

PRAT

Piano Regionale Anti-Tabacco

SMETTERE DI FUMARE IN PIEMONTE

**Il ruolo dei Medici di Famiglia e dei Centri
per il Trattamento del Tabagismo**





SMETTERE DI FUMARE IN PIEMONTE

Il ruolo dei Medici di Famiglia e dei Centri per il Trattamento del Tabagismo

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

Gruppo Tecnico Antitabacco – CPO Piemonte

COMMISSIONE REGIONALE ANTI-TABACCO

Quaderno n. 5

Maggio 2008

Il documento è stato realizzato dal Gruppo Tecnico Antitabacco del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO) nell'ambito del Progetto per la riduzione della prevalenza dei fumatori in Piemonte

Copia del documento è scaricabile dal sito <http://www.cpo.it/documentipubblicazioni.htm>

Oppure rivolgersi a Gruppo Tecnico Antitabacco, via San Francesco da Paola 31, 10123 Torino.

Tel. 011-6333869, Fax 011-6333886, e-mail: gruppo.fumo@cpo.it

Un ringraziamento particolare ai Medici di Famiglia e agli operatori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo piemontesi che, con la loro disponibilità, hanno reso possibile la realizzazione di questa indagine.

Si ringraziano inoltre Francesco d'Angella per le riflessioni confluite nell'analisi delle interviste, Elena Coffano, Fabrizio Faggiano e Maria Grazia Tomaciello per i commenti e i suggerimenti forniti in fase di revisione del documento.

Stampa a cura del Centro Stampa della Regione Piemonte

Il **Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT)**, approvato con DGR n 47-13556 del 4.10.2004 nell'ambito del Programma pluriennale Promozione Salute Piemonte, prevede la costituzione di una **Commissione regionale Antitabacco** (i cui componenti sono stati individuati tra quegli enti ed istituzioni che, a vario titolo, si occupano di lotta al tabagismo sul territorio regionale) e la nomina di una **Consulta regionale** che raccoglie i rappresentanti degli enti, associazioni, istituzioni attivi in questo ambito. I due organismi rappresentano i principali strumenti di cui l'Amministrazione regionale si è dotata per promuovere, integrare e coordinare efficaci azioni di contrasto al consumo di tabacco in Piemonte.

Commissione Regionale Anti-Tabacco

- Fabio Beatrice, Centro Antifumo S. Giovanni Bosco – ASL TO2
- Mario Carzana, Regione Piemonte
- Elena Coffano, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) Regione Piemonte
- Luigi Corbetta, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG Torino)
- Fabrizio Faggiano, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte
- Livia Giordano, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO Piemonte)
- Luciana Lazzarino, Ufficio Qualità ASL AT, Coordinamento Ospedali liberi dal fumo - Rete Health Promoting Hospitals (HPH Piemonte)
- Nereo Segnan, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Carlo Senore, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Elisabetta Versino, Dipartimento di Sanità Pubblica - Università di Torino

Progetto del Ministero della Salute – CCM

“ Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale”
Pianificatori Regione Piemonte:

- Area criteri ed indicatori utili alla definizione e monitoraggio delle attività dei Servizi per la cessazione del fumo: Dott.ssa Lucia Occhionero
- Area interventi di prevenzione del Tabagismo rivolti ai giovani: Prof.ssa Germana Muscolo
- Area di sperimentazione su metodologie e strumenti efficaci per costruire una rete di operatori socio-sanitari impegnati in azioni di supporto, assistenza e cura del Tabagismo: Dott.ssa Maria Grazia Tomaciello
- Area interventi di prevenzione del tabagismo di comunità: Dott.ssa Tiziana Miroglio
- Area interventi di sorveglianza, prevenzione e cura del tabagismo nei luoghi di lavoro: Dott. Andrea Dotti

Consulta regionale “Piemonte Libero dal Fumo”

- Roberto Anino, Confcommercio Esercizi Pubblici Associati Torino e Provincia (EPAT)
- Sante Bajardi, Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CIPES Piemonte)
- Marisa Bianco, Ordine dei Giornalisti del Piemonte
- Mauro Brusa, Referente per la Promozione ed Educazione alla Salute (RePES) - ASL AL
- Antonio Buonocore, Associazione “Perchè no?”
- Liborio Cammarata, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB Piemonte) - Dip. Patologia delle Dipendenze ASL NO
- Roberto Cavallo, SPRESAL – ASL TO5
- Giuseppe Costa, Servizio di Epidemiologia - ASL TO3
- Angela de Bernardis, Servizio Tossicodipendenze - ASL TO4
- Renato Galetto, Associazione AMA
- Paolo Gasparetto, CULCASG - ALCASE Italia Ass. Cuneese per lo Studio e la Ricerca contro il Cancro del Polmone
- Sergio Giraud, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT)
- Ludovico Grasso, Gruppo Abele - Università della Strada
- Paolo Laurenti, Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) Dip. Prevenzione - ASL TO3
- Aldo Lodi, CittadinanzAttiva, Tribunale Diritti del Malato
- Mariuccia Malesani Valente, Forum genitori c/o Ufficio Scolastico Regionale

- Sabina Natali, Associazione Zed
- Amalia Neirotti, Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI Piemonte)
- Mario Nejrotti, Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino
- Biagio Polla, Centro Antifumo, ASO SS. Antonio e Biagio, Fisiopatologia della respirazione, Alessandria
- Pietro Presti, Fondo Edo Tempia – Biella
- Luigi Resegotti, Associazione per la Prevenzione e la Cura dei Tumori in Piemonte
- Marco Riccomagno, Comitato difesa consumatori
- Simona Tempia Valenta, Fondo Edo Tempia – Biella
- Benedetto Terracini, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO Piemonte)
- Piero Zaina, Rete Health Promoting Hospitals (HPH Piemonte)

Segreteria PRAT: Francesca Garena, telefono 011 6333854, e-mail: segreteria.prat@cpo.it

Indice

Introduzione	9
<hr/>	
Il fumo di sigaretta	13
Le dimensioni del fenomeno	13
Un fenomeno multidimensionale.....	14
Un fenomeno sociale.....	16
<hr/>	
Materiali e metodi	19
Medici di Famiglia	19
Centri per il Trattamento del Tabagismo	21
<hr/>	
Risultati della ricerca	23
Medici di Famiglia	23
Centri per il Trattamento del Tabagismo	33
<hr/>	
Discussione	51
Medici di Famiglia	51
Centri per il Trattamento del Tabagismo	56
<hr/>	
Riflessioni in merito ad una riorganizzazione dei percorsi di cessazione del fumo di tabacco in Piemonte	61
Ruolo, formazione e azioni del Medico di Famiglia	61
Una nuova mission per i Centri per il Trattamento del Tabagismo.....	64
La rete territoriale	66
Ruoli, funzioni e formazione degli operatori	67
<hr/>	
Per concludere	69
<hr/>	
Bibliografia	71
<hr/>	
Allegati	75
1 Intervista ai Medici di Famiglia	75
2 Intervista ai responsabili e agli operatori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo....	79
3 Intervista telefonica agli operatori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo	84
4 Centri per il Trattamento del Tabagismo piemontesi per Aziende Sanitarie	86
<hr/>	

La collana del Piano Regionale Anti-Tabacco si arricchisce di un altro elemento importante nella realizzazione di materiali per affrontare il tabagismo nella nostra regione. Insieme alle *Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo*, alle *Linee Guida Clinico Organizzative per la Regione Piemonte* e al *bollettino Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte*, la presente indagine si va ad aggiungere agli strumenti già prodotti per indirizzare i servizi sanitari ad agire adeguatamente su questo fenomeno. La ricerca, finanziata dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità e sostenuta dalla Commissione del Piano Regionale Anti-Tabacco, è di particolare interesse in quanto frutto dell'incontro dei ricercatori con gli operatori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo e di alcuni Medici di Famiglia piemontesi, attori di punta nella realizzazione di azioni per promuovere la disassuefazione dei fumatori.

Dalla ricerca emergono spunti utili alla riorganizzazione delle strutture che ospitano i Centri per il Trattamento del Tabagismo, alla formazione degli operatori, alla promozione del ruolo dei professionisti della salute più a stretto contatto con la popolazione e infine alla creazione di una rete tra i servizi che permetta di integrare e confrontare le esperienze fino ad ora raccolte e di trovare soluzioni innovative alle sfide introdotte dalla promozione della salute a cui il servizio sanitario è oggi chiamato a rispondere.

Mi auguro che il lavoro di questo quaderno possa offrire a chi si occupa di tabagismo uno strumento ulteriore per approfondire lo studio dei modelli per promuovere la disassuefazione, per valutare le risorse presenti sul territorio e i problemi aperti, e allo stesso tempo per individuare criteri e indicazioni con cui poter ripensare e ridisegnare le organizzazioni coinvolte nelle iniziative di cessazione del fumo di sigarette.

Eleonora ARTESIO
Assessore alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte

Introduzione

La scelta di investire nella cessazione del fumo deriva dalla considerazione dei notevoli benefici, in termini di salute guadagnata e in termini di riduzione dei costi sanitari, indotti sia dal consiglio a smettere di fumare da parte del medico di famiglia, sia dai trattamenti offerti nell'ambito dei servizi per la cessazione.

Dai dati di letteratura emerge una forte evidenza che il consiglio breve (generalmente di 3 minuti) per smettere di fumare da parte di un operatore sanitario, fornito a tutti i fumatori, porti a una percentuale di cessazione pari a circa il 2% (Silagy, 2000). Tale effetto è indipendente dall'età, dal sesso e dal fatto che il fumatore sia affetto o meno da un disturbo fumo-correlato. I dati pubblicati in letteratura riportano un costo per anno di vita guadagnato stimato intorno a 266 euro per il consiglio breve e 300 euro circa per il supporto comportamentale associato a terapia sostitutiva o con bupropione, a fronte di un costo medio per anno di vita guadagnato con interventi medici generali per salvare una vita di circa 16.000 euro. L'intervento da parte di operatori sia di 1° livello (medici di famiglia *in primis*, ma anche pediatri, ostetriche, infermiere di territorio) che di 2° livello (operatori di strutture orientate alla cessazione) su soggetti di 40 anni aiuterà alcuni di loro a smettere di fumare circa 25 anni prima di quanto farebbero in assenza di un intervento, con un guadagno di quasi 6 anni di vita (Bery et al., 2004).

Nel 2004 il CPO ha svolto, per mezzo del Gruppo Tecnico Antitabacco, un'indagine sulle attività di contrasto al fumo di sigarette nella Regione Piemonte, con l'obiettivo di fornire ai pianificatori regionali una base conoscitiva di partenza su cui costruire le future strategie antifumo in Piemonte. Tale indagine ha prodotto una fotografia della realtà piemontese relativamente ai soggetti coinvolti nella lotta al tabagismo sul territorio regionale e agli interventi attuati nel periodo 2002-2004. In questo quadro sono state riscontrate alcune criticità nell'ambito dei percorsi di disassuefazione dal fumo, che hanno portato alla luce la necessità di ottimizzare e potenziare i servizi territoriali per la cessazione.

La ricerca ha posto anche in evidenza come non sempre tutte le professionalità (personale sanitario in genere e medici di famiglia in particolare) che avrebbero sia i titoli che i canali privilegiati per individuare i pazienti con i quali affrontare il problema della dipendenza da tabacco, siano attive sul fronte della lotta al tabagismo, o lo siano state in maniera omogenea e costante nel tempo: ad esempio, meno di un terzo delle ASL, nel periodo di riferimento, ha offerto il *counselling* attraverso medici di famiglia e personale sanitario.

Per quanto riguarda i trattamenti offerti, è stata rilevata la presenza di notevoli differenze relativamente a tipologia, metodologia e personale coinvolto, nonché una carenza di valutazione di risultato degli interventi da parte delle strutture che li implementano. Infine si è riscontrata una scarsa integrazione tra i servizi e gli operatori attivi nel settore della disassuefazione.

L'accesso ai servizi sanitari finalizzati alla cessazione del fumo di sigarette è risultata inoltre difficile per la loro disomogenea distribuzione sul territorio, per gli orari di apertura ridotti e spesso non fruibili da persone con impegni lavorativi e per la presenza di procedure regolamentate in modo non uniforme, con impossibilità spesso di un accesso diretto da parte dell'utenza.

L'impatto sulla popolazione dei fumatori risultava ridotto anche per la tendenza a selezionare i fumatori da sottoporre ad uno specifico intervento di cessazione, in base alla presenza di patologie fumo-correlate.

Come conseguenza dei problemi sopra elencati, il numero di fumatori che, nel periodo di riferimento, avevano avuto un contatto con i servizi per la cessazione, rappresentava soltanto il 2% dei fumatori piemontesi.

Modalità organizzative inadeguate e carenza di risorse emergevano quindi come elementi particolarmente critici nel limitare l'impatto dei servizi antifumo, ma la bassissima proporzione di fumatori coinvolti e le loro caratteristiche suggerivano riflessioni sul modello di servizio per la cessazione e sulla visione del proprio ruolo che orientano la pratica degli operatori di 1° e di 2° livello.

Accanto alla definizione di modelli organizzativi e di presa in carico e gestione dei fumatori fondati su efficacia documentata e delle risorse necessarie per realizzare questi modelli, è infatti rilevante caratterizzare quella che è la rappresentazione degli utenti fumatori da parte degli operatori coinvolti nel trattamento dei fumatori. Le caratteristiche che dovrebbero avere i servizi che si occupano di fumatori non possono infatti prescindere da una costruzione condivisa del problema in cui la visione del fumo di sigarette come "fatto sociale", caratterizzato da una sottovalutazione dei rischi e da una legittimazione sociale diffusa, è centrale. Tale approccio, nel sottolineare il collegamento fra ipotesi di lettura del fenomeno e progettazione dei servizi, aiuta inoltre a mettere al centro "il cliente" dei servizi (il fumatore) e a costruire un'organizzazione il più possibile *orientata al cliente* (Norman, 1985). Tale orientamento parte dal presupposto che i clienti di una organizzazione che produce servizi (diversamente da una che produce oggetti) non debbano essere considerati solo degli utilizzatori passivi di un servizio predisposto da altri, ma debbano essere rappresentati piuttosto come dei *co-produttori* a tutti gli effetti, che costruiscono il prodotto, nel momento stesso in cui viene erogato, *insieme* agli operatori dell'organizzazione. Rappresentarsi il cliente, ossia il destinatario della propria azione, aiuta a decentrarsi rispetto al proprio punto di vista, a uscire da una logica auto-referenziale e a stabilire quali obiettivi si vogliono raggiungere. L'analisi del cliente e del suo contesto è dunque cruciale, perché permette di comprendere che cosa si aspettano gli utilizzatori finali di un servizio e quali passi è necessario compiere per avvicinarli e "trasformarli" in clienti.

