiologico pionieristico di Sir Richard Doll, iniziato nel 1950 con l'osservazione delle conseguenze di un campione di medici di famiglia inglesi. Di lì a pochi anni Doll fu in grado di evidenziare l'associazione tra fumo e cancro del polmone. Il campione stesso è stato monitorato per oltre 30 anni, permettendo di dimostrare l'associazione tra fumo di tabacco e bronchite cronica ostruttiva, tumore della lingua e della laringe, infarto miocardico e arteriopatia ostruttiva, fino a giungere all'elenco –tuttora in espansione- di 28 patologie dovute – o peggiorate- dall'esposizione al fumo.

**The Health Benefits of Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General, Washington DC, US Department of Health and Human Services. DHHS. Publication No (CDC) 90-8416, 1990.** Sono i dati autorevoli del Ministero della Sanità statunitense, che hanno dimostrato i benefici della cessazione dal fumo: benefici a breve termine come la riduzione del rischio cardiovascolare che si manifesta già a un anno dalla cessazione, e benefici a lungo termine, come la riduzione del rischio di tumore al polmone, che si annulla dopo 10 anni dalla cessazione.

**Samet JM, Dominici F, Curriero FC, Van Coursak I, Zeger SL. Fine particulate airpollution and mortality in 20 U.S. cities, 1987–1994. N Engl J Med 2000;343:1742-9.** È uno degli studi epidemiologici di riferimento a sostegno della tossicità dell'inquinamento da polveri sospese ( $PM_{10}$ ,  $PM_{2.5}$ ): un aumento della concentrazione di  $10 \text{ mcg/m}^3$  di  $PM_{10}$  comporta un aumento della mortalità cardio-respiratoria nei giorni immediatamente seguenti dello 0.5%.

**Invernizzi G., Ruprecht A., Mazza R., Majno E., Boffi R.: La misurazione in tempo reale del particolato fine prodotta da fumo di sigaretta negli ambienti indoor: risultati di uno studio pilota. Epidemiol Prev, 2002; 26:2-6.** L'evidenza della tossicità dell'inquinamento atmosferico da polveri evidenzia ha portato le amministrazioni nazionali e internazionali a fissare limiti precisi per  $PM_{10}$  e  $PM_{2.5}$  per l'outdoor: il confronto con l'inquinamento indoor da fumo di sigaretta nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro –che risulta molto più elevato, come dimostrato da questo studio italiano- ha portato all'introduzione di misure di smoking policy, come il divieto di fumo imposto dalla legge Sirchia dal 10 gennaio 2005 in Italia.

**Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R, Rossetti E, Sasco A, Nardini S, Boffi R. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. Tobacco Control, 2004; 13:305-307.** I risultati di questo studio hanno un alto impatto educativo sui giovani: le sigarette producono più che non un motore diesel di nuova generazione a parità di tempo, cosa che fa riflettere i giovani ecologisti con la sigaretta in mano.

**Benowitz NL. Cigarette smoking and nicotine addiction. Med Clin North Am. 1992; 76(2):415-37.** Neal Benowitz è uno dei pionieri degli studi sui meccanismi farmacologici che portano alla dipendenza da nicotina. I suoi lavori hanno portato all'inserimento della nicotina nel catalogo delle droghe a tutti gli effetti: la nicotina, soprattutto, è dotata della maggiore capacità di indurre dipendenza, superiore a cocaina, eroina, cannabis, alcol e caffeina.

**American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM IV, Fourth Edition, 1994.** Il manuale dove la dipendenza da nicotina è classificata come vera e propria patologia psichiatrica.

**Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. NEJM 1995. 333:1196-1203.** La NRT è efficace e sicura, e funziona su basi biologiche bene precise, fondamentalmente riducendo la sindrome di astinenza che è massima nelle prime due settimane di astensione.

**N Gray, J E Henningfield, N L Benowitz, G N Connolly, C Dresler, K Fagerstrom, M J Jarvis, P Boyle. Toward a comprehensive long term nicotine policy. Tobacco Control 2005;14:161–165.** Una panoramica della terapia nicotinic sostitutiva, che viene vista come un possibile sostituto “pulito” del fumo di tabacco,



anche a lungo termine per certe categorie di fumatori “difficili”, cioè ad alto rischio individuale e incapaci di smettere.

**Pollay R W, Dewhirst T. *The dark side of marketing seemingly “Light” cigarettes: successful images and failed fact.* Tob Control, 2002; 11: 18- 31.** Lo studio dimostra come la dicitura “Light” è assolutamente fuorviante: di leggero queste sigarette non hanno nulla, perché l’esposizione a monossido di carbonio e ai cancerogeni risulta uguale o addirittura superiore alle sigarette normali, a causa del fenomeno della “compensazione”: il fumatore di sigarette “leggere” aspira più a lungo e più a fondo per recuperare la stessa dose di nicotina a cui era abituato.

**Invernizzi G., Codifava A.: *Tabacco fates. Quello che c’è da sapere sul fumo.* Rivista Simg 5, 13-21, 2000.** Una panoramica sui problemi del fumo di tabacco scritta da medici di famiglia per medici di famiglia.

**Invernizzi G, Bettoncelli G, D’Ambrosio G, Zappa M, Calzolari M. *Carbon monoxide, cigarettes, and family doctors.* Tumori, 87:117-9, 2001.** Quanto fumano i medici di famiglia? Questa indagine effettuata nel 2000 nel corso di un congresso di Mmg, ha evidenziato che fumavano meno della popolazione generale, utilizzando oltre ai questionari, anche la prova biologica della concentrazione del monossido di carbonio nell’aria espirata (per definizione, 10 ppm sono lo spartiacque tra fumatori e non).

**McNeill A, Bates C. *Smoking cessation in primary care...how to spend NHS money much more effectively.* ASH, Action on Smoking and Health. London July 2000.** L’intervento del Mmg può essere efficace nell’aiutare i fumatori a smettere: lo dice questo studio autorevole (Bates è il responsabile di una delle più efficienti agenzie pubbliche contro il fumo di tabacco, ASH). Ma i dati si riferiscono ai GPs inglesi, meglio organizzati, finora, di quelli italiani.

## *Altre professionalità coinvolte nei programmi di primo livello di disassuefazione al fumo (counselling breve antitabagico del personale infermieristico ed ostetrico, attività degli agenti accertatori...)*

### Commento

Il contributo di Sbrogiò e colleghi offre al Pianificatore Regionale alcuni significativi spunti di riflessione: da un lato, infatti, pone l'accento sul ruolo del Dipartimento di Prevenzione.

Questo ci dà la possibilità di inserire nella sessione dedicata agli interventi che coinvolgono altri operatori professionali e al concetto di rete, alcune utili precisazioni.

Quali sono i servizi che interloquiscono naturalmente con il gruppo dei Pianificatori regionali?

Credo stia emergendo in forma molto chiara che se i Sert, i Dipartimenti di Pneumologia, la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori sono gli interlocutori privilegiati per Coordinamento e gestione di Servizi legati alla Disassuefazione al fumo, esistono tuttavia molti altri servizi da coinvolgere:

Ostetricia e Pediatria di Base e di Comunità per la programmazione di interventi finalizzati alla difesa dall'esposizione al fumo dei giovanissimi; Dipartimenti di Prevenzione, Sanità Pubblica e Medicina del Lavoro per la programmazione di campagne di marketing sociale, di tutela della salute dei lavoratori e di programmazione di azioni rivolte alle collettività secondo modalità che colleghino la dimensione educativa a quella educativa.

Da tali considerazioni è facile concludere che il Pianificatore regionale non ha che l'imbarazzo della scelta fra tutti i possibili interlocutori: in ogni realtà, a seconda dell'analisi dei bisogni e della motivazione dei possibili partners si può decidere di impostare il progetto facendo riferimento ad un servizio piuttosto che a un altro e costruendo intorno ad esso la rete di collaborazioni.

L'articolo di Sbrogiò è di particolare interesse anche perché ci presenta una esperienza di coinvolgimento delle ostetriche in un programma generale di counselling rivolto alle donne in gravidanza, effettuato in collaborazione con LILT e Collegio Nazionale delle ostetriche. (una modalità di collaborazione innovativa che può risultare stimolante per i Pianificatori regionali che stanno riflettendo su questi temi).

### *Relazione*

**Autori: Sbrogiò L.\*, Michieletto F.\*\*\*, Tamang E.\*\*\*, Villanova M. T.°.**

*\* Servizio Programmi Regionali di Sanità Pubblica, \*\* Direzione per la Prevenzione, \*\*\* Centro Regionale per la Prevenzione, ° Coordinamento Regionale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Veneto.*

Parole chiave: Fumo, prevenzione, counselling, ostetriche, vigilanza.

### 1. Premessa

Il controllo dell'epidemia tabagica, come già ampiamente ripetuto in questo volume, necessita di strategie complesse che mirano a contrastarne l'accettabilità sociale, a vietare la pubblicità ed aumentare il prezzo dei prodotti del tabacco, a vietarne l'uso in ambienti pubblici, ad aiutare quanti intendono smettere, ecc. Questo approccio "comprehensive", cioè multifattoriale e sistemico, si avvantaggia di una analisi del problema che consideri i tanti volti con i quali il fumo si presenta. Il fumo è infatti:

- un fattore di rischio per lo sviluppo di molte patologie;
- uno stile di vita tra i più nocivi;
- una malattia (farmacodipendenza)
- una "malattia cronica", con fasi di riacutizzazione e di remittenza.

L'insieme di queste definizioni ci aiuta a conoscere meglio la natura del fenomeno, a trovare le soluzioni più appropriate per ciascuno di tali aspetti e, infine, a chiamare all'appello diverse figure professionali o settori della società che, congiuntamente, rendono più facile il controllo del tabagismo.

A partire dalle definizioni date possiamo infatti schematicamente identificare quali figure professionali, e per quali competenze specifiche, possono utilmente esplicare un ruolo sul tema:

Definizione	Punto di vista prevalente	Operatore sanitario prevalente
<b>fattore di rischio</b>	Epidemiologico - preventivo	Operatori Dipartimento di Prevenzione (DP)
<b>Stile di vita</b>	Psicologico – educativo	operatori DP e Dipartimento Dipendenze (DD)
<b>malattia</b>	Clinico	medico – psicologo (DD, MMG, altri setting clinici)

Le specifiche competenze professionali in realtà non costituiscono compartimenti stagni ma tendono a presentare ampie sovrapposizioni e confini sfumati. Tale caratteristica, comune anche ad altri problemi sanitari, presenta il rischio di presentare alcuni punti di vista come prioritari e omnicomprendivi, escludendo o riducendo altri contributi. E' invece evidente che l'attiva collaborazione tra i diversi operatori permette di "fare sistema", cioè di coprire, almeno dal punto di vista sanitario, l'intera complessità del problema.

Ovviamente l'apertura alla società civile intesa come scuola, Enti locali, Associazioni, mondo del volontariato, Parlamento, ecc. amplifica e rafforza l'impegno contro il fumo moltiplicando l'efficacia degli interventi (si pensi l'enorme impatto avuto dall'art. 51 della legge 3/2003 a tutela dei non fumatori – divieto di fumo negli ambienti pubblici).

Le revisioni sistematiche hanno evidenziato quali sono le principali strategie efficaci di controllo del tabagismo oggi a disposizione degli operatori sanitari: counselling, gruppi per smettere di fumare, trattamento farmacologico, marketing sociale, educazione sanitaria, cambiamento socio-culturale ed economico-legislativo.

Tali strategie hanno valori di efficacia molto variabili (dal 2-3% a oltre il 30%) ma applicandosi su popolazioni di entità molto diversa (da poche migliaia a milioni di persone) producono un impatto in termini di salute di una comunità molto vario (strategie molto efficaci ma applicate su popolazioni ridotte hanno un impatto di salute molto più modesto di strategie meno efficaci ma applicate su vaste popolazioni).

Oltre a questi due elementi (efficacia, popolazione di riferimento), altri elementi quali l'efficienza, la complessità organizzativa, la sostenibilità nel tempo ed il gradimento dell'utente vadano considerati nello sviluppare le strategie di controllo.

Gli operatori sanitari a vario titolo interessati alla lotta al tabagismo hanno competenze e background professionali che li rendono specialisti qualificati di specifiche strategie preventive. In un sistema maturo, ad ogni categoria di professionisti è chiesto di attuare le strategie efficaci "di competenza" (professionale ed istituzionale), pur all'interno di una cornice di riferimento istituzionale (di ASL, di Regione), al fine di creare quel "sistema" *comprehensive* di cui sopra.

Alla luce di quanto detto, la Regione del Veneto ha inteso sviluppare le competenze di diverse categorie professionali. Particolare attenzione è stata rivolta al **personale ostetrico ed infermieristico** che si aggiunge ai medici di medicina generale nel fornire counselling antitabagico agli assistiti, e agli **operatori dei Dipartimenti di Prevenzione** che, a partire da una specifica attenzione al sostegno della normativa di controllo del fumo, svolgono una funzione di sviluppo di "ambienti liberi dal fumo".

Al personale dei Dipartimenti di Prevenzione del Veneto è anche demandata in gran parte l'analisi epidemiologica, l'educazione ed informazione sanitaria nonché il coordinamento generale delle attività di prevenzione in senso lato. L'avvio di una completa rete regionale (ASL e LILT) di ambulatori per smettere di fumare e corsi per smettere di fumare completa l'offerta assistenziale.

## 2. Presentazione del tema

### 2.1 Il counselling antitabagico e ambiti di applicazione

Il **counselling** viene definito come: “l'intervento volontario e consapevole del medico o di altro operatore sanitario nei processi decisionali del suo paziente” in vista di un obiettivo condiviso di salute. E' quindi “un processo di interazione tra due persone, il counsellor ed il paziente, il cui scopo è di abilitare il paziente a prendere una decisione”. Si identifica pertanto come una relazione di aiuto più complessa di quella spontanea, basandosi sulla capacità di andare incontro alla persona affinché questa comprenda la situazione e gestisca il problema assumendosi le responsabilità delle scelte. (1,2)

Vi sono ormai dati certi sulla efficacia del **counselling antitabagico** (3). Esso garantisce in media da 2 a 10 possibilità in più su 100 di smettere di fumare rispetto a chi non riceve alcun intervento. Vi è dimostrata efficacia per attività di counselling condotto da personale medico, infermieristico, ostetrico e anche da operatori non sanitari. Sulla base di studi riportati vi è dimostrazione che il counselling è più efficace se condotto da personale addestrato. L'efficacia del counselling può sembrare modesta ma bisogna considerare che anche la riduzione anno per anno del 2% del numero dei fumatori rappresenterebbe un risultato enorme in termini di salute pubblica. Tale impatto richiede l'intervento di counselling da parte di tutto il personale intercalato in modo sistematico nella attività ordinaria.

In cosa consiste il counselling antitabagico? Essenzialmente in:

- identificare i fumatori;
- diagnosticare la fase di cambiamento nella quale si trova il fumatore;
- avviare la riflessione con coloro che non vogliono smettere di fumare;
- sostenere il soggetto fumatore che è pronto a smettere di fumare con tecniche idonee;
- mantenere il contatto, offrire follow up in incontri successivi.

Lo svolgimento di questa attività richiede in media dai 5 ai 10 minuti (counselling breve) ed è elettivamente condotto da personale con semplici competenze di counselling. Diversamente, il counselling esteso o intensivo è condotto da counselor professionalmente formati, con elevato background psicologico, non utilizzabile nel contesto di seguito definito.

Alla luce di quanto detto, il **personale infermieristico** può fare molto per aiutare i pazienti a smettere di fumare. L'efficacia del loro intervento varia significativamente in funzione della tipologia di assistito, raggiungendo il massimo con i pazienti cardiopatici e affetti da patologia polmonare. Le esperienze già condotte in Italia e all'estero hanno ribadito l'importanza della formazione del personale impegnato ed il sostegno organizzativo e “politico” per l'inserimento dell'intervento di counselling antifumo nella pratica ordinaria in modo che diventi parte integrante del lavoro quotidiano.

Un **setting** di intervento molto particolare e oggi particolarmente sensibile e organizzato sul tema è quello **ostetrico**. L'ISTAT (2) fotografa un sistema contraddittorio che vede, a fianco del gran numero di donne che cessano di fumare durante la gravidanza, un'alta percentuale che riprende dopo il parto, sullo sfondo di una popolazione di giovani donne fumatrici in numero sempre maggiore e un'esposizione elevatissima dei bambini al fumo di tabacco anche in famiglia. Da ciò si evince l'importanza di una strategia educativa volta a favorire l'abbandono del fumo da parte della donna (e del partner) che intenda divenire mamma (e papà).

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha recepito l'urgenza di tale problematica assegnando alle Aziende Sanitarie l'obiettivo di tendere alla situazione in cui nessuna donna sia fumatrice in gravidanza, obiettivo ribadito con il successivo PSN 2003-2005. I dati epidemiologici suggeriscono inoltre che alle donne vada inoltre fornito un adeguato sostegno affinché quante smettono non riprendano dopo il parto.

Per iniziativa della **Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori** e della **Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO)** nel 2001 è nato il programma nazionale di counselling ostetrico “Mamme libere dal fumo”, con lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico, per il sostegno motivazionale alla disassuefazione ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale, dimostratosi efficace per il cambiamento comportamentale

(5-8). Dal 2003 la **Regione del Veneto** applica il programma in modo sistematico. Ciò ha permesso di testare la fattibilità di un percorso di implementazione locale del progetto evidenziando i punti di forza e le criticità connesse (vedi all.1).

#### A) 2.2 Attività e ruolo del personale dei Dipartimenti di Prevenzione (vedi all.2)

I Servizi afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione stanno orientando sempre più la loro attività alla prevenzione delle malattie cronico-degenerative (patologia cardiocircolatoria, patologia neoplastica). In questo contesto la modifica degli stili di vita correlati a patologia assume un ruolo di grande importanza e, naturalmente, il controllo del fumo di tabacco è centrale in relazione alla gravità del quadro epidemiologico connesso al suo consumo.

Nell'ambito del controllo del tabagismo, le competenze degli operatori del DP sono di natura professionale (ciò che i professionisti che lavorano nei Servizi “sanno fare”) sia istituzionale (intesa come attribuzione di responsabilità specifica – “è compito di...” identificata con provvedimenti specifici).

La **competenza professionale** sul tema nei DP è garantita da:

- medici specialisti igiene e medicina preventiva (disciplina igiene, epidemiologia e sanità pubblica) e medici specialisti in medicina del lavoro;

- assistenti sanitari;

- tecnici della prevenzione.

Complessivamente essi svolgono:

- analisi dei bisogni di salute e delle aspettative socio-sanitarie della popolazione;

- valutazione e controllo dei fattori influenti la salute;

- **pianificazione, realizzazione e valutazione di interventi di prevenzione, promozione della salute e sanità pubblica;**

- **analisi organizzativa ed organizzazione di servizi sanitari.**

L'attività è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero. Medico e Assistente Sanitario svolgono attività sia personalizzate (rapporto diretto con un singolo assistito) che su comunità, con utilizzo professionale anche di tecniche che sono volte ai cambiamenti comportamentali. Il tecnico della prevenzione ha caratteristiche professionali che risultano specifiche tra i professionisti della salute, con particolare riferimento al ruolo di Ufficiale di Polizia Giudiziaria nell'espletamento di attività di vigilanza loro affidata. Peraltro va sottolineato che nel tempo a tale funzione (eredità del “vigile sanitario”) si è affiancata con sempre maggiore forza una moderna visione di supporto ad azioni preventive e di promozione della salute.

In generale, le **competenze istituzionali** dei Dipartimenti di Prevenzione sono definite nella seguente normativa: **L. 833/78** e successive integrazioni; Accordo 22 novembre 2001 tra Governo, Regioni e Province Autonome sui Livelli Essenziali di Assistenza (**LEA**) e atti amministrativi regionali. In tali documenti è posta enfasi sulle attività di analisi, strategia complessiva, valutazione nonché azioni specifiche volte alla creazione e mantenimento di ambienti igienicamente rispondenti alla normativa e alle indicazioni scientifiche disponibili. L'applicazione della recente normativa per la tutela della salute dei non fumatori (**L. 3/2003**) prevede delle attività di competenza del personale afferente ai DP, con particolare riferimento alla fase autorizzativa (a partire dall'analisi di progetto per apertura nuovi locali) e alla successiva attività di ispezione e vigilanza. Il nuovo ruolo che vengono ad assumere i DP può essere colto in una ottica più ampia di sanità pubblica come previsto anche dall'apposito programma sviluppato dal Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute.

### 3. Linee metodologiche e suggerimenti per il referente regionale

#### 3.1 Il programma di counselling ostetrico “Mamme Libere dal Fumo”

Il programma è oggi avviato ed in via di strutturazione in diverse realtà regionali. La **LILT** garantisce il supporto di volontari e professionisti per le ulteriori necessità di sviluppo del programma; i **Collegi Provinciali delle Ostetriche** si sono resi disponibili per facilitare i percorsi organizzativi, favorire la motivazione del personale ed identificare le modalità di implementazione locale più idonee; i **Sistemi Sanitari Regionali** e le

**ASL** sostengono l'attività formativa e rendono disponibile il personale per l'attuazione del counselling. Tale sinergia rende possibile il progressivo coinvolgimento nazionale di tutte le ostetriche (circa 16.000 in Italia) e, loro tramite, il raggiungimento di tutte le donne in gravidanza, delle loro famiglie ed, infine, tutte le donne che si rivolgono all'assistenza ostetrica. L'uniformità dello sviluppo del programma nel territorio nazionale, la coerenza scientifica ed organizzativa, il monitoraggio *in progress* e la valutazione finale sono garantite dalla direzione tecnico-scientifica operante presso la Lega Tumori di Treviso.

La prima fase del programma nazionale prevede l'organizzazione di corsi regionali di formazione per ostetriche formatrici finalizzato all'acquisizione di conoscenze relative alla relazione fumo di tabacco – gravidanza (e, più in generale, sull'epidemia da tabacco), di modalità di conduzione di un'attività di counselling breve standardizzato alla donna ed al partner, di appropriate modalità di monitoraggio e valutazione di efficacia dell'intervento. Tali ostetriche formatrici formeranno successivamente le loro colleghe per poter avviare un'azione di counselling sistematica in tutte le Regioni italiane.

Lo sviluppo regionale Veneto del progetto ha seguito i seguenti *step*:

- forte *commitment* istituzionale con inserimento del progetto MLF nella strategia antifumo della Regione del Veneto e coinvolgimento organizzato di tutte le Az. ULSS e Ospedaliere;
- definizione di un adeguato finanziamento specifico (40.000 €/anno per tre anni) finalizzato alla produzione materiali aggiuntivi e allo *start up* delle ASL e ospedaliere (per formazione e incentivi al personale);
- attività di formazione del personale impegnato nelle attività di counselling;
- studio di fattibilità, monitoraggio e valutazione.

Il programma ha inoltre attribuito un ruolo centrale al “**referente tabacco**” delle Az. ULSS e Ospedaliere al fine di:

- favorire i percorsi aziendali per la formazione;
- favorire l'accettazione del programma da parte dei Responsabili delle U.O. coinvolte (Consultori familiari e Reparti di Ostetricia e Ginecologia);
- favorire le azioni inerenti il monitoraggio e la valutazione;
- rendere disponibili i materiali formativi ed educativi;
- favorire l'interessamento dei media.

La formazione delle formatrici è stata condotta con moduli di una giornata e mezza, fornendo contenuti epidemiologici, etio-patogenetici, tecniche di counselling, modalità di monitoraggio e valutazione, normativa. Nell'occasione sono stati illustrati e consegnati i materiali del programma:

- guida nazionale al counselling per il personale ostetrico (9);
- materiali per le formatrici (cd-rom e cartaceo);
- materiale didattico (kit formativo esteso utilizzato per la formazione delle formatrici e un kit formativo ridotto per formare le proprie colleghe), moduli per l'ECM, schede per il monitoraggio dell'attività di counselling;
- materiali per l'utenza (opuscolo per le famiglie, bindello, bavaglino, poster e locandina).

Il monitoraggio e la valutazione di efficacia dell'attività sono coordinati centralmente (livello regionale) sulla base di protocolli sperimentati e condivisi.

### **3.2 Counselling infermieristico**

Lo sviluppo delle attività di counselling infermieristico condividono in gran parte le caratteristiche organizzative del counselling ostetrico. Una guida è disponibile (10) e recentemente aggiornata. Sono necessari adattamenti per setting (per reparto, per tipologia di assistiti, per gruppi di servizi che seguono particolari utenze). In diverse realtà sono state sperimentate alcune applicazioni (es. nel Veneto in U.O. di Cardiologia, U.O. di Pneumologia, Consultorio familiare, U.O. di Ostetricia e U.O. di neonatologia) con successo. Si suggerisce di avviare tali attività a partire da situazioni locali di maggior sensibilità in attesa di strutturare programmi definitivi.

### **3.3 Attività e ruolo del personale dei Dipartimenti di Prevenzione**

In considerazione delle competenze professionali ed istituzionali degli operatori del Dipartimento di

Prevenzione, nel Veneto, con specifico atto di pianificazione, sono state identificate le seguenti “linee di lavoro” a valenza interdipartimentale (SISP con SPISAL, SIAN e SEPS):

- analisi epidemiologica (prevalenza fumatori, esposizione fumo passivo, analisi dei determinanti, mortalità e morbosità correlate, ecc.);
- supporto alla valutazione di interventi informativi e formativi condotti da personale dell’Az. ULSS o da esterni;
- marketing sociale (sensibilizzazione ed informazione alla popolazione generale, a target specifici, e ai “decisori”, organizzazione e partecipazione alle iniziative nazionali e locali sul tema);
- promozione strategie intersettoriali contro il fumo (costruzione rete intra ed extraaziendale, controllo fumo passivo mediante sostegno attivo all’applicazione normativa sul fumo, counselling ordinario anti-tabagico, in associazione ad altre iniziative di counselling condotte dal personale);
- formazione specifica degli operatori coinvolti.

## 4. Criticità

### 4.1 Il programma di counselling ostetrico “Mamme Libere dal Fumo” e counselling infermieristico.

L’esperienza veneta ha focalizzato criticità organizzative (stabilizzazione dell’innovazione) e tecnico-scientifiche (conduzione del colloquio con i pazienti difficili, mantenimento dell’astensione spontanea, modalità di invio al “secondo livello”, terapia farmacologica in gravidanza e allattamento, superamento della logica “tabaccocentrica” con inserimento del problema in un orizzonte più vasto di assunzione di stili di vita preventivi). Lo sviluppo delle attività “sul campo”, gli approfondimenti scientifici ed il confronto tra operatori ed utenti daranno indicazioni su superamento delle citate criticità.

### 4.2 Attività e ruolo del personale dei Dipartimenti di Prevenzione

Il principale limite all’assunzione del nuovo ruolo “promotivo” è quello del **superamento della logica della vigilanza** che, oltre che essere di natura culturale, ha un riferimento di tipo legislativo (ruolo di Ufficiale di Polizia Giudiziaria dei tecnici della prevenzione). Per gli aspetti culturali, la Regione del Veneto si è mossa fornendo idonea formazione. Per gli aspetti normativi si è accettata l’interpretazione secondo la quale il ruolo UPG è assunto solo su mandato specifico e per l’area di competenza. In questo senso è stato possibile utilizzare TdP per indagini epidemiologiche e la costruzione di setting liberi dal fumo. E’ comunque auspicabile un pronunciamento ufficiale del Ministero della Salute per quanto di competenza.

## 5. Conclusioni

Con le modalità qui descritte il programma **MLF** è in via di attivazione in diverse Regioni italiane. L’uniformità dello sviluppo del programma nel territorio nazionale, la coerenza scientifica ed organizzativa, il monitoraggio *in progress* e la valutazione finale sono garantite dalla direzione tecnico-scientifica operante presso la Lega Tumori di Treviso e la Direzione Regionale per la Prevenzione del Veneto. Un ulteriore progresso potrà essere costituito dall’inserimento del programma di formazione al counselling nel **corso di laurea per ostetriche** e nei **progetti** promossi dal Ministero della Salute nell’ambito delle attività del **CCM**. Sostenendo ed organizzando l’impegno delle Sezioni Provinciali LILT, delle ostetriche, delle articolazioni regionali del Sistema Sanitario Nazionale e del privato accreditato, esistono tutti i presupposti per ottenere nei prossimi anni una grande diffusione del programma, con effetti sulla salute dei bambini importanti e misurabili.

Analogamente, l’inserimento in CCM e sorte sostegno centrale (Ministero e Regioni) può garantire un ampio sviluppo delle attività afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione.

## 6. Bibliografia

Per una bibliografia più completa si rinvia agli allegati. Qui di seguito è riportata una bibliografia essenziale relativa alle fonti di efficacia degli interventi ed ai materiali messi a disposizione dai programmi citati.

1. Zannoni F., Mamon J., Pilati G., “Come aiutare i pazienti a smettere di fumare. Guida per i medici di medicina generale”, Regione del Veneto, Centro di educazione alla salute, Padova, 1992
2. Busa F., De Pieri P., Pianon G., Sbrogiò L., Tamang E., Toffanin R., Vianello S., “Come aiutare i pazienti a smettere di fumare - manuale per la realizzazione del progetto di counselling”, Regione del Veneto - Centro di educazione alla salute, Padova 1996.
3. Clinical Evidence ed. Italiana vol 2, 2003
4. ISTAT, “Aspetti della vita quotidiana 1999”, Statistiche in breve, aprile 2001
5. British Medical Association, “Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health”, 2004.
6. Lumley J., Oliver S., Waters E., “Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy” - (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
7. Klerman L.V., Rooks J.P., “A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking”, J Nurse-Midwifwry 1999; 118-123
8. Moner S.E., “Smoking and pregnancy”. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 26-36
9. Sbrogiò L., Rossato Villanova M.T., (a cura di), “Mamme libere dal fumo. Guida al counselling ostetrico” – Treviso 2001, Roma, 2003; <http://www.prevenzione.ulss7.veneto.it/documenti/MLF/guida.pdf>
10. Zannoni F., Sbrogiò L., “Come aiutare i pazienti a smettere di fumare. Guida per il personale infermieristico”, Padova 1993.

## 7. Appendici

Per meglio comprendere l’articolazione dei programmi relativi al counselling ostetrico e al ruolo degli operatori dei Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione si rimanda a seguenti allegati:

1. Articolo MLF “Tabaccologia”
2. Capitolo “ruolo SISF” in Atti convegno Venezia 2004



## *La rete degli operatori come strumento fondamentale per affrontare il tema del tabagismo: alcuni esempi*

### Commento

L'articolo di Sandra Bosi può considerarsi in continuità ideale con l'articolo di Luca Sbrogiò: completa e approfondisce a livello teorico la ragionevolezza, la praticità e l'economicità di un sistema di relazioni e collaborazione il più possibile allargato, introducendo una esemplificazione tratta dall'esperienza della regione Emilia-Romagna che connette a livello sia progettuale che operativo il coordinamento regionale con i Servizi sanitari, la Lega contro i Tumori, l'Ufficio scolastico regionale, l'Università.

Rispetto all'esperienza veneta il ruolo dell'ostetrica formatrice delle allieve della Scuola di Ostetrica insieme agli operatori dei Centri Antifumo, dei ginecologi e dei pediatri di famiglia, si gioca su più livelli:

- Educativo perché inserita nei Gruppi Provincia senza Fumo dove collabora alla realizzazione di programmi didattici rivolti alle scuole
- Formativo perché gestisce corsi di aggiornamento con le colleghe e con le studentesse universitarie
- Di supporto alla ricerca perché partecipa a programmi di monitoraggio e segue tesi di studio su aspetti specifici e innovativi del Tabagismo oggetto di sperimentazione
- Sanitario/assistenziale perché ha inserito nel proprio ruolo professionale la capacità di svolgere un intervento motivazionale appropriato con la donna in gravidanza, nel consultorio giovani, negli ambulatori di Prevenzione Oncologica, nei Gruppi per la Menopausa.

Queste riflessioni sul coinvolgimento di altre figure professionali rispetto a compiti specifici sul fumo (un'analoga esperienza concerne il coinvolgimento degli agenti accertatori e delle caposala in attività di counselling ospedaliero), inducono una considerazione fondamentale per il concetto di rete.

Lavorare in rete comporta il tramonto di una separazione netta fra intervento di primo e secondo livello: dalla Prevenzione alla Cura l'azione è o dovrebbe essere specialistica, orientata, finalizzata e inserita in un contesto.

Tutti gli operatori dovrebbero conoscere bene il fenomeno tabagismo, conoscere le tecniche di approccio, la differenza fra un programma di gruppo ed un avviso motivazionale.

Ognuno, poi, elaborando consapevolezza sulla complessità del compito, svolge in modo specifico e professionalizzato il proprio ruolo.

### *Relazione*

**Autore: Sandra Bosi**

*Lega contro i Tumori-Onlus- Reggio Emilia*

La multidisciplinarietà di cui si è così a lungo parlato consente da un lato un miglioramento delle strategie di accertamento dei danni legati al fumo, un perfezionamento della metodologia di approccio terapeutico e un ampliamento delle vie e dei modi adottati per la sensibilizzazione dell'utenza, dall'altro la costituzione di un modello culturale che modifichi la percezione del problema "fumo di sigaretta" da parte di tutti gli attori interessati.

Il secondo punto è indubbiamente il più innovativo e sottovalutato: i medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari che non hanno una preparazione specifica sul tema, si sentono spesso impotenti riguardo alle loro possibilità di intervento nelle abitudini individuali.

In termini molto generali e introduttivi si potrebbe pertanto affermare che aumentare la motivazione a smettere di fumare, migliorare le strategie di rispetto della normativa vigente, migliorare l'efficacia dei programmi di prevenzione dell'abitudine al fumo nella scuola, difendere l'infanzia dall'esposizione al fumo passivo significa anche questo:

1. creare una rete di ostetriche, ginecologi, pediatri, medici di medicina generale e personale infermieristico in grado di offrire un supporto motivazionale agli utenti fumatori per aiutarli a smettere.

2. formare i docenti della scuola dell'infanzia e della scuola elementare affinché siano consapevoli della rilevanza del loro compito educativo relativamente alla maturazione della scelta del non fumo nell'adolescenza.
3. sviluppare linguaggi e strumenti adatti alle diverse fasi del processo di attesa e di crescita (dalla gravidanza alla prima infanzia) per sostenere motivazioni e mantenimento dei cambiamenti degli stili di vita individuali.
4. favorire politiche sociali a difesa di ambienti liberi dal fumo.
5. diffondere con mezzi diversificati la necessità di non fumare mai in ambienti chiusi.
6. approfondire la consapevolezza che la sigaretta è una droga e sostenere i tentativi per smettere di fumare in collaborazione con centri specialistici.
7. non sottovalutare l'impatto positivo che il fumo di sigaretta ha avuto per anni sull'immaginario: in conseguenza di ciò utilizzare per ogni comunicazione una modalità di proposta che unisca e approfondisca aspetti cognitivi con aspetti affettivi. E' necessario, dunque, fare leva sulla dimensione simbolica che accompagna tutti i processi di apprendimento, valorizzando non quanto si dice, ma il rilievo e le possibilità di accoglienza che il messaggio ha nel vissuto individuale.
8. ripetere e diffondere le informazioni, agire in collaborazione con altri operatori della prevenzione, adoperare modalità di diffusione semplici e dirette, ricordando che la capacità di comunicare non è una dote naturale, ma una tecnica specialistica, per la quale vale la pena di investire qualche energia personale e professionale.

Nel caso della prevenzione all'abitudine al fumo significa realizzare interventi specifici per ognuno degli attori coinvolgibili in un servizio di educazione e cura: ostetriche, ginecologi, pediatri, genitori, insegnanti, personale infermieristico, agenti accertatori etc.