Per affrontare questi aspetti, la realizzazione del *Progetto per la riduzione della prevalenza di fumatori sul territorio piemontese*, finanziato nel 2006, nell'ambito del Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT) della Regione Piemonte, si è articolata inizialmente in due fasi: la stesura di Linee Guida clinico-organizzative condivise con gli operatori e la conduzione di una ricerca approfondita volta a rilevare le rappresentazioni degli operatori del proprio processo di lavoro e degli utenti dei servizi, individuando vincoli ed opportunità legati all'attuale organizzazione del percorso di cessazione del fumo di sigarette in cui sono coinvolti i fumatori piemontesi che intendono smettere di fumare. L'interpretazione dei dati raccolti si è articolata quindi lungo due linee di lettura: 1) un confronto tra ciò che viene raccomandato nelle Linee Guida "Cessazione del fumo di tabacco" (Faggiano et al., 2007) (atteso) e ciò che esiste attualmente in Piemonte in termini di servizi per la cessazione (osservato). Tale confronto è finalizzato a meglio definire protocolli di intervento per attuare sperimentazioni in territori circoscritti del Piemonte, al fine di valutare la ricaduta che la riorganizzazione dei servizi produce sulla popolazione fumatrice; 2) un'analisi della pratica lavorativa degli operatori di 1° livello e di quelli di 2° livello, con l'obiettivo di rilevare le rappresentazioni del processo di lavoro presso gli operatori coinvolti nei percorsi di disassuefazione.

In particolare per l'elaborazione di questa seconda linea di interpretazione, abbiamo ritenuto necessario sviluppare un approfondimento delle diverse dimensioni, individuali e sociali, del problema tabagismo, per arrivare alla definizione di un modello che potesse orientare l'impostazione della ricerca e la lettura dei dati riguardanti l'attività dei Centri per il Trattamento del Tabagismo e dei medici di famiglia. Per "modello" intendiamo le *ipotesi di lavoro* che ci siamo venuti chiarendo lungo il corso della ricerca, in relazione alla *mission* dei Centri per il Trattamento del Tabagismo, alla loro organizzazione e alla loro collocazione in un percorso più ampio, coordinato dalle Aziende Sanitarie e che comprenda anche il lavoro degli operatori di 1° livello.

Ci auguriamo che i risultati di questa lettura possano rappresentare delle indicazioni importanti circa le criticità da affrontare per aumentare l'efficacia e l'impatto dei percorsi di cessazione del fumo di sigarette, sia dal punto di vista dell'offerta dei trattamenti sia da quello dell'organizzazione dei servizi e della gestione dei percorsi.

Il fumo di sigaretta e i servizi territoriali per smettere di fumare

Le dimensioni del fenomeno

Nel 2005 i fumatori in Italia erano il 21,7% della popolazione di 14 anni e più (ISTAT, 2007), il 27,5% maschi e il 16,3% femmine. La quota di forti fumatori (oltre 20 sigarette al giorno) era pari al 7,5%. Per quanto riguarda il Piemonte, nel 2005 i fumatori erano il 22,2% della popolazione di 14 anni e più, con una quota di forti fumatori pari al 7,3% (ISTAT, 2007). La quota di fumatori in Italia è andata diminuendo negli ultimi 25 anni, soprattutto a causa del decremento di fumatori tra gli uomini, mentre la percentuale di fumatrici è rimasta complessivamente stabile. Tuttavia, a fronte della diminuzione della prevalenza, si registra un aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco, soprattutto a causa di una maggiore propensione a iniziare a fumare delle persone in condizioni socio-economiche svantaggiate (ISTAT, 2006). Nel 2003 fumava solo il 12,7% dei laureati contro il 36% dei soggetti con licenza elementare (Vigna-Taglianti, 2006). Fra le donne, l'aumento della forbice riguarda anche le disuguaglianze nello smettere di fumare: infatti cercano di smettere di fumare più frequentemente le donne con titolo di studio più elevato.

In generale, il 22% dei fumatori ha dichiarato di aver tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista (ISTAT, 2006). Le aree metropolitane sono quelle nelle quali sono meno frequenti i tentativi di smettere di fumare (18,4%). La percentuale di coloro che tentano di smettere di fumare è più elevata tra chi non fuma abitualmente (28,4%) che tra chi fuma tutti i giorni (21,3%). Secondo i dati ISTAT (2006), i forti fumatori (20 e più sigarette al giorno) sono quelli che più raramente tentano di interrompere l'abitudine al fumo (19,6% contro 24,1% delle persone che fumano meno di 10 sigarette al giorno). A tal proposito va ricordato che solo una piccola quota di coloro che tentano di smettere di fumare (3-5%) riesce a raggiungere un'astinenza di lungo periodo (Cohen et al., 1989).

Per quanto riguarda il fumo di sigarette in adolescenza, recenti studi indicano che la prevalenza di fumatori tra i giovani ha avuto un sostanziale declino negli anni '70 e '80, ma è aumentata negli anni '90 sia negli Stati Uniti (Ferrence et al., 2000) che in Europa (Curie et al., 2000). In Italia, secondo i dati dello studio ESPAD (Hibell et al., 2004) il 36% degli studenti italiani di 16 anni dichiara di aver fumato almeno una volta nella vita e di questi il 38% dichiara di aver fumato nell'ultimo mese: tali dati non si discostano in modo significativo dai valori medi europei, rispettivamente pari a 34% e 35%. Tali dati sono confermati dall'ultima indagine ISTAT (2006), secondo cui le percentuali di fumatori maschi e femmine nella fascia d'età fra i 14 e i 19 anni sono rispettivamente pari al 14,7% e all'8,7%. Un ulteriore elemento che caratterizza il coinvolgimento nel fumo di sigarette degli adolescenti è rappresentato dalla tendenza all'anticipazione sia dell'età di inizio che di quella di fumo regolare (Bonino et al., 2005). Da un punto di vista sanitario si tratta di dati piuttosto allarmanti in quanto coloro che iniziano a fumare in giovane età hanno maggiori probabilità di incorrere in disturbi fumo-correlati e di diventare forti fumatori (Everett et al., 1999; Taioli, Wynter, 1991), oltre ad avere meno probabilità di smettere (Chassin et al., 1990; Chen, Miller, 1998).

Complessivamente, i dati sopraccitati relativi all'Italia indicano ancora un'ampia diffusione dell'abitudine al fumo di sigarette seppure la legislazione italiana preveda una serie di normative tra cui il divieto di vendere sigarette ai minori di 16 anni e di fumare nei bar e nei ristoranti, il funzionamento dei distributori automatici di sigarette esclusivamente nelle ore notturne, la presenza di avvertenze visibili sulla superficie delle confezioni di sigarette e il divieto di pubblicità diretta per i prodotti derivati dal tabacco.

Confrontando i dati immediatamente prima (dicembre 2004) e dopo tre mesi (marzo 2005) dall'applicazione della Legge 3/2003, si è evidenziato un calo della quota di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%, attestatasi poi al 16,3% nel corso del 2005) e un aumento delle persone che hanno tentato di smettere di fumare (dal 20,9% al 23%) (ISTAT, 2006; ISTAT, 2007).

Nonostante il fumo di sigaretta sia considerato la principale singola causa di malattia e di morte prevenibile nei paesi industrializzati (IARC, 2004; da Costa e Silva, 2003), la prevalenza e l'incidenza di fumatori resta ancora elevata, soprattutto se rapportata alle conseguenze in termini di patologie fumo-correlate e di costi economici. In Italia, il tabacco è responsabile di 70.000 delle 570.000 morti che si verificano ogni anno (pari al 12,1% del totale dei decessi) (Faggiano et al., 2007). In Piemonte il tabacco causa direttamente circa 27.000 ricoveri l'anno (il 4,5% del totale) e 6.200 decessi (il 13,2% del totale) (Faggiano et al., 2007). Considerando un aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco verificatosi in Italia negli ultimi anni, il futuro peso delle malattie correlate al fumo potrà essere ancora più concentrato tra gli uomini e le donne appartenenti a classi sociali sfavorite dal punto di vista economico (Kunst et al., 2004).

Relativamente ai costi economici del fumo di sigarette, le spese derivanti dall'assistenza ospedaliera per i fumatori eccedono del 40% quelle dei non fumatori e l'eccesso equivale ad una spesa di circa 5 miliardi di euro l'anno, pari all'8,3% della spesa sanitaria pubblica totale del 1999 e allo 0,4% del PIL del 1999 (Russo, Scafato, 2002; Sgambato et al., 2001).

Un fenomeno multidimensionale

Il fumo di sigarette è un fenomeno socialmente diffuso, caratterizzato da una tendenza all'anticipazione dell'età di inizio, da un aumento delle disuguaglianze sociali sia in termini di prevalenza che di incidenza, e da una bassa percentuale di coloro che tentano di smettere di fumare.

Ciò che colpisce in particolare è la discrepanza tra la gravità accertata in termini di salute e di costi sociali ed economici da una parte e l'ampia diffusione del fenomeno stesso dall'altra. Questo conferma uno dei paradossi principali delle società occidentali moderne: l'incremento di patologie e di mortalità correlati a stili di vita¹ rischiosi, a fronte di una sempre maggiore disponibilità di informazioni e conoscenze sui temi della salute (Cicognani, Zani, 2000).

Per quanto riguarda *il tabagismo*, riteniamo utile riportare di seguito, seppure in maniera sintetica, le dimensioni principali che caratterizzano tale fenomeno:

- dimensione sanitaria: la nicotina è una sostanza che produce dipendenza e di conseguenza una serie di sintomi, quali l'assunzione continua della sostanza, la tolleranza e la sindrome di astinenza in seguito alla mancata assunzione. Per tal motivo, la dipendenza da tabacco viene considerata una malattia cronico-ricidivante; dopo la cessazione, l'astinenza totale è rara e le ricadute, causate dal persistere o dal ripresentarsi del *craving*, sono la norma (Faggiano et al., 2007). In realtà, a livello sociale, la dipendenza da nicotina è spesso sottovalutata in quanto l'intensità e la qualità della crisi di astinenza non raggiungono la drammaticità delle crisi di astinenza da sostanze come l'eroina e l'alcol. Ciò ha prodotto la falsa convinzione che la nicotina abbia uno scarso potere additivo. Inoltre, il consumo di tabacco è lontano anche dai quadri di intossicazione acuta quali l'ebbrezza alcolica o gli stati di alterazione della coscienza tipici di alcune droghe; questi ultimi, poiché determinano una perdita dell'autocontrollo, contribuiscono ad accentuare la pericolosità dell'abuso di alcol e del consumo di droghe in confronto al fumo di sigarette. Va però ricordato che

¹L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce lo stile di vita come il "modo di vivere globalmente considerato conseguente alla interazione di condizioni di vita in senso ampio e tipi di comportamento, come derivante da fattori socio-culturali e caratteristiche personali".

il fumo di sigarette è responsabile, tra i fumatori uomini, del 64% delle morti per patologie respiratorie, del 50% di quelle per tumori e del 32% di quelle per malattie cardio e cerebrovascolari. Nelle donne tali valori sono pari al 20%, al 6% e al 5% rispettivamente (Doll et al., 1994; La Vecchia et al., 2002). In generale, il fumo di tabacco rappresenta una causa certa di tumori in diverse sedi: polmone, cavità orale, faringe, laringe, esofago, pancreas, vie urinarie, vescica. Inoltre i più recenti dati di letteratura (IARC, 2004) hanno evidenziato una associazione causale tra il fumo attivo di tabacco ed i tumori delle cavità e dei seni paranasali, dello stomaco, del fegato, del rene, della cervice dell'utero e la leucemia mieloide. A ciò va aggiunto che il fumo di tabacco è considerato causa efficiente nella patogenesi anche di malattie non neoplastiche ad evoluzione potenzialmente letale come il cuore polmonare, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'ictus, le polmoniti, gli aneurismi aortici e le coronaropatie (Sgambato et al., 2001).

- dimensione psico-sociale: il fumo di sigarette, così come l'uso di ogni sostanza psicoattiva², comporta sia degli effetti fisici sia degli effetti psicologici e comportamentali i cui esiti sono dati dall'interazione di almeno tre ordini di fattori: le caratteristiche della nicotina e degli altri additivi contenuti nelle sigarette; le caratteristiche della persona al momento del consumo (ad esempio età, stato di salute, condizioni psico-fisiche, ecc.); le caratteristiche del contesto in cui avviene il consumo (ad esempio le norme sociali che ne regolano l'uso). L'esperienza soggettiva conseguente al fumo di sigarette può essere dunque simile, così come la sigaretta può dar luogo, in soggetti diversi e in momenti diversi, a vissuti fortemente differenti. La diversa considerazione sociale delle sostanze psicoattive, in particolare la loro distinzione in legali ed illegali e "leggere" e "pesanti", si è rivelato un fattore molto importante per spiegarne le differenze nella valutazione e accettazione e la loro diversa diffusione sociale. Ad esempio la legalità riconosciuta al consumo di alcol e tabacco ne facilita l'accettazione e la diffusione nell'ambito del più ampio contesto sociale, mentre porta alla sottovalutazione dei rischi e degli effetti dannosi ad esso conseguenti. Il fumo di sigarette si configura come un comportamento che presenta tuttora valenze simboliche non trascurabili (Bonino, 1987). L'osservazione diretta degli adolescenti fumatori conferma che il fumo di sigarette appare come un comportamento rituale che serve ad aggregare il gruppo, a comunicare la propria appartenenza e ad entrare in relazione con i coetanei (Bonino et al., 2005). Le sigarette rappresentano un messaggio chiaro, visibile, facile da usare e privo di alcuna conseguenza legale. In tal senso il fumo di sigarette permette agli adolescenti di segnalare in modo non rischioso sul piano individuale e sociale il proprio voler essere adulti, attraverso l'attuazione di un comportamento diffuso e ritenuto normale per lo *status* sociale dell'adulto. Fumare diventa dunque un modo facile di affermare il proprio essere grandi, a differenza di altri comportamenti che implicano un forte coinvolgimento emotivo e che sono socialmente più pericolosi (ad esempio, il comportamento sessuale precoce o la guida pericolosa). Questa attribuzione di valore simbolico al fumo di sigaretta è anche favorita dai modelli di comportamento proposti dal cinema e dalla TV, come molti studi hanno ormai dimostrato (Charlesworth, Glanz, 2005; Tickle et al., 2001; Sargent et al., 2005). Secondo lo studio TUTD (2004), per esempio, il 48% dei 50 film più visti ogni anno tra il 1994 e il 2003 negli Stati Uniti presenta il fumo di sigarette come un comportamento non solo accettabile, ma anche desiderabile, come sinonimo di ribellione, indipendenza, bellezza, sensualità, celebrità e ricchezza (Mekemson, Glantz, 2002). L'uso del fumo di sigarette nei film è frequente oggi tanto quanto in passato: più dell'85% dei film analizzati da Sargent et al. (2001) contenevano scene in cui gli attori

²Per sostanze psicoattive si intendono quelle sostanze che, pur presentando tra loro notevoli differenze, svolgono un'azione sul sistema nervoso e ne modificano l'assetto biochimico, con conseguenze sull'umore, sui processi di pensiero e sul comportamento. L'uso di tali sostanze (tabacco, alcol, marijuana e altri stupefacenti) è collegato, a livello neurofisiologico, alla mediazione neuronale della ricompensa e del piacere, attraverso l'attivazione del sistema dopaminergico mesotelencefalo-nucleus accumbens (Julien, 1997).

fumavano, le marche di sigarette apparivano nel 28% dei casi sia nei film rivolti agli adolescenti che in quelli rivolti agli adulti ed erano presenti nel 20% delle pellicole dedicate espressamente ai bambini.