Il campo d'azione è piuttosto vasto; occorre perciò delimitarlo con una prima riflessione di carattere generale che riguarda il nostro obiettivo primario:

Assumendo come esempio di problema la riduzione dell'esposizione al fumo passivo nella prima infanzia, dovremmo riuscire sia a ridurre le occasioni in cui i bambini sono esposti al fumo di sigaretta, sia ridurre il numero dei genitori fumatori. L'obiettivo è strettamente legato all'ottenimento di un cambiamento della percezione culturale, sociale e di emergenza sanitaria del gesto del fumo; per questo motivo è inevitabilmente veicolato dai temi di Educazione alla salute affrontata a scuola e nei, purtroppo rari, luoghi sanitari deputati alla Prevenzione.

Per inquadrare il problema in termini generali è necessario, dunque, costruire i presupposti perché Pediatri di famiglia, ostetriche, ginecologi, medici di medicina generale e personale infermieristico, forniscano strumenti di comunicazione e informazioni adeguati a scuole e famiglie e agiscano secondo una metodologia comune e specialistica.

Perché questo accada è necessario introdurre proposte innovative e mantenute a lungo termine, in sintonia con la valorizzazione ed il rispetto del concetto di salute che si è andato affermando negli anni.

“Salute” non più intesa come mancanza di malattia, come benessere fisico e attenzione alla dimensione della corporeità, bensì come equilibrio psico-fisico e attenzione alle interazioni fra benessere psicologico e biologico; integrazione armonica fra l'individuo e l'ambiente in cui vive, acquisizione di consapevolezza delle responsabilità individuali e collettive per la promozione di uno star bene personale, affettivo, spirituale e sociale.

Gli interventi di educazione alla salute, in perfetta coerenza con l'affermazione di questa concezione, devono privilegiare nella scuola come nell'informazione clinica (rapporto pediatra e famiglia dell'assistito, percorsi di preparazione al parto, attività dei consultori, ambulatorio del MMG, etc...) gli approcci generali, definiti tecnicamente come “trasversali” che hanno allargato, modificato e reso più complesso l'orizzonte tradizionale degli interventi.

Per fare un esempio banale si ricorda, ad esempio, che un pediatra, un ginecologo, un'ostetrica non può ritenere di fare “prevenzione” limitandosi a dire una volta soltanto ai genitori fumatori di un loro assistito che il fumo fa male.

La sintesi del processo necessario a migliorare le strategie di rete di intervento sul fumo può essere utilmente riassunta in alcuni punti fondamentali:

1. la considerazione dell'educazione alla salute come obiettivo primario della formazione scolastica e della

- prevenzione clinica che, come tale, deve trovare spazio adeguato nella ordinarietà del curriculum didattico di ogni docente e nella pratica medica e/o infermieristica della normalità;
2. la necessità di evitare la trattazione esclusiva dei singoli temi (fumo di sigaretta, alcol, droghe, alimentazione, igiene corporea, AIDS) per privilegiare un percorso di acquisizione di atteggiamenti e modelli di riferimento che aiutino la famiglia a scegliere responsabilmente cosa di volta in volta è migliorativo per la salute fisica, psicologica e sociale dei genitori e dei figli;
  3. l'affermazione di una concezione di salute che unisca corporeità, benessere psicologico e integrazione sociale e, per effetto della quale, l'attenzione scolastica e sanitaria alla qualità delle relazioni diventi prioritario;
  4. la volontà di sottrarre la gestione dei progetti agli esperti per valorizzare le competenze dei docenti a scuola e dei singoli operatori della salute nella sanità, integrando ogni azione nell'ordinarietà: educare alla salute a scuola è importante tanto quanto promuovere l'educazione linguistica, logico/matematica, artistica; nella sanità educare alla salute è importante tanto quanto prescrivere esami di controllo, terapie e vaccini.

## I Progetti Pilota della Regione Emilia Romagna per la difesa dell'infanzia e delle famiglie dall'esposizione al fumo passivo.

La Regione Emilia-Romagna ha curato la realizzazione di diversi programmi e interventi specifici diretti a proteggere l'infanzia dall'esposizione al fumo passivo.

Se, infatti, può bastare un corso di formazione, un aggiornamento scientifico, a convincere gli operatori sanitari e socio/educativi (ostetriche, ginecologi, pediatri, medici di medicina generale, assistenti sanitari), che è **necessario** astenersi dall'abitudine al fumo in attesa o in presenza di bambini, è facile verificare quanto questo non sia sufficiente per cambiare i comportamenti individuali o per mettere in atto processi formativi e comunicativi finalizzati ad ottenere tali risultati.

Nell'ambito del Progetto Regionale Tabagismo, ampia è stata l'attenzione dedicata alla prima infanzia e alla famiglia

In particolare è utile ricordare in questo contesto il contributo teorico e di approfondimento operativo conseguito attraverso l'attuazione di tre progetti:

Infanzia a colori, Baby no Smoke, Difendi il tuo bambino dal fumo.

**Infanzia a colori** è trattato nell'articolo che riguarda gli interventi di Prevenzione del Tabagismo rivolti ai giovani.

**Baby no Smoke e Difendi il tuo bambino dal fumo** coinvolgono rispettivamente ginecologi e ostetriche, e pediatri di famiglia.

Entrambi i Progetti sono oggetto di una sperimentazione pilota realizzata dalla Lega contro i Tumori di Reggio Emilia in collaborazione con il Gruppo Provincia Senza fumo, l'Azienda Sanitaria Locale, l'Azienda ospedaliera, l'Ordine dei Medici, la Federazione dei Pediatri e il Collegio delle ostetriche.

Il progetto **Baby no Smoke** attivato nel 2001, ha avuto come obiettivo la messa a punto di interventi dell'ostetrica finalizzati alla promozione della sospensione dell'abitudine al fumo in gravidanza delle future mamme, fumatrici.

Non si è ancora riflettuto abbastanza sull'impatto che la nascita di un bambino può avere sulle abitudini della madre; c'è stata una sottovalutazione della capacità rivoluzionaria che la forza di generazione ha sulla psiche della donna.

La necessità e il desiderio di accogliere nel proprio mondo di pensieri, sentimenti ed azioni un nuovo essere umano, inducono la donna a ripensare al proprio rapporto intimo con la vita. Saper cogliere in modo proficuo questa tensione al cambiamento per modificare il rapporto con talune abitudini (per esempio prospettare la possibilità di sciogliere il proprio intimo legame con la sigaretta) è una opportunità che ginecologo, ostetrica e medico di famiglia non possono non cogliere.

La sfida è quella di preparare un nido il più accogliente e ospitale possibile, un nido in cui rifiutare atteggiamenti negativi sia per la salute fisica che per la salute psicologica valorizzando l'intimità e profondità di un legame che la gravidanza inaugura fra genitori e nascituro. In questo processo di cambiamento ed attesa è facile, infatti, ottenere il coinvolgimento del futuro padre, che tende a colmare il vuoto della sua genitorialità

diretta (con coinvolgimento del corpo in tutte le fasi del processo di gestazione), attraverso una grande disponibilità alla partecipazione fisica e di modificazione di comportamenti, alle scelte della compagna.

L'ostetrica, resa consapevole di questo suo ruolo attraverso un adeguato percorso di formazione, porta avanti la sua relazione con la coppia in attesa di un figlio con le modalità seguenti:

dopo la rilevazione delle abitudini al fumo dei genitori ( ed è significativo di quanti genitori , il 12% delle donne e il 28% degli uomini continuano a fumare anche durante una gravidanza), si realizza un incontro informativo rivolto a tutti, indipendentemente dalle abitudini individuali rispetto alle sigarette.

Occorre, infatti, sottolineare, che anche coppie di non fumatori hanno spesso atteggiamenti molto permissivi riguardo alla possibilità di lasciar fumare all'interno della loro abitazione amici o parenti fumatori, di accettare l'esposizione al fumo passivo sul luogo di lavoro o di frequentare bars, ristoranti e pizzerie in cui il fumo sia consentito per accontentare chi, in compagnia, non sa separarsi dalle sigarette.

L'incontro informativo termina con la proposta ai futuri genitori fumatori di partecipare ad un programma di interventi individuali e/o a piccoli gruppo di counselling per la disassuefazione. In sostanza l'ostetrica si mette a disposizione dei partners per offrire un supporto specialistico finalizzato alla facilitazione dell'abbandono delle sigarette.

A Reggio Emilia, il programma dal 2001 ad oggi , ha portato ad una sostanziale riduzione dell'abitudine al fumo delle coppie in attesa di un figlio: le donne che restano fumatrici durante la gravidanza sono passate dal 12% al 4%, con uno scoglio molto forte rappresentato dalle forte fumatrici; i padri fumatori sono scesi dal 28% al 22%.

Chi partecipa al programma viene seguito per tutta la gravidanza; nell'ambito del corso di preparazione al parto viene offerto a tutti un nuovo rinforzo finalizzato alla consapevolezza dei danni che l'esposizione al fumo passivo arreca durante i primi anni di vita.

Non dimentichiamo, infatti che, se molti genitori, adeguatamente informati e sensibilizzati, accettano di astenersi dal fumo in gravidanza, soltanto pochissimi accettano di allontanarsi per sempre dalle sigarette. Succede pertanto che, subito dopo l'allattamento , le neo mamme e i neo papà riprendano con relativa tranquillità la loro vecchia abitudine.

Per tale motivo, l'ostetrica rinforza i messaggi dati nel corso di preparazione al parto anche durante il puerperio e, successivamente, le famiglie sono seguite dal loro Pediatra di riferimento.

Anche in questo caso si sta attuando la sperimentazione pilota a Reggio Emilia che vede tutti i pediatri di famiglia coinvolti in una importantissima azione di educazione e sostegno alla Prevenzione, "**Difendi il tuo bambino dal fumo.**"

Il Pediatra consegna a tutte le famiglie dei nuovi nati un foglio di indicazioni utili per un corretto comportamento riguardo alla difesa del bambino dall'esposizione al fumo passivo: le indicazioni contenute nel messaggio informativo sono estremamente semplici .

Si invitano i genitori a non fumare mai davanti ai bambini .

L'abitazione dovrebbe essere sprovvista di portacenere e, anche in presenza di ospiti, l'abitudine di fumare consentita solo su terrazzi e balconi e, comunque, in spazi aperti.

Si raccomanda di non fumare mai in auto.

Si informano i genitori dei danni che l'esposizione al fumo passivo crea in gravidanza e nella prima infanzia: Si ricorda altresì che la maggior parte dei fumatori ha genitori fumatori e che, pertanto, occorre segnalare che il bambino vive comunque come **positivo** il rapporto che il proprio genitore ha, con le sigarette.

Si invitano i genitori a scegliere Scuole dell'Infanzia e Istituti comprensivi in cui si operi in contesti di Scuole libere dal fumo e si danno alcune indicazioni per affrontare in modo adeguato il tema del fumo con i bambini.

Tutte le famiglie dei nuovi nati in cui almeno uno dei genitori sia stato fumatore durante la gravidanza riceve, inoltre, un opuscolo informativo specifico, consigli per il rinforzo motivazionale ed un supporto alla disassuefazione al fumo nel caso in cui sia intenzionato a smettere.

I genitori sono seguiti dal pediatra di famiglia per un periodo di tre anni.

Il ruolo del Pediatra prosegue poi con la collaborazione nella realizzazione dei Corsi di formazione per genitori alla scuola dell'infanzia e alla scuola primaria e con una azione specifica sui propri assistiti preadolescenti, finalizzata a chiarire con i ragazzi tutte le ragioni per cui è importante non cominciare a fumare.

Le esperienze di rete consolidatesi in molti territori dell'Emilia-Romagna fra MMG, pediatri di famiglia e di comunità, ostetriche, consultori giovani e Centri Antifumo hanno facilitato il rapporto con le strutture universitarie.

Da tre anni la regione cura in collaborazione con gli operatori formati dei diversi servizi (ostetricia, pediatria, centri Antifumo, etc....) la realizzazione di Corsi presso le scuole di Ostetricia dell'Emilia-Romagna sul problema della Prevenzione e cura del Tabagismo.

Cito questa esperienza, perché la collaborazione ha dato luogo alla stesura di tesi di Laurea utili al monitoraggio di progetti di particolare interesse, favorendo una integrazione reale fra prevenzione, formazione, ricerca e servizi sanitari.

## Che tipo di comunicazione accomuna i programmi oggetto di sperimentazione?

I tre progetti sopradescritti sono accomunati da alcuni principi:

- Favorire occasioni di approfondimento metodologico e tematico sulle modalità di affrontare il tema della esposizione al fumo;
- Offrire a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel progetto strumenti per una adeguata sensibilizzazione di bambini, genitori, docenti, preadolescenti e famiglie;
- Favorire interventi che operino una modificazione della percezione del fumo di sigaretta all'interno della comunità;
- Favorire la percezione del problema del fumo come dipendenza, senza enfatizzare gli aspetti nocivi che la sigaretta provoca alla salute del fumatore stesso ed invece enfatizzando le responsabilità dell'adulto educatore;
- Agire in sintonia con genitori, docenti e bambini per acquisire una percezione condivisa dell'importanza di crescere, lavorare e vivere in ambienti e liberi dal fumo e sviluppare modalità di comunicazione idonee all'obiettivo.

I principi citati sono il cardine di un modo nuovo di concepire la prevenzione che vede figure professionali con una formazione diversa unite per realizzare un obiettivo comune.

La strategia comunicativa si fonda su alcuni punti fondamentali:

1. tutti gli attori coinvolti (pediatri, medici di medicina generale, personale infermieristico, ostetriche, docenti) debbono condividere la concezione del fumo di sigaretta come dipendenza patologica: in sintesi è necessario che sia chiaro a tutti l'azione di condizionamento della nicotina sui meccanismi di gratificazione/ricompensa del sistema limbico attraverso il controllo della liberazione di taluni neurotrasmettitori.

La consapevolezza dell'esistenza di tale meccanismo (che non è noto alla maggior parte dei docenti e dei genitori e forse sfugge nella sua generalità anche a qualche operatore sanitario) è utile a interrompere i sensi di colpa dei fumatori, a chiarire che quasi mai è possibile smettere di fumare solo con la volontà e a definire l'approccio terapeutico adeguato: i pediatri, le ostetriche, i medici di famiglia possono avere a disposizione "l'avviso breve" e il "rinforzo", in quanto tecniche specialistiche dell'approccio motivazionale che costituisce la modalità più adatta per gestire una relazione di aiuto nei processi di cambiamento.

Se, quindi, è indispensabile che gli operatori di primo livello (personale tecnico) siano dotati di una formazione specialistica sugli aspetti di base del colloquio motivazionale, è necessario anche che chiariscano alcuni obiettivi di base di educazione sanitaria.

2. Gli obiettivi, semplici e specifici (per esempio: "non fumare mai davanti al bambino" perché questo gli può cagionare problemi alla salute e sudditanza psicologica legata all'interiorizzazione di un modello genitoriale di fumatore percepito affettivamente come positivo e cognitivamente come ambivalente) debbono essere ripetuti con diverse modalità spiegandone efficacemente i motivi.
3. Tutti i messaggi (avviso motivazionale, lettera, opuscoli) sono accomunati dall'intento di agire in modo specifico su un singolo tratto del percorso sanitario ed educativo.

Durante la gravidanza sono efficaci messaggi legati alla agli effetti nocivi del fumo di sigaretta sul nascituro, ma anche messaggi che evidenzino che cosa significhi, anche psicologicamente, legare la creazione dell'immaginario individuale di un figlio a paesaggi familiari inquinati dal fumo.

Durante l'allattamento è importante insistere sulla trasmissione di sostanze tossiche dalla madre al neonato e sulla opportunità di completare un processo di cambiamento accogliendo un figlio nel modo più opportuno.

Durante i primi anni di vita del bambino è utile trasmettere semplici accorgimenti (non fumare in casa, non fumare in auto, frequentare luoghi non contaminati dalle sigarette) e insistere sull'esempio che ogni genitore rappresenta per il proprio bambino.

Di rado i fumatori sono orgogliosi della loro abitudine; è pertanto importante attirare la loro attenzione sull'influenza che possono esercitare sui minori nonostante le precauzioni adottate..

4. E' utile anche insistere sull'interazione che le diverse modalità di comunicazione hanno nei processi educativi: il comportamento e la qualità della relazione sono infatti molto più significativi di frasi ripetute spesso anche in tono convinto. (Fumare in presenza di un paziente, di un figlio o di un allievo indebolisce moltissimo la forza dei consigli).

E' inutile dire che lo stesso ciclo può riguardare il coinvolgimento dei colleghi e si può applicare benissimo al ruolo professionale del Pianificatore Regionale che incontrerà politici e tecnici precontemplativi (molto restii ad occuparsi di fumo e poco persuasi dell'efficacia dell'intervento), contemplativi (incerti sul cosa fare e come farlo); determinati (sensibili al problema, ma ancora in fase di riflessione), pronti all'azione (entusiasti di avere un'opportunità per occuparsi di un tema da loro ritenuto prioritario).

Per costruire una rete d'intervento efficace il pianificatore regionale:

- Dovrà motivare il collega, il tecnico o il partner politico precontemplativo fornendogli dati informazioni sul rilievo del tema;
- Incoraggiare il contemplativo mostrandogli esperienze, dati, cronogramma, analisi di fattibilità;
- Collaborare con il determinato per trasformare l'ideazione in pianificazione e realizzazione;
- Collaborare con chi è pronto per l'azione per sviluppare il processo progettuale.

La capacità motivazionale, cui si è fatto così spesso cenno in questo volume, trova nel passaggio precedente una esemplificazione forse semplicistica, ma reale, dei comportamenti più efficaci per costruire una rete di operatori collaborativi perché persuasi del significato e della rilevanza del loro compito.

## Bibliografia ragionata essenziale:

Per un inquadramento generale sulle modalità di costruzione di una rete di collaboratori efficace per prevenzione e promozione alla salute di può vedere:

**Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersam A.** *Community coalitions for prevention and health promotion: factors predicting satisfaction, participation and planning*, Health Education Quarterly 1996; 23(1): 65-79

**King Ja, Morris LL:** *How to assess Program Implementation*. Newbury Park: Sage Publications, 1987, Chapter 3: Planning for data collection, pp.42/ 59

Esiste molta bibliografia anche italiana sulla conduzione del focus group come tecnica che il Pianificatore regionale dovrebbe ben dominare per costruire relazioni efficaci, stimare i bisogni e stimolare una progettazione partecipata. Segnalo questo testo perché è un buon riferimento teorico e programmatico:

**Krueger, R.** *Focus groups: A practical guide for applied research*. Thousand Oaks: sage publications, 1994

Un'altra segnalazione per approfondire il concetto di rete.

**Falgheraiter F** *Interventi di rete e comunità locali*, Erickson, 2001

*Una conferma autorevole di quanto sostenuto sopra per aumentare l'efficacia degli interventi sul fumo si può trovare in:*

**Lancaster T, Stead I, Silagyc, Sowden A.** *Regular review: Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library*. BMJ 2000; 321:355-358.

una guida forse un po' datata, ma completa e di riferimento per approfondire la conoscenza della tecnica.

**Miller W, Rollnick S;** *Il colloquio di motivazione*, Erickson, 1998

Un'altra voce autorevole su cosa funziona rispetto ai trattamenti:

**World Health organization (2000a).** *Report of the second WHO European meeting on evidence-based treatment of tobacco dependence*. Copenhagen: World Health organization Regional Office for Europe

# La valutazione dell'intervento del MMG

**Relatore: Enrico Massa**

Asl 15 Regione Veneto

Con questa breve relazione vorrei:

- Fornire i dati relativi all'efficacia dell'intervento del MMG nella cessazione dal fumo
- Discutere i dati
- Proporre alcune riflessioni su come si potrebbe migliorare l'efficacia dell'intervento
- Valutare le ricadute possibili di un intervento nella prevenzione del fumo sui pazienti, sui medici, sui servizi.

I dati sull'efficacia dell'intervento di cessazione dal fumo sono del 2% con l'intervento minimale del MMG; si raggiunge il 10-15% con l'utilizzo del counselling + follow—up e il 30% se, a questo, si associa la terapia sostitutiva.<sup>12</sup>

Si è visto che, peraltro, non vi è differenza di risultato tra il consiglio breve opportunistico offerto dal MMG o dal Medico ospedaliero.

Si conferma, comunque, che il consiglio breve opportunistico può determinare un tentativo di smettere di fumare nel 40% dei contatti.

Le Linee guida dell'English Health Development Agency conferma che i fumatori devono ricevere informazioni precise ed obiettive sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci nella disassuefazione dal fumo.<sup>3</sup>

I MMG tendono, però, prevalentemente, a offrire supporto ai fumatori con patologie correlate o alle donne in gravidanza.<sup>4</sup>

E' minore il loro intervento nella prevenzione primaria(circa 38,7%), anche se vi sono diffuse esperienze in molte regioni con progetti di intervento in prevenzione primaria, nei quali è prevista la collaborazione con il MMG.<sup>5</sup>

Se è vero che il MMG vede l'80% dei suoi pazienti in un anno, e vede tutti i suoi pazienti in tre anni, come mai il suo intervento è così poco efficace?

Secondo Drummond la valutazione riguarda l'analisi di linee alternative di intervento ed è intesa ad agevolare la scelta.<sup>6</sup>

Il problema del fumo è caratterizzato da un mix di voluttuarietà e patologia; "l'immagine sociale del fumatore è carica di significati simbolici positivi che implicano l'autoaffermazione, la sicurezza, lo sprezzo del pericolo. Le motivazioni personali hanno a che fare con le gratificazioni sensoriali e la rassicurazione determinata da comportamenti automatizzati che fanno del fumare un'attività completa, espressione della personalità"<sup>7</sup>.

Interventi istituzionali ad alto costo e complessa organizzazione come gli screening producono un'adesione massima di circa il 60%.

L'intervento del MMG è viceversa un intervento individuale che si svolge in un setting nel quale il suo impegno principale è quello di definire le priorità tra i problemi posti dal paziente. L'inserimento di un messaggio, anche breve, fuori dai problemi posti dal paziente richiede formazione, autorevolezza, convinzione professionale e capacità comunicativa.

Valutare, quindi, un intervento occasionale, semi-strutturato breve come quello offerto dai MMG ai loro pazienti fumatori è impresa complessa e difficile.

Gli interventi di cessazione dal fumo possono essere suddivisi in interventi psico-sociali (counselling, materiale informativo, terapia comportamentale) e terapia farmacologica( nicotina, bupropione). In una revisione sistematica Cochrane sull'efficienza degli interventi sui soggetti fumatori con BPCO e enfisema che ha incluso 5 studi, di cui 2 di alta qualità, si è visto che vi è maggiore efficienza negli interventi combinati , psicosociali e farmacologici. Non vi sono studi su questo tipo di pazienti con interventi psicosociali versus placebo.<sup>8</sup>

In un'altra revisione Cochrane su 20 studi in soggetti con infarto miocardio vi è stata una riduzione del 36% del rischio relativo di mortalità tra quelli che smettevano di fumare confrontati con quelli che continuavano a fumare oltre ad una riduzione del reinfarto non fatale.<sup>9</sup> Ciò sta a significare che rispetto alle due più importanti cause di morbilità e mortalità per fumo la cessazione del fumo dovrebbe essere il primo obiettivo terapeutico da raggiungere, ancor prima dell'uso delle statine. Ma ciò evidentemente non accade se , sommando tutti gli interventi, riusciamo a far interrompere il fumo a meno di un terzo dei fumatori.

Una delle peculiarità del MMG è il tempo di contatto medico-paziente, il quale avviene per i motivi più vari (sanitari, burocratici, assicurativi, fiduciari). In questi contatti i MMG parlano spesso del fumo: “sempre” il 38,7% e ne parlano in particolare quando vi è una patologia correlata al fumo.<sup>10</sup> E’ stato, peraltro, dimostrato che vi è una relazione diretta tra tempo di contatto medico-fumatore e l’efficacia dell’intervento. Infatti un contatto medico-fumatore in cui venga effettuato un counselling minimo (< 3 min.) produce un aumento della probabilità di smettere di fumare di circa un terzo rispetto a nessun contatto; l’aumento si raddoppia con un counselling medio (3-10 min); aumenta di 4 volte con un counselling lungo (> 10 min). Ma questi sono studi effettuati in ambiente organizzato e ambulatori dedicati. Credo, quindi, che l’intervento del MMG vada valutato su alcune direttrici che tengano conto del suo setting di lavoro:

- a. Il MMG vive al di fuori di un contesto strutturato e riconosciuto per interventi di prevenzione e pertanto sarebbe molto opportuno che egli divenisse parte integrante di un sistema di prevenzione con un ruolo definito che non sia quello di “inviante a..”.
- b. L’intervento del MMG si svolge prevalentemente in modo opportunistico; ciò, però, non esclude che il contatto si svolga all’interno di una rete preordinata e supportata da attività e organizzazione collaterali delle quali il MMG si senta parte attiva.

D’altronde, la ricerca effettuata nella Regione Veneto: Conoscere per Cambiare ha dimostrato che i MMG hanno piena coscienza dei danni prodotti dal fumo (oltre l’85% lo considera dannoso); il 76% riconosce di dover intervenire per modificare i comportamenti della gente e minimizzare i fattori di rischio; e si riconosce un ruolo nell’identificare i soggetti a rischio (83%), informare la popolazione (68%) e effettuare prevenzione individuale (54%).

La stessa ricerca ha evidenziato come il 78,9% dedica “poche volte” o “mai” tempo per un counselling strutturato. Pochissimi prescrivono terapia farmacologica oltre a dare consigli pratici (8,9%) e il 45,3% dichiara di non impegnarsi mai nei trattamenti che abbinano farmaci e counselling strutturato o consigli pratici.

Alla luce di questi dati personalmente ritengo che se l’ambulatorio del MMG fosse organizzato per svolgere prevenzione del fumo i risultati potrebbero migliorare ed essere più stabili nel tempo.

Infatti un’esperienza fatta nella mia ASL 15 del Veneto avente per obiettivi:

- la riduzione del consumo di tabacco tra gli assistiti dei MMG partecipanti con una attività sistematica e standardizzata di counseling antifumo
  - collegare l’attività dei MMG con le altre iniziative in atto
- ha ottenuto una riduzione del 16% dei fumatori ad 1 anno.

E’, quindi, importante che il MMG si senta parte integrante di un sistema e supportato nella sua attività, in quanto egli può intervenire su richiesta del paziente o su sua iniziativa ma avendo molta attenzione alle ricadute nel rapporto medico-paziente, poiché interferire al di là della richiesta del paziente può comportare cambiamenti importanti di prospettiva nella relazione medico-paziente, come è dimostrato, d’altronde, dal fatto che ripetere brevi messaggi non modifica la percentuale dei successi.

Il problema, quindi, degli scarsi risultati dell’intervento del MMG potrebbe non essere tanto la tipologia dell’intervento offerto ma il fatto che esso non venga effettuato nell’ambito di un’azione sistematica del sistema sanitario di cui il MMG è uno degli strumenti professionali che dedica tempo e spazio ai problemi della popolazione.

Le ricadute sui pazienti sarebbero positive per la facilità di accesso, il minor dispendio di tempo e il minor dispendio di risorse complessive.

Per i medici: quelli di MG vedrebbero riconosciuto un ruolo di sanità pubblica da lungo tempo solo sulla carta e i medici specialisti potrebbero dedicarsi ad azioni integrative e ai casi complessi.

Per i servizi sanitari sarebbe un contributo alla riduzione delle liste d’attesa e soprattutto ad un più appropriato svolgimento dei compiti professionali dei medici di 2 livello.

In conclusione ritorna imperativo il concetto di integrazione dei servizi, specie quando si parla di interventi complessi per la modifica degli stili di vita. L’attribuzione di precisi compiti ad ogni figura professionale è la leva per ottenere risultati migliori ma l’importante è che tutti si sentano parte integrante del progetto.



## *Sesta sessione*

# **Interventi di Prevenzione e cura del Tabagismo rivolti ai giovani**

### **Articoli di:**

- Claudia Monti\***, **Tamang E.\*\***, **Pettenò Annarosa\*\***: \* Istituto Oncologico Romagnolo \*\*Centro Regionale per la Prevenzione, Regione del Veneto.
- Sandra Bosi**,  
Responsabile Servizi Formazione e prevenzione Lega contro i Tumori-Onlus-  
di Reggio Emilia, Coordinatrice didattica Piani di Formazione Nazionale per  
Pianificatori Regionali
- Angela Villani**,  
Responsabile Ufficio Scolastico Regionale della Campania
- Elisabeth Tamang**,  
Centro Regionale per la Prevenzione Regione Veneto

Nel Cd di approfondimento della sessione sono riportati:

- dal Progetto Regionale Tabagismo della Regione Emilia-Romagna:** guida didattica *Lasciateci Puliti e Documentazione relativa al Progetto Infanzia a colori*;
- da Sandra Bosi:** Documenti sul Progetto “Le vie del fumo”; “Vinci con lo sport scommetti in salute”; percorsi di Analisi immaginativa e scrittura creativa per giovani”

## Commento alla sessione

Gli articoli consentono una riflessione unica : Monti, Tamang, Pettenò a cui dobbiamo un faticosissimo lavoro di bibliografia ragionata, affrontano il tema della valutazione dell'efficacia degli interventi di Prevenzione dell'abitudine al fumo nelle scuole di diverso ordine e grado.

Le loro indicazioni ai Pianificatori regionali sono fondamentali perché le peculiarità della scuola così ben descritte dalle autrici, rendono necessario un coordinamento ed una programmazione sistematici e monitorati che prevedano continuità di operatori, docenti e risorse.

Nell'articolo di Sandra Bosi si approfondisce uno degli aspetti legati alla predisposizione di Progetti adeguati: è necessario utilizzare metodologie diverse a seconda delle età, ma soprattutto è fondamentale modificare le immagini legate al fumo nelle singole tappe educative: fumo e ambiente come parole chiave per l'accesso alla simbologia infantile; fumo e gruppo, pubblicità e pressioni dirette e indirette, responsabilità e capacità di scelta diventano le chiavi di accesso per la prima adolescenza; dipendenza, fattore di rischio, identità personale, rispetto della norma, relazione più ampia con il divertimento e le sostanze psicoattive sono le chiavi di accesso al mondo dei giovani dai 15 ai 19 anni.

E' necessario che un Pianificatore regionale sia consapevole dell'esistenza di chiavi di accesso diverse non solo per ideare, pianificare e monitorare i programmi, ma anche per curare la coerenza del messaggio educativo con eventuali campagne di dissuasione, strumenti multimediali utilizzati, filmati e documentari messi a disposizione delle scuole.

Un ultimo aspetto riguarda gli interventi legati ai giovani : come immaginare le connessioni fra processo educativo e informazioni?.

Il percorso è stato segnato da 2 svolte fondamentali:

Dapprima fare educazione alla salute ha significato fornire informazioni su determinati argomenti; poi è diventato promuovere un benessere generale e generico con le metodiche più disparate.

Oggi si considera l'informazione una parte importante del processo educativo: nell'infanzia sono fondamentali le informazioni sul fumo di sigaretta come fattore di inquinamento ambientale ( le informazioni legate alla qualità dell'aria e al rapporto fra aria e respiro); per l'adolescente dai 12 ai 15 anni sono importanti soprattutto le informazioni che riguardano i danni legati all'estetica e alla diminuzione dell'efficienza fisica. Per i ragazzi dai 15 anni in poi sono importanti le informazioni sui meccanismi della dipendenza, a cui, comunque, si possono collegare gli effetti che la sigaretta provoca a lungo termine sulla salute.

In questa sessione è fondamentale l'intervento completo, efficacissimo, lucido, innovativo e segnato da cultura divergente di Angela Villani.

Il mondo della scuola fa il suo ingresso nel volume rendendo evidente come i Pianificatori regionali non possano prescindere da collaborazioni e contaminazioni con il settore.

Lo scambio avvenuto negli ultimi mesi fra Angela e la sottoscritta ha posto in rilievo come l'istituzione scolastica non possa continuare a restare il partner di un livello successivo al processo di ideazione e pianificazione: la Villani avrebbe preferito , avrebbe giustamente desiderato che i docenti fossero invitati anche in questa prima fase del Piano Nazionale di Formazione sul Tabagismo.

E' una provocazione e uno spunto su cui i lettori sono chiamati a riflettere, godendosi, nel frattempo, la prospettiva di uno sguardo che si spinge oltre la sanità.

# *Programma di prevenzione dell'abitudine al fumo di sigaretta nella scuola secondaria di primo grado: metodologie e criteri di validazione*

## *Relazione*

**Autori: Claudia Monti\*, Tamang E.\*\*, Pettenò Annarosa\*\***

*\* Istituto Oncologico Romagnolo \*\*Centro Regionale per la Prevenzione, Regione del Veneto.*

### **Parole chiave**

Fumo, prevenzione, giovani, scuola, prevenzione del tabagismo and Scuola Secondaria, educazione contro il fumo and adolescenti, educazione contro il fumo and Scuola Media, Smoking Prevention, young people, Smoking and Program Evaluation

## **1. Introduzione**

Benché la prevalenza dei fumatori tra gli adulti si stia riducendo, in molti paesi europei, il tabagismo tra gli adolescenti è un fenomeno in crescita soprattutto tra le ragazze. Ridurre questo fenomeno rappresenta una delle sfide attuali per gli operatori sanitari e per il Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti in Nord America e in Europa Occidentale la riduzione del consumo di sigarette è il più efficace intervento per il controllo del cancro, e da sola è stata quantitativamente più importante di tutti i miglioramenti registrati dalla diagnosi e terapia dei tumori.

Pertanto l'attività di Prevenzione è un elemento indispensabile per la lotta al tabagismo.

D'altro canto la scuola è l'ambito più idoneo per sensibilizzare ai temi dell'educazione e promozione della salute e ambiente dove far rispettare il divieto di fumo costruendo, in un contesto educativo, motivazioni per il rispetto della normativa, fornendo le informazioni sanitarie e culturali per cogliere i vari aspetti del problema e proponendo modelli educativi di coerenza comportamentale.

In tale contesto, a partire dal rispetto della legge, il ruolo della scuola nelle sue diverse componenti (dirigente, personale docente e non docente, genitori e studenti) si realizza ad un livello più ampio che comprende e supera gli aspetti sanitari della prevenzione delle malattie fumo-correlate per concorrere a formare giovani critici, autonomi, con un maggior controllo di sé, capaci di orientarsi a scelte sane, liberi da sostanze.

Tale visione è in linea con i principi e i metodi della "promozione della salute" intesa quale "processo che rende le persone capaci di aumentare il proprio controllo sui determinanti della salute e quindi migliorare la propria salute" (Glossario di promozione della salute, OMS 1998).

Principali strumenti del processo sono l'azione comunitaria, la creazione di ambienti orientati alla salute, lo sviluppo delle capacità personali (Carta di Ottawa per la promozione della salute, OMS, 1986).

In particolare gli studenti della scuola secondaria di primo grado rappresentano un target particolarmente "sensibile" per la prevenzione dell'abitudine al fumo. Infatti lo studio HBSC "Stili di vita e salute dei giovani italiani" (1) ha messo in evidenza come a 11 anni fuma quotidianamente lo 0,3% degli studenti, a 13 anni il 3% e a 15 anni il 16,1% e la percentuale di chi non ha mai fumato passa dal 96,6% degli 11 anni all'86% dei 13 anni, al 67,4% dei 15 anni. Però bisogna ricordarsi che un adolescente non si considera fumatore anche quando fuma almeno una volta alla settimana (22% dei ragazzi e 25% delle ragazze quindicenni).

Inoltre i giovani iniziano l'abitudine sperimentando con il fumo: infatti quelli che hanno già provato a fumare sono 12% dei ragazzi e 6% delle ragazze di 11 anni, 37% dei ragazzi e 31% delle ragazze di 13 anni mentre 55% dei ragazzi e 58% delle ragazze quindicenni. (Currie 2004). Quindi questa fascia di età necessita di interventi mirati che possano realizzare una buona pratica di prevenzione e la scuola ne è l'ambito privilegiato.