- dimensione economica: il tabacco rappresenta oggi un ingente *business* sia nei paesi industrializzati che nei paesi in via di sviluppo. Le multinazionali del tabacco adottano strategie sempre più elaborate per prevenire le misure di controllo sul tabacco, soprattutto nei paesi a basso reddito (Sebriè, Glantz, 2006). Fra queste spiccano i tentativi di screditare la ricerca medica sui danni provocati dal consumo di tabacco, attraverso la critica alla metodologia di studi pubblicati da riviste scientifiche specializzate e il finanziamento segreto di ricerche sullo stato delle conoscenze sul fumo (Enstrom, Kabat, 2003). Inoltre la documentazione relativa ad una grande multinazionale del tabacco qual è la British American Tobacco ha rivelato una strategia produttiva che intenzionalmente nascondeva al consumatore la potenziale tossicità dei suoi prodotti (Hammond et al., 2006). Altre strategie messe in atto dalle industrie produttrici di tabacco riguardano lo sforzo operato nella direzione del reclutamento dei segmenti di mercato più strategici, quali i giovani e le donne (Barbeau et al., 2004). Tali strategie sembrerebbero confermate dal fatto che diminuisce il numero di fumatori tra gli uomini adulti, ma resta ancora elevato tra le donne adulte, attratte dalla falsa immagine della fumatrice come donna emancipata e con più *charme*. Per quanto riguarda i giovani, esiste una forte interrelazione fra pubblicità dei prodotti derivanti dal tabacco e numero di giovani fumatori, bambini e adolescenti (Di Franza et al., 2006). Anche l'anticipazione dell'età di inizio del fumo di sigarette è rafforzata dalle campagne pubblicitarie dell'industria del tabacco rivolte al mercato dei giovanissimi, nel quadro di un contesto culturale generale caratterizzato da una forte spinta all'anticipazione dei consumi da parte dei giovanissimi. Nonostante negli ultimi tempi l'industria del tabacco si sia impegnata perché fosse vietata la vendita ai giovani e venisse verificata l'età di chi acquista prodotti derivati del tabacco, contemporaneamente sottolinea il messaggio che fumare è una libera scelta di persone adulte. Questo approccio mira a collegare il divieto di fumare dei giovani con la decisione di fumare degli adulti, ottenendo l'effetto di rafforzare la funzione emancipatrice e trasgressiva del fumo di sigaretta agli occhi degli adolescenti e confermandoli nella scelta del fumo come una modalità utile al fine di soddisfare il bisogno di sentirsi grandi e indipendenti (Bonino et al., 2005).
- dimensione etica e giuridica: tale dimensione interessa sia il fumatore che il non fumatore. Da una parte c'è il fumatore che, anche se informato dei rischi ai quali va incontro, rivendica la facoltà di assumere una sostanza dannosa, ma allo stesso tempo legalmente in commercio; dall'altra parte c'è il non fumatore che vorrebbe vedersi protetto dai rischi sempre più riconosciuti derivanti dal fumo passivo e vorrebbe anche, spesso, costruire in qualche modo un "mondo libero dal fumo". Il diritto alla salute riguarderebbe infatti sia il non fumatore (in relazione non solo all'esposizione al fumo passivo, ma anche a tutte le altre conseguenze negative del tabagismo che gravano sull'intera società), sia il fumatore che, oltre a subire i danni del fumo, con la dipendenza cesserebbe di essere un individuo pienamente libero.

Un fenomeno sociale

Fra le diverse dimensioni che caratterizzano il fenomeno del fumo di sigaretta siamo convinti che l'approfondimento della dimensione sociale e degli aspetti culturali che lo caratterizzano siano fra i più rilevanti ai fini di una riflessione sui modelli organizzativi dei servizi sanitari che si occupano di cessazione del fumo di sigarette. Un paradigma che rende conto della complessità di questi fenomeni è certamente il cosiddetto "modello biopsicosociale" (Engel, 1977), che favorisce un approccio multidisciplinare ai temi della salute e della malattia, dimostrando i rapporti esistenti tra fattori comportamentali e psicosociali da

una parte e stato di salute dall'altra e cercando di superare una prospettiva esclusivamente individualistica. Tale approccio, definito anche "ecologico", sostiene che il comportamento individuale sia il risultato dell'interazione individuo-ambiente, articolata nei diversi contesti, quali la famiglia, la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità.

Anche il fumo di sigarette può essere letto come un "fatto sociale", i cui significati sono costruiti e negoziati attivamente nel contesto sociale di riferimento (Lemma, 2005). E' opportuno considerare il fumo di sigarette come una pratica sociale collettiva piuttosto che come un comportamento di salute individuale, il che permette fra le altre cose di non immaginare i fumatori unicamente come vittime della dipendenza da nicotina, di stili di vita scorretti o delle pressioni dell'industria del tabacco, ma anche come attori di un comportamento i cui significati sono attivamente costruiti nel contesto sociale di appartenenza a partire dai valori, dalle norme, dalle conoscenze, dagli atteggiamenti e dalle risorse disponibili in quel particolare contesto. Anche i rischi infatti sono valutati collettivamente e inseriti in un sistema di valori e credenze condiviso (Douglas, 1992). In tal modo il rischio non è definito in modo assoluto e una volta per tutte, ma la rappresentazione sociale di ciò che è considerato rischioso varia da cultura a cultura e da gruppo a gruppo. Il rischio connesso al fumo di sigarette risulta determinato dunque sia dall'esperienza personale che dalla rappresentazione che del rischio ha il proprio gruppo di appartenenza ed in generale il proprio contesto di vita. I fumatori, per esempio, sembrano riconoscere il fatto che il fumo aumenterebbe il rischio di ammalarsi, ma al tempo stesso valutano tale rischio in modo minore rispetto ai non fumatori. Gli stessi fumatori, inoltre, minimizzano, rispetto ai non fumatori, sia la dipendenza da nicotina sia la maggiore probabilità di essere esposti a problemi di salute (Weinstein, 1999). L'alta percentuale di fumatori tra gli operatori sanitari potrebbe essere un'ulteriore conferma della sottovalutazione dei rischi del fumo e della condivisione da parte di questa categoria delle rappresentazioni sociali attive nel contesto sociale più ampio. Tali dati sono in linea con altre ricerche condotte nel campo del consumo di alcol, marijuana e nuove droghe secondo cui i consumatori sono soliti sottovalutare i rischi connessi all'uso di sostanze e si percepiscono come "consumatori non dipendenti" (Galimberti, 2007; Amendt, 2004; Di Blasi, 2003). A questo riguardo sappiamo anche che i soggetti di livello socio-economico medio-alto e con un buon livello di scolarità fumano di meno e smettono di fumare più spesso rispetto a soggetti appartenenti a classi socio-economiche svantaggiate (Costa, Faggiano, 1994). Alla luce di quanto sopra detto, potremmo ipotizzare – poiché attualmente in letteratura sono scarsi gli studi finalizzati a indagare la percezione del rischio tra diverse categorie di fumatori - che la percezione del rischio connesso al fumo di sigarette vari a seconda della classe sociale di appartenenza: i fumatori con un buon livello di istruzione e di classe sociale elevata si considererebbero più a rischio rispetto ai fumatori appartenenti a classi sociali svantaggiate e quindi sarebbero più intenzionati a non iniziare a fumare o a smettere di fumare.

Dal momento che una lettura più ampia del problema tabagismo, come quella da noi proposta in questa sede, mette in luce un'immagine di fumatore come di una persona generalmente poco motivata a smettere, che non si percepisce a rischio di salute e che è rinforzato a fumare dal contesto sociale circostante, è necessario ripensare i servizi e le strutture territoriali finalizzate alla cessazione del fumo di sigaretta in funzione di questa immagine. Si tratta cioè di passare da una logica tradizionale secondo cui alla struttura socio-sanitaria è delegata la gestione di problemi, patologie e dis-funzioni, in un'ottica di specializzazione e compartimentazione disciplinare, a una nuova visione di tale struttura, intesa come promotrice di processi locali di cambiamento di atteggiamento e di comportamento in relazione agli stili di vita, in un'ottica di integrazione e apertura al territorio. Una strategia per la cessazione non può quindi soltanto basarsi su un ambulatorio per il tabagismo tradizionalmente inteso, che tratti un problema di salute qual è il fumo di sigarette solo su richiesta del paziente fumatore, con il rischio di una scarsa domanda di trattamento a fronte di un ingente investimento di risorse economiche e umane: occorre pensare a percorsi di disassuefazione centrati sulle diverse tipologie di bisogno, possibili in una interazione dinamica tra i diversi nodi della rete dei servizi.

Materiali e metodi

Scopo principale della ricerca è stato quello di cogliere le rappresentazioni degli operatori piemontesi che si occupano di interventi di cessazione dal fumo di tabacco, in merito alle loro pratiche di lavoro, ai propri clienti fumatori e alle organizzazioni che li ospitano, in modo da poter elaborare ipotesi di lettura e proposte operative per migliorare l'efficacia dei percorsi di cessazione del fumo di sigaretta in Piemonte.

L'interesse principale era dunque quello di esplorare il lavoro di quegli operatori sanitari che hanno un rapporto continuo e di fiducia con i propri pazienti. Tali operatori, cui sovente si ricorre per le problematiche derivanti dall'abitudine al fumo piuttosto che per essere aiutati a smettere di fumare, fanno parte di una ipotetica rete di soggetti attivi nel campo della disassuefazione (operatori di 1° livello).

Ci è sembrato inoltre importante focalizzare l'attenzione anche sui professionisti impiegati nei Centri per il Trattamento del Tabagismo (operatori di 2° livello) attivi in Piemonte.

Per quanto riguarda gli operatori di 1° livello la scelta poteva ricadere su diverse categorie professionali: medici di famiglia, ostetriche dei consultori, facilitatori al cambiamento delle ASL, medici competenti, ecc. La decisione di focalizzarci sui medici di famiglia (MdF) deriva dal fatto che questa figura professionale, oltre a essere molto numerosa e diffusa sul territorio, risulta essere quella nella quale gli italiani ripongono maggiore fiducia (ISTAT, 2007).

La ricerca ha utilizzato, come strumento principale di raccolta delle informazioni, l'intervista semi-strutturata, condotta faccia-a-faccia con gli operatori sia di 1° che di 2° livello. La scelta di tale strumento di rilevazione deriva dall'esigenza di far emergere una lettura basata su una ricerca di tipo qualitativo, che vada ad integrarsi con i dati quantitativi provenienti da questa e da altre ricerche condotte sia sul territorio piemontese che in altre regioni.

L'approccio qualitativo, in generale, è infatti utile per indagare aspetti significativi dell'esperienza lavorativa (e umana) che potrebbero rimanere altrimenti inaccessibili con i metodi di ricerca tradizionali. Tale approccio appare dunque adatto a "descrivere, spiegare e comprendere le esperienze di individui o gruppi dal loro personale punto di vista, cercando di rappresentare adeguatamente come le persone costruiscono la propria esperienza – in un contesto sociale, culturale, storico particolare – attraverso i loro pensieri, sentimenti e azioni" (Cicognani, 2002; p. 56).

L'intenzione era dunque di ottenere materiale il più possibile ricco e dettagliato, capace anche di raccogliere eventuali indicazioni e suggerimenti utili per il miglioramento dei percorsi di cessazione intrapresi dai fumatori piemontesi.

Le raccomandazioni delle Linee Guida per la Cessazione del Fumo di Tabacco della Regione Piemonte sono state utilizzate come riferimento per la valutazione di alcuni aspetti clinico-organizzativi che caratterizzano il percorso di disassuefazione del fumatore nei servizi sanitari piemontesi. Confrontando la realtà dei servizi attivi sul territorio con le indicazioni elaborate nelle Linee Guida è infatti stato possibile individuare e quantificare le problematiche, soprattutto organizzative, sulle quali andare ad intervenire.

Medici di Famiglia

Per quanto riguarda l'indagine con gli operatori di 1° livello, si è scelto di approfondire l'analisi dei risultati di alcuni studi condotti su campioni di medici piemontesi e lombardi recentemente pubblicati (Ragazzoni

et al., 2002, Pretti et al., 2006), sviluppando in particolare un'analisi degli aspetti qualitativi del ruolo percepito e della pratica di contrasto al fumo dei MdF.

E' stato intervistato in modo approfondito un campione opportunistico di MdF, individuato attraverso:

- elenchi di medici già contattati per precedenti attività di ricerca,
- nominativi forniti dai Referenti Aziendali per la Promozione e l'Educazione alla Salute che operano in alcune Asl del Piemonte.

I medici sono stati selezionati per rappresentare diverse realtà territoriali e organizzative e diverse tipologie di operatori (sesso, numero di assistiti, anzianità di pratica).

Questa modalità di reclutamento ha fatto sì che vi sia stata una selezione degli intervistati, costituiti per lo più da medici sensibili alla problematica dell'abitudine al fumo, e dunque pienamente o almeno parzialmente motivati ad affrontarla con i propri pazienti, e propensi a confrontarsi loro stessi con questa tematica. Ciò ha certamente influito sui risultati, portando probabilmente ad una sovrastima dell'impegno del MdF nelle attività di contrasto al fumo di tabacco.