## 2. Presentazione del tema

L'età di inizio dell'abitudine al fumo è sempre più precoce: oggi il 60% dei giovani (14-24 anni) dichiara di aver iniziato a fumare prima dei 17 anni e l'istaurarsi dell'abitudine è preceduta da una fase di sperimentazione che è molto ampia: dal 50 al 60% dei ragazzi di 15 anni ha fumato almeno una sigaretta e di questi circa il 50% diventa fumatore abituale. Inoltre risulta una distorta percezione del rischio fumo tra i ragazzi della fascia di età 11-13 anni che associano la nocività del fumo ad un alto consumo di tabacco (1 pacchetto al giorno) mentre la maggioranza pensa che fumare occasionalmente non solo non sia dannoso, ma accettato soprattutto tra le ragazze.

I fattori di rischio associati all'iniziazione al fumo nei giovani sono gli stessi dell'alcol e dell'hashish e sono riferibili ad un insieme di fattori che interagiscono tra loro e si rafforzano con effetti cumulativi. Una rassegna effettuata dal Cochrane Tobacco Addiction Group (2000) individua **fattori ambientali** quali i genitori fumatori, i fratelli fumatori, l'atteggiamento dei genitori rispetto al fumo, l'ambiente familiare e l'attaccamento ai genitori, i coetanei fumatori e gli atteggiamenti e le norme osservate nei coetanei rispetto al fumo; **fattori socio-demografici** quali l'età, la provenienza etnica, il livello socio economico dei genitori e l'indipendenza economica; **fattori comportamentali-individuali** quali il rendimento scolastico, lo stile di vita, autostima, atteggiamento verso il fumo e i fumatori, stress, preoccupazioni per la salute. Inoltre la letteratura sottolinea la presenza di altri fattori che possono influenzare l'avvicinarsi dei ragazzi al fumo: la pubblicità diretta ed indiretta, il prezzo delle sigarette e la disponibilità all'acquisto.

Accanto a questi fattori è necessario tener conto che in adolescenza l'attrazione verso il fumo di tabacco, così come verso le altre sostanze psicoattive, può derivare anche dall'impulso a soddisfare alcuni bisogni che si manifestano in particolare in questa fase della vita: bisogno di avere un'immagine di sé positiva, bisogno di autonomia, emancipazione e sfida, bisogno di appartenenza e di prestigio rispetto al gruppo dei pari, bisogno di alleviare gli stati di disagio e di regolare le emozioni, bisogno di abbassare le difese e le inibizioni, facilitando così la comunicazione con gli altri.

## 3. Linee metodologiche e suggerimenti per il referente regionale

Bisogna prima di tutto conoscere la propria realtà regionale e avere gli obiettivi chiari. Il nostro obiettivo principale è fare di tutto perchè i giovani non inizino a fumare. Interventi episodici non hanno efficacia. La letteratura scientifica ci dice che nella prevenzione dell'uso di tabacco tra gli adolescenti, un intervento interattivo che coinvolga gli studenti è efficace più di uno non interattivo, basato solo su lezioni frontali.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'uso di tabacco è uno delle maggiori cause di morte nel mondo. Gli studi di GYTS (Global Youth Tobacco Survey) suggerisce che nel 2020 il numero di morti a causa del fumo può essere maggiore di quello stimato di 10 milioni all'anno a causa dell'alto numero di giovani fumatrici e l'uso di tabacco orale. Bisogna raddoppiare i nostri sforzi per prevenire l'iniziazione del fumo nei giovani.

Poiché quindi incominciare a fumare è frutto di un processo complesso, non riconducibile ad un singolo fattore ne consegue che non esistono interventi brevi e semplici che si siano rivelati risolutivi nel ritardare o impedire l'inizio dell'abitudine al fumo nei giovani. Alcune caratteristiche dei programmi scolastici efficaci per la prevenzione del fumo nei giovani sono fornite dal Cochrane Tobacco Addiction Group:

- La creazione di ambienti sociali favorevoli allo sviluppo di risorse e capacità critiche e decisionali individuali
- Lo sviluppo della capacità di riconoscere la pressione sociale che spinge a fumare e incrementare la capacità di resistere (programmi di rinforzo sociale)
- Lo sviluppo delle capacità di individuare e mettere in atto comportamenti alternativi (programmi sulle norme sociali)
- Lo sviluppo della personalità attraverso attività capaci di promuovere l'autonomia
- Sviluppo di diverse competenze, attraverso l'informazione e attività di rinforzo della capacità di resistere alla pressione sociale (programmi multifattoriali).

Il Centro di Controllo per le malattie americano di Atlanta fornisce le seguenti linee guide per interventi efficaci:

1. Promuovere ed implementare una politica per la prevenzione del tabagismo nella scuola ed applicare i

- regolamenti circa i divieti del fumo.
2. Fornire conoscenze circa gli effetti a breve termine dell'uso di tabacco, le pressioni sociali e dei coetanei e far acquisire capacità specifiche per rifiutare la sigaretta.
  3. Iniziare con l'educazione alla prevenzione del Tabagismo dalla Scuola di Infanzia e continuare fino alla scuola Secondaria di Secondo grado, intensificando gli interventi nella Scuola Primaria e nella Scuola Secondaria di Primo grado.
  4. Realizzare programmi di formazione specifici per gli insegnanti.
  5. Coinvolgere genitori e famigliari nel sostegno dei programmi di prevenzione del tabagismo a scuola.
  6. Sostenere i tentativi di disassuefazione tra gli studenti e il personale della scuola che decide di smettere di fumare.
  7. Valutare l'efficacia dei programmi ad intervalli regolari.

**Operativamente per il referente regionale per la prevenzione è importante:**

- Conoscere la realtà regionale e della propria Azienda Sanitaria Locale per quanto riguarda la strategia per la prevenzione del tabagismo: se esiste un referente ASL o un comitato per la prevenzione del tabacco, la rete HPH, i Centri anti fumo ecc.
- Conoscere l'esistenza di associazioni di volontariato attive o interessate alle attività di prevenzione del tabacco.
- Conoscere i programmi di prevenzione del fumo a scuola esistenti nella propria realtà.
- Conoscere la realtà scolastica, in particolare, a livello regionale (istituti scolastici presenti, n° studenti, insegnanti, ecc.)
- Conoscere le istituzioni scolastiche regionali (Direzione Scolastica Generale, CSA-ex Provveditorati agli Studi, ecc.): organizzazione, funzionamento e figure dirigenziali al fine di condividere intenti di programma, accordi e convenzioni (v. allegato 1).
- Conoscere l'organizzazione scolastica e le sue componenti: direzione scolastica, collegio docenti, consigli di classe, POF, ecc. (v. allegato 2).
- Gli interventi formativi per l'educazione alla salute, pur differenziandosi per modalità operative, strategie metodologiche, strumenti di varia natura e tipi di attività educative e didattiche, siano integrati nel progetto culturale e formativo della scuola rappresentato dal Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) perché perseguono la stessa finalità che è quella di favorire il miglioramento della qualità dell'offerta formativa e di assicurare a ciascun alunno il successo scolastico e formativo (Marra Barona A., 2005).  
Il P.O.F. è la carta d'identità di ogni singola scuola che opera in regime di autonomia: in esso vengono illustrate le linee distintive dell'istituto, l'ispirazione culturale-pedagogica che lo muove, la progettazione curricolare, extracurricolare, educativa ed organizzativa delle sue attività. Il P.O.F. viene proposto dalle varie componenti della scuola, viene elaborato dal punto di vista didattico dal Collegio dei docenti ed adottato dal Consiglio d'Istituto (v. allegato 3).
- La scelta dei contenuti specifici di educazione alla salute, che gli alunni dovrebbero gradualmente e criticamente assimilare entro il termine del terzo anno della scuola secondaria di I grado, non può non tenere conto delle particolari condizioni socio economico e culturali del contesto in cui si opera, secondo le norme che regolano l'autonomia scolastica (Art. 21 della legge n. 59 del 15 marzo 1997, a Direttiva Ministeriale n. 463 del 26 novembre 1998 e Decreto del Presidente della repubblica n. 275 dell'8 marzo 1999) che garantiscono Piani di studi personalizzati e flessibili. Ogni singola scuola attraverso il Collegio dei docenti coniuga le finalità "nazionali" determinate dal Ministero, con le specifiche realtà culturali e sociali del territorio.
- Coordinare una rete territoriale regionale tra quanti operano in ambito scolastico in materia di educazione alla salute (es. referenti aziendali ULSS, gruppi di lavoro interservizi, ecc.).

**Programmi di prevenzione di fumo a scuola esistenti per la Scuola secondaria di primo grado:**

1. Io non fumo e tu? (Regione Lombardia)
2. Prevenzione del fumo a scuola (Regione Veneto)
3. Lasciateci puliti (Regione Emilia Romagna)
4. Next generation (Regione Veneto, Lombardia, Emilia Romagna)
5. Smoke free class Competition (Progetto Europeo)

## Prima di iniziare gli interventi nelle scuole:

Al livello regionale è importante dove possibile:

- una ricognizione di tutte le risorse disponibili da coinvolgere nel progetto (Asl, associazioni di volontariato, scuola, università ecc.)
- un forte impegno istituzionale con gli inserimento dei progetti di prevenzione a scuola nella strategia Regionale per la prevenzione di malattie fumo correlate e coinvolgimento organizzato di tutte le ASL;
- una definizione di un adeguato finanziamento specifico finalizzato alla produzione di materiali, alla formazione e alla implementazione dei progetti;
- la formazione del personale impegnato nelle attività di svolgimento dei progetti;
- uno studio di fattibilità, monitoraggio e valutazione;
- l'identificazione di un referente per le attività di prevenzione del tabacco per ogni ASL.

Il “**referente tabacco**” locale dovrebbe avere un ruolo centrale nella ASL per:

- favorire l'accettazione del programma da parte dei Responsabili delle U.O. coinvolte (SEPs, Sert; ecc);
- promuovere strategie coordinate ed intersettoriali per il controllo del fumo;
- favorire i percorsi aziendali per la formazione;
- rendere disponibili i materiali formativi ed educativi esistenti;
- favorire le azioni inerenti il monitoraggio e la valutazione;
- stimolare la costruzione di rete intra ed extraaziendale per la prevenzione e il controllo del fumo passivo mediante il sostegno attivo all'applicazione normativa sul fumo;
- favorire l'interessamento dei media.

## 4. Criticità

### Punti critici:

- La scuola è ritenuta così importante che troppo spesso le si chiede di essere, di fare, di diventare... sempre di più, anche in campi che sembrano proprio non competere e con risorse talora davvero troppo esigue.
- La scuola riceve ogni anno troppe richieste di partecipazione a progetti di varie natura e non è sempre in grado di scegliere per qualità ed importanza.
- La mancanza di consapevolezza dell'importanza di prevenire l'abitudine al fumo e dell'elevato rischio per la salute.
- La difficoltà di diffondere i progetti nel territorio in maniera ampia.
- Mancanza di una rete sinergica di collaborazione tra i diversi attori coinvolti.
- La dimenticanza di coinvolgere gli “stake holders” fin dall'inizio.
- “Delirio di onnipotenza” dell'esperto.
- “Delirio di onnipotenza” della scuola.
- La difficoltà culturale di adottare metodi di lavoro che richiedono un monitoraggio di verifica costante e sistematico.
- Notevoli risorse richieste in termini di tempo e di persone.
- Mancanza di studi di efficacia a livello nazionale.

## 5. Conclusioni

La prevenzione del tabagismo nei giovani è sicuramente un investimento molto importante in termini di promozione della salute e prevenzione delle malattie legate al fumo, tenendo conto dell'entità del fenomeno e della gravità delle sue conseguenze in termini di salute pubblica. Si sa esattamente come il tabacco agisce, danneggia e uccide e nello stesso tempo sappiamo anche cosa fare per evitarlo. Non fare niente specialmente per le generazioni future non sarebbe né etico né corretto dal punto di vista della politica sanitaria.

Le esperienze già in atto in questo campo ci dicono le difficoltà, ma anche l'entusiasmo e l'impegno dei ragazzi quando incontrano adulti realmente interessati alla loro vita e alla loro salute attuale e futura. Molti operatori sanitari, impegnati in questo compito educativo, possono testimoniare la ricchezza e la gratificazione

di lavorare a fianco degli insegnanti per la realizzazione dei progetti di prevenzione e viceversa molti insegnanti apprezzano il sostegno di esperti che partecipano e supportano la prevenzione del fumo di tabacco con nuove metodologie e proposte efficaci. Vale quindi la pena fare uno sforzo organizzativo, a livello regionale, per attivare e coordinare tutte le risorse disponibili per questo obiettivo.

## 6. Glossario essenziale

### 1. Organizzazione scolastica a livello regionale

L'Ufficio Scolastico Regionale (USR) dipende dal MIUR – Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca – Dipartimento per l'Istruzione. In ciascun capoluogo di regione l'USR costituisce un autonomo centro di responsabilità amministrativa, al quale sono assegnate tutte le funzioni già spettanti agli uffici periferici dell'amministrazione della pubblica istruzione. L'USR svolge le sue funzioni in raccordo con il Dipartimento per l'Istruzione ed ha il compito di: a. pianificare l'attività di supporto alle istituzioni scolastiche autonome; b. sviluppare rapporti con la Regione e gli Enti Locali per costruire l'offerta formativa integrata; c. coordinare la distribuzione delle risorse finanziarie e del personale a livello regionale; d. coordinare il monitoraggio e la valutazione delle risorse sul territorio. L'USR si articola sul territorio a livello provinciale nei Centri di Servizi Amministrativi – CSA. I CSA svolgono attività di accoglienza, informazione, acquisizione pratiche amministrative, rilascio atti amministrativi e assistenza in relazione a temi amministrativi (supplenze, trasferimenti, procedure concorsuali, contabilità, ecc.)

(Tratto da [www.istruzione.it/organizzazione\\_new/uff\\_regionali.shtml](http://www.istruzione.it/organizzazione_new/uff_regionali.shtml))

### 2. Organizzazione scolastica interna

*Dirigente Scolastico*: è organo dell'amministrazione scolastica ed ha la rappresentanza dell'Istituto. Dirige, coordina, promuove e valorizza le risorse umane e professionali; gestisce le risorse finanziarie e strumentali. Ha il compito di promuovere e realizzare il progetto d'Istituto, sia sotto il profilo didattico-pedagogico che organizzativo e finanziario.

*Collegio Docenti*: è composto da tutti i docenti. I docenti elaborano, attuano e verificano, per gli aspetti pedagogico-didattici, il progetto d'istituto, adattandone l'articolazione alle differenziate esigenze degli allievi e tenendo conto del contesto socio economico e culturale di riferimento.

*Consiglio di classe*: è composto da tutti i docenti della classe e quattro rappresentanti dei genitori; presiede il dirigente scolastico o un docente, facente parte del consiglio, da lui delegato.

Il Consiglio di classe ha il compito di formulare al collegio dei docenti proposte in ordine all'azione educativa e didattica e a iniziative di sperimentazione nonché quello di agevolare ed estendere i rapporti reciproci tra docenti, genitori ed alunni. Fra le mansioni del consiglio di classe rientra anche quello relativo ai provvedimenti disciplinari a carico degli studenti.

*Consiglio di istituto*: nelle scuole con popolazione scolastica fino a 500 alunni, è costituito da 14 componenti, di cui 6 rappresentanti del personale docente, uno del personale amministrativo, tecnico e ausiliario, 6 dei genitori degli alunni, il dirigente scolastico; nelle scuole con popolazione scolastica superiore a 500 alunni è costituito da 19 componenti, di cui 8 rappresentanti del personale docente, 2 rappresentanti del personale amministrativo, tecnico e ausiliario, 8 rappresentanti dei genitori degli alunni, il dirigente scolastico; il consiglio d'Istituto è presieduto da uno dei membri, eletto tra i rappresentanti dei genitori degli alunni. La Giunta esecutiva è composta da un docente, un impiegato amministrativo o tecnico o ausiliario, da 2 genitori. Di diritto ne fanno parte il dirigente scolastico, che la presiede, e il direttore dei servizi generali e amministrativi che ha anche funzioni di segretario della giunta stessa.

Il consiglio di circolo o di istituto elabora e adotta gli indirizzi generali e determina le forme di autofinanziamento della scuola; delibera il bilancio preventivo e il conto consuntivo e stabilisce come impiegare i mezzi finanziari per il funzionamento amministrativo e didattico. Spetta al consiglio l'adozione del regolamento interno del circolo o dell'istituto, l'acquisto, il rinnovo e la conservazione di tutti i beni necessari alla vita della scuola, la decisione in merito alla partecipazione del circolo o dell'istituto ad attività culturali, sportive e ricreative, nonché allo svolgimento di iniziative assistenziali. La Giunta esecutiva prepara i lavori del consiglio di circolo o di istituto, fermo restando il diritto di iniziativa del consiglio stesso, e cura l'esecuzione delle relative delibere. Come previsto dal Decreto Interministeriale n. 44 dell'1 febbraio 2001, art.2, comma 3, entro il 31 ottobre ha il compito di proporre al Consiglio di circolo/istituto il programma delle attività finanziarie della istituzione scolastica, accompagnato da un'apposita relazione e dal parere di regolarità contabile del Collegio dei

revisori. Nella relazione, su cui il consiglio dovrà deliberare entro il 15 dicembre dell'anno precedente quello di riferimento, sono illustrati gli obiettivi da realizzare e l'utilizzo delle risorse in coerenza con le indicazioni e le previsioni del Piano dell'offerta formativa, nonché i risultati della gestione in corso e quelli del precedente esercizio finanziario. (Tratto da [www.istruzione.it/scuola\\_famiglia/organi.shtml](http://www.istruzione.it/scuola_famiglia/organi.shtml))

### 3. Che cos'è il Piano dell'Offerta Formativa – POF

Dal regolamento per l'autonomia:

«3.1. Ogni istituzione scolastica predisporre, con la partecipazione di tutte le sue componenti, il Piano dell'offerta formativa. Il Piano è il documento fondamentale costitutivo dell'identità culturale e progettuale delle istituzioni scolastiche ed esplicita la progettazione curricolare, extracurricolare, educativa ed organizzativa che le singole scuole adottano nell'ambito della loro autonomia.

3.2. Il POF è coerente con gli obiettivi generali ed educativi dei diversi tipi e indirizzi di studi determinanti a livello nazionale a norma dell'art. 8 e riflette le esigenze del contesto culturale, sociale ed economico della realtà locale, tenendo conto della programmazione territoriale dell'offerta formativa. Esso comprende e riconosce le diverse opzioni metodologiche, anche di gruppi monitorati, e valorizza le corrispondenti professionalità.

3.3. Il POF è elaborato dal Collegio dei docenti sulla base degli indirizzi generali per le attività della scuola e delle scelte generali di gestione e di amministrazione definiti dal consiglio di circolo o di istituto, tenuto conto delle proposte e dei pareri formulati dagli organismi e dalle associazioni anche di fatto dei genitori e, per le scuole secondarie superiori, degli studenti. Il POF è adottato dal consiglio di circolo o di Istituto.

(Tratto da Marra Barone A., *Educazione alla Salute, una dimensione della convivenza civile* in *Scuola e Didattica* – Editrice La Scuola, n, 17, 2005).

## 7. Bibliografia

### Prove di efficacia e raccomandazioni

Thomas R., "School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review) in *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004 (pp.1-8, 32 34)

Hanewinkel R., Wiborg G., Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in Delaying the Onset of Smoking in Adolescence in *Preventive Medicine*, volume 35, 2002, pp. 241-249

Crone M.R. et al., "Prevention of Smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study" in *Journal Epidemiol Community Health* 2003; 57, pp 675-680

Pompidou Group – Council of Europe & Jellinek Consultancy, *Handbook Prevention Alcohol, Drugs and Tobacco*, 1998, Pompidou Group – Council of Europe & Jellinek Consultancy in internet:

<http://www.coe.int/T/E/SocialCohesion/pompidougrouppublications/manueluk.pdf>

Steinberg L., Lamborn SD, Dornbusch SM, Darling N. "Impact of parenting practices in adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Dev* 1992;63:1266-81

Mendes F. et al. "Family relationships and primary prevention of drug use in early adolescence" Coimbra – Portugal: IREFREA; 1999

Simons-Morton B., Crump A.D. et al. "Psychosocial, school and parent factors associated with recent smoking among early adolescent boys and girls. *Prev.Med.* 1999; 28(2):138-48

Velleman R, Mistral W., Sanderling R. "Taking the message home: involving parents in drug prevention" Bath: University of Bath; 2000:117, pp 67-96

Using Multiple Strategies in Tobacco Use Prevention Education. First Look Report. Washington: American Legacy Foundation; 2002:8.

Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. Morbidity and Mortality Weekly Report. Atlanta CDC; 1994:43(RR-2).

DiFranza JR., Savageau JA., Rigotti NA, Fletcher K., et al. "Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study, *Tob.Control.*2002;11(3):228-35

Chollat – Traquet C., "Evaluation de la lutte antitabac. Exemples concrets et principes directeur", OMS, Genere, 1998

Cuijpers P. "Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review" *Addict. Behav.* 2002;27(6):1009-23.



Tobler NS., Roona MR. et al. "School-based Adolescent drug Prevention Program:1998 Meta-Analysis. *J.Prim.Prev.* 2000;20(4):275-335

Kealey KA., Peterson AV., Gaul MA., Dinh KT. "Teacher training as a behavior change process: principles and results from a longitudinal study" *Health Educ. Behav.* 2000;27(1):64-81.

"La prevenzione: principi generali e linee guida del NIDA" – a cura di P.F.D'Egidio, Agenzia SEDES – Perugia, dal Volume: "Prevenire 'uso di droghe tra bambini ed adolescenti. Una guida basata sulla ricerca, per genitori, educatori e leader della comunità. Seconda Edizione.

### **Approfondimenti per la diagnosi educativa, comportamenti e ambiente**

Arènes J., Fertas S., "I genitori al cuore della prevenzione del tabagismo dei giovani" in *La Salute Umana*, Luglio-agosto 2001, numero 172, pp.25-26.

Bonino S., et al. "Rapporto di Ricerca. L'esperienza scolastica e il benessere degli adolescenti: una ricerca intervento, gennaio 2003, Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia – Università di Torino

Cavallo F. et al., "Capitolo 6: Comportamenti a rischio" in (Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Padova-Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e Socializzazione, 2001-2002) in *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002*, pp.69-84.

Ciani M., Giachi P., Tempo C., Realtà e prospettive sul ruolo della scuola nella promozione della salute nei confronti del fumo di tabacco in *Per non mandare la vita in fumo* (a cura di) Modonutti G.B., Ed. Goliardiche, trieste, 2005.

Currie C. et al. 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.

Di Pieri et al. "Una panoramica delle conoscenze sul fumo di tabacco in adolescenza" in *Educazione sanitaria e promozione della salute*, Volme 24, numero 4, 2001, pp.271-283.

Marra Barone A., Educazione alla Salute, una dimensione della convivenza civile in Scuola e Didattica – Editrice La Scuola, n, 17, 2005.

Paone E., Fabbri M.C., Educazione alla salute: percorsi educativo-didattici in La prevenzione del tabagismo (a cura di) Mangiaracina G., Ottaviano M., LILT, Roma, 2004.

Pellai A., Bonicelli S. "Just do it! I comportamenti a rischio in adolescenza. Manuale di prevenzione per scuola e famiglia" Franco Angeli, 2002 Cap. 6 e 15.

Ravenna M., "Psicologia delle tossicodipendenze. Bologna: il Mulino, 1997.

### **Esperienze**

Regione Veneto – Verso una scuola libera dal fumo. Guida per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti scolastici. <http://regione.veneto.it/prevenzione>

Regione Lombardia – Liberi dal fumo: programma regionale per la prevenzione del tabagismo in età evolutiva. [http://www.sanita.regione.lombardia.it/prevenzione\\_tabagismo/gruppo\\_scuola.asp](http://www.sanita.regione.lombardia.it/prevenzione_tabagismo/gruppo_scuola.asp)

Anfosso R., et al., "Profumo: progetto di prevenzione dell'abitudine al fumo di sigarette" in *Educazione sanitaria e promozione della salute*, 2000, volume 23, numero 4, pp.356-361.

Pretti G. et al. "Il programma "La sigaretta non mi dona" in Lombardia: Valutazione a lungo termine" in *educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, Volume 26, numero 1, 2003, pp.57-66.

Laezza M., Monti C., "Il programma di prevenzione dell'abitudine al fumo "Lasciateci Puliti"" – *Psicologia della Salute* n° 3-4, 1999; 178-189.

Bergamaschi A., Gambi A., Gentilini F., Monti C., Stampi S. and Zanetti F. "Tobacco smoking among high school students in Romagna (Italy) and evaluation of a prevention campaign" – *Substance Use and Misuse*, 35(8), 137-155, 2000.

Gambi A., Bergamaschi A., Monti C., Gentilini F.: Prevenzione dell'abitudine al fumo nella scuola: valutazione di efficacia pratica del programma "Lasciateci puliti". Atti AIE: XXIV Riunione Annuale, Roma 2000, p. 98.

### **Siti di interesse**

[www.smokefreeclass.info](http://www.smokefreeclass.info)

[www.smokefreeclass.blogspot.com](http://www.smokefreeclass.blogspot.com)

[www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)

[www.inwat.org](http://www.inwat.org)  
[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)  
[www.istitutotumori.mi.it](http://www.istitutotumori.mi.it)  
[www.legatumori.it](http://www.legatumori.it)  
[www.tuttiliberi.it](http://www.tuttiliberi.it)  
[www.help-eu.com](http://www.help-eu.com)  
[www.ensp.org](http://www.ensp.org)  
[www.nonfumatori.it](http://www.nonfumatori.it)  
[www.fumo.it](http://www.fumo.it)  
[www.istruzione.it](http://www.istruzione.it)  
[www.rivistadidattica.com](http://www.rivistadidattica.com)  
[www.tobaccofreekids.org](http://www.tobaccofreekids.org)

# *Linee operative per la prevenzione dell'abitudine al fumo nei diversi tipi di scuola*

**Autore: Sandra Bosi**

*Lega contro i Tumori-Onlus- Reggio Emilia*

**Parole chiave:** metodo, fattore di rischio, inquinamento, gruppo, dipendenza, rete.

La programmazione di interventi di Prevenzione dell'abitudine al fumo rivolti ai giovani richiede alcune attenzioni particolari:

- La costituzione di gruppi di lavoro misti fra operatori sanitari e esponenti dell'istituzione scolastica
- La stesura di protocolli di intesa fra Servizi territoriali e Ufficio scolastico regionale
- La programmazione di interventi curriculari e continuativi (gli interventi spot hanno infatti dimostrato di non avere alcuna efficacia)
- L'individuazione di un gruppo di monitoraggio e valutazione che garantisca da un lato il mantenimento di determinati standard di qualità degli interventi, dall'altro preveda forme di valutazione, restituzione e visibilità dei risultati.
- La scelta di una metodologia adatta al tipo di scuole in cui si applica l'intervento: nelle scuole dell'infanzia e primarie è utile considerare il fumo di sigaretta come un elemento di inquinamento ambientale, nelle scuole secondarie di primo grado è importante mettere in rilievo i fattori di iniziazione, il ruolo del gruppo e le pressioni che spingono un adolescente a cominciare; nelle scuole secondarie di secondo grado gli effetti della dipendenza, il ruolo della testimonianza, l'integrazione fra aspetti educativi e normativi.

## **Presentazione:**

### **Presupposti metodologici per interventi di Prevenzione dell'abitudine al fumo nelle scuole dell'infanzia e nelle scuole primarie:**

Negli ultimi anni si sono realizzati molti percorsi didattici di Educazione alla salute nella scuola dell'infanzia e nella scuola primaria; il tema della prevenzione dell'abitudine al fumo di sigaretta rimane, tuttavia, un argomento che si tratta con difficoltà in questa tipologia di istituti.

I motivi che rendono problematico l'inserimento del tema nella programmazione scolastica rivolta a bambini dai 4 ai 9/10 anni sono riconducibili a 2 fattori principali:

da un lato alla scelta di privilegiare un approccio globale alla promozione della salute che eviti l'approfondimento di argomenti troppo specifici; dall'altro alla difficoltà di presentare in modo adeguato il tema del fumo agli allievi di questa fascia di età.

L'approccio globale al concetto di salute è essenziale per favorire lo sviluppo di una relazione armonica fra il bambino e la percezione della propria corporeità.

Negli ultimi tempi ci si è però resi conto che la scelta di non fumare necessita di una costruzione di atteggiamenti razionali e emozionali che non possono essere rimandati alla preadolescenza.

Da questo convincimento è originata la riflessione metodologica che ha guidato l'impostazione e le linee d'indirizzo dei programmi per la fascia di età dai 4 ai 9 anni:

1. il docente deve poter mantenere un ruolo centrale nella scelta e nella conduzione degli interventi educativi e di promozione alla salute rivolti alla classe
2. il confronto con il tema del "fumo di sigaretta" nella prima infanzia richiede la costruzione di un contesto "ambientale" favorevole all'approfondimento del problema attraverso un approccio creativo e fantasioso; per questi motivi la sigaretta non è presentata come un fattore di rischio per la salute, ma come una sostanza che inquina gli spazi vissuti.
3. è necessario veicolare i contenuti attraverso modalità emozionali (piuttosto che prettamente cognitive) che consentano l'apprendimento di informazioni secondo le vie spontanee dell'immaginario poetico del bambino.

Dai percorsi didattici per le scuole dell'infanzia e le scuole primarie ci si aspetta dunque di:

- Favorire occasioni di approfondimento metodologico e tematico sulle modalità di affrontare il tema della esposizione al fumo passivo nella prima infanzia;
- Offrire a tutti gli operatori sanitari e ai docenti coinvolti nel progetto strumenti per una adeguata sensibilizzazione di bambini, genitori, docenti e preadolescenti;
- Mettere al centro dell'intervento la tutela dei più piccoli;
- Favorire interventi che operino una modificazione della percezione del fumo di sigaretta all'interno della comunità;
- Favorire la percezione del problema del fumo come dipendenza, senza enfatizzare gli aspetti nocivi che la sigaretta provoca alla salute del fumatore stesso ed invece enfatizzando le responsabilità dell'adulto educatore;
- Agire in sintonia con genitori, docenti e bambini per acquisire una percezione condivisa dell'importanza di crescere, lavorare e vivere in ambienti liberi dal fumo e sviluppare modalità di comunicazione idonei all'obiettivo.

Accettare questa metodologia significa smettere definitivamente di considerare il fumo di sigaretta come un comportamento individuale per inserirlo nei fattori di inquinamento ambientale a cui ognuno di noi è esposto.

Questo fondamentale passaggio culturale implica la necessità di ridefinire il concetto di ambiente sia come luogo di relazioni fra uomo e uomo e fra uomo e natura, sia come luogo in cui ognuno si senta chiamato a compiere i propri diritti e doveri per contribuire alla modificazione dello spazio particolare della propria vita, in sintonia con il compiersi di un processo di promozione della salute generale nel contesto di un sistema di equilibrio ecologico.

Le sperimentazioni sino ad oggi effettuate hanno rilevato come punti di forza l'efficacia educativa del coinvolgimento dei bambini come operatori attivi nella prevenzione. Sentirsi protagonisti di un programma di ideazione e realizzazione di un intervento rivolto all'esterno li ha motivati e resi particolarmente efficaci anche nel rigore con cui è stata effettuata la scelta dei messaggi da diffondere.

L'altro punto di forza è stato la possibilità di affrontare i percorsi di educazione alla salute in un contesto più ampio dello spazio scolastico. L'ambiente della città abitata è diventato un luogo in cui immaginare, sperimentare e verificare nuove strategie di intervento.

Infine è stato particolarmente significativo il parere favorevole, l'interesse e il coinvolgimento emotivo di tutti i genitori (soprattutto dei fumatori) che hanno recepito gli obiettivi del programma e convenuto sull'importanza di non fumare davanti ai bambini e di tutelarli dall'esposizione al fumo passivo.

Le criticità delle sperimentazioni hanno invece riguardato la difficoltà del coinvolgimento dell'istituto scolastico nel suo complesso. Le ricadute del lavoro sono state altamente significative nelle classi coinvolte, poco rilevanti nel resto delle classi.

### **Presupposti metodologici per gli interventi nelle scuole secondarie di primo grado:**

I principi guida sono in sintesi i seguenti.

- educare ad un comportamento responsabile nei confronti del fumo di sigaretta rendendo evidenti le pressioni sociali che spingono i giovani a cominciare a fumare.
- rendere manifeste le prenoscenze dei ragazzi riguardo al fumo;
- favorire la maturazione di un percorso individuale di rifiuto della sigaretta;
- costruire percorsi di scelta e capacità critica nei confronti delle dipendenze.

Nei percorsi didattici proposti per questa tipologia di istituti è importante fornire strumenti che consentano di affrontare i seguenti problemi:

1. Conoscenza della situazione della classe rispetto al fumo attraverso griglie, questionari, modalità di monitoraggio e di restituzione dei dati
2. Formazione degli insegnanti interessati:
3. Somministrazione ad insegnanti ed allievi di questionari per la rilevazione di Customer Satisfaction e di verifica delle informazioni apprese.
4. Riconsegna della documentazione relativa al monitoraggio dell'iniziativa.

### **Presupposti metodologici per gli interventi nelle scuole secondarie di secondo grado:**

I programmi didattici per le scuole secondarie di secondo grado hanno dimostrato di avere maggiore efficacia se tengono conto di 2 aspetti: il primo è la considerazione dell'istituto scolastico come luogo di lavoro,

considerato pertanto come ambiente in cui far confluire aspetti educativi e aspetti normativi; il secondo è l'inserimento nei processi educativi di studenti impegnati in attività di educazione fra pari.

**Per rispettare queste linee metodologiche è utile inserire i programmi didattici in questa cornice contestuale:**

### **1. progettazione e programmazione degli interventi**

- costituzione di un gruppo di lavoro interno alla scuola composto dal Dirigente scolastico o da un suo delegato, da rappresentanti di studenti, genitori, personale docente e non, dall'insegnante responsabile dei progetti salute, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ed altre eventuali figure significative;
- programmazione interventi di monitoraggio sull'applicazione delle norme di divieto di fumo negli ambienti scolastici
- indagine conoscitiva, a mezzo questionario, sulla percezione del problema fumo rivolta a studenti, insegnanti e personale non docente
- coinvolgimento e ricerca della collaborazione dei genitori
- stesura e di un regolamento interno contenente indicazioni chiare sul controllo del fumo nella scuola (dove è vietato fumare, se e dove è ammesso, sanzioni previste per i trasgressori, chi fa rispettare la normativa, ecc..)
- programmazione di una data precisa per l'entrata in vigore del regolamento da pubblicizzare adeguatamente, preferibilmente in occasione di un evento significativo
- presentazione al gruppo di lavoro interno alla scuola, da parte degli operatori sanitari coinvolti nell'iniziativa, di programmi educativi per la prevenzione dell'abitudine al fumo e di programmi per smettere di fumare condotti dalle Aziende USL e dalla Lega Tumori
- ricerca di alleanze e sponsor nella comunità locale ( Comune, Provincia, istituzioni cittadine significative in ambito culturale, produttivo, economico-finanziario, associazioni sportive e di volontariato, testimonial del mondo dello spettacolo, ecc.)
- individuazione di momenti di confronto in rete tra le scuole che stanno svolgendo il progetto pilota a livello regionale

### **2. realizzazione di programmi educativi**

- individuazione nel P.O.F. dell'impegno della Scuola contro il fumo
- inserimento di percorsi didattici informativi almeno in qualche classe
- Individuazione di un gruppo pilota di studenti per la promozione di attività di educazione tra pari
- Organizzazione di una attività dedicata al fumo da inserire nel programma di accoglienza per il prossimo anno scolastico

### **3. offerta di programmi per smettere di fumare**

- Individuazione di interventi di supporto alla disassuefazione (informazioni sui metodi per smettere di fumare e i suoi Centri Antifumo)
- Verifica della possibilità di organizzare all'interno della scuola corsi per smettere di fumare rivolti agli studenti e al personale scolastico

### **4. monitoraggio del progetto e valutazione di efficacia**

- Programmazione di visite ispettive da parte dei servizi competenti durante l'anno scolastico per la verifica dello stato di attuazione del progetto
- Rilevazione dello stato di applicazione delle norme per il controllo del fumo e del livello di sensibilità della scuola rispetto al problema tabagismo, mediante l'adozione di appositi indicatori e criteri di giudizio
- Divulgazione e valorizzazione dei risultati ottenuti

## Bibliografia essenziale:

Per chi ha voglia di approfondire da medico o da cultore della materia sul tema delle potenzialità e dei limiti della medicina, sui concetti di cura e di guarigione una bella e ricca raccolta di articoli:

**AAVV, *Filosofia della Medicina: la malattia che si cura da sé*** Roma 2001

Una riflessione classica sui fondamenti e i non detti delle educazioni:

**Ariès P, *Padri e figli***, Laterza, Bari

Un approfondimento completo e convincente su un concetto fondamentale per programmare attività con i giovani e per ben fondare l'educazione fra pari.