Sono stati inizialmente selezionati, con i criteri e le modalità precedentemente descritti, 66 MdF. Questi sono stati contattati telefonicamente e al terzo tentativo di contatto è stato lasciato un messaggio in segreteria telefonica. Hanno accettato di partecipare all'indagine 33 medici provenienti da diverse aree geografiche del territorio piemontese: 6 da Torino, 4 da un capoluogo di Provincia (Asti), e 23 da comuni minori (Ivrea, Borgofranco d'Ivrea, Santena, Cirié, Chiaverano, Settimo Vittone e Vigone per la provincia di Torino; Fossano, Savigliano e Boves per la provincia di Cuneo; Vigliano e Pray per la provincia di Biella; San Pietro Mosezzo e Carpignano Sesia per la provincia di Novara; Novi Ligure e Ovada per la provincia di Alessandria).

Tra settembre e novembre 2006 sono state condotte le 33 interviste semi-strutturate, della durata di un'ora ciascuna, effettuate presso l'ambulatorio di ciascun MdF. Il gruppo di intervistatori ha condiviso la griglia delle domande e si è confrontato, dopo alcune interviste di prova, per modificare i quesiti risultati ambigui e condividere i primi risultati dell'indagine.

La traccia dell'intervista (Allegato 1), volta a ricostruire gli atteggiamenti e gli approcci dei MdF di fronte al paziente fumatore, ha indagato le seguenti aree:

- attività di prevenzione e cessazione del fumo di tabacco (numero e tipologia dei pazienti trattati, in che momento della consultazione e in che modo),
- strumenti utilizzati nelle attività di contrasto al fumo (supporti informatici, strumenti di valutazione, farmaci),
- conoscenza di trattamenti di cessazione raccomandati e basati su prove di efficacia,
- conoscenza di servizi specialistici per la cessazione attivi sul proprio territorio e eventuale ricorso ad essi,
- ostacoli e risorse per le attività di cessazione,
- bisogni strumentali e formativi,
- abitudine personale al fumo.

Le interviste sono state audioregistrate, previo consenso dell'intervistato, trascritte e analizzate sistematicamente attraverso l'approccio della *Grounded Theory* (Glaser, Strass, 1967; Mazzara, 2002). Tale procedimento permette di far emergere teorie attraverso un metodo induttivo che genera ipotesi a partire da dati qualitativi. Le ipotesi di questo metodo hanno tipicamente la forma di categorie descrittive. Tali categorie nascono comparando tra loro specifiche sezioni del testo dell'intervista che, raggruppate,

generano dei filoni tematici. A partire da una descrizione (prima individuale e successivamente di gruppo) dei temi e degli argomenti emergenti sono stati creati otto *identikit* che sintetizzano i differenti atteggiamenti che i MdF intervistati hanno nei confronti del trattamento dei pazienti fumatori.

Gli *identikit* e i dati di tipo quantitativo raccolti nel corso dell'intervista sono stati poi confrontati, ove possibile, con le raccomandazioni delle Linee Guida regionali.

Centri per il Trattamento del Tabagismo

L'indagine ha coinvolto anche gli operatori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) attivi in Piemonte attraverso interviste semi-strutturate (Allegato 2), della durata di circa un'ora ciascuna, condotte vis a vis presso i servizi stessi, e orientate a raccogliere il punto di vista degli operatori sull'organizzazione, sui processi di lavoro e sui clienti dei CTT.

Attraverso un questionario più breve, telefonico (Allegato 3), sono stati indagati il ruolo e le funzioni rivestite all'interno dei servizi dagli operatori rappresentanti le categorie professionali non coinvolte nelle interviste condotte di persona.

I questionari utilizzati riprendono, in modo però più specifico e approfondito, le tematiche già indagate in una precedente ricognizione effettuata dal Gruppo Tecnico Antitabacco nel 2004 (Giordano et al., 2005), allo scopo di delineare la mappatura delle iniziative di contrasto al fumo di sigaretta effettuate in Piemonte negli anni 2001-2003.

La scelta di utilizzare per lo più domande aperte aveva lo scopo di consentire all'intervistato di esprimere, senza vincoli, il proprio punto di vista sulle tematiche affrontate e cogliere quindi in modo efficace le rappresentazioni che gli operatori hanno del proprio ruolo e della propria attività nell'ambito della lotta al tabagismo. Questa modalità di indagine rappresenta però anche un limite, laddove i dati raccolti non risultano sempre disponibili e/o confrontabili per tutti i CTT, dal momento che le interviste sono state condotte da intervistatori diversi; nel riportare i risultati delle analisi è stato pertanto necessario specificare di volta in volta il denominatore di riferimento, ossia il numero di CTT per i quali il dato si è reso disponibile.

Prima dell'inizio dell'indagine, allo scopo di validare i questionari elaborati, sono state effettuate interviste di prova con quattro operatori di un CTT che avevano in precedenza già collaborato con il Gruppo Tecnico Antitabacco.

Per quanto riguarda il numero di interviste, l'obiettivo era di raggiungere il responsabile di ciascun CTT (29 Centri per un totale di 22 referenti, in quanto uno è responsabile di 5 centri e un altro di 4) e un operatore per ciascuna professione coinvolta nelle attività antifumo dei CTT, per un numero complessivo di 74 interviste.

Obiettivo di minima, nel caso in cui non fosse stato possibile organizzare un incontro presso alcuni dei CTT individuati, era di ottenere, mediante una breve intervista telefonica ad un operatore di tali servizi, i dati relativi a: collocazione del centro, giorni e orari di apertura, numero e professionalità degli operatori, modalità di accesso al percorso di disassuefazione, tipologia di valutazione del fumatore (dipendenza e/o motivazione a smettere) e dei trattamenti offerti, numero di fumatori trattati mediamente in un anno. Questo, al fine di elaborare per ciascun CTT una "carta d'identità" che contribuisse a delineare il quadro complessivo delle caratteristiche dei servizi di secondo livello attivi in Piemonte.

Le tracce per le interviste da condurre di persona differivano leggermente per responsabili e operatori, in quanto con i primi si voleva, nello specifico, approfondire anche la storia del servizio, in termini di anni

di attività ed esperienza, finanziamenti e sostegni alla nascita del centro, spinta iniziale all'apertura del CTT.

Con tutti gli intervistati sono state affrontate le seguenti tematiche:

- dati strutturali e organizzativi del CTT: ente di appartenenza e collocazione del servizio, con l'analisi di eventuali ricadute di questi elementi sull'attività e le caratteristiche operative del centro;
- personale impiegato: numero di operatori per professione;
- modalità di accesso al servizio da parte di un fumatore che voglia iniziare il percorso di disassuefazione: giorni e orari di apertura, eventuale richiesta di pagamento delle prestazioni ricevute, liste d'attesa, necessità dell'impegnativa del medico di famiglia per accedere al percorso;
- percorso del fumatore e tipologia dei trattamenti offerti: modalità con cui è instaurato il primo contatto con il fumatore, organizzazione dell'accoglienza, modalità e tempi della valutazione diagnostica, eventuale selezione dei fumatori in funzione delle offerte di trattamento, modalità di chiusura del percorso, eventuale *follow-up* e gestione delle ricadute;
- rappresentazione del processo di lavoro da parte degli operatori coinvolti: analisi degli obiettivi che il servizio e chi vi opera si pone con la valutazione iniziale del fumatore e il percorso di disassuefazione offerto, analisi dei punti di forza e di debolezza delle scelte organizzative e operative del CTT;
- rappresentazione dei clienti: importanza della motivazione dei fumatori che accedono al servizio, tipologia di fumatori trattati, caratteristiche dei fumatori eventualmente non ammessi al percorso di disassuefazione o che non accedono al servizio;
- formazione ricevuta dagli operatori, sia all'inizio del loro coinvolgimento nelle attività del CTT che come aggiornamento continuo, analisi delle eventuali esigenze formative;
- accesso e visibilità del CTT: importanza attribuita alla comunicazione interna ed esterna al servizio, promozione dell'attività nell'ambito dell'azienda sanitaria di appartenenza e sul territorio regionale;
- rete degli attori coinvolti nella lotta al tabagismo: presenza di un coordinamento con altri servizi dell'ASL di appartenenza, collaborazione con gli operatori di 1° livello (medici di famiglia, consultori,...) e con altre strutture territoriali.

L'intervista terminava con le domande contenute nel questionario somministrato telefonicamente, volte alla raccolta dei dati socio-anagrafici dell'operatore intervistato, la tipologia di mansioni svolte nell'ambito del servizio, la tipologia di contratto di lavoro, l'eventuale dipendenza tabagica, i tentativi o la modalità di cessazione e l'influenza che l'abitudine al fumo dell'operatore, attuale o pregressa, potesse avere sulla sua attività nella lotta al tabagismo e sulla relazione con il paziente fumatore.

Le interviste sono state realizzate e registrate tra settembre 2006 e giugno 2007; tra giugno e novembre 2007 si è proceduto alla sbobinatura e all'analisi dei dati.

Tale analisi, oltre a concentrarsi sulle tematiche precedentemente descritte, è stata volta a delineare il profilo dei CTT attivi in Piemonte e, come per gli operatori di 1° livello, a confrontare alcuni elementi, soprattutto organizzativi, con le raccomandazioni e le indicazioni delle Linee Guida per la Cessazione del Fumo di Tabacco.

L'elaborato finale costituisce un aggiornamento e un termine di paragone con l'indagine del 2004, consentendo di delineare le principali caratteristiche delle iniziative di controllo del fenomeno del tabagismo degli ultimi 6 anni in Piemonte.

Risultati della ricerca

Medici di Famiglia

Dei 66 MdF contattati, 33 hanno aderito alla ricerca. Le motivazioni di chi non ha aderito sono state per alcuni (4 MdF) mancanza di tempo e per altri (4 MdF) mancanza di interesse. Per gli altri medici (25), data la difficoltà a rintracciarli, è stato lasciato un messaggio in segreteria, ma questi non hanno ricontattato il gruppo di ricerca, per cui sono stati esclusi dall'indagine.

Il campione è formato da 9 femmine e 24 maschi. In merito agli anni di attività ambulatoriale, 6 lavorano come medici da più di 28 anni, 10 da 23 a 27 anni, 3 da 22 a 18 anni, 7 da 17 a 13 anni e 1 da meno di 12 anni. Mancano i dati relativi agli anni di attività ambulatoriale di 6 medici. Sono disponibili i dati sul numero di assistiti per 11 medici: 5 hanno 1500 assistiti, 5 da 1100 a 1450 e infine 1 medico ha 500 assistiti.

Abitudine al fumo

Il 42% (14 MdF) del campione si è dichiarato non fumatore, contro il 6% (2 MdF) di fumatori. Il 52% (17 MdF) è invece costituito da ex fumatori.

Pazienti a cui si rivolge l'intervento antifumo

In generale, i medici intervistati sono concordi sia sull'importanza di affrontare il tema del fumo di sigarette sia sul fatto che il tabagismo è un problema di salute di propria competenza. Emerge infatti che tutti i medici intervistati affrontano questo argomento nella propria attività lavorativa, ma non con tutti i pazienti fumatori. Essi dichiarano di orientare il proprio intervento solo a particolari categorie di pazienti, escludendo coloro che non recano patologie fumo-correlate o che non si rivolgono presso l'ambulatorio con l'esplicito desiderio di smettere di fumare. L'intervento si concentra dunque su quei pazienti che presentano patologie fumo-correlate (Fig 1) in quanto agganciarsi a problemi di salute in atto appare essere la modalità più semplice per poter introdurre l'argomento.

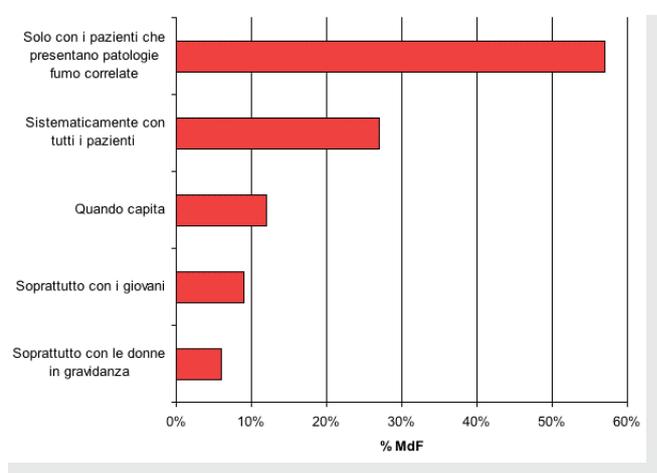


Figura 1. Tipologia di pazienti con i quali il MdF affronta il problema del tabagismo

Le tipologie di fumatori a cui i MdF intervistati si rivolgono di meno, nonostante siano indicate dalle Linee Guida regionali come gruppi di popolazione importanti su cui intervenire in un'ottica di prevenzione dell'iniziazione e dell'esposizione al fumo passivo, sono i giovani e le donne in gravidanza.

Quei MdF che affrontato il fumo di sigaretta tra i giovani assistiti affermano di svolgere pochi interventi in quanto questa fascia di popolazione transita di rado in ambulatorio ed è poco recettiva ai messaggi di salute.

I MdF che non affrontano l'argomento con i giovani adducono come motivazione:

- la percezione che il fumo di sigarette sia un comportamento non più di moda tra i giovani,
- la dimenticanza,
- la mancanza di tempo,
- la convinzione che l'intervento vada svolto solamente in presenza di patologie respiratorie nel giovane fumatore.

Sono pochi i medici che affrontano l'argomento con le donne in gravidanza e anche in questo caso, come per i giovani, gli interventi sono rari e non sistematici. Questi medici, se interrogati a proposito, sono consapevoli dell'importanza di un intervento con questa tipologia di utenti in quanto sanno che la donna durante la gravidanza è più recettiva ai messaggi di salute. Emergono anche in questo caso degli argomenti con cui i medici giustificano il loro scarso interventismo:

- mancanza di tempo,
- pensano che il problema sia di competenza di altri specialisti (es. ginecologo, ostetriche, ecc.),
- pensano che le donne in gravidanza siano già consapevoli dei rischi per il feto connessi al fumo di sigarette, per cui sono portate a smettere da sole.