**Bandura A, *Il senso di autoefficacia***, Erickson

La versione che la Lega contro i Tumori di Reggio Emilia ha prodotto della Guida regionale Lasciateci Puliti: è provvista di una seconda parte in cui sono presentati percorsi didattici per le scuole medie superiori:

**Bosi S. *Liberi di scegliere*** Lega contro i Tumori di Reggio Emilia, 2000

Un articolo introduttivo al Progetto Pilota dell'Emilia-Romagna "Infanzia a colori"

**Bosi S, Pelagatti S *Infanzia a colori***, *Infanzia, Bologna settembre 2005*

Un testo ancora molto attuale soprattutto per chi, in ruoli come quello di pianificatore regionale, deve ideare e pianificare interventi metodologicamente corretti e di ampio respiro:

**Corradini L, Cattaneo P, *Educare alla salute***, La Scuola, Brescia

Impossibile non leggerlo se si pensa di programmare interventi di promozione della salute rivolti all'infanzia:

**Rodari G. *La grammatica della fantasia*** Einaudi, 1994

Un classico per interpretare profili di agio e disagio dell'adolescente.

**Winnicott D.W *L'adolescenza***, Armando, Roma

# *Strategie efficaci per la costruzione della rete – scuola, EELL, ASL, volontariato ovvero Reti Educanti nel macro e nel micro sistema*

Autore: **Angela Villani**  
*Ufficio Scolastico Regionale della Campania*

## **Introduzione**

La prevenzione del tabagismo può essere finalizzata all'**informazione** sugli elementi che determinano il fenomeno tabagismo, e/o all'**educazione** finalizzata al cambiamento dei comportamenti a rischio, a partire dall'adattamento culturale che favorisce la diffusione del fumo.

In entrambi i casi converrà non separare il livello simbolico dai substrati che lo nutrono di senso e soprattutto collocare i due tipi di intervento in un unico contesto di apprendimento, che consenta continuità e coerenza delle azioni, programmate in sinergia tra i diversi livelli.

L'informazione può essere rivolta a target anche numerosi poiché utilizza prevalentemente l'apprendimento formale trasmissivo, fondato a sua volta sulla comunicazione verbale con il sussidio del visivo.

Il relatore, intanto, tesse relazioni, che possono sostenere direttamente o indirettamente – in verticale attraverso i docenti, in orizzontale attraverso il gruppo dei pari- il livello educativo.

Questo si avvale di relazioni formative significative e di linguaggi più complessi.

Tutto questo può essere sostenuto dalla costruzione di contesti di apprendimento adeguati non essendo sufficiente la relazione lineare a modificare l'adattamento culturale del concetto di illecito, inteso qui con valenza sociale più che legale.

## **Costruzione della rete - contesto di apprendimento.**

Nella Pubblica Amministrazione il modello di intervento piramidale, in cui i vertici decidono e stabiliscono, si sta trasformando in un modello di lavoro di rete, intra e interistituzionale, in cui i livelli dirigenziali sanno valutare, accogliere e fare propri gli stimoli che partono dai microsistemi e che, perciò, consentono di collocare i processi decisionali, di cui sono responsabili, molto vicini agli operatori di prima linea e quindi all'utenza.

Il raccordo micro-macro diventa capacità di condivisione della motivazione e delle responsabilità, che sono alla base della progettazione condivisa.

Negli anni ottanta/novanta l'Ottica Sistemica aveva già orientato la nascita della politica di rete, nel tentativo di mettere insieme interventi integrati in tema di educazione e prevenzione evitando deleghe e sovrapposizioni tra gli operatori sociosanitari e docenti ( L 309/90, e per la scuola la CM 257/94 e l'OM 350/94 ) e facilitando lo scambio di risorse professionali.

La logica degli interventi specialistici è sostituita dal lavoro di équipe. L'impegno profuso all'epoca nella costruzione di esperienze di rete intra e interistituzionale, nel macro e nel microsistema, ci consentono oggi di agire con la consapevolezza dei bisogni dei destinatari, e dei ruoli e dei compiti degli attori-partners.

Sappiamo di dover superare lo scollamento tra gli Apparati e le Funzioni degli stessi per soddisfare compiti resi difficili dai numeri troppo alti dei destinatari, dalla distribuzione dei compiti e dalla fatica emozionale dei docenti e degli operatori, che si confrontano con contesti, in cui è difficile predeterminare gli eventi e i comportamenti, che si presentano con più valenze e sfaccettature e andrebbero collocati in sistemi più ampi, in una visione a spirale delle strutture

Paradossalmente, però, è proprio l'obiettivo difficile a fungere da fulcro della motivazione a costruire una rete interistituzionale, capace di ottimizzare le risorse, attraverso tavoli di lavoro, che migliorano la conoscenza dei bisogni e delle azioni da intraprendere, nonché la conoscenza delle diverse professionalità in campo, comprese quelle provenienti dal terzo settore. – analisi della corrispondenza bisogni/risorse.

I tavoli di lavoro a leadership diffusa consentono di superare l'isolamento delle istituzioni, di condividere le strategie educative e le responsabilità.

Nello stesso tempo la conoscenza reciproca consente di relativizzare i punti di vista, evitando le sovrapposizioni, salvaguardando le specificità e facilitando lo scambio/integrazione delle risorse professionali, che costituiscono le sinergie positive della politica di rete.

Mentre le buone prassi sperimentano modalità di lavoro più funzionali, nel 1997 la L 285 induce i Comuni a elaborare piani territoriali di intervento integrati, in collaborazione con i Provveditorati agli Studi e la L 59 trasferisce funzioni dello Stato verso Organismi regionali.

Fu l'occasione per rendere più ordinata la collaborazione con gli EELL.

Apposite Commissioni hanno collaborato per recuperare esperienze pregresse significative, per migliorare l'analisi dei bisogni ed elaborare piani di intervento adeguati.

Dal tavolo di lavoro con il Comune di Napoli ad esempio nacquero progetti come Chance, dei Maestri di strada .

Contemporaneamente il decentramento previsto dalla legge 59/97( art 137-138-139 ) è stato tradotto in una serie di provvedimenti applicativi ( D.Lgs 112/98, dpr 275/1999 )che hanno trasformato la struttura dell'Istituzione Scuola e i suoi rapporti interni ed esterni.

La struttura interna dell ' Ufficio scolastico regionale si avvale delle collaborazioni di gruppi di lavoro composti da docenti e dirigenti utilizzati su ricerche e attività educative specifiche, che rappresentano i "sensori" sui territori, e, che come cerniere tra l' Ufficio di Staff e le scuole, contribuiscono con le loro ricerche alla costruzione dei piani elaborati dai Referenti per le Aree di intervento specifiche.

Questi costituiscono una base solida, una rete di fitti contatti tra operatori, in cui riconoscere compiti e competenze utili per fronteggiare azioni e schemi di collaborazione, rispondenti alla necessaria flessibilità, ma anche a canoni di responsabilità definite, condivise e negoziate, in una riflessione comune ordinata e continua.

Restano competenze dello Stato:

- organizzazione generale dell'istruzione scolastica, ordinamenti e programmi scolastici, stato giuridico del personale;
- definizione dei criteri e dei parametri per l'attuazione delle politiche sociali nella scuola;
- determinazione e assegnazione delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato e del personale alle istituzioni scolastiche autonome;
- valutazione del sistema scolastico;
- ricerca e sperimentazione delle innovazioni alle esigenze formative;
- riconoscimento dei titoli di studio e delle certificazioni in ambito europeo e internazionale e attivazione di politiche dell'educazione comuni ai paesi dell'Unione europea;
- individuazione degli obiettivi e degli standard formativi e percorsi formativi in materia di istruzione superiore;

All'Ufficio scolastico regionale, autonomi centri di responsabilità amministrativa:

- programmazione dell'offerta formativa integrata e della rete scolastica;
- consulenza e supporto all'attività delle istituzioni scolastiche autonome;
- rapporti con le amministrazioni regionali e con gli EELL, con le università e le agenzie formative;
- reclutamento e mobilità del personale scolastico;
- il calendario scolastico con l' EELL;
- assegnazione delle risorse finanziarie e di personale alle istituzioni scolastiche;
- contributi alle scuole non statali;
- redazione dei piani di dimensionamento;
- supporto all'handicap;
- utilizzo di edifici e attrezzature;
- sospensioni delle lezioni;
- vigilanza sugli organi collegiali territoriali;
- pianificazione dell'educazione degli adulti e dei Centri territoriali;
- orientamento;
- pari opportunità;
- continuità orizzontale e verticale;



- dispersione;
- educazione alla salute.

Con il D.P.R. 275/99 consistenti funzioni organizzative e gestionali sono delegate alle singole scuole, che si muovono tuttavia nell'ambito di tetti e parametri fissati dallo Stato e dall'U.S.R..

Le scuole hanno il compito di:

- definizione dei curricula;
- organizzazione dell'insegnamento;
- articolazione flessibile di tempi, spazi, e gruppi
- elaborazione e progettazione del piano dell'offerta formativa – POF, nell'ambito però di indirizzi generali definiti a livello nazionale.

Allo Stato restano funzioni di garanzia, indirizzo, controllo/valutazione e perequazioni.

L'Ufficio scolastico regionale, costituisce un Dipartimento regionale dello Stato - che intanto ha semplificato anche la sua struttura amministrativa - per creare una interfaccia con l'Ente Regione, per coordinare le politiche formative e con gli IRRE, per la ricerca e la formazione.

La nuova struttura è più attenta agli aspetti tecnici e funzionali che a quelli burocratici e amministrativi, per i quali è affiancata dai C.S.A. ( Centri Servizi Amministrativi, uno per ogni provincia ), che hanno infatti ereditato i compiti amministrativi dei Provveditorati agli Studi.

Ha perciò due tipi di organici: uno proveniente dalla carriera amministrativa, l'altro costituito da docenti e dirigenti esperti, selezionati per titoli ed esami.

Questi ultimi costituiscono i gruppi di lavoro addetti a migliorare il collegamento con gli aspetti funzionali operativi, come il sostegno alla progettualità degli istituti scolastici, per il miglioramento dell'offerta formativa e il reperimento delle risorse.

Il Livello Amministrativo e il Livello Funzionale si integrano attraverso l'unificazione della Dirigenza e il lavoro comune nelle Commissioni di lavoro, centrate sul compito della pianificazione

La L 328/00 ci chiede il miglioramento del livello delle collaborazioni, già promossa dalla legislazione precedente.

Attualmente esistono protocolli di intesa e accordi di programma tra le istituzioni responsabili dell'Educazione, convenzioni tra agenzie formative, EELL e alcuni istituti scolastici, coordinamenti territoriali promossi dai CSS con il Terzo Settore, dalle Circoscrizioni, dalla Scuola.

La pluralità delle reti ha inflazionato lo strumento creando sovrapposizioni e una sorta di consumismo dell'educazione. Occorrerebbe migliorare il coordinamento intraistituzionale dei servizi territoriali e interistituzionale con l'Ufficio scolastico regionale, attraverso un protocollo di intesa, che accompagni e guidi le scuole verso la pianificazione ordinata del Progetto condiviso.

Intanto lo scenario della macchina amministrativa cambia ancora con il processo di decentramento nell'EELL che disegna gli Ambiti di intervento, tra i piccoli Comuni, e le Municipalità nelle aree metropolitane, che concorrono alla programmazione operativa delle azioni definite dai piani di zona in accordo con le ASL, talvolta uniti in dipartimenti sociosanitari.

Quest'ultimo passaggio è reso ancora più complesso dalla partecipazione della componente politica, che è tenuta a confrontarsi con i livelli tecnici mentre deve fare i conti con i ridimensionamenti territoriali degli organismi gestionali – a Napoli ad esempio passiamo da 21 circoscrizioni a 10 municipalità, e gli ambiti prevedono l'aggregazione dei Comuni con un capofila - : una doppia perdita di potere.

Gli assetti previsti dal decentramento, che sono alla base dell'applicazione della L 328/2000, costituiscono l'obiettivo ambizioso della partecipazione democratica, che valorizza i contributi di tutti allo sviluppo della società a prescindere dalle gerarchie e valorizzando le capacità intellettive, creative e professionali. È un procedere in progress fatto di tavoli di lavoro che cercano di evitare lo scollamento tra i diversi livelli o l'applicazione meccanica della normativa, che significherebbe tradirne il senso. Come si stabiliscono le referenze?

## Dalle riforme legislative alle innovazioni.

Il decentramento delle responsabilità è – o dovrebbe essere - l'effetto più significativo del decentramento amministrativo.

Troppo spesso però è stato interpretato solo come un passaggio del testimone del potere dal livello centrale al livello periferico. Non è così. L'assetto è completamente cambiato passando da relazioni verticali di re-

sponsabilità trasmesse gerarchicamente a relazioni orizzontali di responsabilità condivise, a leadership diffusa, attraverso la condivisione della motivazione.

La prevenzione del tabagismo in particolare soffre per la contraddizione tra la comunicazione verbale e il non verbale di comportamenti tolleranti, condizionati dal senso comune, inibiti da maggioranze tabagiste. In questo caso la condivisione della motivazione è conditio sine qua non per creare le condizioni di coerenza tra il dire e il fare e modificare “l’adattamento culturale del concetto di illecito”.

Nella logica del decentramento è presente la sinergia tra i livelli macro e micro, che rinforza reciprocamente i due livelli: il primo predispone e legittima, il secondo verifica la coerenza con i bisogni reali e opera in feedback continuo con il primo.

Traducendo in operatività nel ns caso occorre coinvolgere i referenti istituzionali per concordare la pianificazione che evita il consumismo delle educazioni, che mette in concorrenza gli interventi educativi con conseguenze disastrose, e invece favorisce la costruzione delle reti intraistituzionali che consentono interventi stabili nel tempo.

Per la dimensione Scuola i diversi livelli sono l’uno funzionale all’altro nel confrontarsi con gli EELL e le Aziende Sanitarie anche nella logica del rispetto dei *poteri contrattuali*.

Ai livelli dirigenziali regionali, provinciali e territoriali, rispettivamente degli USR, CSA o singola Istituzione scolastica, compete la responsabilità della legittimazione e della pianificazione e la predisposizione delle collaborazioni e dei supporti, ai docenti, funzione strumentale del POF, referenti specifici per la prevenzione, responsabili della didattica in classe la pianificazione e la realizzazione nell’ambito dei processi formativi globali.

Figure cerniera, professionalità a ponte, partecipanti a tavoli di lavoro tra più livelli, garantiranno l’armonia/funzionalità dell’impianto.

Processo analogo, dal macro al micro, per la costruzione delle reti interistituzionali, fondate sulla condivisione della motivazione ma anche sulla specificità dei ruoli, potenziati dagli interventi sinergici ( gli esperti del fenomeno dipendenza/patologie, concordano con gli esperti dell’educazione le modalità di intervento).

## **Le procedure decisionali in ambiente strutturato prevedono che ogni ufficio/membro esprime un parere per competenza.**

Ciò comporta una certa rigidità di comportamento.

Il processo verticale può rappresentare anche un esercizio di potere funzionale alla conservazione dell’apparato.

Le procedure decisionali in ambiente non strutturato come la rete prevedono procedure variabili senza ordine predeterminato ed esplicito.

La partecipazione è fluida e il gruppo eterogeneo, privilegia il funzionamento del sistema.

Le procedure decisionali di un gruppo cooperativo prevedono:

- L’esplicitazione individuale del dissenso o consenso rispetto all’oggetto della decisione
- La ricostruibilità del processo in tutti i suoi passaggi
- L’identificabilità della logica sottesa, per ricostruire i momenti salienti
- La capitalizzazione delle incertezze e degli errori

Occorre, allora, pensare a un modello organizzativo ad hoc, capace di creare ( e mantenere) una mediazione produttiva tra i livelli formali ( normativi ) e i livelli informali ( operativi empirici), immaginando procedure decisionali collegiali, fondanti su:

- La condivisione degli obiettivi, rispecchiante le motivazioni individuali , funzionale al raggiungimento degli stessi obiettivi.
- Un sistema informativo/comunicativo efficace, che consente la messa in comune di valori – culturali, organizzativi, ideologici,etc –
- Un sistema autovalutativo per mantenere il controllo della coerenza tra i diversi gradi.

Più semplicemente potremmo affermare che i modelli condivisi passano attraverso:

- L’esplicitazione di obiettivi e azioni
- Il dialogo/discussione

➤ La condivisione ( almeno della motivazione e degli obiettivi )

È importante, perciò, una cultura critica e dinamica per visualizzare il proprio modello mentale e rendere discutibile l'indiscutibile, per mantenere la rotta, per l'individuazione delle funzioni e delle competenze e la costruzione della memoria dell'attività decisionale (verbalizzazione delle fasi).

Soprattutto in un sistema a leadership diffusa è importante affidare il "controllo della rotta" ai valori, che determinano le azioni e alle regole, che mantengono i valori.

La condivisione degli obiettivi implica la condivisione della Motivazione attraverso un Sistema informativo efficace e meccanismi decisionali espliciti

#### Indicazioni Bibliografiche

Stellacci L. Prime prove di federalismo: dal centralismo statalista alla governance regionale, in R.A.S., Rassegna Autonomia Scolastica, n. 4, 2005

AAVV Dal PEI al POF - TECNODID

Stellacci L. Riforma dell'amministrazione da Voci della Scuola – tecnodid

A. Villani – Verso gli Adolescenti – Comune di Napoli

## La rete educante che sostiene l'educazione attiva

Il nostro problema è come rendere efficaci le nostre azioni.

Il sistema di insegnamento tradizionale, frontale e *digestivo*, appare sempre più incapace di attivare intelligenze e personalità plurali (Gardner 1983) e soprattutto incapace di coinvolgere il livello ineliminabile e cruciale dell'emozione nel processo di conoscenza (Damasio 1994, 1999, Goleman 1995, Le Doux 1996) per coinvolgere la Persona in apprendimento.

Le esperienze di educazione attiva sostenute oggi dai modelli di mente e intelligenza proposti dalle neuroscienze, spingono verso la ricerca educativa che suggerisce di coniugare gli studi astratti propri dell'attività della corteccia con riflessioni sull'esperienza emotiva.

L'educazione attiva coincide spesso con l'apprendimento laboratoriale, che non è solo manipolazione / corporeità, con l'apprendimento naturale.

L'apprendimento naturale è intrecciato alle procedure delle esperienze operative dell'imparare a fare, soprattutto assumendo ruoli transitori di responsabilità.

Una forte valenza ha anche l'imitazione delle figure parentali e amicali: l'apprendimento naturale passa per le relazioni significative, affettive-emozionali.

Ma è il contesto che favorisce la correlazione con i diversi sensi e i diversi codici - musicale, gestuale, iconico, ... - le associazioni rispetto ad altre conoscenze e al rapporto fra queste e i loro contesti. Ciò è favorito dall'esistenza di una zona di sviluppo prossimale e di procedimenti atti a favorire l'ingresso in tale zona e il suo progressivo attraversamento con la regia di adulti competenti, affiancati da coetanei più capaci.

"L'apprendimento umano presuppone una specifica natura sociale ed un processo atto a consentire ai bambini di far propria la vita intellettuale di coloro che li circondano .... Così l'idea di una zona di sviluppo prossimale ci consente di proporre una nuova formula, ossia che l'unico apprendimento positivo è quello che anticipa lo sviluppo."

Vygotsky, Pensiero e linguaggio, Giunti Barbera, Firenze, 1965 > zona di sviluppo prossimale – e linguaggio.

## Allegato: INDICAZIONI PER I REFERENTI DELLA PREVENZIONE

- **Il cambiamento dei comportamenti** e dell'adattamento culturale del concetto di illecito è un percorso emozionale complesso facilitato da contesti di apprendimento adeguati, sostenuti dalle reti di relazioni.
- **La rete** che sostiene il processo educativo è a sua volta sostenuta dalla rete protettiva delle istituzioni preposte, che propongono interventi, pianificano le fasi, sostengono l'operatività con forme di accompagnamento/formazioni, distribuite nel tempo, come supporto ricorrente all'azione e verificano la coerenza della realizzazione delle fasi operative.
- **Attenzione all'interazione**, comportamenti che modificano altri comportamenti, con l'informazione e la comunicazione tra persone ( **interdisciplinarietà** ).
- La rete di **comunicazione efficace** può condizionare-modificare il sistema sociale di riferimento.
- Il responsabile della prevenzione, allora, **tesse relazioni**, che possono sostenere direttamente o indirettamente il livello educativo, attraverso i referenti istituzionali, i docenti e il gruppo dei pari.
- L'educazione si avvale a sua volta di **relazioni formative significative**, che costituiscono una microrete sostenuta dalla rete delle relazioni formalizzate del macrosistema.
- **Reti spontanee** sono costruite sulla condivisione della motivazione, ma non garantiscono interventi sistemici.
- **Gli interventi istituzionali** devono garantire reti di intervento non casuali, che sostengono azioni diffuse su tutto il territorio considerato.
- La rete fonda sulle relazioni tra le persone ed è favorita dalla presenza/partecipazione di persone ( hub ) che **condividono la motivazione** delle azioni da intraprendere e hanno **molti contatti**
- **Hub istituzionali** sono i referenti - se scelti con i criteri della motivazione e dei contatti – che sono rinforzati e stabilizzati nel tempo dal ruolo istituzionale
- **Evitare deleghe e sovrapposizioni** tra gli operatori socio-sanitari e docenti
- **Facilitare lo scambio di risorse professionali.**
- **Conoscere** le strutture dei sistemi (Scuola, Sanità, EELL, ETC )
  - Ai livelli dirigenziali regionali, provinciali e territoriali, rispettivamente degli USR, CSA o reti delle Istituzioni scolastiche, compete la responsabilità della legittimazione e della pianificazione e la predisposizione delle collaborazioni e dei supporti, ai docenti, funzione strumentale del POF, referenti specifici per la prevenzione, responsabili della didattica in classe la pianificazione e la realizzazione nell'ambito dei processi formativi globali.
  - **Figure cerniera**, referenti degli uffici con professionalità a ponte, partecipanti a tavoli di lavoro tra più livelli, garantiranno l'armonia/funzionalità dell'impianto.
  - Processo analogo, **dal macro al micro**, per la costruzione delle reti interistituzionali, fondate sulla condivisione della motivazione ma anche sulla **specificità dei ruoli**, (gli esperti del fenomeno dipendenza/patologie, concordano con gli esperti dell'educazione le modalità di intervento ).
- Le **procedure decisionali in ambiente non strutturato** come la rete prevedono procedure variabili, esplicite, senza ordine predeterminato:
- **L'esplicitazione di obiettivi e azioni**
- **Il dialogo/discussione**
- **La condivisione** ( almeno della motivazione e degli obiettivi )
- **La pluralità delle reti**, inflaziona *lo strumento* creando **sovrapposizioni e assuefazione** a forme di applicazione delle indicazioni legislative semplificate, che impediscono le vere innovazioni.

## Bibliografia ragionata

### Per comprendere la complessità dei sistemi sociali:

Ludwig von Bertalanffy – Teoria Generale Dei Sistemi – Oscar Mondatori  
Gregory Bateson – Verso un'ecologia della mente – Adelphi

### Indicazioni di lavoro nei sistemi sociali ed educativi:

Cerini – Cristianini - A Scuola di Autonomia – tecnodid  
( Idee e strumenti per la gestione del Piano dell'Offerta Formativa – Lo scenario, le idee/guida, gli strumenti operativi, le prospettive )  
Stellacci L. Prime prove di federalismo: dal centralismo statalista alla governance regionale, in R.A.S., Rassegna Autonomia Scolastica, n. 4, 2005  
Stellacci L. Riforma dell'amministrazione da Voci della Scuola – tecnodid

### un esempio storico:

Alvise Zorzi – La Repubblica del Leone / storia di Venezia - Tascabili Bompiani

### Un esperimento in corso:

A. Villani ( a cura di ) – Verso gli Adolescenti – Comune di Napoli

### Un esperimento in corso da 15 anni:

da Pianeta Infanzia – Firenze Istituto degli Innocenti – febbraio 2000 –  
Angela Villani - Progetto Fratello Maggiore  
Da La peer education – Quaderni di animazione e formazione – Animazione Sociale 2003  
Pagano, Petrella, Vecchio, Villani – L'adulto invisibile nell'educazione tra pari -

### Per una didattica rispettosa della complessità del sistema di relazioni da cui è sostenuta:

(Il relatore/esperto, i referenti dei servizi, i docenti della classe, il gruppo dei pari costruiscono, infatti, relazioni significative mentre condividono significati)  
Gardner 1989 – Formae mentis - Feltrinelli  
Damasio 1994, L'errore di Cartesio - Adelphi  
Damasio 1999, Emozione e coscienza - Adelphi  
Damasio 2003, Alla ricerca di Spinoza - Adelphi  
Bruner La cultura dell'educazione - Feltrinelli  
Le Doux 2002 – Il sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo - Cortina  
Vygotsky, Pensiero e linguaggio, Giunti Barbera, Firenze, 1965> zona di sviluppo prossimale – e linguaggio  
T. W. Deacon, 1997, “*La specie simbolica. La coevoluzione del linguaggio e del cervello*”, Fioriti, Roma, 2001, pp. 30 - 31.



## *Settima sessione*

# **Interventi di prevenzione, controllo e cura del Tabagismo nei luoghi di lavoro**

### **Articoli di:**

**Daniela Marcolina:** Regione Veneto, Azienda Unità Sanitaria Locale n° 1 di Belluno, Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Franco Roscelli,** Azienda USL di Parma, Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro; Responsabile sottoprogetto Luoghi di Lavoro Liberi dal Fumo

**Franco Falcone,** Unità Operativa Pneumotisiatria, Ospedale Bellaria, Azienda USL di Bologna, Responsabile Sottoprogetto 4 "Ospedali e Servizi Sanitari senza Fumo AUSL di Bologna

### **Gruppo di Progetto di Scandiano,**

*Fabrizio Boni* responsabile Centro Antifumo Ospedale di Scandiano,  
*Sandra Bosi* responsabile servizi Formazione e Prevenzione LILT Reggio Emilia,  
*Antonio Chiarenza* Dirigente Servizio Ricerca innovazione e sviluppo Ausl Reggio Emilia  
*Annamaria Ferrari* Dirigente Servizio Sanità Pubblica Ausl Reggio Emilia,  
*Mauro Grossi* Direttore Distretto di Scandiano,  
*Massimo Pedroni* Medico di Medicina Generale di Scandiano

## Commento alla settima sessione

Questa sessione consente un commento unitario: sia la prima parte, infatti, con gli esaurienti e preziosi articoli di Franco Roscelli e Daniela Marcolina, sia la seconda, con le esemplificazioni di un intervento in cui l'ospedale è considerato Luogo di lavoro da parte di Franco Falcone e della descrizione da parte del gruppo di lavoro di Mauro Grossi, di un intervento di Prevenzione e cura del Tabagismo rivolto ad una comunità, approfondiscono la rilevanza culturale e pratica di unire il livello educativo al livello di applicazione della norma.

Dove questo accade il programma è più efficace ( d'altra parte, si è verificato anche con il programma Scuole libere dal fumo, analizzato nella sessione precedente).

Da questo punto di vista, come ampiamente sottolineato da Daniela Galeone, la legge Sirchia ha portato notevoli vantaggi:

- È aumentata la richiesta di partecipare ai Corsi per smettere di fumare e, comunque, la motivazione a smettere.
- L'applicazione della legge ha modificato anche la percezione dell'abitudine al fumo da parte degli adolescenti: si è acuita la sensazione che la sigaretta rappresenti un problema piuttosto che una trasgressione ed è aumentata la motivazione a partecipare a programmi che coinvolgono i giovani in attività di sensibilizzazione dei coetanei.
- In generale la propensione a smettere di fumare è aumentata per preoccupazioni relative alla salute, ai costi delle sigarette, ma soprattutto al cambiamento dell'immagine sociale del fumatore che spesso si sente a disagio esibendo la sigaretta in contesti pubblici: questo è il significato concreto di come l'applicazione di una norma possa e debba intervenire sulla motivazione, sui comportamenti sociali e sulle abitudini di una comunità



# La pianificazione regionale della partecipazione ai progetti europei

**Autori: Elizabeth Tamang,\* Annarosa Pettenò\*, Luca Sbrogiò\*\***

\* Regione del Veneto - Centro Regionale di Riferimento per la Prevenzione (CRP)

\*\* Azienda ULSS 9 Treviso – Dipartimento di Prevenzione

**Parole chiave:** prevenzione, rete, europa

## Introduzione

Quasi 5 milioni di persone vengono uccise ogni anno nel mondo da malattie fumo-correlate. Nel 20esimo secolo si stima che sono morte cento milioni di persone a causa del tabacco.

Se non venissero utilizzate misure efficaci per prevenire l'abitudine al fumo nei giovani e per aiutare i fumatori a smettere, il fumo ucciderebbe 1 miliardo di persone nel 21esimo secolo. (J. Mackay et al, 2006).

L'epidemia del tabacco è una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea".

Nessun'altra sostanza legale è così pericolosa o così potente come sostanza capace di creare dipendenza. Eppure le morti e le malattie fumo-correlate sono interamente prevedibili e prevenibili, si conosce, infatti, esattamente cosa provoca l'uso di tabacco, come e quanto uccide, cosa danneggia e come fare per evitare tutto ciò.

## Presentazione del Tema

In Europa esistono molteplici organizzazioni e reti attive nel promuovere la salute attraverso il controllo dell'uso di tabacco.

Di seguito illustriamo brevemente alcune di esse ed alcuni progetti europei riguardanti lo sviluppo di organizzazioni ed ambienti favorevoli alla salute, validi esempi per implementare a livello regionale e locale la Strategia europea per una politica di promozione della salute rispetto al fumo di tabacco.

- **Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, con sede mondiale a Ginevra e quella europea a Copenaghen, promuove da anni varie strategie per contrastare il fenomeno del tabagismo e ne raccomanda alcune, in particolare, utili per aumentare e rafforzare le capacità nazionali per il controllo del tabacco:

- Analizzare la situazione nazionale sul controllo del tabacco.
- Sviluppare un consenso ed un impegno politico per il controllo del tabacco nel paese. Dovrebbe venire prima di sviluppare l'azione?
- Definire strategie nazionali basate sulle priorità emergenti dai dati epidemiologici nazionali sul tabagismo e dall'ambiente socio-politico;
- Stabilire un coordinamento nazionale: dopo aver nominato un punto focale o una persona responsabile per il controllo del tabacco, bisognerebbe creare un comitato per lo sviluppo di politiche e programmi finalizzati al controllo del tabacco coinvolgendo diversi settori governativi.
- Sviluppare un piano nazionale globale che rifletta le priorità e le realtà locali.
- Stabilire attraverso regolamenti o legislazioni a livello nazionale meccanismi per finanziare programmi di controllo del tabacco.
- Incorporare le azioni del programma nazionale del controllo del tabacco all'interno dei piani già esistenti a livello regionale o locale delle aziende sanitarie per assicurarne la sostenibilità.
- Sviluppare strategie per monitorare e contrastare le attività delle industrie del tabacco.
- Stabilire un sistema di monitoraggio e di valutazione per lo sviluppo e l'implementazione di politiche per il controllo del tabacco.

Tra le più recenti strategie adottate dall'OMS vi sono:

- **Tobacco Free Initiative (TFI)** è un programma istituito nel luglio 1998 per focalizzare l'attenzione internazionale, le risorse e le azioni per contrastare l'epidemia globale del tabacco.

L'obiettivo del TFI è di ridurre il peso complessivo delle malattie e delle morti causate dal tabacco, proteggendo le generazioni presenti e future dall'effetto devastante sulla salute, sulla società, sull'ecologia ambientale e sulle conseguenze economiche derivate dal consumo del tabacco e dall'esposizione al fumo passivo. Per raggiungere questi obiettivi TFI agisce da leader nello sviluppo di una politica globale per il controllo del tabacco, mobilitando tutti i livelli della società e promuovendo la Framework Convention sul Controllo del Tabacco (WHO-FCTC), incoraggiando i Paesi ad aderire ai suoi principi e fornendo supporto al loro sforzo per implementare le misure di controllo basate sulla Convenzione. La FCTC, entrata in vigore nel febbraio del 2005, è il primo trattato di salute pubblica che impegna i governi ad agire per proteggere i propri cittadini dalle malattie e dalle morti fumo correlate. La Convenzione contiene politiche efficaci nel contrastare i danni del fumo. I governi che sottoscrivono la Convenzione dichiarano formalmente di impegnarsi a raggiungere gli standard minimi previsti in essa (v. sito [www.who.int/tobacco/framework/en](http://www.who.int/tobacco/framework/en)).

- **Tobacco-Free Europe** è un programma atto a sostenere i governi, le agenzie internazionali e altri partner a lavorare insieme a livello europeo nel controllo del tabagismo attraverso, in particolare, l'implementazione della Convenzione (FCTC) e della Strategia Europea per il controllo del tabacco. Le strategie adottate al fine di contribuire quindi alla riduzione del consumo di tabacco e dei danni causati da esso e dall'esposizione al fumo passivo sono quelle di:

- promuovere impegni politici delle Regioni europee per il controllo del tabacco;
- dare sviluppo alle capacità dei singoli Paesi;
- rafforzare il coordinamento internazionale;
- facilitare lo scambio di informazioni e promuovere cooperazioni tecniche.

Il programma TF Europe fornisce supporto tecnico e politico a:

- programmi nazionali e piani d'azione;
- politiche multisettoriali e collaborazioni;
- scelte economiche e legislative per il controllo del tabacco;
- sorveglianza e monitoraggio;
- promozione della salute;
- disassuefazione dal fumo e sostegno al controllo del tabacco attraverso la politica pubblica.

- **Health Evidence Network (HEN)** è una rete dell'OMS-Europa che vede coinvolte agenzie delle Nazioni Unite, governi e istituzioni operanti nell'ambito della salute. La HEN fornisce risposte e sostegno a chi deve prendere decisioni su questioni di sanità pubblica fornendo documenti basati su evidenze scientifiche e mettendo a disposizione un accesso rapido ai materiali e alle informazioni presenti in numerosi siti web, banche dati e rapporti.

#### - **Rete delle Regioni per la Salute (Regions for Health Network – RHN)**

La Rete delle Regioni per la Salute è stata avviata dall'Ufficio Europeo dell'OMS nel 1992 con lo scopo di sostenere lo sviluppo di politiche e strategie adeguate per la salute a livello regionale e promuovere l'equità nella salute, ottenere un'ampia partecipazione nel processo decisionale, assicurare un equilibrato approccio alle questioni degli stili di vita, dell'ambiente e dell'assistenza sanitaria. I membri della Rete supportano lo sviluppo di programmi specifici su aree di promozione della salute di comune interesse attraverso lo scambio di conoscenze e buone prassi, la creazione di alleanze e sviluppando azioni intersettoriali per un aumento della salute sia a livello locale che regionale.

Le attività sviluppate dalla Rete sono principalmente nei seguenti campi:

- lotta al tabagismo e controllo dell'alcolismo;
- garanzia che a tutti venga offerta un'equa opportunità di realizzare il proprio potenziale di salute;
- riforma dei servizi sanitari con il coinvolgimento dell'utenza.