In merito all'insistenza con cui i MdF intervengono sul problema, l'intervista ha rilevato che solo 12 MdF (il 36%) affrontano l'argomento sistematicamente nel tempo. Un supporto sembra derivare dalla registrazione nella cartella clinica dello stato di fumatore. 10 medici (30%) affermano di affrontare il tema soprattutto alla prima visita. L'occasione è costituita dall'anamnesi iniziale: durante la creazione della cartella clinica si chiede al paziente se è fumatore. 7 (21%) medici intervengono solo quando si presenta un evento acuto, 2 (6%) si sentono autorizzati ad affrontare il problema quando si instaura un clima di fiducia, infine 1 MdF afferma di intervenire solo se non vi sono troppi pazienti in sala d'attesa riportando dunque la difficoltà ad affrontare il problema in presenza di un ambulatorio affollato.

Chi interviene periodicamente afferma di farlo:

- tutte le volte che il paziente si reca in ambulatorio,
- in presenza di patologie o riacutizzazione di patologie fumo-correlate (es. tosse, bronchite),
- soprattutto con i forti fumatori,
- se c'è possibilità di interazione su tale argomento con il paziente,
- quando si è stabilita una relazione di fiducia e mai alla prima visita.

Riguardo il numero di assistiti fumatori cui è stato consigliato di smettere di fumare negli ultimi 6 mesi, 18 MdF (54%) dichiarano di aver svolto almeno un centinaio di interventi, 5 (15%) circa 50 e 9 (27%) meno di 20.

Modalità di intervento

Mentre 3 MdF (9%) hanno dichiarato di non fare nulla con i pazienti fumatori e 3 (9%) di limitarsi a fornire informazioni relative ai rischi per la salute e alle patologie fumo-correlate, 11 MdF (33%), oltre all'intervento puramente informativo, affermano di lavorare per incrementare la motivazione a smettere. Tra le modalità più utilizzate per affrontare l'argomento prevalgono però indicazioni generiche, consigli e suggerimenti. Per i pazienti che non si dimostrano intenzionati a smettere, 5 MdF (15%) dichiarano di affrontare il problema periodicamente e sistematicamente perché considerano la ripetizione del messaggio un metodo efficace per incidere sul comportamento del fumatore. Per quanto attiene le conoscenze nel campo delle strategie cliniche di contrasto al fumo, solo 8 MdF (24%) affermano di conoscere le Linee Guida Nazionali redatte dall'Istituto Superiore di Sanità, e 9 (27%) sono a conoscenza e utilizzano la tecnica del *counselling* breve.

La percezione del proprio ruolo

Per quanto riguarda il ruolo che i MdF sentono di rivestire nell'ambito del contrasto al tabagismo, una parte del campione (60%) ha mostrato un orientamento "oggettivo", basato sulla competenza, che vede l'intervento antifumo come compito del MdF, sia perché quest'ultimo rappresenta il primo contatto del cittadino con il sistema sanitario, sia perché gode di un rapporto fiduciario con il proprio assistito; tale orientamento presenta una connotazione positiva: *«assolutamente sì, primo diciamo perché siamo il primo contatto... e quindi anche per la sua accessibilità; ci sono dei requisiti che nessun altro professionista ha, facilità dell'accessibilità; ... ma prima ancora direi il rapporto fiduciario e la capillarità sul territorio. Il rapporto fiduciario perché noi siamo scelti... la gente ti sceglie e poi nel tempo si instaura un rapporto fiduciario che è un tesoro importantissimo... E poi perché noi abbiamo più opportunità e più possibilità di successo, se si impostano bene le cose perché siamo visti come un alleato del cittadino e il nostro interesse coincide con il suo».*

Il restante 40% ha invece mostrato un orientamento "soggettivo", basato sulla capacità, cioè sull'autoefficacia percepita dal medico nel convincere e motivare il fumatore a smettere; in questo caso, la percezione è il più delle volte negativa: *«si potrebbe svolgere un ruolo importante, si potrebbe... purtroppo non abbiamo gli strumenti e abbiamo il tempo che ci è nemico... perché, per fare un certo tipo di lavoro... innanzitutto bisogna avere una preparazione, che non ci è data, che non ci è mai stata data... poi ci vuole il tempo».*

Per 13 dei MdF (36%) intervistati, l'intervento minimo dovrebbe consistere nel consiglio di smettere, per 6 di loro (18%) dovrebbe essere l'informazione sui rischi correlati e per 1 il semplice atto di domandare al paziente se fuma.

Strumenti di supporto all'azione antifumo

In merito alla registrazione dello stato di fumatore nella cartella clinica e all'utilizzo di *software* che ricordano gli interventi da svolgere con il proprio assistito, la maggioranza dei medici intervistati (il 69%) dichiara di registrare l'abitudine al fumo nella cartella informatizzata. 15 MdF (45%) hanno inoltre dichiarato di ritenere utile l'utilizzo della cartella informatizzata e 12 (36%) il *reminder*.

Riguardo l'utilizzo dei farmaci per sostenere i pazienti nel processo di disassuefazione, i medici si dividono circa la loro utilità: chi li vede di scarsa utilità afferma che il maggior ostacolo alla disassuefazione è la motivazione per cui tende a dare poco peso alla funzione del farmaco. In ogni caso più della metà dei medici (il 69%) propone il farmaco a chi intende smettere di fumare, ma ogni rispondente ha delle categorie proprie per discriminare la persona idonea e il momento in cui prescriverlo. Quantificando il numero di fumatori a cui il MdF ha proposto la terapia farmacologica negli ultimi 6 mesi, emerge che solo

6 MdF (21%) l'hanno prescritta a più di 3 pazienti.

Relazione con i CTT

Tutti i MdF intervistati lavorano in ASL dove è presente almeno un CTT. Per quanto riguarda il contatto tra il 1° e il 2° livello del percorso di cessazione, 29 MdF (87%) ritengono utile una collaborazione con i servizi di disassuefazione, ma solo 18 (54%) sono a conoscenza dell'esistenza di CTT nella propria ASL e li hanno in passato utilizzati. Riguardo invece agli invii, il numero di medici che hanno inviato almeno un paziente a un CTT negli ultimi sei mesi si riduce a 16 (48%). Chi ha inviato ai CTT l'ha fatto con pochi pazienti (nessuno ha inviato più di dieci pazienti nell'ultimo semestre) e in maniera poco sistematica. Tra coloro che hanno inviato almeno un paziente negli ultimi 6 mesi, il 56% lo ha fatto con i fumatori più a rischio (forti fumatori o affetti da patologie correlate), il 25% con quelli che non riescono a smettere con il solo aiuto del medico e il 19% con quelli più motivati.

In merito a tale collaborazione, 21 MdF (63%) ritengono che essa debba essere basata su di un efficace sistema di comunicazione tra 1° e 2° livello, che preveda da un lato la conoscenza del CTT, della sua organizzazione e delle metodologie di trattamento utilizzate da parte del medico e dall'altro l'invio di informazioni circa le caratteristiche del fumatore dal medico al CTT, attivando un sistema di *feedback* tra i due livelli. 3 MdF (9%) hanno invece espresso l'esigenza di ricevere una formazione da parte dei CTT.

Medici attivi e medici poco attivi nell'attività clinica antifumo

A partire dalle Linee Guida regionali per la Cessazione del Fumo di Tabacco abbiamo considerato un livello ottimale di azione antifumo l'intervento svolto dal MdF a più di cento pazienti negli ultimi sei mesi che contempla anche l'utilizzo del *counselling* breve e l'eventuale invio a un CTT. Al contrario i MdF che hanno realizzato l'intervento con meno di 20 pazienti negli ultimi sei mesi, che non usano il *counselling* breve e che non inviano i fumatori al CTT sono stati considerati i meno virtuosi. Dai dati raccolti (Tabella 1) risulta che solo 4 MdF (colore grigio scuro) rispondono ai criteri ottimali d'intervento, mentre 4 (colore grigio chiaro) svolgono una scarsa attività antifumo.

soggetto	abitudine al fumo del MdF (ex, si, no)	n° paz a cui è stato anche solo consigliato di smettere di fumare (ultimi 6 mesi)	effettua il counselling breve?	invia i fumatori al CTT (ultimi 6 mesi)?
1	ex	>100	no	si
2	ex	circa 50	no	no
3	si	>100	no	no
4	ex	<20	no	si
5	ex	>100	no	no
6	no	>100	si	no
7	ex	>100	si	si
8	ex	>100	si	si
9	ex	<20	no	no
10	no	>100	no	no
11	ex	<20	no	si
12	no	<20	no	no
13	no	?	si	si
14	ex	>100	no	si
15	ex	circa 50	si	si
16	si	<20	no	no
17	ex	>100	no	no
18	ex	>100	si	si
19	no	circa 50	no	no
20	no	>100	no	no
21	no	>100	no	no
22	no	<20	no	no
23	no	>100	no	no
24	ex	>100	si	no
25	ex	<20	no	si
26	no	<20	si	si
27	no	>100	no	no
28	ex	circa 50	no	si
29	no	<20	no	no
30	no	>100	no	si
31	ex	circa 50	no	si
32	no	>100	no	si
33	ex	>100	si	si

Tabella 1. Sintesi dell'attività antifumo svolta dai MdF

Ostacoli e risorse

In merito alle principali difficoltà incontrate per svolgere un'efficace azione di contrasto al fumo di sigarette, 29 MdF (87%) hanno indicato come ostacolo principale la mancanza di tempo, causata a sua volta dal carico di lavoro (numero di pazienti), da un'eccessiva burocratizzazione della professione e dalla mancanza di supporti organizzativi (come la presenza di una segretaria). Per 5 MdF (15%) l'ostacolo principale è la scarsa motivazione del paziente, per 3 (9%) il fatto che il medico stesso sia fumatore, per altri 3 (9%) la mancanza di competenze. Infine 3 (9%) MdF hanno dichiarato che non ci

sono ostacoli che impediscono di svolgere attività antifumo nel proprio ambulatorio.

Per quanto riguarda gli elementi che ne favorirebbero l'attività, 12 MdF (36%) si sono riferiti alla diffusione di una formazione specifica sul fumo, 6 (18%) a miglioramenti nell'organizzazione del lavoro (soprattutto uno sgravio burocratico), 5 (15%) alla collaborazione con specialisti e CTT, 5 (15%) a una maggiore disponibilità di tempo, 4 (12%) alla predisposizione personale del medico (compresa l'astinenza dal fumo) e a un buon rapporto con il paziente, 3 (9%) al supporto fornito da interventi di sanità pubblica a livello di popolazione, 2 (6%) alla disponibilità di materiale informativo da distribuire ai pazienti, 1 alla possibilità di ricevere un riconoscimento economico indiretto (ad esempio lo stanziamento di fondi per la formazione) e infine 1 alla presenza di un controllo esercitato dalla Regione sulle attività di prevenzione svolta dai medici.

Formazione

La ricerca ha infine indagato il livello di preparazione sulle metodologie per affrontare il fumo di sigaretta. A questo riguardo 21 MdF (63%) hanno dichiarato di non aver mai ricevuto una formazione specifica contro 9 (27%) che al contrario hanno frequentato corsi sulla gestione del paziente fumatore. Infine 3 MdF (9%) svolgono il ruolo di formatori sulla tematica del tabagismo (2 *missing*). Tutti tranne uno sono interessati, in linea di massima, a partecipare ad un corso, che andrebbe organizzato tenendo conto delle necessità pratiche dei MdF, cioè essere il più breve ed efficace possibile e svolgersi di sera o il sabato per non interferire con il lavoro quotidiano. Due MdF hanno accennato all'opportunità di un incentivo economico. In generale i MdF sono interessati a corsi brevi e snelli in cui si apprenda il *counselling* attraverso il metodo della didattica attiva. Ciò che è maggiormente richiesto è l'apprendimento di metodologie efficaci, in particolare nel convincere il paziente a smettere di fumare.

Gli identikit dei MdF

Dall'analisi delle interviste sono stati creati otto identikit che raccolgono differenti credenze, atteggiamenti e pratiche del MdF nei confronti delle azioni di contrasto al fumo di sigarette. Tali categorie sono costrutti teorici che aiutano a leggere la realtà osservata, ma va tenuto conto che, in uno stesso soggetto, possono essere individuati tratti afferenti a più di un identikit. Le categorie descritte non hanno la pretesa di esaurire i possibili atteggiamenti del MdF rispetto al trattamento dei pazienti fumatori, ma costituire un'ipotesi di lavoro per elaborare strategie volte a superare gli ostacoli che attualmente impediscono a tali professionisti di svolgere un'efficace attività di disassuefazione.

Le categorie individuate sono:

1. *"Poco sensibile al problema"*
2. *"Stretto da limiti organizzativi"*
3. *"Delegante"*
4. *"Richiedente riconoscimento"*
5. *"Influenzato dal paziente"*
6. *"Richiedente competenze"*
7. *"Focalizzato sul sintomo"*
8. *"Attivo e sensibile"*

"Poco sensibile al problema"

Il MdF non tratta il paziente fumatore perché non percepisce l'abitudine al fumo come un problema. Sono presenti scarsa motivazione e ostruzionismo.

1. Spesso è lui stesso fumatore perciò è poco propenso a vedere nel fumo un problema importante di salute, il che lo porterebbe a vivere un conflitto interiore.
2. Tende a ridimensionare la pericolosità del fumo, soprattutto in relazione al numero di sigarette fumate, o ad avere false credenze, come ad esempio che il fumo non sia più di moda presso i giovani.

3. Pensa che affrontare il fumo significhi entrare nella sfera privata della persona, pratica che potrebbe mettere in crisi il rapporto di fiducia medico-paziente.
4. Non annota lo stato di fumatore sulla cartella clinica, oppure non la aggiorna.
5. Se consiglia al paziente di smettere, successivamente lo lascia solo nella scelta della soluzione più appropriata per affrontare il problema. Non è propenso a rinforzare nel tempo il messaggio contro il fumo.
6. Non conosce nessun servizio specialistico oppure lo vede come un servizio inutile, con bassa affluenza di utenza e inefficace se non con persone altamente motivate.

“Stretto da limiti organizzativi”

Il MdF non tratta il paziente fumatore perché l'attuale organizzazione non lo consente.