L'adesione alla RHN avviene formalmente attraverso la sottoscrizione da parte dell'autorità regionale competente di una "Dichiarazione di Intenti" e la nomina di un referente regionale. Tale figura mantiene i contatti con la Rete e si impegna ad influenzare la politica per la salute a livello regionale (v. sito [www.who.dk/RHN](http://www.who.dk/RHN)). La Segreteria della Rete è situata nella sede dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS di Copenhagen.

Attualmente la Rete italiana delle Regioni per la Salute comprende la Sicilia, l'Emilia Romagna, Alto Adi-

ge, la Toscana e il Veneto. Nel complesso la Rete comprende 30 Regioni appartenenti a 18 Paesi europei.

#### **- Rete Città Sane (Healthy Cities Project – HCP)**

“Città Sane” è un altro progetto dell’Ufficio Europeo dell’OMS per la promozione della salute nelle aree urbane; lanciato nel 1987 come “laboratorio sul campo” ha lo scopo di trovare luoghi significativi e rappresentativi dove poter tradurre in azioni i principi e gli obiettivi della Strategia della Salute per Tutti in Europa in applicazione dei principi della Carta di Ottawa per migliorare la salute delle città, del loro ambiente e dei loro abitanti.

Il progetto raccorda una Rete di città europee al fine di favorire lo scambio di esperienze e di far crescere le loro capacità di realizzare azioni volte a promuovere la salute. Gli obiettivi del progetto sono:

- la promozione di stili di vita salutari;
- un maggiore interesse per la salute come componente di tutta la politica pubblica nei differenti settori della comunità e dell’economia locale, elaborare cioè politiche pubbliche di sviluppo sane;
- la creazione di condizioni ambientali urbane più sane;
- sviluppare una base comune di azione fra il settore dei servizi sanitari e gli altri settori dei servizi urbani a favore del progetto;
- l’attivazione di interventi di rete che vadano a colmare le lacune esistenti tra le diverse professioni e discipline, tra i vari organismi e settori dell’amministrazione della città, tra l’economia e la società, tra i politici e professionisti e tra coloro che devono prendere decisioni e cittadini utenti della città;
- identificare le barriere esistenti fra la gente e le organizzazioni per cercare i modi possibili allo scopo di abatterle, dato che la partecipazione dei cittadini alla tutela della salute è elemento fondamentale del progetto;
- promuovere l’attivazione delle risorse formali (pubblico e terzo settore) e informali presenti nella comunità locale.

Il concetto di Città Sana implica un “processo” in direzione della promozione della salute attraverso il coinvolgimento diretto delle amministrazioni locali, di tutte le agenzie pubbliche e private interessate alle specifiche problematiche e della comunità attraverso un’informazione chiara, corretta e costante.

I Comuni che intendono far parte della Rete devono presentare la candidatura mediante una deliberazione del proprio consiglio comunale di adesione all’Atto di Intesa, da inviare alla sede del Coordinamento nazionale organizzativo della Rete (v. sito [www.comune.bologna/cittasane-oms](http://www.comune.bologna/cittasane-oms)). Nel 1987 aderivano a “Città Sane” 11 città europee. Oggi le Reti nazionali europee sono 29 compresa quella delle città italiane.

L’adesione al progetto prevede lo svolgimento di iniziative in occasione di giornate mondiali istituite dall’OMS (31 maggio Giornata Mondiale Senza Tabacco, 7 aprile Giornata Mondiale della Salute, 1 dicembre Giornata Mondiale Lotta all’AIDS, ecc), di iniziative di sensibilizzazione o di approfondimento promosse dalle singole città su specifici temi inerenti il Progetto Città Sane e lo sviluppo di piani di salute globali. Le Città Sane incoraggiano anche le città che non appartengono alla Rete ad attivarsi nei confronti della salute in città.

#### **- Gli Ospedali per la Promozione della Salute (Health Promoting Hospitals – HPH)**

Il progetto dell’Ufficio Europeo dell’OMS denominato “Ospedali per la Promozione della Salute” è stato avviato nel 1988 con l’obiettivo di attivare e sostenere un processo di riorientamento degli ospedali europei per aggiungere alle tradizionali attività curative proprie dell’ospedale un nuovo approccio, auspicato e richiesto dalla Carta di Ottawa, nell’ottica della promozione della salute.

Per raggiungere questo importante obiettivo di riorientamento dei servizi sanitari, il programma degli Health Promoting Hospitals si è impegnato a:

- sviluppare specifiche iniziative di promozione della salute all’interno dell’ospedale;
- ampliare l’interesse del management ospedaliero e delle strutture verso la tutela della salute e non limitarlo solo alla cura delle malattie;
- sviluppare esempi di buona pratica clinica e organizzativa, documentati e valutati, che possano essere trasferiti ad altri ospedali;
- facilitare ed incoraggiare la cooperazione e lo scambio di esperienze e iniziative tra ospedali aderenti;
- identificare aree di interesse comune per sviluppare programmi e procedure di valutazione.

In accordo con i principi fondamentali contenuti nella Dichiarazione di Budapest (1991) e nelle Raccomandazioni di Vienna (1997), un Ospedale per la Promozione della Salute dovrebbe:

- promuovere la dignità umana, l’equità, la solidarietà e l’etica professionale, riconoscendo i bisogni, i valori e le culture dei diversi gruppi di popolazione;

- essere orientato verso il miglioramento della qualità, il benessere dei pazienti, dei familiari e dello staff, la protezione dell'ambiente e la realizzazione del potenziale per diventare una "learning organization";
- concentrare l'attenzione sulla salute con un approccio globale e non solo sui servizi curativi;
- essere centrato sulle persone che forniscono servizi sanitari nel miglior modo possibile ai pazienti e alle loro famiglie, per facilitare il processo di guarigione e contribuire all'aumento delle competenze e delle abilità dei pazienti;
- usare le risorse disponibili in maniera efficace ed efficiente, e allocare le risorse sulla base del contributo al miglioramento della salute;
- creare legami quanto più stretti possibile con gli altri livelli del sistema sanitario e con la comunità.

Visti i buoni risultati ottenuti dagli ospedali partecipanti all'iniziativa e l'interesse manifestato dagli Stati Membri, l'Ufficio Europeo dell'OMS ha promosso la costituzione di Reti HPH nazionali e/o regionali. L'obiettivo primario è facilitare e incoraggiare lo sviluppo di attività che favoriscono la salute e lo scambio di esperienze tra ospedali dello stesso Paese, compresa l'identificazione di aree di comune interesse, la condivisione delle risorse e lo sviluppo di sistemi comuni di valutazione per una ampia diffusione dell'esperienza. Attualmente le Reti HPH formalmente attivate sono 25 che comprendono più di 700 ospedali della Regione Europea.

La Rete Italiana degli Ospedali per la Promozione della Salute si configura come una "rete di reti regionali", pienamente autonome nella gestione delle proprie attività e nei rapporti diretti con i propri ospedali aderenti, con le rispettive autorità regionali e con l'Ufficio Europeo dell'OMS.

Attualmente sono attive 9 Reti regionali HPH, formalmente riconosciute dall'OMS, che sono le Reti: Veneta, Piemontese, Lombarda, Emiliano-Romagnola, Toscana, Ligure, Trentina, della Valle d'Aosta e del Friuli Venezia Giulia. In ogni Rete regionale è stato istituito un centro di coordinamento che funge da riferimento e da stimolo per gli ospedali aderenti; inoltre è stata individuata la figura del coordinatore che ha funzioni di coordinamento interno, di rappresentanza e di collegamento con la Rete italiana e internazionale.

Vi sono poi molti ospedali che in altre regioni stanno comunque sperimentando questo approccio e che è auspicabile diventino i nodi di partenza di nuove Reti regionali.

Gli ospedali delle Regioni nelle quali esiste già una Rete regionale possono aderire alla Rete HPH della propria Regione sulla base delle procedure e dello schema di convenzione indicati dall'Ufficio Europeo dell'OMS, facendo riferimento ai rispettivi coordinatori locali. Gli ospedali delle restanti Regioni possono partecipare alle attività della Rete italiana secondo le modalità indicate nella Lettera di intenti per la partecipazione alla Rete italiana. (v. sito [www.retehpitalia.it](http://www.retehpitalia.it) o rivolgersi al Centro di coordinamento della Rete italiana: Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Staff Direzione Generale, Via de Gasperi 79, 38100 Trento - Tel. 0461-902921).

In aggiunta alle Reti nazionali e regionali, a partire dal 1993 sono state costituite le reti tematiche, che mirano a collegare ospedali che sviluppano attività di promozione della salute simili, tra le quali la creazione di ambienti liberi dal fumo, al fine di facilitare lo scambio di esperienze. Un esempio è costituito dal progetto di promozione della salute comune denominato "Ospedale e servizi socio sanitari senza fumo" avviato dalla Rete veneta HPH.

L'obiettivo generale di tale progetto è ottenere che negli ospedali e nei servizi socio sanitari non si fumi, in modo da proteggere la salute dei pazienti e del personale e costituire un esempio di comportamento sano per la comunità di riferimento. Sono stati individuati 6 obiettivi specifici riferiti ai pazienti (Paz.), al personale ospedaliero (Osp.) e alla comunità di riferimento (Com.): 1. Promuovere stili di vita sani all'interno dell'Ospedale (Paz., Osp., Com.); 2. Salvaguardare i diritti dei pazienti; 3. Costituire un modello per la Comunità (Paz., Osp., Com.); 4. Ottenere la partecipazione di tutti gli operatori sanitari; 5. Ottenere ambienti liberi dal fumo (Paz., Osp., Com.); 6. Ridurre l'abitudine al fumo (Paz., Osp., Com.).

Tali obiettivi si traducono in: 1. Azioni specifiche orientate ai pazienti – Counselling per una vita libera dal fumo per i pazienti fumatori e attività per aiutare i pazienti a smettere di fumare; 2. Azioni orientate al personale – Conoscenza delle abitudini al fumo dei dipendenti ospedalieri, promozione del counselling al personale fumatore e programmazione di attività per aiutare il personale fumatore a smettere; 3. Azioni orientate alla comunità – Sviluppo di sinergie con altre agenzie territoriali interessate al tema (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Comuni, Scuole, Ser.T., Distretti SocioSanitari, ecc) ed iniziative per una comunità libera dal fumo (counselling dei MMG, corsi per smettere di fumare, progetti di prevenzione in ambito scolastico, ecc.), far conoscere il progetto alla comunità, attuare le disposizioni legislative contro il fumo (per es. segnaletica adeguata) e far rispettare il divieto di fumare.

## - Rete Europea delle Scuole per la Promozione della Salute (European Network of Health Promoting Schools – ENHPS)

Nel 1992 l’OMS costituisce la Rete Europea delle Scuole per la Promozione della Salute ispirata alla convinzione che le scuole rappresentano ambienti chiave nella promozione della salute degli studenti, del personale e della comunità di appartenenza.

Gli obiettivi specifici delle Scuole per la Promozione della Salute sono molteplici: facilitare la creazione di ambienti che promuovono la salute; enfatizzare le responsabilità sulla salute a livello individuale, familiare e comunitario; incoraggiare stili di vita sani; mettere in grado gli alunni di esprimere appieno il loro potenziale fisico, psicologico e sociale; mettere a punto espliciti obiettivi di promozione della salute e di sicurezza per l’intera comunità scolastica; stimolare lo sviluppo di buone relazioni tra studenti e insegnanti e tra la scuola, le famiglie e la comunità; sfruttare le risorse della comunità per supportare le iniziative di promozione della salute; elaborare piani di studio coerenti con la promozione della salute; fornire agli studenti le conoscenze e le abilità necessarie a fare scelte consapevoli in tema di salute; considerare che i servizi sanitari scolastici possono essere una risorsa per mettere in grado gli studenti di diventare efficaci utilizzatori dei servizi di assistenza sanitaria.

Per perseguire tali obiettivi è necessario non solo svolgere interventi educativi specifici, ma anche garantire un supporto di tipo organizzativo (es. far rispettare a tutti il divieto di fumo) e attività atte a modificare le norme sociali che regolano i comportamenti.

Nel corso della I° Conferenza della Rete Europea delle Scuole (Salonicco, 1997) è emerso che “le scuole che promuovono la salute contribuiscono in modo significativo, con un forte impatto positivo, all’esperienza educativa degli studenti che in queste scuole vivono ed apprendono. E’ dimostrato che le scuole che promuovono la salute costituiscono un investimento sia per l’educazione che per la salute in quanto, fondandosi su un modello sociale di salute, pongono l’attenzione sugli individui, ma allo stesso tempo sull’intera organizzazione scolastica. Questa ottica crea un ambiente sociale di grande sostegno che influenza la visione, la percezione e l’azione di tutti coloro che vivono, lavorano, giocano e imparano all’interno della scuola e genera un clima positivo che influisce sul modo in cui si strutturano le relazioni, sul modo in cui i giovani assumono le decisioni, sviluppano propri valori e atteggiamenti personali. Le scuole che promuovono la salute sono destinate a produrre un impatto sostanziale sulla riduzione delle disuguaglianze sociali, contribuendo in tal modo alla salute ed al benessere della popolazione nel suo complesso” (v. sito [www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home](http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home)).

Date queste evidenze risulta chiara l’importanza, in relazione all’assunzione di comportamenti sani, di una scuola che agisce secondo una politica orientata a produrre una cultura libera dal fumo. In tal senso si cita il progetto europeo Smoke Free Class al quale aderisce anche l’Italia (v. sito <http://smokefreeclass.blogspot.com>; [www.smokefreeclass.info](http://www.smokefreeclass.info)). Nel riquadro sottostante le indicazioni utili per il coordinatore regionale del Concorso.

### PROGETTO EUROPEO

Cosa deve fare il coordinatore:

1. Presentare il progetto nel proprio territorio e raccogliere le adesioni.
2. Procurare e distribuire materiali alle classi partecipanti
3. Raccogliere i contratti di classe dei partecipanti
4. Raccogliere il monitoraggio mensile
5. Procurare i premi
6. Organizzare la giornata di premiazione regionale
7. Inviare i dati sulla partecipazione entro il 30 novembre e il monitoraggio entro il 20 maggio al coordinatore nazionale
8. Inviare il nominativo della classe regionale vincitrice al coordinatore nazionale.



Tassa d’iscrizione: 1.200 Euro che comprende il diritto di partecipazione al concorso europeo e 50 kit per le classi. E’ possibile acquistare altri kit (ca 3 euro ciascuno), richiedere insieme i premi regionali (ca 25 euro ciascuno) e il gadget di partecipazione (ca 1.50-2 euro ciascuno).

Project Manager internazionale: Reiner Hanewinkel , IFT – Kiel, Germania

Project coordinators per l’Italia: Fondazione Zancan, Via Vescovado 66, 35141 Padova.

Tel: 049663800 - Fax: 049663013 - e-mail: [cepsalute@fondazionezancan.it](mailto:cepsalute@fondazionezancan.it)

Coordinatore: Dr. Elizabeth Tamang

- **European Network for Smoking Prevention - ENSP** (Rete Europea per Prevenzione del fumo) è un'organizzazione internazionale di non profit istituita nel 1997 a Bruxelles. E' una delle reti più ampie nel campo del controllo del tabacco, è composta da più di 700 organizzazioni appartenenti a 30 paesi europei.

La mission di ENSP è di sviluppare una strategia di azioni coordinate tra le organizzazioni partecipanti condividendo informazioni e esperienze.

ENSP, inoltre, cerca di creare maggiore coerenza tra le varie attività di prevenzione messe in atto e di promuovere politiche globali per il controllo del tabacco a livello europeo e nelle singole nazioni.

ENSP è governata da una Assemblea Generale composta da due rappresentanti di ogni coalizione nazionale attiva contro il tabacco in Europa e da un rappresentante per ogni rete europea per il controllo del tabagismo. ENSP è amministrata da un Consiglio Esecutivo regolarmente eletto; la gestione amministrativa e il coordinamento della rete sono affidati alla Segreteria di Brussels.

B) I principali obiettivi dell'ENSP sono:

- Promuovere e facilitare le attività delle coalizioni nazionali e delle reti specifiche di prevenzione del tabagismo.
- Promuovere la collaborazione tra i vari membri di ENSP attraverso scambio di informazioni, esperienze, attività e progetti.
- Assicurare la circolarità delle informazioni tra le Istituzioni dell'Unione Europea, gli Stati Membri e i membri dell'ENSP sulla legislazione, proposta o approvata, sul tabacco.
- Stabilire un legame tra ENSP, organizzazioni inter-governative e non-governative internazionali e con ogni altro gruppo attivo nel campo della prevenzione del tabagismo.
- Incoraggiare e sostenere le organizzazioni del controllo del tabacco nei Paesi dell'Europa Centrale e dell'Est.

ENSP riceve sostegno finanziario dalla Commissione Europea nell'ambito della framework del Programma di Salute Pubblica dell'Unione Europea 2003-2008.

La Commissione Europea finanzia attività di prevenzione del tabagismo anche attraverso progetti di marketing sociale come la Campagna Europea HELP illustrata brevemente nel riquadro sottostante.



## Campagna Europea HELP

Il 1 marzo 2005 è stata lanciata la seconda Campagna europea di prevenzione e informazione sul tabagismo il cui slogan è HELP- Per una vita senza tabacco realizzata dalla Commissione Europea con la collaborazione di ENSP. L'iniziativa illustra ai giovani i vantaggi di una vita senza tabacco ed evidenzia i pericoli del fumo passivo, sostenendo il divieto di fumo nei luoghi pubblici.

L'obiettivo di Help individuato dalla Commissione Europea è di sensibilizzare i giovani sui temi:

- prevenzione;
- danni del fumo passivo;
- cessazione dell'abitudine.

Questa Campagna continuerà fino al 2008 ed è indirizzata principalmente agli adolescenti dai 15 ai 18 anni e ai giovani dai 18 ai 30 anni, che sono attivamente coinvolti in quanto la Campagna prevede anche la costituzione di un organo di consultazione formato da una delegazione di giovani europei provenienti da ciascuno degli Stati membri che si occuperà della prevenzione del tabagismo e della sua cessazione, discutendone con esperti e responsabili politici europei.

Gli strumenti utilizzati per la realizzazione di "HELP" sono: spot televisivi aventi ad oggetto la prevenzione, la cessazione e i pericoli legati al fumo passivo; diffusione di comunicati stampa aventi ad oggetto la salute e le azioni realizzate dai vari Stati dell'Unione Europea in materia di lotta al tabagismo, il sito [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com) nel quale si possono trovare informazioni utili e concrete sul tema del tabacco (dossier, newsletter, consigli utili per smettere o non iniziare a fumare,...) ed eventi di sensibilizzazione organizzati con i partner internazionali.

Questa Campagna continuerà fino al 2008 ed è indirizzata principalmente agli adolescenti dai 15 ai 18 anni e ai giovani dai 18 ai 30 anni, che sono attivamente coinvolti in quanto la Campagna prevede anche la costituzione di un organo di consultazione formato da una delegazione di giovani europei provenienti da ciascuno degli Stati membri che si occuperà della prevenzione del tabagismo e della sua cessazione, discutendone con esperti e responsabili politici europei. Gli strumenti utilizzati per la realizzazione di “HELP” sono: spot televisivi aventi ad oggetto la prevenzione, la cessazione e i pericoli legati al fumo passivo; diffusione di comunicati stampa aventi ad oggetto la salute e le azioni realizzate dai vari Stati dell’Unione Europea in materia di lotta al tabagismo, il sito [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com) nel quale si possono trovare informazioni utili e concrete sul tema del tabacco (dossier, newsletter, consigli utili per smettere o non iniziare a fumare,...) ed eventi di sensibilizzazione organizzati con i partner internazionali.

- **Global Smokefree Partnership** è una nuova iniziativa che coinvolge più partner nata per promuovere in tutto il mondo politiche efficaci per garantire “aria libera dal fumo”.

I Partner lavorano supportando i professionisti ed i sostenitori di politiche smokefree a:

- accedere alle prove di efficacia delle politiche smokefree;
- chiedere assistenza ad una rete di esperti;
- svolgere azioni a supporto di politiche smokefree.

The Global Smokefree Partnership è coordinata dall’Unione Internazionale Contro il Cancro (UICC). I

Partner sono:

- American Cancer Society
- Americans for Nonsmokers’ Rights
- Campaign for Tobacco-Free Kids
- Cancer Research UK
- European Respiratory Society
- Framework Convention Alliance
- French National Cancer Institute (INCa)
- Global Tobacco Research Network
- International Nongovernmental Coalition Against Tobacco
- International Union Against Cancer
- Johns Hopkins School of Public Health Institute for Global Tobacco Control
- Pfizer
- World Heart Federation

**European Public Health Alliance - EPHA** (Alleanza Europea per la Salute Pubblica) è una rete di Organizzazioni Non Governative e Non profit che lavorano per promuovere la salute in Europa. E’ costituita da più di 100 membri che includono 35 reti europei impegnate nel migliorare la salute dei cittadini ed aumentare la loro partecipazione nell’adozione di decisioni riguardanti la salute. La sua mission è di avere un ruolo di leader nel sostenere la causa per una Europa più sana e per una maggiore partecipazione delle persone nella politica a livello europeo.

## Linee metodologiche e suggerimenti per il referente regionale

- Conoscere la realtà europea e l’esistenza delle istituzioni e delle reti attive nell’ambito della prevenzione delle patologie fumo-correlate
- Conoscere la presenza nel proprio territorio regionale di agenzie (pubbliche, private, organizzazioni non governative, volontariato, ecc) e programmi di prevenzione del tabagismo già attivi
- Partecipare attivamente al gruppo inter-regionale e creare alleanze con altre regioni per partecipare a progetti internazionali
- Creare o sviluppare alleanze intra-regionali tra i diversi referenti di area
- Identificare una agenzia che possa attivarsi per l’identificazione di progetti europei ai quali poter partecipare e supportarne lo sviluppo
- Promuovere la campagna HELP nel proprio territorio regionale attraverso la promozione della stessa all’interno delle proprie attività di prevenzione del tabagismo con i giovani, l’invio di comunicati

stampa di interesse generale sul tabagismo all'agenzia CBO-Communication By Objectives (Tel. 02 854588311) che sostiene in Italia l'implementazione della Campagna, la divulgazione di spot televisivi nelle reti regionali (da richiedere i video all'agenzia CBO)

- Verificare la fattibilità di promuovere nella propria regione alcuni progetti di prevenzione del tabagismo a scuola presenti a livello nazionale come ad esempio il Concorso Europeo Smoke Free Class e il progetto Insider.

## Criticità

- Mancata conoscenza delle opportunità esistenti
- Scarsa conoscenza della lingua inglese
- Cultura individualistica con scarsa volontà di interscambi culturali
- Mancanza di finanziamenti adeguati
- Offerta di progetti di prevenzione da parte delle multinazionali del tabacco

## Conclusioni

Il panorama presentato relativo ad organizzazioni e progettualità esistenti a livello europeo in tema di prevenzione del tabagismo, seppure nella sua brevità, è sufficiente a far intravedere le molte possibilità di azione e di alleanze possibili. Tali opportunità, unite all'impegno e alla responsabilità di ognuno nel promuovere la salute nei propri ambiti quotidiani di intervento, possono amplificare il messaggio di promozione di uno stile di vita sano libero dal fumo, sulla base delle risorse disponibili in ogni regione, attraverso una coalizione di forze sempre più organizzata ed ampia nel contrastare gli interessi delle multinazionali del tabacco.


## Bibliografia

- De Pieri P. (a cura di) *La Promozione della Salute nel Veneto Percorso formativo per lo sviluppo di organizzazioni che promuovono la salute*, Centro di Educazione alla Salute, Padova, 1997
- Effective Health Care, *Prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani*, ed. italiana. Vol 4, n. 3, maggio-giugno 2000.
- *I Documenti OMS sulla Strategia della Salute per Tutti*, Punto Omega Rivista Quadrimestrale del Servizio Sanitario del Trentino, n. 2/3, agosto 2000.
- J. Mackay et al, *The Tobacco Atlas*, American Cancer Society, [www.cancer.org](http://www.cancer.org), II° ed., 2006
- OMS. *International Classification of Diseases Tenth Edition* Vol. 1 F17 – Mental and Behavioural disorders due to use of tobacco. Geneve, 1992.
- OMS/Ufficio Regionale per l'Europa *Verso città libere dal fumo: Smoke-free Europe: II* Versione italiana a cura del Centro di educazione alla salute di Padova, 1995.

## Siti di interesse

- Documenti OMS [www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net) o [www.euro.who.int/tobaccofree](http://www.euro.who.int/tobaccofree)
- Rete delle Regioni per la Salute (Regions for Health Network – RHN) [www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/RHN/Home](http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/RHN/Home)
- Rete Città Sane (Healthy Cities Project – HCP) [www.who.dk/healthy-cities](http://www.who.dk/healthy-cities) [www.comune.bologna.it/cittasane-oms](http://www.comune.bologna.it/cittasane-oms)
- Gli Ospedali per la Promozione della Salute (Health Promoting Hospitals – HPH) [www.retehpitalia.it](http://www.retehpitalia.it)
- Rete Europea delle Scuole per la Promozione della Salute (European Network of Health Promoting Schools – ENHPS) [www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net) o [www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home](http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home)
- Programma di Prevenzione delle patologie fumo correlate della Regione del Veneto – Piano strategico 2002-2004 [www.regione.veneto.it/prevenzione](http://www.regione.veneto.it/prevenzione)
- Revisioni sistematiche nell'ambito della prevenzione del fumo di tabacco [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)



- 
- [www.eph.org](http://www.eph.org).
  - [www.smokefreeclass.info](http://www.smokefreeclass.info)
  - <http://smokefreeclass.blogspot.com>
  - [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com)

# *Monitoraggio sull'osservanza della normativa sul divieto di fumare negli ambienti di lavoro*

**Autore: Daniela Marcolina**  
*Azienda Unità Sanitaria Locale n° 1 di Belluno*

Parole chiave: fumo di sigaretta, ambiente di lavoro, divieto di fumo, controlli

## **Introduzione**

La Legge n° 3 del 16/1/2003, meglio conosciuta come “Legge Sirchia” è entrata in vigore il 10 gennaio 2005. Con questo provvedimento l'Italia è diventata tra i primi Paesi che ha vietato il fumo di tabacco nei luoghi chiusi non strettamente privati, cioè non aperti all'utenza. L'interpretazione estensiva di questa norma ha consentito l'applicazione del divieto anche ai luoghi di lavoro privati (fabbrica, ufficio, studio) in quanto il lavoratore dipendente è stato riconosciuto “utente” dei locali in cui presta la propria attività.

Sebbene l'efficacia dell'interdizione del fumo sia stata chiaramente documentata in molte situazioni, non si hanno molte informazioni sul suo completo rispetto nei locali delle aziende private.

## **Il progetto del Ministero della Salute**

Il Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha promosso e finanziato il “Programma di prevenzione delle ASL a sostegno della Legge 3/2003”. Il progetto si propone in primo luogo di valutare il rispetto della L.3/2003 nei luoghi pubblici e privati, mantenendo nel tempo il monitoraggio. In secondo luogo il progetto intende affiancare agli aspetti applicativi della norma iniziative di prevenzione del tabagismo e promozione della salute. Infine, prevede di implementare i programmi di prevenzione efficaci e basati su evidenza di buona pratica, rilevati attraverso la raccolta, l'analisi e la produzione di materiali utili. Il Veneto ha il compito di coinvolgere tutte le regioni e predisporre gli strumenti necessari alla realizzazione del progetto.

## **La legge**

Nel quadro normativo specifico in materia di sicurezza sul lavoro che si trovano i principali riferimenti applicabili al divieto sul fumo di sigaretta e alla tutela della salute nei confronti del fumo passivo. Il divieto di fumo risulta applicabile in tutti i luoghi di lavoro con pericolo di incendio o in presenza rischi di tipo chimico o biologico. Nel caso di esposizione a fumo passivo, trova applicazione il D.Lgs. 626/94 che impone al datore di lavoro l'obbligo di attivarsi per verificare che la salute del lavoratore sia adeguatamente tutelata. Poiché il fumo passivo è riconosciuto come cancerogeno, il divieto di fumare rappresenta l'unico strumento sicuro per garantire al lavoratore una costante salubrità dell'aria respirata. Con l'entrata in vigore la nuova legge sul divieto di fumo (art. 51 della L. n° 3/2003) il divieto di fumo viene esteso in tutti i luoghi di lavoro chiusi, non solo quelli pubblici o aperti al pubblico, ma anche nei luoghi di lavoro privati (fabbrica, ufficio, studi, etc), in quanto riconosce che il lavoratore dipendente è l' “utente” dei locali nell'ambito dei quali presta la propria attività.

## **Lo studio**

Lo studio si propone di verificare l'aderenza alle disposizioni di legge nei locali delle aziende private oggetto della normale attività di vigilanza di competenza di servizi di vigilanza negli ambienti di lavoro delle ULSS e in un campione di ambienti di lavoro pubblici (uffici comunali). Lo studio sarà condotto in diverse aree geografiche del nord, del centro e sud d'Italia in modo da avere un monitoraggio omogeneo sul territorio nazionale. Il coordinamento del progetto è affidato alla regione Veneto che ha predisposto gli strumenti per la rilevazione delle informazioni (schede) e per l'elaborazione dei dati regionali e nazionali.

Si tratta di una ricerca di tipo descrittivo e osservazionale. Per quanto riguarda gli ambienti di lavoro privati la rilevazione interesserà le aziende oggetto della programmata attività di vigilanza dei Servizi, senza neces-

sità di preselezionare campioni per settore produttivo o per dimensione (n° addetti). Per gli ambienti pubblici, invece, si procederà a selezionare un campione rappresentativo di uffici comunali del territorio di competenza della ASL. Per la rilevazione è stata predisposta la scheda di rilevazione dove vengono raccolte, informazioni su: presenza di cartelli e zone riservate rispondenti alle indicazioni definite dalla legge, presenza di portaceneri, mozziconi, fumatori, rispetto della normativa da parte dei dipendenti e degli utenti.

La ricerca è affidata agli operatori dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL (preferibilmente SPISAL per le aziende e SISP per gli uffici pubblici), i quali effettueranno il sopralluogo, compileranno la scheda e richiederanno al personale dipendente le informazioni relative alla attuazione del divieto.

E' opportuno che la compilazione della scheda di monitoraggio sul divieto di fumo sia vista come l'occasione per avviare con l'azienda un percorso di sensibilizzazione al problema in oggetto, al fine di favorire l'avvio di una politica aziendale di controllo del fumo di sigaretta incentrata sulla promozione di stili di vita sani, senza per altro dimenticare gli compiti di vigilanza tipici dell'ispettore in materia di norme sull'igiene e sicurezza sul lavoro e di verifica della corretta applicazione della Legge 3/2003.

# *La politica aziendale per il controllo del fumo di sigaretta*

**Autore: Daniela Marcolina**  
*Azienda Unità Sanitaria Locale n° 1 di Belluno*

Parole chiave: fumo di sigaretta, ambiente di lavoro, prevenzione, educazione alla salute

## **Introduzione**

Il rischio collegato al fumo di sigaretta è ben noto e il posto di lavoro è una delle sedi dove è possibile intervenire con successo sia per evitare esposizione a fumo passivo, sia per promuovere una maggiore conoscenza dei danni e limitare il numero di sigarette consumate. Numerosi studi dimostrano che il divieto di fumare all'interno degli ambienti di lavoro ha determinato una diminuzione del consumo di sigarette, oltre che l'eliminazione dell'esposizione a fumo passivo.

Le attuali politiche di sanità pubblica per i luoghi di lavoro, accanto all'azione di controllo, valorizzano molto la "promozione della salute" come strumento strategico innovativo per favorire la creazione e il mantenimento di ambienti di lavoro sani e che stimolino stili di vita sani. L'abitudine al fumo di tabacco rappresenta sicuramente uno dei determinanti della salute che può essere affrontato efficacemente con questa strategia. In questa logica, il datore di lavoro può svolgere un ruolo attivo nella promozione della salute tra i propri dipendenti, attraverso interventi di tipo restrittivo ed educativo, mentre ai Servizi di Sanità Pubblica spetta il compito di implementare e favorire queste politiche aziendali di prevenzione.

## **Il fumo di sigaretta e l'ambiente di lavoro**

L'ambiente di lavoro è un importante luogo di esposizione e quindi causa di morbi-mortalità da fumo attivo e passivo. Infatti, il maggior numero dei soggetti fumatori è concentrato nelle fasce di età tra i 25-44 anni cioè in soggetti attivi dal punto di vista professionale, i quali trascorrono la maggior parte della loro giornata in un ambiente di lavoro dove esplicano la loro abitudine al fumo. Esiste inoltre un'importante percentuale di lavoratori che pur non fumando subisce l'esposizione a fumo passivo. Un recente studio ha stimato che ogni anno in Italia muoiono 324 persone per tumore polmonare e 235 per malattie ischemiche cardiache a causa dall'esposizione a fumo passivo in ambiente lavorativo.

E' stato inoltre calcolato che oltre 2.000 bambini nascono sottopeso per esposizione a fumo passivo sul posto di lavoro della madre durante la gravidanza. Si tratta di morti tutte teoricamente prevenibili con provvedimenti di restrizione del fumo (Forastiere, 2002). Inoltre, in un ambiente di lavoro in cui si fuma si vengono a creare i seguenti rischi:

- a) rischio infortunistico e danni al patrimonio aziendale;
- b) rischio di interazione tra fumo di sigaretta ed altre sostanze tossiche;
- c) rischio da esposizione fumo passivo.

Visto in questi termini il fumo può essere considerato uno fra i più diffusi fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro.

## **L'impatto delle politiche di prevenzione**

La promozione della salute sui posti di lavoro comprende, secondo la dichiarazione di Lussemburgo (1997), adottata dalla Rete Europea per la promozione della salute sul lavoro, misure rivolte all'individuo e all'ambiente. Essa coniuga la strategia della riduzione del rischio con quella dell'intensificazione della tutela della salute (approccio globale), si basa sulla cooperazione multisettoriale e multidisciplinare, favorendo la motivazione e la responsabilità di tutti i soggetti aziendali.

Ciò permette di integrare la promozione della salute nelle decisioni principali e in tutti i settori dell'organizzazione aziendale determinando un cambiamento reale nella qualità della vita dei lavoratori. Il Piano Sanitario Nazionale ha inserito la lotta al tabagismo tra gli obiettivi diretti a promuovere e stili di vita salutari e intervenire sui luoghi di lavoro con programmi di prevenzione del tabagismo rappresenta una inusuale opportunità di raggiungere un importante numero soggetti, circa il 60% della popolazione, e contribuire a ridurre, oltre ai danni da fumo, anche infortuni e patologie correlate al lavoro.

Occorrono tuttavia programmi di prevenzione innovativi basati su un approccio globale alla salute dei lavoratori comprendente la riduzione dei fattori di rischio occupazionale, interventi sulla qualità dell'ambiente, sull'organizzazione del lavoro, sulle relazioni interpersonali e sui comportamenti individuali che influiscono sullo stato di salute. In pratica servono sia azioni di tipo restrittivo che interventi di educazione alla salute, attuati con il consenso e la collaborazione di tutti i soggetti aziendali e supportati dai Servizi Pubblici.

Le politiche aziendali possono effettivamente prevenire l'esposizione a ETS sul posto di lavoro (Sorensen, 1993) e favorire la percezione che il fumo è socialmente inappropriato nei luoghi di lavoro (Abrams, 1992). La proibizione del fumo oltre a ottenere ambienti liberi dal fumo e la protezione dal fumo passivo di tutti i dipendenti, porta anche ulteriori benefici: nelle aziende dove è stato introdotto il divieto si è misurata una più alta percentuale di fumatori che smettono e che riducono il consumo giornaliero di tabacco, specialmente quando le regole vengono reiterate e fatte rispettare.

Gli ambienti liberi dal fumo sono associati ad una riduzione nella prevalenza dell'abitudine al fumo del 38% e ad una riduzione del consumo di sigaretta da parte di fumatori (- 3.1 al giorno) che combinati insieme determinano una riduzione del consumo di sigarette del 29% (Moskowitz, 2000, Brenner, 1994).