1. Considera la situazione organizzativa attuale una barriera alla realizzazione di interventi di contrasto al fumo di sigarette. La difficoltà maggiore è la mancanza di tempo, in quanto la gestione del paziente fumatore non si esaurisce con il consiglio di smettere di fumare, ma con un impegno continuo a incentivare la motivazione a smettere. Si deve però notare che anche il consiglio minimo, che consiste in una semplice domanda per rilevare se il paziente sia fumatore, non viene spesso attuato in quanto visto come non compatibile con i tempi stretti dell'ambulatorio. Il problema del tempo è la somma di altre difficoltà: il sovraccarico di lavoro e l'eccessiva burocratizzazione.
2. Ciò si traduce nella selezione dei pazienti su cui fare l'intervento in base all'urgenza e alla gravità dei problemi portati.

“Delegante”

Il MdF non affronta direttamente il problema, ma si limita ad inviare il paziente a un servizio specialistico. Tende ad affidare ad altri un "oggetto ingombrante".

1. Si assume solamente il compito di inviare, senza selezionare e motivare i pazienti fumatori.
2. Fa riferimento a un servizio specialistico senza interessarsi al tipo di metodologia utilizzata e al tipo di impegno richiesto al paziente.
3. L'invio è asettico e spersonalizzato.
4. Spesso si dichiara non in grado di seguire il paziente per mancanza di competenze o di tempo. Considera dunque che con l'invio al servizio si esaurisca il suo compito.
5. Ritiene che ci siano persone più competenti a svolgere interventi antifumo ad *personam* (ad esempio con competenze psicologiche), perciò pensa che i colloqui motivazionali debbano essere svolti da altri professionisti.

“Richiedente riconoscimento”

Il MdF è pronto a trattare i pazienti fumatori solo se tale attività è formalmente ed ufficialmente riconosciuta.

1. Dato che un intervento antifumo richiede una preparazione adeguata e un investimento di tempo notevole, il medico ricerca un riconoscimento da parte dell'organizzazione sanitaria che attesti il suo impegno in tale compito.
2. Tale riconoscimento può essere inteso come compenso economico diretto ma anche come accantonamento di risorse da dedicare alla medicina generale, o ancora come protocollo di intesa formalizzato con l'ASL e/o con un servizio specialistico.
3. In genere ha poca fiducia che l'organizzazione sanitaria sia disposta a concedere tale riconoscimento: ciò può determinare una presa di posizione per cui non si pratica l'intervento in quanto non ci si sente pienamente valorizzati.

“Influenzato dal paziente”

Il MdF interviene solo su richiesta del paziente e non mostra un atteggiamento attivo nei suoi confronti.

1. Ritiene di poter svolgere un ruolo importante nell'aiutare i propri pazienti a smettere di fumare solo

se questi sono motivati e arrivano con una domanda codificata, in caso contrario considera il proprio intervento ininfluenza.

2. Considera le metodologie di disassuefazione come sostanzialmente inefficaci, non attribuisce valore alla significatività statistica riportata dagli studi di efficacia – che peraltro non è detto che conosca – ma si basa sulle proprie credenze costruite a partire dall'esperienza quotidiana.
3. Ritieni difficile fare un intervento in chi non presenta una patologia fumo-correlata.
4. Può vedere in maniera semplicistica il fumatore come un autolesionista che cerca piacere attraverso la sigaretta. Trova difficile inserire il discorso del fumo all'interno della consultazione perché gli sembra fuori luogo e non in linea con le aspettative del paziente.
5. L'intervento intrapreso dipende dal tipo di fumatore giunto in ambulatorio. Si lascia al paziente la scelta della terapia da utilizzare. Ciò deriva dalla convinzione che alla base del cambiamento vi sia essenzialmente la motivazione del paziente. A volte però, partendo da questa prospettiva, lascia il paziente solo nella ricerca della soluzione più appropriata del problema.
6. Invia il paziente ai servizi solo se questi lo richiede. A volte ha scarsa fiducia che il paziente effettivamente vi si rechi.

“Richiedente competenze”

Il MdF tratta il fumo di sigarette solo se percepisce di possedere competenze adeguate, quindi solo se è ben formato.

1. Ha una certa conoscenza del problema, ma essa si riferisce soprattutto alle malattie fumo correlate piuttosto che alla gestione del paziente fumatore. Sente di poter giocare un ruolo importante nell'aiutare i pazienti a smettere di fumare, ma pensa di non avere una preparazione sufficiente, riferendosi soprattutto alla sfera della comunicazione e della psicologia.
2. Richiede una formazione specifica.
3. Richiede di conoscere di più i servizi specialistici a cui inviare i pazienti, sia dal punto di vista delle modalità di accesso e di invio, sia da quello dell'organizzazione del lavoro e del trattamento offerto. Vorrebbe conoscere gli operatori e ad avere protocolli condivisi di collaborazione.

“Focalizzato sul sintomo”

Il MdF tratta normalmente il paziente fumatore ma affronta solamente gli aspetti sanitari del problema.

1. Rivolge la sua attenzione solo in presenza di patologie fumo-correlate (asma, problemi cardiovascolari, ecc.).
2. Affronta il fumo esclusivamente come un sintomo da curare, senza tenere in considerazione il problema della dipendenza.
3. Sente di possedere competenze tali da poter agire solo sulla sintomatologia e non sulle problematiche sottiacenti. Tende a dare consigli paternalistici e colpevolizzanti che spaventano il paziente.
4. Vede il farmaco come la risposta immediata al problema e non considera come obiettivo principale del lavoro il sostegno alla motivazione a rimanere astinenti.
5. Può avvertire un senso di inadeguatezza a trattare problematiche che non si esprimono attraverso una patologia organica e che fanno parte dell'area dei comportamenti e delle scelte individuali.

“Attivo e sensibile”

Il MdF si impegna in prima persona nel trattamento del paziente fumatore con le risorse a disposizione.

1. Ritieni di poter svolgere un ruolo importante nell'aiutare i propri pazienti a smettere di fumare in quanto:
 - considera la prevenzione un'azione che rientra nei suoi doveri,
 - si percepisce come una figura di riferimento per il paziente.
2. Lamenta di non riuscire a raggiungere la popolazione di fumatori sani.

3. Affronta l'argomento fin dalla prima visita durante l'intervista anamnestica e poi ripete l'intervento nel tempo.
4. Secondo lui l'intervento con il paziente fumatore dovrebbe essere finalizzato a:
 - conoscerne lo stato di salute,
 - informarlo sui rischi fumo-correlati,
 - consigliargli di smettere di fumare,
 - svolgere azione di counselling e di sostegno,
 - discutere periodicamente il problema.
5. Rispetto all'uso della cartella clinica, annota e aggiorna lo stato di fumatore. Alcuni riferiscono che l'uso della cartella clinica computerizzata può rivelarsi un buon supporto, anche perché fornisce la possibilità di utilizzare la funzione di *reminder*.
8. Collabora in modo attivo e continuativo con i servizi specialistici. Non ricorre in prima battuta all'opzione dell'invio, ma lo posticipa a una conoscenza preliminare e a un primo intervento motivazionale. Si pone il problema del tipo di selezione da svolgere prima di inviare.
9. E' favorevole all'elaborazione di Linee Guida organizzative. Attua o è alla ricerca di modalità organizzative che gli permettano di avere più tempo da dedicare alla prevenzione: ad esempio lavorare su appuntamento oppure associarsi con altri medici.
10. Ritiene importante testimoniare in prima persona lo stile di vita che intende promuovere.

Riepilogo risultati: Medici di Famiglia

- Sono state effettuate 33 interviste a MdF piemontesi. Il campione è formato da 24 maschi e 9 femmine; 14 non fumatori, 2 fumatori e 17 ex fumatori.
- I pazienti con i quali il campione di MdF interviene di più sono quelli che presentano patologie fumo-correlate; meno praticato è l'intervento con i giovani e con le donne in gravidanza.
- Il 36% del campione affronta l'argomento regolarmente. Tra le modalità più utilizzate prevalgono indicazioni generiche, consigli e suggerimenti. Per quanto attiene le conoscenze nel campo delle strategie cliniche di contrasto al fumo, solo il 24% afferma di conoscere le LG redatte dall'Istituto Superiore di Sanità, e il 27% di conoscere il *counselling* breve.
- Il 40% sente di non essere in grado di svolgere un'efficace azione antifumo.
- La maggioranza dei medici intervistati (il 69%) dichiara di registrare l'abitudine al fumo nella cartella clinica.
- Più della metà dei medici (il 69%) propone una terapia farmacologica a chi intende smettere di fumare, ma ogni rispondente ha delle categorie proprie per discriminare la persona idonea e il momento in cui prescrivere la ricetta.
- Solo il 54% dei MdF conosce almeno un CTT e lo ha contattato in passato. Comunque il 63% ritiene che debba esserci una collaborazione con i CTT basata su un sistema di comunicazione efficace.
- Solo 4 dei MdF intervistati attuano un livello ottimale di intervento (consigliano sistematicamente ai pazienti fumatori di smettere, effettuano un *counselling* breve e inviano ai CTT).
- Le principali difficoltà incontrate per un'efficace azione antifumo sono: la mancanza di tempo e la mancanza di supporti organizzativi.
- Gli elementi che favorirebbero l'attività antifumo sono per i medici intervistati: una formazione adeguata, maggiore disponibilità di tempo, il miglioramento dell'organizzazione del lavoro, la collaborazione con i CTT, predisposizioni personali (astinenza dal fumo e capacità di instaurare un buon rapporto con il paziente), il supporto fornito da interventi di popolazione, materiale informativo da distribuire ai pazienti, un riconoscimento economico, un controllo dell'attività dei MdF.
- Il 63% dei MdF non ha una formazione specifica. Quasi tutti si sono detti interessati a partecipare ad un corso di formazione sulla disassuefazione dei pazienti fumatori.
- Sono stati formulati 8 identikit che raccolgono i principali diversi atteggiamenti dei MdF nei confronti del trattamento dei pazienti fumatori.

Centri per il Trattamento del Tabagismo³

A fine giugno 2008 i CTT attivi in Piemonte risultano essere 29. Poiché però in un'ASL vi sono 2 CTT che, pur afferendo formalmente ad un'unica struttura e avendo un unico responsabile, offrono di fatto trattamenti diversi e hanno differenti approcci organizzativi, si è deciso di mantenerli separati nelle analisi di queste variabili; il denominatore risulterà quindi essere di 30 centri.

Per 25 CTT è stato possibile portare a termine almeno un'intervista ad 1 operatore; dei rimanenti, al momento dell'indagine, 1 era ancora in fase di attivazione, 1 aveva caratteristiche del tutto sovrapponibili agli altri CTT appartenenti alla stessa ASL, e con 3, che pure formalmente avevano aderito alla ricerca, non è stato possibile fissare un incontro.

Nello specifico, i responsabili intervistati sono 15 (dei 22 previsti), corrispondenti a 22 CTT, in quanto uno dei referenti è responsabile di 5 centri e un altro di 4; le interviste ammontano in totale a 56, sulle 74 previste (75,7%).

La figura 1 riporta la suddivisione per professione delle interviste effettuate e il confronto con quelle inizialmente previste dal progetto, mostrando, ad esempio, come dei 27 centri che hanno almeno un medico fra i propri operatori, le interviste condotte sono state 22. La categoria "Altro" ricomprende le seguenti professioni: fisioterapisti, amministrativi, educatori, assistenti sanitari e assistenti sociali.

Per tutti i centri è stato possibile ricostruire una "carta d'identità" (Allegato 4) che riporta, per ciascuno, alcuni dati utili a tracciarne un profilo relativamente a collocazione, orari di apertura, modalità di accesso, nonché alla tipologia dei trattamenti offerti, alle professionalità coinvolte e al numero di fumatori trattati.

Le figure 2 e 3 riportano le collocazioni dei 30 CTT sul territorio regionale secondo la suddivisione in ASL

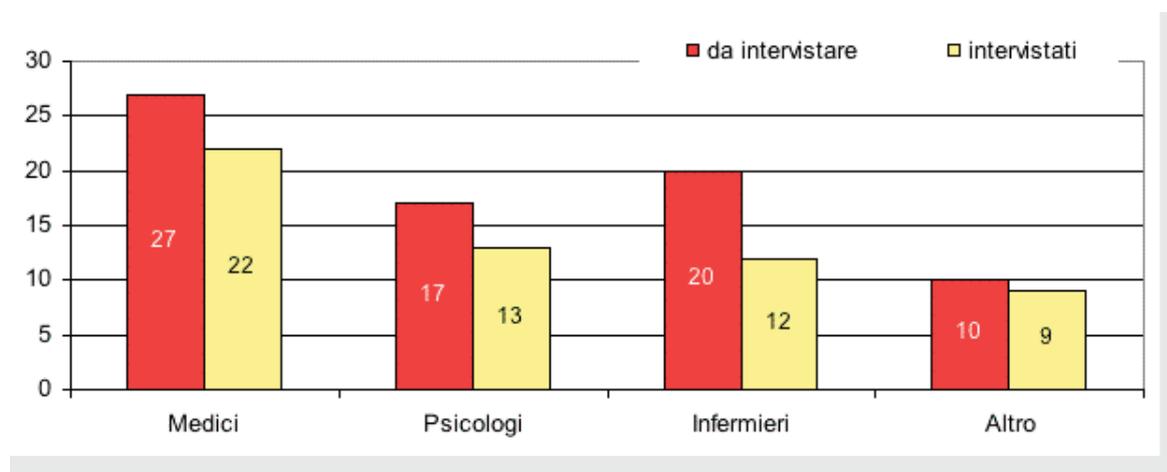


Figura 1. Interviste per professioni e confronto con l'atteso

introdotta dai DGR 27 aprile 2006, n.7-2697 e DGR 22 dicembre 2006, n.32-4991 e all'interno delle singole strutture di appartenenza (ASL, Leghe, Fondazioni). Nello specifico, la figura 2 riporta le caratteristiche delle attuali 13 ASL rispetto alla distribuzione della popolazione sul territorio (% di residenti in comuni con più di 20mila abitanti) e alla differenza, per eccesso (+) o difetto (-), fra il numero di CTT attualmente attivi e l'atteso di 1 ogni 100mila abitanti.

³Dove possibile, i dati dei CTT raccolti attraverso le interviste agli operatori sono stati confrontati con le indicazioni delle Linee Guida per la Cessazione del Fumo di Tabacco (Faggiano et al., 2007). La successione logica con cui sono presentati i risultati ricalca quella seguita nelle interviste.