Con il decremento dell'esposizione si è visto una concomitante sostanziale riduzione dei sintomi respiratori e una migliorata funzione polmonare (Eisner, 1998). In breve, le politiche no smoking negli ambienti di lavoro concorrono a migliorare la salute della popolazione. Il comportamento nei confronti del fumo appare, però, fortemente influenzato dalla cultura del gruppo, dall'organizzazione aziendale e dalla tolleranza o riprovazione sociale e dalle caratteristiche dell'ambiente di lavoro. Riguardo all'esposizione professionale, alcuni studi hanno indicato che nei fumatori esposti a sostanze tossiche presenti sul posto di lavoro sono più motivati a smettere, preoccupati del duplice rischio (individuale e lavorativo). Pertanto, l'efficacia delle politiche per il controllo del fumo nei luoghi di lavoro può essere innalzata in presenza di interventi coordinati che:

- hanno lo scopo di promuovere la cessazione dall'abitudine al fumo tra i singoli fumatori;
- si sviluppano in un contesto sociale di supporto;
- coinvolgono il management nell'assicurare un ambiente salubre sia riguardo ai rischi professionali che all'esposizione ETS;
- si inseriscono nell'ambito di iniziative pubbliche di controllo del fumo.

In tal modo è possibile muoversi oltre il livello individuale nella salute dei lavoratori.

## La politica aziendale per il controllo del fumo di sigaretta

L'attuazione della legge 3/2003 ha contribuito a diminuire considerevolmente l'esposizione a fumo passivo soprattutto in quegli ambienti poco protetti dalle normative precedenti (Gorini, 2005). Tuttavia, pur in presenza di leggi che supportano il divieto di fumo e di una ormai forte sensibilità al problema nella società, non è sufficiente la disposizione da parte della direzione della azienda per ottenere un ambiente di lavoro libero da fumo. Un ambiente di lavoro senza fumo è frutto di una politica organica, cioè di un insieme di provvedimenti che prevedano oltre ai divieti, interventi informativi che coinvolgano tutti i lavoratori e momenti educativi e di sostegno per chi vuole smettere.

Una buona politica aziendale dovrebbe tentare di eliminare o controllare l'esposizione dei lavoratori al fumo passivo, senza criminalizzare i fumatori, ma perseguendo i seguenti fini:

- favorire la conoscenza dei rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo;
- favorire la consapevolezza da parte di tutti i soggetti (datore di lavoro, dipendenti ed utenti, sia fumatori che non) dei propri diritti e responsabilità;
- favorire la creazione e il mantenimento di posti di lavoro salubri e sicuri nei confronti di tutti i fattori di rischio;
- migliorare lo stato di salute dei propri dipendenti favorendo stili di vita corretti (riduzione dell'abitudine al fumo);
- migliorare il clima lavorativo.

Tali obiettivi possono essere raggiunti attraverso un approccio di comunità nel quale tutti i soggetti interessati condividono lo scopo e partecipano attivamente alla sua realizzazione. Il primo passo consiste nella costituzione di un gruppo di lavoro di comunità (datore di lavoro, responsabile per la sicurezza aziendale, medico competente, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, operatori di sanità pubblica, esperti) che avvii una attività di rilevazione della prevalenza dell'abitudine al fumo tra i lavoratori e costituisca il centro di progettazione e realizzazione di un programma antifumo aziendale, caratterizzato da molteplici interventi:

- regolamento interno (divieto di fumo nei luoghi di lavoro e negli comuni, modalità di controllo e sanzioni)
- decidere se allestire gli spazi per fumatori
- sensibilizzare sui danni da fumo, anche passivo
- counselling del medico competente
- incentivi a smettere di fumare
- aiuti a chi vuole smettere di fumare anche attraverso il sostegno di programmi di gruppoterapia
- monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati.

La collaborazione fra forze interne all'azienda ed esterne è molto importante, tuttavia è necessario che in tutte le iniziative risultino chiari la piena titolarità dell'intervento da parte della Direzione Aziendale e il ruolo dei vari partecipanti al gruppo di lavoro.

## **Ruolo del Responsabile del Servizio di Prevenzione Protezione Aziendale (RSPP)**

Il primo passo del RSPP è quello di riconoscere il fumo di sigaretta come un rischio per la salute dei lavoratori e di inserirlo nel documento di valutazione dei rischi.

E' molto importante, infatti, che il problema venga affrontato come qualsiasi altro rischio professionale, perché obbliga la dirigenza aziendale a impegnare risorse per la predisposizione delle misure di bonifica del rischio e impegna i dipendenti a rispettare le disposizioni aziendali adottate per combattere tale rischio.

## **Ruolo del Medico Competente (MC)**

La figura del MC deve diventare il riferimento per tutte le azioni di prevenzione, di educazione e di disassuefazione. Egli può:

- raccogliere le informazioni sulla abitudine al fumo del lavoratore (scheda anamnestica, questionario di Fagerstrom, questionario sulla dipendenza);
- dare informazioni e consegnare documentazione, sia singolarmente nel corso delle visite mediche periodiche, che durante incontri collettivi;
- fornire un valido supporto a chi vuole smettere di fumare (intervento clinico breve, invio al centro antifumo, sostegno psicologico);
- evidenziare i maggiori rischi in presenza di inquinanti professionali, tenendo conto che i lavoratori preoccupati riguardo il duplice rischio (individuale e lavorativo) e presentano un aumentato interesse nello smettere di fumare;
- evidenziare i problemi clinici fumo-correlati durante l'esame obiettivo, affrontando il problema anche nei giudizi di idoneità;
- tutelare i lavoratori contro i rischi da fumo passivo.

## **Ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e dei Sindacati**

Il RLS ha il compito di favorire la comprensione e la applicazione delle misure di tutela della salute dei lavoratori che in questo caso sono particolarmente delicate interferendo con le abitudini o libertà personali. Inoltre la regolamentazione del fumo pone anche questioni di tipo contrattuale (pause, supporti ai fumatori che intendono smettere, ecc.), per cui è opportuno ottenere la condivisione dei rappresentati sindacali.

Il RLS dovrà impegnarsi nel far accettare presso i propri colleghi gli obiettivi generali della politica aziendale, ricordando ai fumatori i loro doveri (rispetto delle regole), ma anche il diritto di tutti i dipendenti di lavorare in un ambiente salubre.

## Ruolo del Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Ambienti di Lavoro delle ULSS

Il Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha come compito istituzionale quello di promuovere la salute nei luoghi di lavoro. Questa funzione viene esercitata attraverso gli strumenti della vigilanza, della assistenza e della informazione ed educazione alla salute. Rientra, quindi, pienamente tra i compiti del Servizio quello di promuovere conoscenze, comportamenti e atteggiamenti favorevoli alla salute, in riferimento non solo ai rischi derivanti dalle lavorazioni in senso stretto, ma anche a quelli connessi alle abitudini personali, nel momento in cui queste possono influire direttamente o indirettamente sulla sicurezza e salubrità del posto di lavoro. In virtù di questa premessa, senza peraltro dimenticare la competenza in materia di controllo della normativa di salute e sicurezza sul lavoro e di divieto di fumo, i Servizi dovrebbero organizzarsi in modo da implementare i programmi di prevenzione, offrendo alle aziende:

- *collaborazione alla valutazione iniziale quali-quantitativa della diffusione dell'abitudine al fumo presso le aziende;*
- *collaborazione alla stesura di un progetto (analisi del problema, obiettivi, risorse e i vincoli, tempi e modalità delle azioni, indicatori di processo e di risultato);*
- *contributi alla realizzazione degli interventi educativi;*
- *attivando l'intervento degli altri Servizi della Azienda ULSS (es. Ser.T, centri antifumo) o di Associazioni particolari (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori);*
- *collaborazione alla valutazione dei risultati;*
- *favorendo la diffusione dei risultati dell'iniziativa all'esterno, presso strutture pubbliche e private, associazioni di categoria e organizzazioni sindacali;*
- *indicazioni su aspetti di tipo tecnico-impiantistico (es. impianto ventilazione di una sala per fumatori);*

### Vantaggi di una politica aziendale per il controllo del fumo di sigaretta

Esistono forti incentivi economici per l'adozione di norme per aziende senza fumo. Il costo per lo stato e per le aziende dello sviluppo delle regole per luoghi di lavoro senza fumo sono di molto inferiori ai guadagni che queste normative offrono. I benefici economici derivanti da una migliore produttività sono ben documentati per lavoratori e aziende (Briss, 2000, Stave, 1991). Oltre ai benefici strettamente economici, ci sono anche vantaggi di immagine, di visibilità e di politica sociale per le aziende che vogliono impegnarsi nel campo etico.

### Conclusioni

Il luogo di lavoro costituisce un setting particolarmente favorevole ad interventi di promozione della salute e l'abitudine al fumo di tabacco è sicuramente uno dei fattori determinanti della salute che può essere affrontato efficacemente con questa strategia in quanto:

- la maggior parte della popolazione adulta, compresi i fumatori, impiega la gran parte del suo tempo al lavoro;
- nelle comunità lavorative le persone imparano a responsabilizzarsi rispetto agli altri, favorendo la realizzazione personale e la partecipazione sociale;
- l'acquisizione di conoscenze e i cambiamenti negli stili di vita dei lavoratori si ripercuotono favorevolmente nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese;
- la consapevolezza dell'interazione del fumo di sigaretta con l'esposizione a sostanze tossiche presenti sul posto di lavoro può innalzare la motivazione a smettere.

L'attuale normativa di tutela dal fumo passivo fornisce l'occasione per contrastare questo fattore di rischio tra i più diffusi e pericolosi per la salute umana, rafforzando gli interventi di promozione della salute con azioni restrittive delle abitudini personali a fumare e i Servizi di Sanità Pubblica devono essere pronti a cogliere questa opportunità.

## Bibliografia

Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. *Epidemiol Prev* 2002;26:18-29

Moskowitz JM, Lin Z, Hudes ES, The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking cessation. *Am J Public Health*. 2000;90:757-761

Brenner H, Fleischle B. Smoking regulations at the workplace and smoking behavior: a study from Southern Germany. *Prev Med*. 1994;23:230-234

Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders respiratory health after establishing smoke-free bars and taverns. *JAMA*. 1998; 280:1909-23

Briss PA, Zaza S, Pappaioanou M, Fielding J, et al. Developing an evidence-based guide to community preventive services-methods. The Task Force on Community preventive service. *Am J of Prev Med*. 2000;18 (suppl):35-43

Stave GM, Jackson GW, Effect of total work-site smoking ban on employee smoking and attitudes. *J Occup Med*. 1991;31:884-90

Sorensen G, Lando H, Pechace TF. Promoting smoking cessation at the workplace. *J Occup Med*. 1993;35:121-126

Abrams DB, Biener L. Motivational characteristics of smokers at the workplace: a public health challenge. *Prev Med*. 1992;21:679-87

Gorini G, Gasparini A, Fondelli MC, et al. Environmental tobacco smoke (ets) exposure in Florence hospitality venues before and after the smoking ban in Italy. *J Occup Environ Med* 2005;47 (12):1208-10



# Fumo e luoghi di lavoro

**Autore: Franco Roscelli**  
*Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*

## Introduzione

Il fumo di tabacco negli ambienti di lavoro è un serio problema per quanto riguarda la salute e la sicurezza dei lavoratori. Fino al 10 gennaio 2005, data di entrata in vigore del divieto sancito dalla Legge 3/2003, un'importante percentuale di lavoratori non fumatori ha subito l'esposizione a fumo di tabacco ambientale. La stima più recente vedeva oltre 800.000 soggetti esposti sul luogo di lavoro in Italia, ponendo il fumo passivo al primo posto tra le esposizioni a cancerogeni (Mirabelli 2005).

Inoltre, il maggior numero di fumatori è concentrato nella fascia di età tra i 25 e i 44 anni, cioè in soggetti attivi dal punto di vista professionale, i quali trascorrono la maggior parte della loro giornata in un ambiente di lavoro dove esplicano la loro abitudine al fumo. In questi termini il fumo può essere considerato uno dei più diffusi fattori di rischio occupazionale (Howard 2004).

## Rischi nei luoghi di lavoro

Ogni condizione di rischio presente nei luoghi di lavoro, che influisca negativamente sulla salute dei dipendenti, ricade sotto la responsabilità del datore di lavoro, che deve affrontarla con tutti gli strumenti a disposizione. In un ambiente di lavoro in cui si fuma si vengono a creare almeno tre tipologie di rischio.

### a) Rischio infortunistico e danni al patrimonio aziendale

Il numero di incidenti che si verificano a carico dei lavoratori che fumano è almeno due volte superiore a quello dei non fumatori a causa della diminuzione di attenzione, dell'impaccio delle mani, del disagio per il fumo negli occhi e dei colpi di tosse. In molte situazioni aumenta il rischio di incendi ed esplosioni con infortuni anche mortali.

I componenti del fumo e i suoi residui, a lungo andare, possono danneggiare, con azioni di tipo chimico e meccanico (reazioni chimiche e fotochimiche, ostruzioni provocate dai residui carboniosi e dal particolato), parti di attrezzature e sistemi soprattutto di componenti elettrici ed elettronici.

### b) Rischio di interazione tra fumo di sigaretta ed altre sostanze tossiche

L'esposizione a fumo attivo o passivo, in associazione all'esposizione ad agenti tossici professionali, può produrre effetti combinati di tipo additivo o moltiplicativo per i seguenti motivi:

- il fumo diviene un vettore fisico di sostanze tossiche presenti nel posto di lavoro determinando un aumento della frazione che si deposita nei polmoni;
- si verifica un innalzamento della dose interna di tossici professionali per la contemporanea presenza delle stesse sostanze nel fumo di tabacco (p.e. cadmio, cromo, benzene, idrocarburi policiclici aromatici);
- il fumo può interessare uno stesso organo bersaglio coinvolto dall'esposizione a tossici lavorativi;
- il fumo può agire sinergicamente con le sostanze tossiche presenti nel luogo di lavoro causando un più intenso effetto (p.e. cancro del polmone per interazione asbesto, radon, nichel o arsenico, broncopneumopatie croniche per interazione con irritanti respiratori aerodispersi).

### c) Rischio da fumo passivo

Il danno alla salute causato dal fumo passivo è quello subito dal lavoratore in ragione della sua permanenza in ambienti di lavoro in cui operano colleghi fumatori. Gli effetti negativi del fumo passivo, oltre al fastidio e agli effetti irritativi alle prime vie respiratorie percepibili soggettivamente, consistono in malattie cardiovascolari e respiratorie, patologie tumorali ed effetti sul nascituro. Il fumo passivo è stato recentemente classificato dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC 2004) come agente cancerogeno di gruppo 1 per l'essere umano, dal momento che esistono sufficienti evidenze quale causa di cancro del polmone in soggetti che non hanno mai fumato.

## Fondamenti giuridici del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Già diversi anni prima dell'emanazione della Legge 3/2003, la Corte Costituzionale (sentenza n. 399/1996) aveva espresso un autorevole parere sul problema del fumo nei luoghi di lavoro.

Rispondendo al quesito «Come mai la legge tutela con un generico e assoluto divieto di fumo la salute dei cittadini che solo occasionalmente accedono agli uffici pubblici, rimanendovi per breve tempo, mentre invece non esiste analogo divieto riguardo a quei luoghi ove i lavoratori sono costretti a restare per l'intera giornata lavorativa», la Suprema Corte affermava che *«pur non essendo ravvisabile nel diritto positivo un divieto assoluto e generalizzato di fumare in ogni luogo di lavoro chiuso, è anche vero che nell'ordinamento già esistono disposizioni intese a proteggere la salute dei lavoratori da tutto ciò che è atto a danneggiarla, ivi compreso il fumo passivo».*

*«Se alcune norme prescrivono legislativamente il divieto assoluto di fumare in speciali ipotesi, ciò non esclude che da altre disposizioni discenda la legittimità di analogo divieto con riguardo a diversi luoghi e secondo particolari circostanze concrete; è inesatto ritenere, comunque, che altri rimedi voluti dal vigente sistema normativo siano inidonei alla tutela della salute dei lavoratori anche rispetto ai rischi del fumo passivo. Ed invero, non sono soltanto le norme costituzionali (artt. 32 e 41) ad imporre ai datori di lavoro la massima attenzione per la protezione della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori; numerose altre disposizioni, tra cui la disciplina contenuta nel decreto legislativo n. 626 del 1994, assumono in proposito una valenza decisiva».*

Quali sono le norme richiamate dalla Corte Costituzionale?

- **Articolo 32 della Costituzione:** «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...». Il rispetto del principio costituzionale dell'art. 32 va inteso nel senso che *«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 ad una soglia talmente bassa da far ragionevolmente escludere che la loro salute sia messa a repentaglio»* (Corte Costituzionale sentenza n. 399/1996).
- **Articolo 41 della Costituzione:** «l'iniziativa privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana».
- **Articolo 2087 del Codice Civile:** «l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa tutte le misure che, secondo le particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro».
- **Articoli 1, 4 e 31 del D.Lgs. 626/94:** dispongono che il datore di lavoro, in relazione alla natura dell'attività produttiva, valuta i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori e adotta le misure necessarie di prevenzione, adeguando i luoghi di lavoro alle prescrizioni di sicurezza e di salute. Con tale norma il fumo di sigaretta trova una sua precisa caratterizzazione quale agente di rischio per la salute dei lavoratori, da valutare ai sensi dell'art. 4, e conseguentemente da combattere.
- **Articolo 9 del DPR 303/56** (come sostituito dall'art. 33, comma 6, del D.Lgs. 626/94 e modificato dall'art. 16 del D.Lgs. 242/96): «Nei luoghi di lavoro chiusi è necessario far sì che, tenendo conto dei metodi di lavoro e degli sforzi fisici ai quali sono sottoposti i lavoratori, essi dispongano di aria salubre in quantità sufficiente anche ottenuta con impianti di aerazione».
- **Articolo 14 del DPR 303/56** (come sostituito dall'art. 33, comma 6, del D.Lgs. 626/94 e modificato dall'art. 16 del D.Lgs. 242/96): «Quando la sicurezza e la salute dei lavoratori lo richiedono, i lavoratori devono disporre di un locale di riposo facilmente accessibile ... Nei locali di riposo si devono adottare misure adeguate per la protezione dei non fumatori contro gli inconvenienti del fumo».

A queste norme consegue una serie di corollari:

1. in tutti i luoghi di lavoro pubblici e privati deve essere garantita la salubrità dell'aria: non può considerarsi salubre un'aria inquinata da fumo di tabacco;
2. qualsiasi pericolo per la salute del lavoratore derivante dall'inquinamento dell'aria – ivi compreso quello causato dal fumo – deve essere eliminato;
3. il diritto alla tutela della salute, costituzionalmente protetto, deve prevalere sui liberi comportamenti che non hanno una diretta copertura costituzionale (il fumo);
4. i datori di lavoro devono attivarsi per verificare se in concreto la salute dei lavoratori sia adeguatamente tutelata;
5. le varie misure possibili e le modalità di intervento vengono lasciate alle valutazioni dei datori di lavoro;

6. la natura delle norme citate non è solo programmatica ma precettiva, cioè un obbligo per i datori di lavoro.

## Normativa specifica sul fumo nei luoghi di lavoro

Se gli elementi fondamentali di tutela sono contenuti già nella Costituzione italiana e nel Codice Civile, nella normativa specifica sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro esistono altri divieti di fumo per situazioni specifiche di rischio:

- pericolo d'incendio (art. 34 D.P.R. 547/55);
- esposizione a polveri contenenti fibre di amianto (art. 28, comma 1, D.Lgs. 277/91);
- rischio di esposizione ad agenti cancerogeni (art. 65, comma 2, D.Lgs. 626/94);
- rischio di esposizione ad agenti biologici (art. 80, comma 2, D.Lgs. 626/94).

L'articolo 66 del D.Lgs. 626/94 prevede anche un obbligo specifico di informazione e formazione: «Il datore di lavoro fornisce ai lavoratori, sulla base delle conoscenze disponibili, informazioni ed istruzioni, in particolare per quanto riguarda: a) gli agenti cancerogeni o mutageni presenti nei cicli lavorativi, la loro dislocazione, i rischi per la salute connessi al loro impiego, ivi compresi i rischi supplementari dovuti al fumare».

## Legge 3/2003 e luoghi di lavoro

In prossimità dell'entrata in vigore del divieto previsto dall'art. 51 della legge n. 3/2003, la Circolare del 17/12/2004 del Ministero della Salute ha puntualizzato che il divieto di fumo vige in qualunque locale di lavoro chiuso, in cui siano presenti o possano accedere lavoratori:

«Il divieto di fumare trova applicazione non solo nei luoghi di lavoro pubblici, ma anche in tutti quelli privati, che siano aperti al pubblico o ad utenti. Tale accezione comprende gli stessi lavoratori dipendenti in quanto “utenti” dei locali nell'ambito dei quali prestano la loro attività lavorativa. E' infatti interesse del datore di lavoro mettere in atto e far rispettare il divieto, anche per tutelarsi da eventuali rivalse da parte di tutti coloro che potrebbero instaurare azioni risarcitorie per danni alla salute causati dal fumo.

«In forza di detto generalizzato divieto, la realizzazione di aree per fumatori *non rappresenta affatto un obbligo, ma una facoltà, riservata ai pubblici esercizi e ai luoghi di lavoro* che qualora ritengano opportuno attrezzare locali riservati ai fumatori devono adeguarli ai requisiti tecnici dettati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003. »

Non è vietato fumare all'aperto, salvo non vi siano altri pericoli per i quali sia richiesto un divieto assoluto.

Le eventuali sale per fumatori nei luoghi di lavoro dovranno avere le stesse caratteristiche previste dal DPCM 23.12.2003 per le zone fumatori dei locali pubblici.

Poiché il citato DPCM prevede una ventilazione pari a 108 m<sup>3</sup>/h per “posto fumatore”, si può ritenere irrilevante il rischio residuo per coloro che si trovano nei locali riservati ai fumatori, in quanto una portata d'aria così elevata garantisce una diluizione ampiamente sufficiente degli inquinanti presenti nel fumo di tabacco ambientale.

Di conseguenza, i lavoratori addetti alle zone fumatori dei luoghi pubblici e di lavoro, non sono da considerare esposti a fumo passivo e, in riferimento a tale inquinante, non sottoposti a obblighi e tutele dei Titoli VII e VII bis del D.Lgs. 626/94.

L'applicazione del divieto di fumo, in base alla Legge 3/2003, elimina di fatto l'esposizione lavorativa a fumo passivo. La valutazione dei rischi, di cui all'art. 4 del D.Lgs. 626/94, non dovrà quindi più valutare l'intensità di tale esposizione, ma dovrà affrontare i seguenti argomenti, come indicato anche al punto 5 dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004:

- individuazione delle modalità (procedure aziendali) di applicazione del divieto di fumo, con definizione dei ruoli dei dirigenti, dei preposti e del Servizio di Prevenzione e Protezione e con il coinvolgimento del Medico Competente e dei RLS;
- eventuale individuazione di spazi riservati ai fumatori, a norma del DPCM 23.12.2003, tenendo conto anche delle associazioni epidemiologicamente note tra fumo e altri fattori di rischio, tra cui il rischio infortunistico;
- definizione di un programma di informazione ai lavoratori sui rischi per la sicurezza e la salute derivanti dal fumo attivo e passivo, sulle misure di prevenzione del fumo adottate nel luogo di lavoro, sulle pro-

cedure previste dalla normativa vigente per la violazione del divieto di fumare e sulle modalità efficaci per smettere di fumare, avvalendosi dei servizi competenti in materia.

## Provvedimenti sanzionatori nei luoghi di lavoro

Nei luoghi di lavoro dovrà essere valutato se applicare le sanzioni previste dalla L. 3/2003 ovvero quelle previste dalla specifica normativa a tutela della salute dei lavoratori, anche in relazione alla figura del trasgressore (lavoratore, dirigente o preposto, datore di lavoro).

L'applicazione del principio di specialità porta alla conclusione che fatti trasgressivi in materia di divieto di fumo costituiscono, in via generale, delle violazioni in ambito amministrativo, di cui all'art. 51 della L. n. 3/2003, normativa specifica rispetto alle norme più generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Tale ambito amministrativo sarà ancor più pertinente in caso di accertamento di episodio sporadico di violazione constatato in stato di flagranza.

La valutazione dovrà comunque essere attentamente effettuata caso per caso; si prenderà in considerazione il carattere continuativo o occasionale della condotta omissiva, applicandosi nel caso della ripetitività anche la sanzione penale per violazione della normativa a tutela del lavoratore.

Potranno essere sanzionate penalmente anche le violazioni dei divieti precedentemente ricordati, in presenza di pericolo d'incendio, rischio di esposizione ad agenti cancerogeni, biologici e polveri contenenti fibre di amianto.

In questi casi l'inosservanza costituisce, nella maggioranza delle violazioni, reato contravvenzionale ed è sanzionata con la procedura prevista dal D.Lgs. 758/94. La procedura ex D.Lgs. 758/94 non richiede l'accertamento diretto della violazione da parte dell'organo di vigilanza, ma può essere attivata anche sulla base di segnalazioni/esposti nei quali si circoscrive un mancato rispetto del divieto.

In casi particolari, la sanzione penale potrà riguardare, inoltre, articoli del D.Lgs. 626/94, D.Lgs. 493/96, DPR 547/55, applicabili nei casi di comportamenti inadempienti agli obblighi di tutela nei confronti del fumo passivo messi in atto dalle varie figure titolari degli obblighi:

- al datore di lavoro che non segnali il divieto di fumare con l'apposita cartellonistica può essere contestata la violazione dell'art. 2 del D.Lgs. 493/96 - Prescrizioni minime per la segnaletica di sicurezza e di salute sul luogo di lavoro;
- al datore di lavoro, dirigente o preposto che non richieda il rispetto del divieto di fumo può essere contestata la violazione dell'articolo 4, comma 5 lettera f) del D.Lgs. 626/94;
- nelle aziende o lavorazioni in cui esistono pericoli specifici d'incendio, al datore di lavoro o dirigente che non segnali il divieto di fumare e vigila affinché questo divieto sia rispettato può essere contestata la violazione dell'articolo 34 del D.P.R. 547/55;
- al lavoratore che trasgredisce il divieto di fumo, può essere contestata la violazione dell'art. 5 comma 2 lettera a) del D.Lgs. 626/94;
- al datore di lavoro può essere contestata la mancata applicazione del Titolo VII del D.Lgs. 626/94 (agenti cancerogeni) per particolari categorie di lavoratori (minori, donne in gravidanza).

## Oltre il divieto

L'entrata in vigore del divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro con la Legge 3/2003 ha determinato una drastica riduzione dell'esposizione a fumo passivo, con benefici sia a breve che a lungo termine per i non fumatori.

Nei luoghi di lavoro un obiettivo importante è ora quello di promuovere la cessazione dell'abitudine al tabagismo, soprattutto nei riguardi dei lavoratori giovani e di mezza età esposti tuttora o in passato ad agenti cancerogeni occupazionali.

Una revisione recente degli interventi per la cessazione dell'abitudine al tabagismo nei luoghi di lavoro (Moher 2005) ha riscontrato una forte evidenza di efficacia degli interventi rivolti al singolo fumatore. Le forme più adeguate consistono nel *counselling* antifumo - sia individuale che di gruppo - effettuato da medici e altri operatori sanitari, e nei metodi farmacologici per vincere la dipendenza da nicotina. L'efficacia è maggiore quando gli interventi sono associati.

Esiste anche una evidenza consistente che le politiche aziendali sul fumo e i divieti possono ridurre il consumo di sigarette da parte del fumatore durante la giornata lavorativa, anche se non è chiaro se ciò comporti una diminuzione del consumo quotidiano complessivo.

È importante che i consigli per la cessazione dell'abitudine al tabagismo diventino un componente abituale di tutti i tipi di esame clinico dei lavoratori, in particolare durante la visita da parte del medico competente aziendale ai soggetti esposti a rischi professionali.

Il ruolo del medico competente dovrebbe realizzarsi attraverso l'intervento clinico breve, ovvero le prime due fasi dell'intervento clinico per la disassuefazione del tabagista, *Asking* e *Advising*, secondo la terminologia inglese.

Le fasi successive dell'intervento clinico avanzato, invece, andrebbero riservate ad una forma di sostegno più strutturata, rappresentata in genere dai centri antifumo.

L'intervento clinico breve del medico competente dovrebbe attuarsi pertanto:

- a) registrando in cartella clinica l'anamnesi tabaccologica (status di non fumatore, fumatore, o ex fumatore; quantità e durata del consumo di tabacco, da cui si evince il grado di dipendenza da nicotina);
- b) interrogando tutti i lavoratori sulle loro opinioni riguardo al consumo di tabacco, elogiando gli ex fumatori e coloro che non fumano e ricordando i vantaggi della loro condizione;
- c) ricercando nell'ambito dell'esame obiettivo i sintomi collegabili al fumo, sfruttandoli come elementi per motivare il lavoratore a smettere;
- d) dando un consiglio breve ed opportuno, personalizzato, ossia mirato alla fase di cambiamento in cui si trova il lavoratore onde motivarlo e sostenerlo psicologicamente, ripetuto in occasione di ogni visita;
- e) avvertendo il lavoratore che il consumo di tabacco sarà monitorato nelle visite successive;
- f) consegnando documentazione informativa sugli effetti negativi del tabacco e sui benefici derivanti dall'abbandonarlo.

## Bibliografia

Corte Costituzionale. Sentenza 11-20 dicembre 1996 n. 399. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 1<sup>a</sup> Serie speciale n. 52 del 28-12-1996

Howard J. Smoking is an occupational hazard. *Am J Ind Med.* 2004; 46: 161-9.

International Agency for Research on Cancer - IARC. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: IARC, 2004. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk to Humans, vol 83

Ministero della Salute. Circolare 17 dicembre 2004. Indicazioni interpretative e attuative dei divieti conseguenti all'entrata in vigore dell'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sulla tutela della salute dei non fumatori. Gazzetta Ufficiale n. 300 del 23-12-2004.

Mirabelli D, Kauppinen T. Occupational exposures to carcinogens in Italy: an update of CAREX database. *Int J Occup Environ Health.* 2005; 11: 53-63.

Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD003440 <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003440/frame.html> (sito visitato il 5.8.2006).

## Bibliografia essenziale

### Monografie

Il fumo passivo: aspetti igienico-sanitari, legislativi e tecnologici. Manuale per il personale dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie del Veneto. Direzione Regionale per la Prevenzione - Regione del Veneto. Venezia, 2004.

Il manuale rappresenta una guida per gli operatori del settore di controllo sul tabagismo, descrivendo nella prima parte gli aspetti igienico-sanitari e legislativi (epidemiologia del tabacco, tossicologia del fumo di sigaretta, legislazione, Programma Regionale per il controllo del fumo, fumo passivo e D.Lgs 626/94).

Nella seconda parte sono affrontati gli aspetti tecnologici legati alla qualità dell'aria indoor e della ventilazione; viene riportata anche la procedura per la verifica di conformità di impianti di ventilazione adibiti ad ambienti per fumatori nei locali pubblici.

Verso un'azienda "libera da fumo. Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro. Direzione Regionale per la Prevenzione - Regione del Veneto. Venezia, 2005.

Il manuale fornisce indicazioni pratiche ed applicative per il controllo del fumo di tabacco nelle aziende, trattando gli aspetti epidemiologici e normativi, fornendo le basi per l'applicazione della legge sul luogo di lavoro e riportando pure un esempio di progetto di intervento per il controllo del fumo in ambiente di lavoro.

Luoghi di lavoro liberi dal fumo. Progetto pilota regionale Regione Emilia Romagna - Azienda USL di Bologna. Bologna, 2006.

Questa pubblicazione descrive in dettaglio le varie fasi che hanno consentito di realizzare in concreto un progetto pilota per la promozione della cessazione dell'abitudine tabagica in un'azienda della provincia di Bologna. Tale progetto ha visto coinvolti l'Azienda USL di Bologna, il Consorzio Interregionale Cooperative Consumo ed il Comune di Anzola dell'Emilia. Nell'opuscolo vengono descritti le azioni del progetto e gli indicatori di verifica, le parti sociali coinvolte e i loro impegni, gli attori coinvolti e la realizzazione del progetto, fornendo anche il materiale utilizzato nell'esperienza.

The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, GA, 2006 <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/> (sito visitato il 27.7.2006)

Il più recente e aggiornato documento sugli effetti del fumo passivo, pubblicato dal Surgeon General Office degli Stati Uniti. Il voluminoso rapporto esamina i temi della tossicologia del fumo passivo, la valutazione e la prevalenza dell'esposizione al fumo passivo, gli effetti sulla salute riproduttiva e sullo sviluppo, gli effetti sulla respirazione causati dall'esposizione al fumo passivo in bambini e adulti, i tumori tra gli adulti, le malattie cardiovascolari, il controllo all'esposizione al fumo passivo. Questo rapporto è accompagnato da un database accessibile all'indirizzo <http://cdc.gov/tobacco>. Il database include una descrizione uniforme degli studi e dei risultati sugli effetti sulla salute dell'esposizione al fumo passivo e sono presentati in un formato compatibile con la formattazione in tabelle standard. I lettori del rapporto possono accedere ai dati per analisi ulteriori, tabelle e figure.

Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk to Humans, vol 83. Lyon, 2004.

<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf> (sito visitato il 31.8.2006)

La IARC ha pubblicato nel 2004 una estesa e completa monografia sugli effetti del fumo di tabacco suddividendola in capitoli dedicati al fumo attivo e al fumo passivo; in tale monografia vengono descritti i principali studi sia epidemiologici che sperimentali relativi agli effetti cancerogeni e (sinteticamente) agli effetti non neoplastici del fumo di tabacco sulla salute. Le conclusioni documentano una evidenza sufficiente che il fumo attivo di tabacco causi nell'uomo il tumore del polmone, della cavità orale, del naso, dell'oro e ipofaringe, delle cavità nasali e dei seni paranasali, della laringe, dell'esofago, dello stomaco, del pancreas, del fegato, del rene (corpo e pelvi), dell'uretere, della vescica, della cervice uterina e del midollo osseo (leucemia mieloide); in tutti questi casi il fumo è quindi da ritenersi di Gruppo I in base alla classificazione adottata dalla IARC, ovvero cancerogeno per l'uomo. Per il fumo passivo invece vi è sufficiente evidenza che causi il tumore del polmone negli uomini e analogamente è da ritenersi appartenente al Gruppo I.

Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2): CD003440 <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003440/frame.html> (sito visitato il 5.8.2006).

I luoghi di lavoro possono costituire un mezzo efficace per il percorso delle persone verso l'astinenza dal fumo di tabacco. Alcuni metodi per la cessazione dall'abitudine tabagica comprovati, quali terapie di gruppo, il colloquio individuale (counselling), e la terapia con sostituti della nicotina sono ugualmente efficaci quando vengono proposti nei luoghi di lavoro. Le leggi e i divieti possono ridurre il fumo durante il lavoro, sebbene non sia chiaro se essi siano efficaci nella vera e propria cessazione dall'abitudine tabagica. Il supporto da parte di iniziative sociali e ambientali, competizioni e incentivi e programmi su vasta scala, non mostrano un chiaro beneficio nell'aiutare i fumatori a smettere di fumare nei luoghi di lavoro.

Work, Smoking and Health. A NIOSH Scientific Workshop. June 15-16, 2000. Washington, DC. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-148/2002-148pd.html> (sito visitato il 31.8.2006)

La monografia riporta le conclusioni di un gruppo di lavoro, prendendo in esame gli aspetti dell'esposizione a fumo attivo e passivo negli ambienti lavorativi e i principali effetti sulla salute, analizzando anche le principali strategie per promuovere la cessazione dell'abitudine tabagica. In particolare in vari capitoli vengono discussi gli aspetti epidemiologici dell'esposizione a fumo come le diverse prevalenze di fumatori in diversi settori lavorativi (terziario e industria); vengono analizzati i principali indicatori biologici per quantificare l'esposizione sia a fumo attivo che a fumo passivo; vengono presentati i principali rischi per la salute derivanti dall'esposizione a fumo passivo nei luoghi di lavoro anche alla luce delle interazioni con altre sostanze contemporaneamente presenti; alla fine vengono discussi i principali approcci per la promozione della cessazione dall'abitudine tabagica nei luoghi di lavoro.