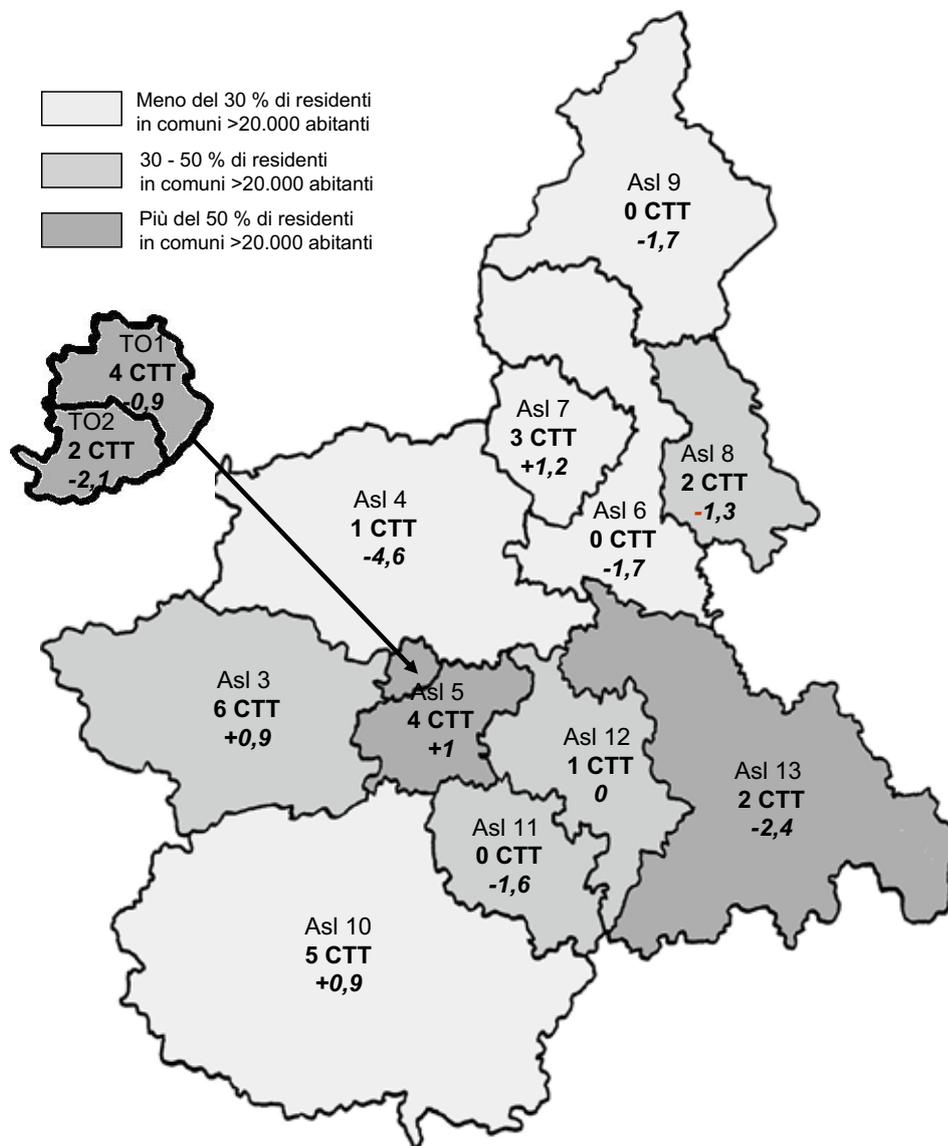


Figura 2. Collocazione dei 30 CTT sul territorio regionale

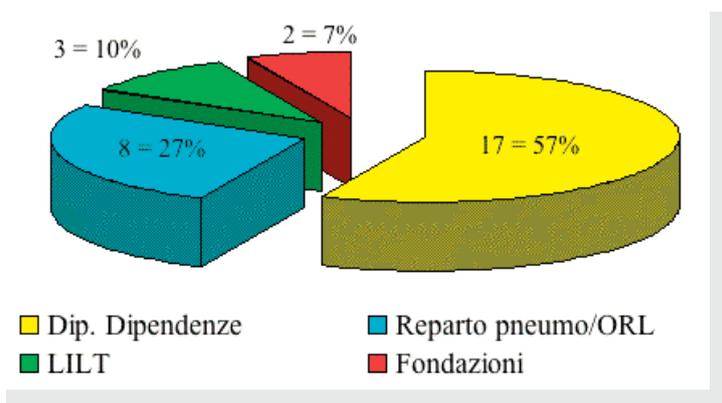


Figura 3. Collocazione dei 30 CTT nelle strutture di appartenenza

Caratteristiche strutturali ed organizzative dei servizi per la cessazione

Le Linee Guida (LG) regionali riportano che

Qualora il CTT sia parte di un dipartimento "Patologia delle Dipendenze" o di un Dipartimento Dipendenze, dovrebbero essere garantiti accessi diversi e locali dedicati al trattamento del tabagismo ("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Dall'indagine è emerso che soltanto nel Dipartimento delle Dipendenze dell'Asl 8 di Novara su 17 intervistati (6%), l'ambulatorio tabagismo ha un accesso separato dal resto del servizio.

La tabella 1 illustra come il 50% dei CTT, per struttura di appartenenza, ha orari dedicati specificamente all'accoglienza e al trattamento dei fumatori e il restante 50% esercita le attività di contrasto al fumo durante il normale orario di apertura del servizio in cui il centro è collocato. Dalla stessa tabella, emerge come, analizzando la distribuzione dei CTT per struttura di appartenenza, siano soprattutto i CTT collocati nei reparti di pneumologia ad avere orari dedicati specificamente al trattamento del tabagismo. In questo caso la necessità di concentrare i fumatori in giorni e orari prestabiliti è probabilmente da ascrivere all'esigenza di evitare un eccessivo afflusso di pazienti nei reparti, in quanto la maggior parte di questi servizi non ha a disposizione locali da dedicare esclusivamente alle attività antifumo.

	Dip. Dipendenze	Pneumo/ORL	LILT	Fondazioni	Totale
Orario dedicato al CTT	6	7	1	1	15
Orario del servizio di appartenenza	11	1	2	1	15
Totale	17	8	3	2	30

Tabella 1. CTT con orario dedicato versus CTT con orario del servizio di appartenenza (n=30)

Per quanto concerne, nello specifico, orari e giorni di apertura le LG raccomandano che:

I Centri per il Trattamento del Tabagismo devono assicurare la massima accessibilità al servizio attraverso la definizione di orari di apertura su più giorni e su più fasce orarie in modo da rispondere alle esigenze dell'utenza

("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Vi è notevole disparità fra i diversi CTT per quanto concerne i giorni e gli orari di apertura al pubblico che risultano comunque molto distanti da quanto raccomandato dalle LG.

La tabella 2 sintetizza giornate e orari di apertura dei CTT.

Collocazione CTT		Dip. Dipendenze	Pneumo/O RL	LILT	Fondazioni	Totale
gg / settimana	Orario					
5	orario ufficio / ambulatorio	5	1	2	1	9
	solo mattino o pomeriggio	4	-	-	-	4
4	orario ufficio / ambulatorio	1	-	-	-	1
	solo mattino o pomeriggio	1	-	-	-	1
2	solo mattino o pomeriggio	4	1	1	1	7
1	orario ufficio / ambulatorio	-	1	-	-	1
	solo mattino o pomeriggio	2	4	-	-	6
< 1	½ h	-	1	-	-	1
<i>Totale</i>		<i>17</i>	<i>8</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>30</i>

Tabella 2. Giorni e orari di apertura dei CTT (n=30)

In una Pneumologia è attivo un numero verde.

Si è riscontrata una generale difficoltà da parte degli operatori intervistati nel riuscire a quantificare le ore settimanali dedicate alle attività antifumo. La situazione è molto variabile fra i diversi servizi, passando da circa 1 ora/settimana a 20 ore settimanali, con una media di 6 (i dati non sono stati rilevati in tutte le interviste).

Locali

Rispetto ai locali e agli spazi da dedicare alle attività antifumo, le LG riportano che:

Il CTT dovrebbe prevedere spazi e strutture adeguate (sale visita e colloquio per il medico e per lo psicologo, sale d'attesa e quanto previsto dalla normativa vigente).

(“Cessazione del fumo di tabacco”, Piemonte 2007)

Dei 25 CTT intervistati, un Dipartimento delle Dipendenze possiede locali ad uso esclusivo dell'ambulatorio tabagismo (con accesso separato). I CTT all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze sembrano avere una disponibilità di spazi (comuni al resto delle attività) più elevata (in media 3-4 locali, contro i 2 dei servizi localizzati all'interno dei reparti di Pneumologia/ORL).

Modalità di accesso

La tabella 3 riporta le modalità con cui i fumatori possono accedere ai CTT, distinguendo, per struttura di appartenenza, quelli che richiedono l'impegnativa del Mdf.

	Dip. Dipendenze		Pneumo/ORL		LILT		Fondazioni		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Impegnativa sì	4	23,5	7	87,5	-	-	1	50	12	(40)
Impegnativa no	13	76,5	1	12,5	3	100	1	50	18	(60)
Totale	17	100	8	100	3		2	100	30	(100)

Tabella 3. Necessità dell'impegnativa del MdF per accedere al percorso di disassuefazione

Coerentemente con l'erogazione delle altre prestazioni, anche per le attività legate al tabagismo i reparti di Pneumologia/ORL prevedono per l'accesso l'impegnativa del MdF, mentre per quanto riguarda i Dipartimenti delle Dipendenze l'accesso è diretto in oltre il 75% dei casi.

Pagamento

Circa l'80% dei CTT piemontesi richiede il pagamento di un ticket o una forma di rimborso per la prestazione erogata. Il ticket è relativo alla prestazione medica eseguita (visita pneumologica, otorinolaringoiatrica, ...), mentre gli altri pagamenti richiesti sono relativi alla terapia di gruppo o alla quota associativa delle Leghe.

In generale i trattamenti farmacologici e i sostitutivi della nicotina sono a carico dei fumatori; in due soli centri il bupropione è fornito gratuitamente. Un CTT (Dipartimento delle Dipendenze) ha commissionato la produzione di un preparato galenico del bupropione ad un laboratorio farmaceutico piemontese.

Personale

Tutti i Centri per il Trattamento del Tabagismo dovrebbero essere composti almeno da un medico, uno psicologo, un infermiere ed eventualmente un'altra figura dotata di laurea sanitaria o di un educatore professionale o di un assistente sociale, adeguatamente formati sul tabagismo.

("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Nei 30 CTT intervistati vi è un totale di 134 operatori che lavorano sul tabagismo, per una media di 4 operatori circa per servizio (range 1-10).

Nella tabella seguente (4) è riportata la distribuzione degli operatori impegnati in attività di disassuefazione nei CTT piemontesi, per professione e per tipologia di servizio in cui il CTT è collocato.

Tabella 4. Distribuzione degli operatori per professione e tipologia di servizio

	Dip. Dipendenze		Pneumol/ORL		LILT		Fondazioni		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medici	22	31,0	17	34,0	1	25,0	5	55,6	45	33,6
Psicologi	13	18,3	3	6,0	2	50,0	3	33,3	21	15,7
Infermieri	21	29,6	26	52,0	1	25,0	1	11,1	49	36,6
Altro*	15	21,1	4	8,0	-	-	-	-	19	14,2
Totale	71	100	50	100	4	100	9	100	134	100

*Nella categoria "Altro" sono ricomprese le seguenti figure professionali: assistenti sociali (presenti in 6 CTT), assistenti sanitari (in 3 CTT), educatori (in 3 CTT), amministrativi, dietologi e fisioterapisti.

La tabella 5 mostra come in quasi tutti i CTT (27 su 30) sia presente almeno un medico; il numero medio di medici per servizio è superiore nelle U.O. di Pneumologia rispetto ai Dipartimenti delle Dipendenze (2,1 versus 1,3). Il numero medio di psicologi ed infermieri risulta invece paragonabile.

	Medici	Psicologi	Infermieri	Altro	Totale
17 Dip.Dipendenze	1	-	4	-	5
	2	2	-	-	4
	2	-	3	-	5
	2	-	-	-	2
	1	1	-	-	2
	2	2	2	4	10
	1	-	1	1	3
	1	1	1	2	5
	2	1	3	-	6
	1	1	1	2	5
	2	1	2	3	8
	-	1	1	2	4
	1	1	1	-	3
	1	-	1	-	2
	1	1	-	-	2
	1	1	-	1	3
	1	-	1	-	2
	22	13	21	15	71
8 Pneumologie/ORL	1	-	-	-	1
	2	1	2	-	5
	6	-	1	2	9
	2	-	1	-	3
	1	-	15	1	17
	3	-	3	-	6
	1	2	2	1	6
	1	-	2	-	3
	17	3	26	4	50
3 LILT	-	1	-	-	1
	1	-	1	-	2
	-	1	-	-	1
	1	2	1	-	4
2 Fondazioni	3	2	-	-	5
	2	1	-	-	3
	5	3	1	-	9
Totale operatori	45	21	49	19	134

Tabella 5. Presenza degli operatori (numero e tipologia) in ciascun servizio (n=30)

Sono evidenziati i centri che rispondono alle raccomandazioni delle LG e prevedono fra gli operatori almeno un medico, uno psicologo e un infermiere

Confrontando la situazione rilevata nell'indagine con quanto raccomandato dalle LG emerge che solo il 27% (8 su 30) dei CTT ha almeno un medico, uno psicologo ed un infermiere nell'*équipe* di lavoro, operatori che comunque non sono dedicati esclusivamente alle attività di disassuefazione.

Il 10% dei servizi (3 su 30) ha una sola figura professionale che si occupa di tabagismo.

Riunioni d'*équipe*

8 CTT su 25 (32%) dichiarano di effettuare riunioni d'*équipe* settimanali o mensili. Altri 3 centri riferiscono di effettuare riunioni non sistematiche, ma in funzione delle necessità, quando, ad esempio, è raggiunto un numero di fumatori sufficiente per organizzare un gruppo. 9 CTT dichiarano di non fare riunioni d'*équipe* (36%); 5 *missing* per la domanda in questione.

Tutti i Centri per il Trattamento del Tabagismo dovrebbero essere composti almeno da un medico, uno psicologo, un infermiere ed eventualmente un'altra figura dotata di laurea sanitaria o di un educatore professionale o di un assistente sociale, adeguatamente formati sul tabagismo.

("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Cartella clinica e sistema informativo

Tutti i CTT intervistati registrano le informazioni sui fumatori che accedono al servizio all'interno della cartella clinica, aperta al primo incontro. Nessun CTT è dotato di un sistema informatizzato per la raccolta dei dati dei fumatori presi in carico.