Health effects of interactions between tobacco use and exposure to other agents. World Health Organization Environmental Health Criteria, No 211. Geneva, 1999. <http://www.intox.org/databank/documents/chemical/tobacco/ehc211.htm> (sito visitato il 24.7.2006)

Questa monografia contiene i pareri e le conclusioni di un gruppo internazionale di esperti in merito agli effetti sulla salute legati all'interazione tra consumo di tabacco ed esposizione ad altri agenti (di tipo chimico, biologico e fisico) quali si possono trovare nei luoghi di lavoro.

## Articoli di riviste

Crispo A, Brennan P, Jockel K-H, Schaffrath-Rosario A, Wichmann H-E, Nyberg F, Simonato L, Merletti F, Forastiere F, Boffetta P, Darby S. The cumulative risk of lung cancer among current, ex and never smokers in European men. *Br J Cancer* 2004; 91: 1280-1286.

L'articolo analizza, in termini di percentuali di diminuzione del rischio, i benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine tabagica a varie classi di età in diversi paesi europei. In particolare vengono fornite dettagliate tabelle con le stime degli effetti della cessazione dell'abitudine tabagica sul rischio cumulativo di morte per cancro del polmone in termini di percentuale di incidenza fino all'età di 75 anni.

Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. *Epidemiol Prev* 2002; 26: 18-29.

L'articolo evidenzia l'impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia, fornendo stime di danni alla salute in termini di percentuale di rischio attribuibile. Sulla base di tali dati gli autori sottolineano la necessità e l'urgenza di interventi di Sanità Pubblica in Italia che riducano l'esposizione a fumo passivo in ambito domestico e nei luoghi di lavoro.

Gorini G, Fondelli MC, Lopez MJ, *et al.* Esposizione a fumo passivo in alcuni luoghi pubblici in Firenze. *Epidemiol Prev* 2004; 28: 94-99.

L'articolo documenta uno dei primi tentativi in Italia per quantificare l'esposizione a fumo passivo in vari luoghi pubblici (scuole, università, ospedali, ristoranti, bar, discoteche, aeroporti, stazioni ferroviarie), evidenziando concentrazioni di nicotina più elevate in discoteche e ristoranti, testimoniando anche che il divieto di fumo nei luoghi pubblici rappresenta un metodo efficace per ridurre l'esposizione a fumo passivo.

Howard J. Smoking is an occupational hazard. *Am J Ind Med.* 2004; 46: 161-9.

L'articolo parte dalla prevalenza ancora inaccettabilmente alta di fumo di tabacco tra i lavoratori dell'industria e dalla prevalenza estremamente alta di esposizione a fumo passivo tra i dipendenti di strutture, quali bar e ristoranti, per puntare l'attenzione sulle diverse strategie di controllo del tabacco, quali metodi di tipo educativo, economico e azioni di tipo legislativo. Gli autori auspicano che vengano continuati gli sforzi in atto per eliminare il fumo passivo dagli ambienti di lavoro, per rendere le terapie per eliminare la dipendenza dal tabacco più disponibili e rimborsabili e per integrare la promozione della salute nello stato ed in programmi federali di sicurezza e protezione della salute nei luoghi di lavoro.

Manca CE, Pavanetto S. Tumore polmonare da fumo passivo. il primo caso ammesso all'indennizzo dall'INAIL. *Atti V Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale.* S. Margherita di Pula 2004.

[http://www.inail.it/medicinaeriabilitazione/manifestazioni/cagliari2004/Patologie\\_tumoral\\_lavoro\\_correlate/fumo\\_passivo\\_Manca.doc](http://www.inail.it/medicinaeriabilitazione/manifestazioni/cagliari2004/Patologie_tumoral_lavoro_correlate/fumo_passivo_Manca.doc)

L'articolo documenta in dettaglio (in linea con le conclusioni della IARC, che classifica il tumore del polmone come cancerogeno di Gruppo I) le procedure seguite dall'INAIL per giungere all'indennizzo del primo caso di tumore del polmone da fumo passivo, in presenza degli elementi di oggettività richiesti per documentare l'esposizione professionale e dopo l'esclusione di altri possibili cause extralavorative.

Reid A, De Klerk NH, Ambrosini GL, Berry G, Musk AW. The risk of lung cancer with increasing time since ceasing exposure to asbestos and quitting smoking. *Occup Environ Med* 2006; 63: 509-512.

L'articolo riporta le percentuali di rischio di contrarre tumore del polmone legate alla contemporanea esposizione ad amianto e a fumo di sigaretta ed analizza la persistenza del rischio anche negli anni successivi all'esposizione.



# *Definizione di uno standard di prodotto per l'intervento “Azienda sanitaria libera da fumo”*

**Autore: F. Falcone**  
*Azienda USL di Bologna*

## **Premessa**

L'introduzione del prodotto “Standard di Prodotto” costituisce per gli Operatori Sanitari un momento di verifica “in vivo” della propria attività, perchè riassume e coordina in sè i momenti scientifici e pragmatici dell'utilizzo delle evidenze e delle modalità di implementazione di un processo di qualità, quali passaggi fondamentali necessari per la creazione di questo particolare prodotto che è lo “standard di prodotto”:

- “definizione (e prioritariamente l'individuazione) del prodotto” del quale si vuole definire uno standard
- ricerca della “migliore qualità possibile di produzione del prodotto”, il gold standard di riferimento, quale si può ritrovare nelle evidenze scientifiche
- presa d'atto “descrittiva” dello stato attuale di produzione del prodotto
- individuazione degli indicatori (di azione e comportamento) che sono in grado di misurare l'effettiva erogazione delle azioni programmate per progredire dallo standard in atto al gold standard, attraverso gradini programmati di miglioramento atteso

La formulazione di uno standard di prodotto costituisce pertanto una fase di elevata trasparenza di analisi nella quale coincidono:

- presa d'atto (di coscienza sarebbe meglio dire) del proprio livello di attività
- esplicitazione dell'eventuale gap tra la propria prestazione ed il gold standard
- dichiarazione dei livelli di miglioramento perseguiti e dei sistemi di misura del risultato perseguito.

L'individuazione di standard pone gli operatori nell'ottica del miglioramento continuo delle proprie attività, nella circolarità del processo di analisi, programmazione, azione, misura e valutazione, ciclico e ripetitivo, inesorabilmente presente o assente.

## **Cos'è lo standard di prodotto?**

Lo standard di prodotto è uno strumento assertivo (un documento) nel quale vengono declinate le caratteristiche di qualità del prodotto atteso, caratteristiche che spesso inglobano come sottintese per livello di qualità le modalità di produzione.

Es. se una caratteristica di qualità, definibile come “tempestività”, viene individuata in un processo diagnostico-terapeutico, ed è rappresentata dalla esecuzione, tra le altre, di una certa procedura, lo standard di prodotto di quel processo diagnostico-terapeutico dichiarerà che quella procedura “deve essere fatta” (in un certo tempo, ad esempio, oppure in una certa percentuale dei sospetti, fatti entrambi verificabili come indicatori). Il gold standard di esecuzione di quella procedura può far parte, ma in genere non fa parte, dello standard di prodotto, e si dà per sottinteso poichè fa parte di un altro standard, il cui titolo è la procedura.

Il primo scoglio in ambito sanitario è l'accettazione della terminologia “prodotto” ma la semplice enunciazione della definizione ISO 9000/2000 ne chiarisce meglio l'ambito, definendolo il “risultato di un processo”, termine più frequentemente ripreso in tutta la letteratura pubblica regionale e nazionale sull'accreditamento.

Ovviamente spostare la definizione da prodotto a processo non esime dal definire quest'ultimo come un “insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita” (ISO 9000/2000) oppure come “successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato” (Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna).

Con queste premesse anche il mondo sanitario interpreta rapidamente il prodotto-processo come il risultato di un processo diagnostico-terapeutico, assistenziale in genere.

In campo sanitario il prodotto è pertanto spesso un processo assistenziale, dilatabile da una ampia complessità, quale è rappresentabile in un “percorso assistenziale”, ad una più limitata complessità, quale è descrivibile in una “procedura” o “protocollo”.

La “visualizzazione” dei prodotti come risultati di un percorso assistenziale facilita enormemente l’identificazione dell’attore principale del percorso, accanto agli operatori che eseguono, vale a dire il fruitore o cliente (il “paziente” nostro “paziente”, o utente, o cliente....) che consuma il prodotto, come il riferimento dal punto di vista del quale più facilmente individuare l’appetibilità del prodotto o, più “nobilmente”, le sue caratteristiche di qualità.

Parleremo pertanto di un prodotto sanitario come del “risultato di un processo sanitario” e del processo sanitario come di un “insieme di attività correlate ed interagenti che trasformano elementi in entrata (input) in elementi in uscita (output)” o più semplicemente di una “successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato” (processo o percorso assistenziale, diagnostico, terapeutico, etc.).

Il prodotto come risultato di attività che trasformano elementi di input in output prevede pertanto che si abbia più o meno chiaro cosa abbiamo in input (bisogno di salute, risorse umane, risorse tecnologiche, risorse strutturali, etc.) e cosa vogliamo ottenere in output (esito di salute, risultato assistenziale in termini di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, risultato di una procedura o di una tecnica, etc.).

L’interpretazione del prodotto come “risultato” di un processo è difficile perchè la struttura organizzativa è spesso organizzata in modo funzionale e non per processi. L’organizzazione per processi richiede una forte spinta all’integrazione delle varie unità operative e dipartimenti, in quanto le responsabilità sull’intero processo sono suddivise su molteplici funzioni.

Assistere mediante percorsi o processi richiede una serie di atti “attivi” che caratterizzano molto il modo di operare:

- identificare gli atti sanitari che sono in grado di rispondere ad un bisogno assistenziale
- articolare gli atti sanitari per fase assistenziale, modello di prevenzione (primaria, secondaria, terziaria), diagnosi, trattamento, riabilitazione
- identificare i produttori (se in rete, i nodi) in grado di erogare il prodotto ed il livello di complessità assistenziale garantibile
- definire l’accessibilità (modalità e garanzie di equità) ai percorsi in ogni nodo della rete.

In considerazione di ciò l’individuazione del prodotto richiede una cura particolare nella identificazione dei produttori, cioè le figure professionali e le strutture coinvolte nel processo, soggetti che è necessario coinvolgere per intero nella definizione dello standard di prodotto, spesso e soprattutto perchè non sempre operano nella medesima struttura. Prendere in considerazione solo una parte di un processo globale, ad esempio prestazioni singole, può essere giustificato dai confini delle responsabilità ma senza un sistema di “relazioni tra produttori”, non è possibile addivenire al controllo della produzione.

Lo standard di prodotto diventa pertanto una modalità di descrizione o di analisi del prodotto-processo che consente di definirne e misurarne la qualità in termini di struttura (del processo) e di risultati (del prodotto). La definizione “standard” sottintende in questo caso un valore (maggiormente chiaro rispetto al concetto di significato) inteso come riferimento ottimale.

Lo standard di prodotto è inoltre:

- strumento di utilizzo delle evidenze per governare le scelte nell’ambito della variabilità scientifico-professionale
- descrizione/modello reale/ideale della sequenza di produzione di un atto sanitario per il governo clinico dei percorsi
- obiettivo: fare sempre ciò che è noto come efficace, evitare ciò che è noto come inefficace, presidiare la variabilità delle evidenze non sostanziate.

Il concetto di standard, indicatore e caratteristica di qualità

La struttura dello standard di prodotto segue la logica dell’identificazione del prodotto e della sua correlazione alla qualità attesa con una sequenza strutturale così descrivibile:

- articolazione del processo per fasi costitutive
- identificazione delle caratteristiche di qualità
- identificazione del gold standard di riferimento e delle raccomandazioni che ne derivano
- identificazione dello strumento di misura specifico (indicatore) per la misura di qualità
- definizione dello stato e dell’obiettivo
- definizione della modalità e periodicità di misura del cambiamento.

In conseguenza di queste modalità di lavoro i risultati dello standard di prodotto sono così riassumibili:

- definizione della qualità del prodotto in relazione ai suoi obiettivi di risultato
- misura della qualità del prodotto

- misura dell'efficacia produttiva
- misura dell'efficienza produttiva (misurare l'impiego di risorse)
- possibilità di progettare e misurare miglioramenti continui.

Considerando che l'obiettivo dello standard di prodotto è principalmente indirizzato a misurare la dimensione della qualità clinica, questa misura può comparire come “misura di risultato” (esiti della cura del cancro del polmone: attendo i migliori risultati possibili dalla migliore cura possibile) o come “misura di processo” (efficienza del processo assistenziale del cancro del polmone: mi attendo di essere assistito nel minor tempo possibile e nel modo più appropriato possibile).

Anche l'utente è in grado di comprendere il potenziale maggior valore della “modalità o processo” rispetto all'esito bruto, che è sì determinato dalla modalità, e pertanto è aggredibile dal processo di qualità, ma è più fortemente influenzato dallo stato di severità della patologia, predeterminato e non modificabile.

Peraltro spesso anche il clinico trova più facile e/o più significativo misurare aspetti della qualità riferiti a fasi del processo e non unicamente ai risultati finali dello stesso ed allora si parlerà di standard di processo e non di prodotto.

Il concetto di standard sottintende il concetto di livello (di qualità), mentre il concetto di indicatore sottintende il concetto di misura (della congruenza rispetto a un obiettivo).

Standard è un valore variabile tra una misura generalizzabile come la migliore possibile, in base alle conoscenze note, golden standard o riferimento ottimale, ed è in genere espresso in modo assertivo, come una raccomandazione, ciò che si deve fare per...

Al disotto della misura migliore possibile esiste una graduazione di minore livello che si spinge fino a ciò che si può definire inaccettabile.

L'indicatore è la misura di questa variabilità, nella quale appunto è possibile identificare un cosiddetto valore soglia (valore di riferimento di un indicatore) da utilizzare come punto di riferimento per giudicare la sua misura come:

- desiderabile: valore di un indicatore prefissato come obiettivo specifico che si intende raggiungere (tende al Golden Standard)
- accettabile: valore dell'indicatore che rappresenta il limite superiore o inferiore perché la qualità dell'assistenza sia giudicata accettabile
- di allarme: valore di un indicatore al di sopra o al di sotto del quale si deve sospettare la possibile presenza di un problema di qualità e quindi eseguire un'indagine.

L'indicatore è lo strumento di misura sintetico di un fenomeno, utile per misurare le caratteristiche della qualità e rendere evidente il movimento del processo di qualità da un livello all'altro di qualità, dal reale, all'atteso ed al golden, ricavato dalla documentazione di riferimento (evidenze), accertando il grado di raggiungimento degli obiettivi, intesi come il livello di aderenza del processo agli standard, cioè quanto il processo riesce a soddisfare gli standard espressi come desiderabili, che tendono al valore indicato nelle documentazioni di riferimento.

L'indicatore riassume in una misura sintetica grandi parti del processo (es. in quanto tempo si fa la diagnosi di un tumore, dal sospetto alla diagnosi ed alla decisione terapeutica; in mezzo ci sta di tutto, ma il risultato è molto semplicemente esprimibile e comprensibile e, non potendosi misurare tutte le caratteristiche di qualità degli elementi componenti il prodotto/processo, data la complessità e l'impegno di risorse necessario, si è selezionato un elemento, il tempo, ritenuto più critico ai fini del risultato e della specifica fase del processo).

Nell'esempio dato se la fase (la diagnosi) del processo in analisi (percorso assistenziale del cancro del polmone) ha come caratteristica di qualità la “tempestività”, il tempo intercorso tra sospetto ed indirizzo diagnostico è un indicatore estremamente sintetico dell'efficienza-efficacia di numerose azioni e la sua valutazione è un semplice numero di giorni come limite di allarme, valore atteso, valore accettabile, etc.

Se la caratteristica di qualità è invece ad esempio “appropriatezza” gli elementi sono più complessi perché si riferiscono all'effettuazione di ciò che si deve fare ed alla non effettuazione di ciò che non si deve fare: anche qui tuttavia l'indicatore è semplicissimo perché diventa una percentuale (eseguito/sospetti) il cui riferimento è di valore diverso e inverso a seconda che “si debba o non si debba fare”.

Molte variabili poi intervengono in queste situazioni; un esempio semplice e descrittivo dei rumori esterni sopraggiunti è quello dalla non esecuzione della TAC cerebrale nell'indirizzo terapeutico del cancro del polmone in assenza di sintomi neurologici per l'evidenza che gli interventi chirurgici eseguiti in presenza (non nota in assenza di TAC cerebrale) di metastasi cerebrale sono < 1%.

La TAC spirale multistrato ha successivamente spostato in termini di valutazione temporale questa caratteristica di qualità, fare o non fare, in osservanza a linee guida, peraltro. Infatti il tempo e le risorse necessarie

a fare uno scan completo in tutti i casi rispetto al tempo e alle risorse necessarie a fare due scan parziali nei soggetti sintomatici non giustificano più l'esclusione del test, fin dal primo esame. Questo dal punto di vista delle risorse consumate, ed è la scelta attuale; se tuttavia si riguarda il problema dal punto di vista del rischio da esposizione radiante del paziente la scelta non è così chiara e dovrebbe prevalere il doppio scan in casi sintomatici.

L'operazione standard di prodotto applicata al controllo del fumo negli ambienti sanitari

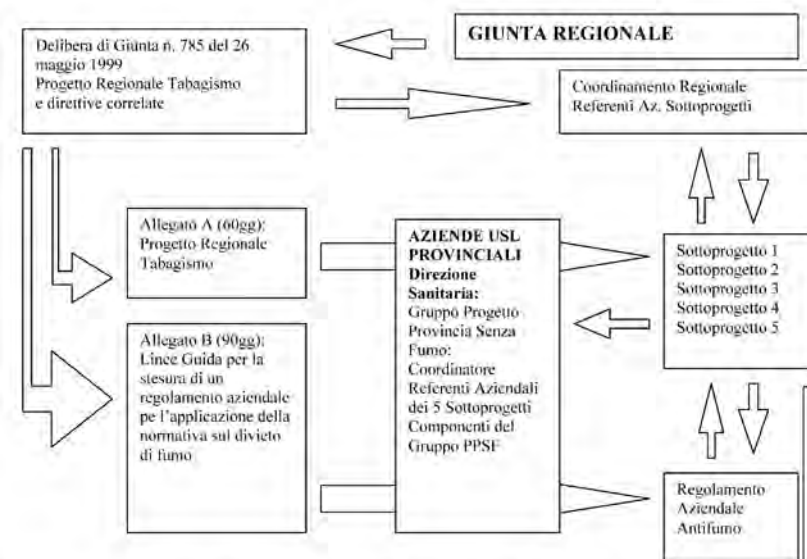
Perché siamo arrivati a proporre uno standard di prodotto per il controllo del fumo negli ambienti sanitari? In Emilia Romagna, a fronte delle leggi nazionali, le modalità con le quali si realizzano gli obblighi aziendali per la lotta al fumo, derivano dalla deliberazione n° 785 assunta dalla Giunta Regionale ER il 26 maggio 1999, che prevede specifiche azioni preventive nella scuola, interventi attraverso medici di famiglia e centri antifumo, ed infine la creazione di luoghi di lavoro liberi da fumo, per la tutela del diritto del cittadino e del lavoratore a non essere esposto a fumo passivo, con specificità per le strutture sanitarie (Ospedali e Servizi Sanitari senza fumo: Sottoprogetto 4).

L'applicazione aziendale della politica di divieto del fumo negli ambienti sanitari scontava fin dal suo inizio difficoltà intrinseche ad una abitudine al fumo, che alla fine degli anni '90 era ancora al 26% della popolazione. Nella realtà della personale esperienza di chi scrive il processo di analisi degli obiettivi, espliciti e sottintesi alla delibera 785, suggerì e consentì di identificare obiettivi ed azioni realizzative, nell'ambito della declinazione di una serie di principi e metodologie operative.

La sequenza successiva è stata voler associare agli obiettivi ed alle azioni realizzative un processo adatto allo scopo e voler individuare responsabilità precise, identificate in titolari della procedura, con tempi e destinatari di azione.

Il Gruppo di Sottoprogetto locale ha iniziato l'attività sulla base della consapevolezza della necessità di impostare un patto tra l'azienda e gli operatori per condividere il progetto di ambienti liberi dal fumo. Pertanto, benché il progetto si rivolgesse ad un duplice interlocutore, gli operatori ed i visitatori, utenti-pazienti o accompagnatori-parenti, esso trovava negli operatori il maggior possibile alleato o nemico. Scopo del progetto è stato pertanto individuare gli obiettivi ritenuti fondamentali per rendere efficace la politica di divieto e controllo nell'ambito delle strutture sanitarie, identificando nel contempo la griglia di azioni e responsabilità necessarie e sufficienti a tradurre gli obiettivi in realizzazioni gestionali con carattere di stabilità.

## PROGRAMMA DEL SOTTOPROGETTO 4 - Bologna



### Obbiettivi del Sottoprogetto 4 Azienda USL Città di Bologna – Ospedali e Servizi Sanitari Senza Fumo

(Dal Progetto Regionale Tabagismo - delibera di Giunta 785 del 26 maggio 1999):

- rendere operativa la normativa anti-fumo negli ospedali e nei Servizi sanitari
- sensibilizzare il personale sanitario affinché si proponga come esempio di non fumatore
- realizzare negli ospedali e nei Servizi sanitari condizioni atte a favorire uno stile di vita libero dal fumo.
- sensibilizzare i pazienti sui danni da fumo e sui benefici dello smettere
- integrare aspetti normativi inerenti il divieto di fumo con quelli educativi e di promozione della salute
- promuovere la pratica del counseling, da parte del personale sanitario nei confronti dei pazienti fumatori, con particolare riguardo ai giovani ed alle donne in gravidanza
- promuovere un modello di lavoro integrato con i medici di medicina generale e gli altri Servizi specialistici competenti (SERT, Unità di Pneumologia, ecc.) per l'invio e la gestione comune del paziente tabagista

### Azioni del Sottoprogetto 4 Azienda USL Città di Bologna – Ospedali e Servizi Sanitari Senza Fumo

(Dal Progetto Regionale Tabagismo - delibera di Giunta 785 del 26 maggio 1999):

- affissione di apposita segnaletica per il rispetto del divieto di fumo e disponibilità di idoneo materiale informativo-educativo nelle sale d'attesa (posters, pieghevoli, opuscoli di self-help)
- indagini conoscitive sulle abitudini al fumo tra il personale sanitario
- sensibilizzazione dei primari, o dirigenti sanitari, affinché vigilino sul rispetto del divieto di fumo e promuovano le complementari azioni di carattere educativo nelle strutture di loro competenza
- formazione del personale infermieristico addetto alle funzioni di "agente accertatore" per un'ideale integrazione dei compiti sanzionatori ed educativi
- attivazione, in collaborazione con servizi aziendali presso cui sono collocati i Centri Antifumo, di programmi terapeutici individuali e/o di gruppo per favorire la cessazione del fumo tra il personale sanitario e tra i pazienti assistiti
- formazione del personale sanitario all'attività di counseling anti-fumo
- protocolli e procedure organizzative in collaborazione con i SERT e i medici di medicina generale per la gestione integrata del paziente tabagista
- produzione di informazioni scientifiche e divulgative relative all'andamento della morbosità e mortalità fumo-correlate a livello locale
- collaborazione scientifica e organizzativa con l'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) ed altre associazioni medico-scientifiche a livello nazionale e locale

#### Principi e metodologia operativa del Gruppo di Sottoprogetto 4:

Applicare il programma Ospedali e Servizi Sanitari senza fumo nel momento in cui tutto il servizio sarà disponibile, sia per quanto riguarda l'informazione, la formazione e l'intervento dissuasivo-sanzionatorio.

Scelta della Direzione Aziendale di una linea di ferma espulsione del fumo dai servizi sanitari.

#### Attività operativa del Gruppo di Sottoprogetto 4:

- Attivazione del Sottoprogetto 4
- Archiviazione della conoscenza relativa al Sottoprogetto 4
- Informazione, coinvolgimento e prescrizione
- Segnalazione e prescrizione
- Formazione, coinvolgimento ed esempio per dare aiuto
- Rilevazione e verifica
- Controllo e sanzione
- Ricerca delle correlazioni

Il passo successivo, ovverossia il dettaglio delle azioni, ha poi consentito le basi per lo sviluppo del progetto standard di prodotto perchè gli obiettivi erano già predeterminati in forma di fasi di un prodotto e le azioni erano elencate in termini di elementi di processo.

Obiettivi	Azioni	Procedura relativa
<b>Attivare e fare manutenzione del Progetto</b> <b>Divieto di Fumo</b>	Definizione azioni	Programma del progetto
	Archiviare la conoscenza relativa al progetto	1) Procedura archiviazione documenti del progetto 2) Procedura archiviazione testi e bibliografia antifumo 3) procedura di accesso agli archivi 4) Formulazione e aggiornamento indirizzari
	Avere correlazioni	1) Coinvolgimento di altri gruppi 2) Interventi e partecipazione ad eventi e gruppi di lavoro 3) coordinamento al responsabile Gruppo di Progetto
	Previsione attività e costi Consuntivi	1) budget di progetto 2) consuntivo del progetto
<b>Informare e coinvolgere</b>	Avvisi ai dipendenti: formulazione e consegna	lettere-avvisi della Direzione Aziendale
		lettere-avvisi del progetto
		Distribuzione del regolamento: invio ai Responsabili delle Gestioni
	Incontri con il personale	Ideazione, organizzazione ed effettuazione
Materiale informativo generale	1) produzione 2) verifica 3) stampa 4) distribuzione 5) campagna di sensibilizzazione	
<b>Segnalare e prescrivere</b>	Segnaletica: ideazione, produzione, affissione e presidio	1) adozione cartelli definiti da norme e leggi 2) aggiornamento cartellonistica 3) revisione cartellonistica 4) stampa cartellonistica 5) distribuzione cartellonistica 6) affissione 7) presidio di esistenza tutti
<b>Controllare e sanzionare</b>	Delega di vigilanza sull'applicazione del Regolamento	Incarico con atto formale ai Dirigenti amm.vi e sanitari
	Designazione degli agenti accertatori	Individuazione con atto formale dei collaboratori
	Formulazione dell'elenco degli agenti accertatori	1)Aggiornamento e custodia dell'elenco 2)presidio
	Definizione delle metodologie di controllo e sanzione	1)Regolamento antifumo 2)manutenzione procedura applicativa
	Applicazione delle metodologie di sanzione	Procedura applicativa
	Attivazione e gestione del registro delle sanzioni e delle segnalazioni	Definizione della modalità di formulazione, aggiornamento e custodia del registro
Rilevare e verificare	Censimento delle abitudini dei fumatori dipendenti Indagine sul rispetto del divieto di fumo Indagine sulla visibilità della segnaletica	1) definizione del modello di indagine 2) erogazione dell'indagine 3) analisi dei risultati dell'indagine 4) comunicazione dei risultati dell'indagine
	Indagine sulle attività di sostegno	1) definizione del modello di indagine 2) erogazione dell'indagine 3) analisi dei risultati dell'indagine 4) comunicazione dei risultati dell'indagine
	Verifica/Valutazione sull'andamento complessivo del processo a livello aziendale	1)verifica dello stato di attuazione 2)verifica dei risultati 3)riferimento alla Direzione Generale
<b>Formare, coinvolgere e dare esempio per aiutare</b>	Formazione degli agenti accertatori	1) definizione della struttura del corso 2) definizione delle modalità di erogazione del corso 3) definizione delle sedi e tempi di erogazione del corso 4) messa a catalogo del corso 5) erogazione del corso
	Formazione degli operatori ad un counselling di base	1) definizione della struttura del corso di counselling di base 2) definizione delle modalità di erogazione del corso 3) definizione delle sedi e tempi di erogazione del corso 4) erogazione del corso

## Struttura della griglia obiettivi, azioni, procedure: la base strutturale per lo standard di prodotto

La struttura del progetto in forma di standard di prodotto è stata avviata nel corso del 2004, nell'ambito del gruppo di lavoro regionale Progetto Regionale Tabagismo e Gruppo HPH.

La griglia di azioni dalla quale siamo partiti rappresentava per la struttura aziendale un processo sperimentalmente attivato e presidiato, con strutture visibili e responsabilità definite, adatte a limitare il volontarismo che spesso sostiene i progetti antifumo.

La pianificazione della valutazione dei risultati è intrinseca allo schema processuale in quanto per ogni obiettivo ed azione sono state identificate le procedure attuative, i responsabili della procedura ed il titolare della responsabilità della procedura, e sono state definite la periodicità della procedura e sono stati identificati i destinatari esecutivi della procedura. Ciò consente di ricostruire gli eventi a partire dall'analisi dello stato e dei risultati, mediante semplici indicatori, costituendo al tempo stesso un messaggio culturale interno all'azienda.

Nella logica dello standard di prodotto il primo passo è quello dell'identificazione del prodotto del quale vogliamo definire lo standard che è un processo attivato, in seguito a prescrizioni legislative e normative, per la "realizzazione di ambienti sanitari liberi dal fumo".

Definito il prodotto è necessario successivamente:

- individuare la struttura e le fasi costitutive
- analizzare le caratteristiche di qualità del prodotto nelle singole fasi
- individuare lo standard di riferimento (linee guida, documenti, golden standard)
- individuare le raccomandazioni che sostengono la realizzazione dello standard
- definire gli indicatori di misura
- definire lo stato e l'obiettivo di qualità.

Sulla base dell'esperienza aziendale eseguita sono state proposte al Gruppo di Lavoro Regionale le seguenti fasi del Sottoprogetto4:

- attivare e fare manutenzione del progetto divieto di fumo
- informare e coinvolgere
- segnalare e prescrivere
- controllare e sanzionare
- rilevare e verificare
- formare, coinvolgere e dare esempio per aiutare
- programmare attività finalizzate alla disassuefazione

Di seguito si esemplifica una prima caratteristica di qualità del processo “Sottoprogetto4” nella fase “attivazione del processo”.

Fasi del processo	Caratteristiche di qualità della fase del processo	Documento o linea guida di riferimento	Raccomandazione
<b>Attivazione del processo</b>	Efficacia	Legge nazionale, Accordo Stato-Regioni e Legge regionale/ Regolamento regionale	<p>1-Gli obiettivi di salute del Progetto Regionale Tabagismo devono essere obiettivi permanenti delle Direzioni Generali Aziendali.</p> <p>2-Il Progetto Regionale Tabagismo (Progetto) deve essere articolato in 5 Sottoprogetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sottoprogetto 1: prevenzione dell’abitudine al fumo tra gli studenti della scuola dell’obbligo</li> <li>-Sottoprogetto 2: prevenzione dell’abitudine al fumo tra la popolazione generale per intervento dei medici di medicina generale e pediatri</li> <li>-Sottoprogetto 3: corsi intensivi per smettere di fumare</li> <li>-Sottoprogetto 4: ospedali e servizi sanitari senza fumo</li> <li>-Sottoprogetto 5: luoghi di lavoro liberi dal fumo.</li> </ul> <p>3-L’Azienda USL deve concorrere alla realizzazione del Progetto implementando tutti i 5 sottoprogetti e l’Azienda Ospedaliera deve concorrere alla realizzazione del Progetto implementando i sottoprogetti 3-4-5 (nei limiti degli ambiti di competenza).</p> <p>4-Per la realizzazione dei sottoprogetti possono essere previsti accordi di collaborazione interaziendale.</p> <p>5-la responsabilità del Progetto deve essere affidata alla Direzione Generale Aziendale</p> <p>6- la responsabilità di coordinamento dei sottoprogetti deve essere affidata alla Direzione Sanitaria Aziendale sulla base di un mandato specifico della Direzione Generale</p> <p>7-il coordinamento del Progetto deve essere supportato da un Gruppo di Progetto, costituito dai Responsabili dei Sottoprogetti e da altri delegati della Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>8-i responsabili dei sottoprogetti devono essere nominati dalla Direzione Sanitaria Aziendale con delibera aziendale</p>

Nell’operazione standard di prodotto del Sottoprogetto 4 del Progetto Regionale Tabagismo della Regione Emilia Romagna compaiono tutti gli elementi strutturali e formali per l’esecuzione del documento in modo generalizzabile. In buona sostanza la proposta centrale è organizzare l’attività antifumo come un processo e riconoscerne gli elementi fondamentali costitutivi strutturali e professionali.

Le caratteristiche di qualità individuate a sostegno della buona realizzazione delle fasi del processo sono state unicamente sei, con assoluta prevalenza per la caratteristica “Efficacia”:

- Efficacia
- Tempestività
- Appropriatezza
- Efficienza
- Efficacia informativa
- Accuratezza

L’operazione di identificazione degli indicatori, come sottoesemplificato, è in genere molto assertiva, spesso limitata all’esistenza di un documento, del suo aggiornamento, di azioni fatte etc. Ciò dimostra che gli obiettivi posti inizialmente sono molto modesti: che il sistema antifumo esista e funzioni. E’ evidente che l’indicatore macro importante sopra ogni altro sarebbe la riduzione del fumo ma ne siamo ancora lontani.



Fasi del processo di erogazione del prodotto	Caratteristiche di qualità relativa alla fase del processo	Indicatore	Situazione attuale	Standard accettabile e / o desiderabile	Sistema di misurazione e frequenza		
					Strumento di rilevazione	Frequenza della rilevazione	Responsabile della rilevazione
Attivazione del processo	<b>Efficacia</b>	Esistenza di un atto aziendale istitutivo del Progetto e Sottoprogetto/i  Formalizzazione delle deleghe (catena delle responsabilità) da parte della DG		Documento esistente			
	<b>Tempestività</b>	Attivazione e aggiornamento delle azioni previste dal Progetto		Entro i termini temporali previsti dall'atto aziendale istitutivo			
	<b>Efficienza</b>	Declinazione nell'atto istitutivo di: -obiettivi e azioni -fasi del progetto -funzionigramma -budgetizzazione  Accessibilità alla documentazione		Documento esistente  Strumento web			
	<b>Appropriatezza</b>	Esistenza di uno strumento regolatorio del flusso delle azioni (regolamento, procedura, etc.)		Documento esistente			

Obiettivi	Azioni	Procedura relativa	Responsabilità della procedura	Titolare della Responsabilità della procedura	Periodicità di esecuzione	Destinatari esecutivi della procedura
<b>Attivare e fare manutenzione del Progetto Divieto di Fumo</b>	Definizione azioni	Programma del progetto	Responsabile area sanitaria	Falcone	Fase iniziale e verifica annuale	Gestioni aziendali
	Archiviare la conoscenza relativa al progetto	1) Procedura archiviazione documenti del progetto 2) Procedura archiviazione testi e bibliografia antifumo 3) procedura di accesso agli archivi 4) Formulazione e aggiornamento indirizzari	1-2-3-4) segreteria Responsabile area sanitaria	Sangiorgi	Costante Verifica annuale delle procedure di archiviazione e di accesso	Sangiorgi
	Avere correlazioni	1) Coinvolgimento di altri gruppi 2) Interventi e partecipazione ad eventi e gruppi di lavoro 3) coordinamento al responsabile Gruppo di Progetto	1-2-3) Responsabile area sanitaria	1-2-3) Falcone e gruppo di progetto	1-2) occasionale 3) trimestrale	1-2) Falcone e gruppo di progetto 3) Falcone
	Previsione attività e costi Consumitivi	1) budget di progetto 2) consuntivo del progetto	1-2) responsabile area sanitaria e gruppo di progetto	1-2) Falcone e membri del gruppo di progetto per le singole micro e macrogestioni nelle quali operano	1-2) annuale	1-2) micro e macrogestioni nelle quali operano i membri del gruppo di progetto

Obiettivi	Azioni	Procedura relativa	Responsabilità della procedura	Titolare della Responsabilità della procedura	Periodicità di esecuzione	Destinatari esecutivi della procedura
<b>Informare e coinvolgere</b>	Avvisi ai dipendenti: formulazione e consegna	lettere-avvisi della Direzione Aziendale	1) formulazione: per Direzione Aziendale II responsabile area amministrativo-comunicativa 2) stesura e spedizione	1-2) Cavallin	1-2) occasionale	Gestioni aziendali
		lettere-avvisi del progetto	1) formulazione: responsabile area sanitaria e/o gruppo di progetto 2) stesura e spedizione: segreteria progetto	1) Falcone o/e il gruppo di progetto 2) Sangiorgi	1-2) occasionale	Gestioni aziendali
		Distribuzione del regolamento: invio ai Responsabili delle Gestioni	Responsabile della procedura normativa	Bianchi	Ad ogni revisione	Gestioni aziendali
	Incontri con il personale	Ideazione, organizzazione ed effettuazione	Responsabile area amministrativo comunicativa	Cavallin	Occasionale	Agenti Accertatori
	Materiale informativo generale	1) produzione 2) verifica 3) stampa 4) distribuzione 5) campagna di sensibilizzazione	1) autori di volta in volta definiti 2-3-4-5) comunicazione e marketing	1) autori 2-3-4-5) Lalumera	occasionale	1-2) progetto e autori 3) comunicazione e marketing 4-5) comunicazione e marketing e Agenti accertatori

Obiettivi	Azioni	Procedura relativa	Responsabilità della procedura	Titolare della Responsabilità della procedura	Periodicità di esecuzione	Destinatari esecutivi della procedura
<b>Controllare e sanzionare</b>	Delega di vigilanza sull'applicazione del Regolamento	Incarico con atto formale ai Dirigenti amm.vi e sanitari	1) formulazione: Direzione Servizio/ Presidio/ Distretto/ Dipartimento 2) stesura e spedizione	1) Direttore Servizio/Presidio/ Distretto/ Dipartimento 2) segreteria relativa	1) iniziale e/o occasionale 2) iniziale e/o occasionale	Dirigenti amministrativi/ sanitari
	Designazione degli agenti accertatori	Individuazione con atto formale dei collaboratori	Dirigenti amministrativi/ sanitari	Dirigenti amministrativi/ sanitari	Iniziale e periodica per sostituzione	Collaboratori individuati
	Formulazione dell'elenco degli agenti accertatori	1) Aggiornamento e custodia dell'elenco 2) presidio	Responsabile area amministrativa	Cavallin	1-2) occasionali	Gestioni a.
	Definizione delle metodologie di controllo e sanzione	1) Regolamento antifumo 2) manutenzione procedura applicativa	1-2) Responsabile area normativa	Bianchi	Iniziale e periodica per aggiornamento	Agenti accertatori
	Applicazione delle metodologie di sanzione	Procedura applicativa	Responsabile area normativa	Bianchi	Costante	Agenti accertatori
	Attivazione e gestione del registro delle sanzioni e delle segnalazioni	Definizione della modalità di formulazione, aggiornamento e custodia del registro	Responsabile area normativa	Bianchi	Costante	Agenti accertatori

Obiettivi	Azioni	Procedura relativa	Responsabilità della procedura	Titolare della Responsabilità della procedura	Periodicità di esecuzione	Destinatari esecutivi della procedura
<b>Rilevare e verificare</b>	Censimento delle abitudini dei fumatori dipendenti Indagine sul rispetto del divieto di fumo Indagine sulla visibilità della segnaletica	1) definizione del modello di indagine 2) erogazione dell'indagine 3) analisi dei risultati dell'indagine 4) comunicazione dei risultati dell'indagine	1-2-3) responsabile area informativo-statistica 4) responsabile area informativo-statistica e gruppo di progetto	1-2-3) Pavarin 4) Pavarin e il gruppo di progetto	1-2-3-4) cadenza annuale	1-2-3) Pavarin 4) Pavarin e il gruppo di progetto
	Indagine sulle attività di sostegno	1) definizione del modello di indagine 2) erogazione dell'indagine 3) analisi dei risultati dell'indagine 4) comunicazione dei risultati dell'indagine	1-2-3) responsabile area informativo-statistica 4) responsabile area informativo-statistica e gruppo di progetto	1-2-3) Pavarin 4) Pavarin e il gruppo di progetto	1-2-3-4) cadenza annuale	1-2-3) Pavarin 4) Pavarin e il gruppo di progetto
	Verifica/ Valutazione sull'andamento complessivo del processo a livello aziendale	1) verifica dello stato di attuazione 2) verifica dei risultati 3) riferimento alla Direzione Generale	Gruppo di progetto e responsabile area amministrativo-comunicativa	Cavallin	Annuale	Le gestioni

Obiettivi	Azioni	Procedura relativa	Responsabilità della procedura	Titolare della Responsabilità della procedura	Periodicità di esecuzione	Destinatari esecutivi della procedura
<b>Formare, coinvolgere e dare esempio per aiutare</b>	Formazione degli agenti accertatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) definizione della struttura del corso</li> <li>2) definizione delle modalità di erogazione del corso</li> <li>3) definizione delle sedi e tempi di erogazione del corso</li> <li>4) messa a catalogo del corso</li> <li>5) erogazione del corso</li> </ul>	1-2-3-5) gruppo di progetto 4) settore aziendale formazione	1-2-3-5) Falcone-Cavallin-Bianchi-Caporaso 4) castellucci	1-2-3-5) secondo richiesta 4) castellucci	Agenti accertatori
	Formazione degli operatori ad un counselling di base	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) definizione della struttura del corso di counselling di base</li> <li>2) definizione delle modalità di erogazione del corso</li> <li>3) definizione delle sedi e tempi di erogazione del corso</li> <li>4) erogazione del corso</li> </ul>	1-2-3-4) gruppo di progetto	1-2-3-4) Falcone, Cavallin, Bianchi	1-2-3-4) secondo richiesta	Personale dipendente azienda Altri utenti esterni o interni

(Endnotes)

- 1 West R, McNeill A and Raw M. *Thorax* 2000; 55: 987–999.
- Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002
- 2 Giovanni Invernizzi: Ruolo del medico di medicina generale nella Prevenzione e cura del Tabagismo-U.F. per la Prevenzione dei danni da fumo; Istituto Nazionale Tumori/SIMG, Milano.
- 3 Linee guida dell'English Health development Agency: [www.wiredforhealth.gov.uk/](http://www.wiredforhealth.gov.uk/)
- 4 Conoscere per Cambiare – Regione Veneto: “Il cittadino Veneto e i problemi alcol e fumo correlati-2003
- 5 Un trattamento antifumo nell'ambulatorio del medico di medicina generale: progetto collaborativi di Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia. <http://www.partecipasalute.it/partecipa/sperimentazioni-incorso-005.php>
- 6 M.F.Drummond: La valutazione economica dei sistemi sanitari – Fondazione Smith Kline. Ed. Franco Angeli 1987
- 7 Minguzzi G.F. (1968) Note sugli aspetti psicologici del fumo
- 8 Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease  
van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP
- 9 People who quit smoking after a heart attack or cardiac surgery reduce their risk of death by at least one third.
- 10 Conoscere per Cambiare – Regione Veneto: “Il cittadino Veneto e i problemi alcol e fumo correlati-2003

# *Un'esperienza di Prevenzione e Cura del tabagismo rivolta ad una comunità*

## **A cura del Gruppo di Progetto di Scandiano**

(*Fabrizio Boni* responsabile Centro Antifumo Ospedale di Scandiano,  
*Sandra Bosi* responsabile servizi Formazione e Prevenzione LILT Reggio Emilia,  
*Antonio Chiarenza* Dirigente Servizio Ricerca innovazione e sviluppo Ausl Reggio Emilia  
*Annamaria Ferrari* Dirigente Servizio Sanità Pubblica Ausl Reggio Emilia,  
*Mauro Grossi* Direttore Distretto di Scandiano,  
*Massimo Pedroni* Medico di Medicina Generale di Scandiano)

Dal 2005 è in atto una sperimentazione pilota della Regione Emilia-Romagna per un intervento di Prevenzione e cura del tabagismo realizzato in una comunità: i risultati attesi della sperimentazione dovrebbero tradursi in un cambiamento della percezione del fumo da parte della popolazione generale; in un incremento della sensibilità rispetto alle aree in cui vige il Divieto di fumo, in un aumento della motivazione dei fumatori che intendono fare un tentativo per smettere di fumare. La sperimentazione si sta realizzando nel *Distretto di Scandiano*

### **Enti e istituzioni proponenti:**

Regione Emilia-Romagna Assessorato Politiche Sanitarie Progetto Regionale Tabagismo  
Regione Emilia Romagna Assessorato Politiche Sanitarie Piani per la salute  
Amm. Prov. ( Piani per la Salute)  
Comune di Scandiano.  
Distretto di Scandiano  
Ausl Reggio Emilia  
Lega contro i Tumori di Reggio Emilia

**Coordinamento del progetto:** Lega contro i Tumori di Reggio Emilia.

### **Comitato tecnico regionale:**

Sandra Bosi	Responsabile servizi Formazione e Prevenzione LILT Reggio Emilia
Mauro Grossi	Direttore Distretto di Scandiano
Maurizio Laezza	Dirigente Srea Dipendenza, Ass. Politiche Sanitarie regione Emilia- Romagna, Coordinatore Progetto Regionale Tabagismo
Massimo Pedroni	MMG Scandiano
Daniela Riccò	Direttore sanitario Ausl Reggio Emilia
Angela Zanichelli	Dirigente Piani Per la Salute Regione Emilia-Romagna

### **Comitato tecnico nel territorio di Scandiano:**

Fabrizio Boni	responsabile Centro Antifumo Ospedale di Scandiano
Sandra Bosi	responsabile servizi Formazione e Prevenzione LILT Reggio Emilia
Antonio Chiarenza	Dirigente Servizio Ricerca innovazione e sviluppo Ausl Reggio Emilia
Annamaria Ferrari	Dirigente servizio Sanità Pubblica Ausl Reggio Emilia
Mauro Grossi	Direttore Distretto di Scandiano
Massimo Pedroni	Medico di Medicina Generale di Scandiano
Angela Zini	ViceSindaco Comune di Scandiano



## Coordinamento provinciale del progetto:

Daniela Riccò	Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Locale
Angela Ficarelli	Piani per la Salute provincia di Reggio Emilia
Gian Luca Giovanardi	Direttore Dipartimento Igiene e Sanità Pubblica di Reggio Emilia
Ermanno Rondini	Lega contro i Tumori di Reggio Emilia
Ferdinando Luberto	Dipartimento Igiene e Sanità Pubblica

## Il numero dei soggetti e delle istituzioni coinvolte nel Progetto consente la diffusione capillare delle azioni e la sincronizzazione degli interventi

### Genesi e sviluppo del Progetto:

La regione Emilia-Romagna, nella delibera del dicembre 1999, ha suddiviso il Progetto Regionale Tabagismo in 5 sottoprogetti.:

- Programmi Educativi di Prevenzione dell'abitudine al fumo nelle scuole di ogni ordine e grado;
- Realizzazione di Centri per la Disassuefazione al fumo;
- Programmi di Prevenzione e disassuefazione al fumo nei luoghi di lavoro;
- Intervento clinico breve del Medico di Medicina Generale per la Prevenzione e la Disassuefazione al fumo della Popolazione generale;
- Ospedali e Servizi Sanitari Senza Fumo.

Il Counselling di comunità di Scandiano nasce nell'ambito del Progetto regionale Tabagismo come opportunità di sperimentare gli effetti sincronici delle azioni dei 5 sottoprogetti sulla popolazione. La valutazione di efficacia del Progetto riguarda la registrazione di:

- cambiamenti della percezione del fumo di sigaretta da parte della popolazione.
- cambiamenti degli atteggiamenti rispetto al fumo di sigaretta.
- numero di invii alle strutture territoriali di secondo livello per la disassuefazione dal fumo.
- numero di cessazioni dell'abitudine al fumo da parte dei fumatori.

### Tempi di realizzazione:

3 anni (dopo il periodo dedicato all'analisi di fattibilità)

Propedeutica: analisi di fattibilità del Progetto; indagine epidemiologica di inizio;

Prima annualità: campagna informativa per la cittadinanza, formazione degli operatori coinvolti.

Seconda annualità: realizzazione interventi di sensibilizzazione, rinforzo motivazionale e disassuefazione dal fumo con le azioni specifiche dei 5 sottoprogetti.

Terza annualità: ottimizzazione degli interventi e verifica efficacia progetto.

### Modalità di verifica:

Somministrazione questionari iniziali e finali sulla percezione dell'abitudine al fumo e la valutazione degli atteggiamenti rispetto al fumo degli abitanti; controllo del numero di invii ai Centri Antifumo di Scandiano.

### Azioni di Progetto 2004/2005:

- \* Costituzione del Gruppo tecnico di lavoro e coinvolgimento di tutti gli attori del Progetto
- \* Approvazione della delibera che ha inserito il tema della tutela dell'esposizione al fumo passivo nel Comune di Scandiano.
- \* Inserimento del Progetto nei Piani di zona del Distretto di Scandiano e nei Piani per la Salute provinciali.
- \* Coinvolgimento del Comune come Azienda libera dal Fumo.
- \* Formazione degli operatori sanitari coinvolti.
- \* Coinvolgimento di tutte le scuole di Scandiano in programmi di prevenzione dell'abitudine al fumo.
- \* Manifestazione in occasione della Giornata mondiale senza Tabacco, in concomitanza con l'allestimento della rassegna didattica con laboratori interattivi "Le vie del fumo"
- \* Attivazione di un Centro di informazione sul tema del fumo di sigaretta presso la Sala d'aspetto del Centro Antifumo.

- \* Conduzione di una ricerca epidemiologica sull'abitudine al fumo nella popolazione di Scandiano: analisi e interpretazione dei dati riferiti alla distribuzione di 880 questionari ad un campione di popolazione dai 30 ai 55 anni.
- \* Campagna informativa rivolta a tutta la popolazione del Distretto.
- \* Realizzazione Patto di intenti con tutte le associazioni e le istituzioni del territorio che intendono dare un contributo alla realizzazione del Progetto.
- \* Individuazione delle iniziative di sensibilizzazione concordate con gli Enti e le istituzioni del territorio.
- \* Rinforzo azioni realizzate in ambito scolastico.
- \* Coinvolgimento media e luoghi del tempo libero.
- \* Coinvolgimento Associazioni sportive e Associazioni di categoria.
- \* Stesura relazione dettagliata delle azioni del primo anno di attività.

### Azioni di progetto 2005/ 2006

- Ottimizzazione degli interventi del Medico di Medico generale con il paziente fumatore
- Miglioramento della rete per la disassuefazione al fumo che comprende: Medico di Medicina generale, operatori del Centro Antifumo di Scandiano , Operatori della Lega contro i Tumori.
- Apertura di punti informative presso gli Ambulatori medici e le farmacie.
- Prosecuzione dei programmi scolastici con coinvolgimento degli studenti di scuole medie superiori formati in attività di educazione fra pari in azioni di sensibilizzazione e marketing sociale in collaborazione con Comune d Distretto.
- Definizione e completamento del Piano delle azioni sanitarie, articolato nei seguenti punti:
  - 1: formazione degli agenti accertatori e delle caposala dei reparti ospedalieri e dei Servizi del distretto sanitario di Scandiano allo svolgimento di azioni che riguardano l'informazione degli utenti e l'avviso breve del paziente fumatore.
  - 2: segnalazione in cartella del consiglio di smettere di fumare rivolto a tutti i fumatori.
  - 3: somministrazione di alcuni test e attività di counselling infermieristico breve per tutti i pazienti fumatori da parte delle caposala e/o dell'agente accertatore durante il periodo di ricovero.
  - 4: suddivisione degli interventi di disassuefazione in 2 gruppi: i pazienti con patologia pneumologica cronica o cardiologia sono seguiti con modalità individuale dal Centro Antifumo pneumologico dell'Ospedale; i pazienti asintomatici o comunque, senza patologie croniche specifiche presso il gruppo per smettere di fumare realizzato dalla Lega contro i Tumori alla Casa del volontariato di Scandiano.

### Documenti significativi prodotti nelle prime 2 annualità del Progetto:

1. Dopo la costituzione del Gruppo di lavoro e delle riunioni preliminari si è sottoscritto un **Protocollo d'Intesa** da parte delle Istituzioni e di tutte le Associazioni presenti sul territorio:  
Si riporta per intero il testo del Protocollo:

### Counselling di comunità nel Distretto di Scandiano: Protocollo d'intesa

Il fumo di sigaretta è stato riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la prima causa evitabile di morte e malattia nella nostra società.

Il Tabagismo rappresenta, dunque, un fattore di rischio per la salute di assoluta rilevanza per le sue implicazioni epidemiologiche, ambientali, sociali e sanitarie.

L'abitudine al fumo è in aumento nei preadolescenti, nella popolazione femminile e nei cittadini stranieri. Per questi motivi gli Enti che sottoscrivono questo documento condividono tali obiettivi:

- \* Incrementare le azioni di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale sui danni da fumo e sui benefici della cessazione;
- \* Accrescere il livello di percezione sociale del fumo come fattore inquinante ambientale ed elevare il livello di tutela dei non fumatori dall'esposizione al fumo passivo;
- \* Incrementare gli interventi educativi specifici per bambini, adolescenti e donne in gravidanza;
- \* Intensificare sul territorio le azioni di motivazione e di supporto alla cessazione del fumo.

Ai fini della realizzazione degli obiettivi sopracitati gli Enti sottoscriventi il presente Documento si impegnano a :

1. Sostenere il progetto attraverso l'individuazione degli specifici contributi che l'Ente può dare alla realizzazione del medesimo
2. Contribuire a diffondere l'informazione sugli obiettivi e le azioni del progetto.
3. Organizzare nell'arco temporale di un triennio almeno una iniziativa dedicata alla lotta al tabagismo nell'ambito della istituzione rappresentata.
4. Individuare un referente per i rapporti con il gruppo tecnico di lavoro.

La condivisione dei contenuti del presente protocollo è condizione necessaria per la sua sottoscrizione.

**Il protocollo è stato sottoscritto da Comune di Scandiano con Delibera di Giunta, Distretto di Scandiano , Consorzio Comuni del Distretto, Associazione dei genitori, Lega contro i Tumori di Reggio Emilia, Associazioni del volontariato locale, Istituti scolastici di Scandiano.**

## **2. depliant informativo:**

riportiamo per esteso il testo del depliant che contiene, fra l'altro, anche un breve elenco dei vantaggi relativi alla cessazione, il test di Fagerstrom, il test motivazionale breve.

### **Testo del depliant che è stato spedito a tutte le famiglie di Scandiano con la pubblicazione relativa ai piani sociali di zona nel 2005**

Nel Distretto di Scandiano è stato attivato un Progetto pilota della Regione Emilia- Romagna:

“Le vie del fumo: il cammino del Distretto per la prevenzione e la disassuefazione dal fumo di sigaretta.”

#### *Considerazioni introduttive:*

La Regione Emilia- Romagna ha istituito dal 1999 il Progetto Regionale Tabagismo che interviene su tutte le componenti che condizionano e determinano il rapporto personale e sociale con il fumo di sigaretta. Azioni specifiche sono indirizzate a medici di medicina generale, ospedali, luoghi di lavoro, scuole,

tempo libero, opportunità... per smettere di fumare, campagne collettive di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

Il Progetto “Counselling di Comunità... è fondato su un presupposto piuttosto semplice: si prefigge, infatti, di determinare gli effetti positivi provocati da un intervento sull'abitudine al fumo attuato da medici di famiglia, insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado, medici specialisti, farmacisti, amministratori comunali, operatori del tempo libero, allenatori.

Il counselling di comunità... durerà... tre anni durante i quali verranno valutati cambiamenti della percezione del fumo di sigaretta da parte della popolazione; cambiamenti degli atteggiamenti rispetto al fumo di sigaretta, richieste di aiuto per smettere di fumare presso le strutture del territorio, numero di cessazioni dell'abitudine al fumo da parte dei fumatori .

Quali sono le iniziative che riguardano la popolazione di Scandiano:

Il progetto comincia con una indagine epidemiologica su abitudini personali e percezione del fumo di sigaretta rivolta ad un campione della cittadinanza scandianese , una campagna informativa per la cittadinanza,; il coinvolgimento di tutti gli operatori sociali e sanitari. Le azioni per la popolazione comprendono:

- seminari informativi;
- iniziative promozionali e di marketing sociale;
- interventi di sensibilizzazione, rinforzo motivazionale e disassuefazione .

E' la prima volta in Italia che si sperimenta la valutazione di efficacia di un intervento di prevenzione e disassuefazione al fumo rivolto ad una comunità.

Il progetto prevede il coinvolgimento di baristi, ristoratori, insegnanti e animatori dei centri giovanili.

## Il fumo di sigaretta:

### Fumo di sigaretta e salute:

L'OMS ha definito il fumo di tabacco la prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società....

In Italia:

ogni anno il fumo causa la morte di 80-90.000 persone (è come se ogni giorno precipitasse un jumbo jet senza alcun superstite a bordo);

L'abitudine al fumo non è mai una scelta individuale La sigaretta provoca una grave dipendenza fisica e psicologica

La nicotina è infatti una sostanza psicoattiva( agisce sul sistema nervoso) che a causa della sua azione selettiva sulla parte del cervello sede delle emozioni (sistema limbico), determina una serie di effetti che inducono il fumatore ad aumentare il numero di sigarette consumate e a sviluppare sintomi di astinenza in mancanza delle sigarette.

Nonostante si parli spesso di aspetti nocivi del tabagismo, è probabilmente non superfluo ricordare che:

- Il fumo di tabacco è un aerosol di circa 4.000 sostanze chimiche tra le quali sono incluse almeno 200 veleni ben conosciuti
- (DDT, ARSENICO, FORMALDEIDE, MONOSSIDO DI CARBONIO), sostanze irritanti, elementi cancerogeni, sostanze radioattive (Polonio 210) e additivi chimici ( conservanti, conee, pesticidi, ecc.).
- I componenti del fumo di tabacco possono essere suddivisi in quattro grandi gruppi: Nicotina, Monossido di Carbonio, Sostanze cancerogene, Sostanze irritanti e tossiche.
- a) NICOTINA: E' un alcaloide presente nelle foglie del tabacco: induce dipendenza fisica e psicologica; agisce sul sistema nervoso centrale e autonomo in modo bifasico (stimolazione-inibizione) causando, secondo il prevalere dell'effetto stimolante o inibente, modificazioni dell'umore, dell'apprendimento, della concentrazione, della prontezza dei riflessi e delle prestazioni psicofisiche; Agisce sul sistema cardiovascolare e aumenta il rischio di trombosi.
- b) MONOSSIDO DI CARBONIO: E' un gas asfissiante derivato dalla combustione incompleta del tabacco che ostacola l'ossigenazione dei tessuti. E' responsabile di molti danni cardiocircolatori causati dal fumo di sigaretta
- c) SOSTANZE CANCEROGENE: Tra le piu' pericolose si liberano dalla combustione benzopirene e nitrosamine. Sono in massima parte presenti nel condensato della sigaretta
- d) SOSTANZE IRRITANTI E TOSSICHE: Le sostanze irritanti provocano aumento delle secrezioni bronchiali e favoriscono il ristagno dei microbi e delle sostanze irritanti e/o cancerogene, che sono le principali cause della bronchite cronica, dell'enfisema polmonare, dell'asma bronchiale e del cancro polmonare.

### Quali sono i bersagli del fumo?

- 1) Apparato cardiaco e vascolare.
- 2) Apparato respiratorio.
- 3) Cavo orale e apparato digestivo. Apparato genito-urinario. Apparato cutaneo e annessi.
- 4) Inoltre la cattiva ossigenazione dei tessuti causata dal fumo provoca un invecchiamento precoce della pelle del fumatore ed una maggiore insorgenza di rughe e inestetismi cutanei. Una scarsa irrorazione sanguigna del cuoio capelluto dovuta al fumo, sottrae nutrimento ai capelli che inaridiscono e cadono.
- 5) Per quanto riguarda i danni da fumo passivo vanno ricordati soprattutto i bambini.

Il fumo di sigaretta determina nei bambini esposti una maggiore facilità... ad ammalare di influenza, otite, bronchite ed asma. Da non dimenticare, poi, che la maggior parte dei giovani che fumano, ha genitori fumatori: quindi continuare a fumare quando si hanno dei figli significa contribuire in modo significativo ad aumentare le probabilità che diventino a loro volta fumatori durante l'adolescenza.

### Fumatori che trarrebbero vantaggi significativi dallo smettere di fumare:

- F. con problemi di ipertensione.
- F. con disturbi cardiocircolatori

- F. affetti da broncopneumopatie ostruttive (bronchiti croniche, asma, enfisema).
- F. affetti da malattia neoplastica (anche guariti o in remissione completa)
- F. affetti da emicrania cronica, gastriti e coliti.
- F. affetti da glaucoma.
- F. affetti da diabete.

### Come smettere si fumare:

Il fumo di sigaretta provoca una grave dipendenza fisica e psicologica: tuttavia per i cittadini scandinavesi che desiderino fare un tentativo per smettere di fumare è possibile richiedere assistenza a:

- 1) Medico di famiglia
- 2) Centro Antifumo Ospedale di Scandiano (presso il Servizio di Pneumologia diretto dal Dr. Fabrizio Boni)
- 3) Lega contro i Tumori di Reggio Emilia, Onlus, via Alfieri 1/1 Reggio Emilia. Tel 0522/283844.

Prendendo un appuntamento per un colloquio gratuito con uno di questi servizi è possibile avere un supporto sul modo più efficace per smettere di fumare a seconda delle caratteristiche individuali.

Chi desidera uno strumento per valutare la sua motivazione iniziale a smettere di fumare (ossia quanto è spontaneamente pronto per cominciare un programma di cessazione del fumo di sigaretta) può compilare il test qui riportato:

### Test motivazionale breve:

- |  |    |    |              |             |
|--|----|----|--------------|-------------|
| 1. Ha mai provato a smettere di fumare?  | SI | NO | SI=PUNTI 2/  | NO= PUNTI 1 |
| 2. Le piacerebbe smettere di fumare?   | SI | NO | SI= PUNTI 1/ | NO= PUNTI 0 |
| 3. Pensa di riuscire a smettere di fumare con un aiuto specifico e personalizzato? | SI | NO | SI=PUNTI 2/  | NO= PUNTI 0 |
| 4. Sarebbe disposto a fare un tentativo per smettere entro un mese?                | SI | NO | SI= PUNTI 3/ | NO= PUNTI 0 |

### RISULTATI.

DAI 6 Agli 8 PUNTI. La motivazione a smettere di fumare è molto alta: è utile parlarne con il medico di famiglia per avere qualche consiglio e prendere accordi per seguire un programma specifico.

DA 4 AI 5 PUNTI: Smettere di fumare è importante, anche se non una priorità per lei, almeno in questo momento. Parlarne con il medico di famiglia è utile per approfondire l'argomento e accrescere la motivazione individuale a smettere.

DA 1 A 3 PUNTI: la motivazione a smettere di fumare è molto bassa. Prima di cominciare un tentativo per smettere è utile concentrarsi sui possibili vantaggi e sulle persone che potrebbero aiutarla ad ottenere un risultato soddisfacente.

### Perché smettere di fumare?:

La persona che fuma spesso sottovaluta gli effetti nocivi che la sigaretta provoca a s, e agli altri, ma soprattutto sottovaluta i VANTAGGI che la cessazione potrebbe procurarle.

#### Per l'estetica:

1. Denti più bianchi, Ringiovanimento della pelle, Alito gradevole, Scomparsa del cattivo odore su abiti, auto, tendaggi e pareti domestiche

#### Per l'economia:

2. Risparmio di almeno 2,58 Euro al giorno

#### Per la qualità... della vita:

3. Forte riduzione o scomparsa dell'emicrania, Scomparsa del senso di appesantimento e stordimento al capo, Recupero di energia per tutte le attività... fisiche, Miglioramento della qualità... del sonno, Diminuzione dello stress e abbassamento della soglia psicofisica di affaticamento.

*Per la salute:*

4. Si respira meglio. Migliora la circolazione sanguigna.

*Dopo 3 mesi:*

Migliorano i sintomi della bronchite cronica: si riducono tosse e catarro.

*Dopo 1 anno:*

Si dimezza il rischio di avere un infarto e comincia a ridursi la possibilità... di ammalarsi di tumore. Si riduce sensibilmente il rischio di avere un ictus legato al fumo.

*Dopo 5 anni:*

Si dimezza il rischio di avere un tumore.

### **Conclusioni:**

Si ricorda che:

- i fumatori possono richiedere informazioni e assistenza per smettere di fumare a Medici di famiglia , Centro Antifumo e Farmacie.
- i non fumatori sono invitati a dare il loro contributo per creare scuole, ambienti pubblici e ricreativi, abitazioni private, liberi dal fumo
- tutti i cittadini possono contribuire a difendere i bambini e le donne in gravidanza dall'esposizione al fumo passivo.
- gli operatori sociali e sanitari, gli educatori e i docenti sono invitati a dare il loro esempio astenendosi dal fumo sul lavoro e in presenza di minori.
- chiunque ne avverta l'esigenza o l'interesse pu• richiedere l'attivazione gratuita di programmi collettivi per la prevenzione e la disassuefazione dall'abitudine al fumo rivolti a scuole, ambienti di lavoro, spazi ricreativi, categorie professionali specifiche rivolgendosi alla Lega contro i Tumori di Reggio Emilia (tel 0522/ 283844)

## *Strumenti teorici, metodologici e operativi: conclusioni*

Le conclusioni di questo comune e, mi auguro, proficuo lavoro di condivisione di idee, approcci culturali, vie di ricerca, segnano inevitabilmente, il prefigurarsi di un rinnovato inizio.

Del resto, ogni esperienza profondamente connessa alla dimensione della fertilità della vita intellettuale, emotiva, relazionale dell'uomo, si riferisce simbolicamente alla circolarità: una circolarità pensata, meditata e ritrovata nella esuberante e promettente ricchezza dei contributi scientifici dei docenti/autori del volume.

Le considerazioni di sintesi sono pressochè impossibili; mi limiterò a trasmettere qualche nodo/ chiave d'ingresso/riflessione che queste pagine nel contesto della relazione fra emozione/motivazione/ cognizione hanno suscitato in me:

- L'approccio al tabagismo secondo punti di vista e problematiche così apparentemente distanti l'una dall'altra (dai riferimenti educativi all'impatto della valutazione; dalle metodologie per smettere di fumare ai percorsi di progettazione per pianificatori regionali, dalla terapia agli effetti dell'applicazione di una riforma legislativa) ha evidenziato l'interesse culturale, sociale e sanitario del tema.
- Si sono stabilite vicinanze improbabili: la descrizione più recente degli aspetti neurobiologici della dipendenza ha consentito un accordo di indirizzo preliminare con le valutazioni d'impatto degli interventi.
- La ricchezza di un tema e l'interesse di una problematica sono strettamente legate alla professionalità e alla originalità di chi se ne occupa.
- Anche le (apparenti) ripetizioni e insistenze su taluni argomenti e i rimandi fra sessioni, si sono rivelati utili per una più acuta comprensione delle sfumature e dei dettagli esitanti nella trattazione della disciplina.
- La circolarità non è un concetto solo teorico: dalla lettura (anche solo parziale) del volume si possono ricavare molteplici spunti per ideare, pianificare, monitorare, valutare. Lo stimolo è efficace sia per chi si accosta per la prima volta al tema, sia per chi si occupa professionalmente da anni di Tabagismo.
- Non esiste una sessione preponderante sulle altre: non si saprebbe designare prioritariamente cosa c'è di essenziale rispetto a conoscenze, abilità, competenze del pianificatore regionale che non debba essere estratto dallo spirito che lega ognuno degli interventi in ognuno dei grandi capitoli da cui è scandito il volume.
- Anche il gruppo dei Formatori Nazionali è probabilmente stato assalito da questo straordinario Sturm und Drang di idee, progettualità, riflessioni personali, contributi della ricerca: motivi per riprendere con sistematicità ed entusiasmo la revisione di questa Guida didattica introduttiva, più poderosa e impegnativa di qualsiasi processo ideativo originario (quasi mai, del resto, siamo in grado di prevedere tutti gli effetti delle nostre azioni, anche nella più corretta e tecnicamente aggiornata, delle pianificazioni: nel sottile e imperscrutabile intervallo dello scarto fra la razionalità accorta e sapiente e l'apertura a contesti non completamente esplorati, si giocano creatività e rinnovamento).

*Con la felice simbologia del cerchio chiudo come ho iniziato, ringraziando.*

S. B





## *I Formatori Nazionali:*

**Sandra Bosi**, Responsabile Servizi Formazione e prevenzione Lega contro i Tumori- di Reggio Emilia. Coordinatrice didattica Piano di Formazione Nazionale sul Tabagismo per Pianificatori Regionali

**Cristiano Chiamulera**, Professore Associato di Farmacologia, Dip. Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona

**Fabrizio Faggiano** Dipartimento di Clinical and Experimental Medicine Avogadro University, Novara

**Franco Falcone**, Unità Operativa Pneumotisiatria, Ospedale Bellaria, Azienda USL di Bologna

**Responsabile Sottoprogetto 4 “Ospedali e Servizi Sanitari senza Fumo AUSL di Bologna**

**Giovanni Forza** Psichiatra, Azienda Ospedaliera Padova

**Daniela Galeone**, Ministero della salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria –

Centro per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM)

**Gian Luca Giovanardi** Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Reggio Emilia

**Livia Giordano**

**Mauro Grossi** Direttore Distretto sanitario di Montecchio AUSL Reggio Emilia

**Angela Giusti** Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

**Giovanni Invernizzi MD** Tobacco Control Unit, National Cancer Institute, Milano

**Maurizio Laezza**, Coordinatore Progetto regionale Tabagismo - Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute in Carcere. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna

**Enrico Massa** MMG Rappresentante FIMG

**Giacomo Mangiaracina**, Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, II Facoltà di Medicina, Università La Sapienza, Roma. Presidente Società Italiana di Tabaccologia.

Coordinatore Area Tabagismo, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

**Daniela Marcolina:** Regione del Veneto, Azienda Unità Sanitaria Locale n° 1 di Belluno, Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Federica Michieletto** Regione del Veneto

**Claudia Monti** Responsabile Area prevenzione Tabagismo Istituto Oncologico Romagnolo

**Alberto Perra**, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

**Claudio Poropat**, Responsabile del Centro per la prevenzione e cura del tabagismo dell’A.S.S. n 1 Triestina, referente per il FVG del gruppo tecnico della regioni sul tabagismo, membro del direttivo SITAB.

**Franco Roscelli**, Dirigente Medicina del Lavoro presso SPSAL Azienda USL di Parma. Responsabile sottoprogetto “Luoghi di lavoro liberi da fumo” per l’Azienda USL di Parma nell’ambito del Progetto Regionale Tabagismo”

**Eugenio Sabato**, Coordinatore U.O.C. Servizio Pneumologico A.U.S.L. BR/1

**Luca Sbrogiò** Dipartimento di Prevenzione Az. ULS 9Treviso; Referente regione Veneto per le competenze sul counselling del personale sanitario; Responsabile Progetto Regionale Fumosi Tabacco dei Dipartimenti di Prevenzione del Veneto

**Biagio Tinghino**, Responsabile Centro per il Trattamento del tabagismo, ASL Provincia di Milano 3, Monza; Commissione per gli stili di vita – Regione Lombardia -

**Elisabeth Tamang** Centro Regionale per la Prevenzione, Regione del Veneto

**Riccardo Tominz**, Unità Funzionale di Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, ASS 1 Trieste

**Stefania Vasselli**, Ministero salute, DG prevenzione sanitari. Ufficio IX

**Angela Villani** Responsabile Ufficio Scolastico regionale della Campania

**Piergiorgio Zuccaro** Responsabile Osservatorio Fumo, Alcol, Droghe, Istituto Superiore Sanità

Impaginazione e stampa:  
Tipolitografia L'OLMO Soc. Coop. Soc.  
Montecchio Emilia (RE)

*Settembre 2006*





Il contenuto di questo  
contiene di questo  
contiene di questo  
contiene di questo