Il percorso del fumatore

Per quanto riguarda l'offerta di trattamenti (il riferimento è rappresentato dagli interventi descritti nel cap. 3 delle Linee Guida per la "Cessazione del fumo di tabacco") per la disassuefazione dall'abitudine al fumo, le LG raccomandano che:

I Centri per il Trattamento del Tabagismo (siano essi pubblici o privati accreditati) dovrebbero offrire tutte le tipologie di valutazione e assistenza per la cessazione al fumo che abbiano basi scientifiche accertate, secondo le necessità dell'utente.

("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Dall'indagine è emerso che (n=30):

- 10 CTT (33,3%) - 7 Dipartimenti delle Dipendenze, 2 Pneumologie/ORL e 1 Fondazione - offrono almeno 3 tipologie di trattamento rappresentate dall'associazione di un intervento di tipo psicologico (*counselling* individuale e/o terapia di gruppo), con intervento farmacologico (bupropione) e dalla terapia sostitutiva con nicotina (NRT).
- 2 CTT (6,7%) - 1 Dipartimento delle Dipendenze e 1 LILT - offrono solo terapia psicologica: *counselling* individuale e/o terapia di gruppo
- 5 centri (16,7%) - 3 Pneumologie/ORL, 1 Fondazione e 1 LILT - offrono 2 tipologie di trattamento, rappresentato da varie associazioni fra *counselling*, NRT, terapia di gruppo e trattamento farmacologico

- 4 centri (13,3%) – 3 Dipartimenti delle Dipendenze e 1 LILT - offrono un solo tipo di trattamento che per uno dei 4 CTT risulta essere l'agopuntura auricolare
- 8 centri (26,7%) - 6 Dipartimenti delle Dipendenze, 2 Pneumologie - hanno anche una terapia alternativa, per lo più l'agopuntura auricolare, fra i trattamenti offerti; per 3 di questi centri (Dipartimento delle Dipendenze) essa rappresenta il trattamento principale, in 1 è proposta con il trattamento farmacologico, mentre per gli altri 4 CTT l'agopuntura o l'ipnosi fanno parte delle offerte terapeutiche insieme ad almeno una tipologia di trattamento psicologico (*counseling* individuale o terapia di gruppo), il trattamento farmacologico e/o la terapia sostitutiva
- 1 centro (3,3%) – Pneumologia - offre solo la visita diagnostica; in questo CTT non sono stati citati trattamenti specifici, ma soltanto un approccio che potrebbe essere di *counseling* individuale, ma che nella maggior parte dei casi si esaurisce con l'incontro iniziale.

L'utilizzo di terapie alternative deve rientrare in ambiti di ricerca mediante la definizione di rigorosi protocolli di studio da parte di operatori opportunamente formati.
 ("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Nessuno dei centri che ricorrono a terapie alternative somministra tali terapie nell'ambito di studi clinici volti a valutarne l'efficacia

La motivazione a smettere è un elemento cardine del percorso di intervento e deve essere valutata prima di proporre un trattamento.
 ("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Il grado di dipendenza deve essere valutato con il test di Fagerström.
 ("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

La tabella 6 riporta la rispondenza dei CTT, per collocazione, alle raccomandazioni delle LG rispetto alle valutazioni di motivazione e grado di dipendenza.

	Solo motivazione	Solo Fagerström	Entrambi	Nessuno
Dip.Dipendenze	3	2	10	2
Pneumo/ORL	-	3	5	-
LILT	-	-	2	1
Fondazioni	-	1	1	-
Totale (%)	3(10)	6(20)	18 (60)	3(10)

Tabella 6. Valutazioni di motivazione e grado di dipendenza (%)

Solo 1 CTT dichiara di non valutare la motivazione a smettere dei fumatori e di non aver inserito tale valutazione nei propri protocolli; gli altri 8 centri non l'hanno invece esplicitamente riferita fra le loro attività.

3 CTT non dichiarano né la valutazione della motivazione né quella del grado di dipendenza dei fumatori che accedono al servizio.

A tutti i soggetti non motivati deve essere effettuato un intervento motivazionale.
 ("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

1 solo centro dichiara esplicitamente di offrire un percorso motivazionale ai fumatori ritenuti non sufficientemente motivati per l'inizio del percorso di disassuefazione.

Alcuni centri offrono interventi di sostegno in associazione al trattamento scelto per il percorso di disassuefazione.

Le condizioni generali del soggetto devono essere valutate per diagnosticare eventuali comorbidità ed adattare il trattamento ad esse.

("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

19 dei 25 CTT (76%) intervistati sull'argomento (11 Dipartimenti delle Dipendenze; 7 Pneumologie/ORL; 1 LILT; 1 Fondazione) prevedono una valutazione delle condizioni generali del fumatore.

Un follow-up attivo deve essere previsto 6 e 12 mesi dopo il termine della terapia, a scopo di valutazione dell'esito.

("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Dati su 25 CTT, dei quali:

- 6 (24%) - 4 Dipartimenti delle Dipendenze e 2 Pneumologie - dichiarano di non effettuare alcun *follow-up*
- 2 (8%) - 1 ORL e 1 Fondazione - dichiarano di non effettuarlo di routine
- 16 centri (64%) - 8 Dipartimenti delle Dipendenze; 4 Pneumologie; 3 LILT e 1 Fondazione - dichiarano di effettuare un *follow-up*; di questi, 11 lo effettuano almeno a 6 e a 12 mesi, 2 solo a 12 mesi, 2 solo a 1 mese e 1 a 1 e 6 mesi
- 1 *missing*.

Fumatori trattati

I dati riportati in allegato 5 rispetto ai trattamenti effettuati confermano sostanzialmente quanto rilevato con la mappatura del 2004, ossia lo scarsissimo impatto dei servizi di disassuefazione piemontesi sulla popolazione di fumatori e le carenze dei centri nelle attività di valutazione: soltanto 2 centri superano infatti i 100 trattamenti/anno, mentre per gli altri il numero di fumatori trattati è di poche decine; alcuni centri non sono stati inoltre in grado di quantificare i trattamenti effettuati nel corso dell'ultimo anno o riferiscono il numero di "contatti" avvenuti con il centro, senza però quantificare quanti di questi primi accessi abbiano poi proseguito il percorso di disassuefazione proposto.

La Storia del servizio

L'apertura dei CTT ha subito un forte incremento negli ultimi 6 anni, in particolare tra il 2004 e il 2006 (figura 4). In questo arco di tempo la maggior parte dei nuovi CTT sono stati collocati all'interno del Dipartimento delle Dipendenze. Un solo centro ha dichiarato di aver interrotto l'attività per mancanza di risorse.

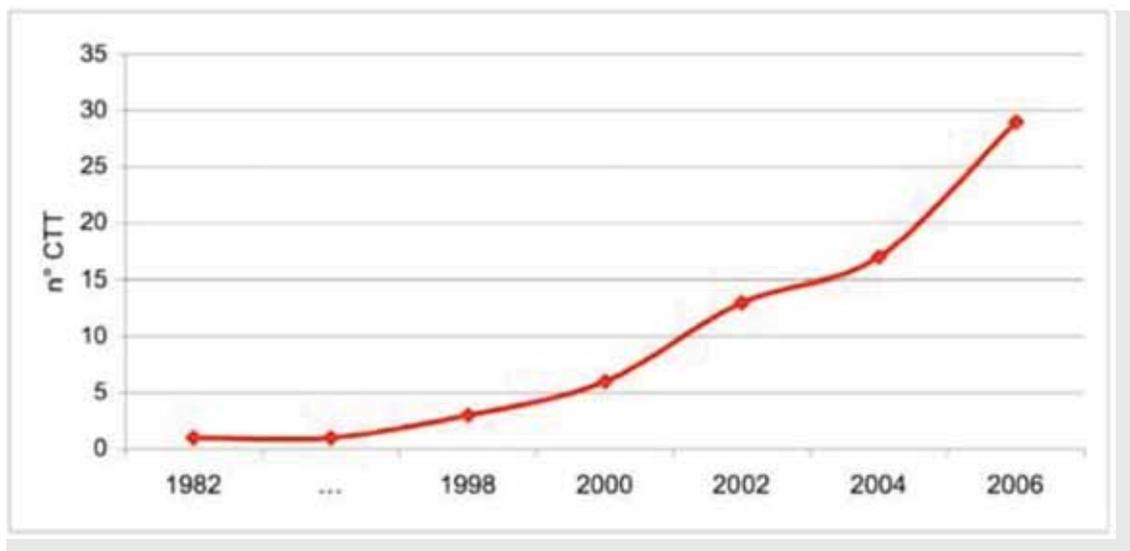


Figura 4. Numero di CTT attivi in Piemonte negli ultimi 25 anni

13 CTT sono nati (87% su 25 intervistati) su iniziativa del singolo, primario, presidente dell'associazione o operatore del servizio (figura 5). Solo 2 servizi sono nati in seguito alla costituzione di un gruppo di lavoro aziendale interdipartimentale con l'obiettivo di occuparsi in particolare di tabagismo.

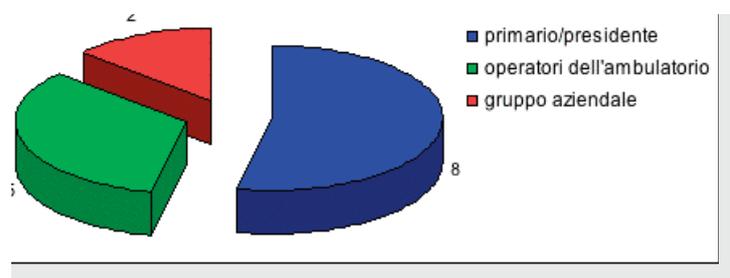


Figura 5. Soggetti dai quali è nata l'iniziativa di aprire il servizio (N=15)

I finanziamenti che hanno permesso l'apertura dei CTT collocati nelle ASL sono stati i fondi regionali erogati nel 2005 con lo scopo di attivare nuovi CTT e potenziare le attività di quelli esistenti, risorse interne alla struttura e, in un Dipartimento delle Dipendenze, finanziamenti ottenuti dalla legge 309 del 1990. Per 6 CTT non vi è stato nessun accesso a fondi esterni all'ASL, ma una riorganizzazione delle risorse interne al servizio. In generale si segnala l'esiguità dei fondi ricevuti, la difficoltà a utilizzare risorse interne già dedicate ad altri interventi, e la difficoltà ad accedere a bandi in grado di potenziare l'offerta. Il trattamento in 3 centri è offerto da professionisti volontari o in regime di tirocinio, perciò gratuitamente.

Oltre a problemi di carattere economico, è stato chiesto agli operatori di descrivere quali difficoltà incontrano i CTT nella loro sussistenza. Si riportano i principali problemi citati:

- carenze di personale,
- eccesso di burocrazia,
- mancanza di un riconoscimento ufficiale,
- ostilità da parte dei colleghi esclusi dal progetto,
- difficoltà di collocazione per una nuova iniziativa in un servizio con un'altra *mission*.

Il modello di riferimento

E' stato chiesto agli operatori dei CTT di descrivere il modello organizzativo o un'esperienza di riferimento a cui si sono ispirati per la gestione dei clienti; i professionisti di 16 CTT non sono stati in grado di esplicitare un modello definito. I 9 CTT che hanno fornito una risposta si possono così elencare⁴:

- modello derivato dal trattamento delle altre dipendenze normalmente trattate nei Dipartimenti delle Dipendenze (2 CTT),
- modello del CTT di Monza (2 CTT),
- modello dei "Gruppi fumatori in trattamento" (2 CTT),
- modello tratto dalle raccomandazioni AIPO (1 CTT),
- metodo dei gruppi di disassuefazione della LILT (1 CTT),
- modello del CTT di Verona (1 CTT).

Il punto di vista degli operatori

I clienti dei CTT

Nella figura 6 sono descritte le caratteristiche principali con cui gli operatori dei CTT descrivono i clienti che accedono ai propri servizi.

La popolazione che afferisce ai CTT è eterogenea per sesso. Gli operatori osservano una scarsa presenza di donne in gravidanza che, per un direttore di Dipartimento delle Dipendenze, "*necessiterebbero di un altro intervento con servizi ad hoc*".

Attraverso le descrizioni raccolte emergono diverse rappresentazioni del fumatore. Se ne possono individuare tre, associandole al tipo di servizio in cui sono più diffuse:

⁴Si riporta la descrizione (tramite ricerca su internet) dei riferimenti citati. Va ricordato che spesso i riferimenti non sono modelli descritti nella letteratura scientifica e studiati come tali, ma esperienze di lavoro presenti nel panorama italiano.

- CTT di Monza: diretto da Biagio Tinghino, il CTT è inserito in un Dipartimento delle Dipendenze e collabora con i MdF per l'invio dei clienti fumatori e con i cardiologi, pneumologi e oncologi. La diagnosi si basa su una valutazione medica (sempre il CO espirato più eventuali altri esami se necessari) e psicologica, seguita da un trattamento individuale (eventualmente associato a farmaci) o di gruppo. Può essere deciso di rinviare il trattamento ad un momento in cui il soggetto si trova più pronto a intraprendere il percorso. Sono previsti *follow up* alla fine del trattamento.

- Gruppi Fumatori in Trattamento: elaborato dal dr. Mangiaracina, si rifà in parte alla metodologia di trattamento degli alcolisti che consta di gruppi che coinvolgono anche i familiari, con una serie di incontri di una settimana completa, seguiti da quattro richiami una volta alla settimana, più richiami periodici.

- AIPO: l'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri ha elaborato una cartella clinica informatizzata in dotazione a tutti i centri antifumo AIPO, che permette una raccolta uniforme dei dati. Svolge attività di formazione presso i MdF e i farmacisti e cura attività scientifica di ricerca. Grande attenzione viene posta ai processi di reclutamento e invio di fumatori al CTT da parte dei MdF. Un altro punto di interesse è l'attività per la creazione di ospedali completamente *smoke-free*.

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

- CTT di Verona: posto in un Dipartimento delle Dipendenze e diretto dal dr. Lugoboni, prevede la valutazione della dipendenza, il livello di umore e la motivazione al cambiamento. Il paziente è inizialmente lasciato libero di fumare, pianificando il *quitting day* alla seconda, terza visita. Il trattamento avviene con somministrazione di bupropione e eventualmente NRT. Viene anche offerta l'agopuntura, che ha un *appeal* maggiore presso i clienti. Importante è diagnosticare e tenere sotto controllo il tono dell'umore in ogni fase del trattamento, proponendo, se necessario, l'inizio di una terapia antidepressiva. Sono previsti contatti telefonici alla fine del trattamento.

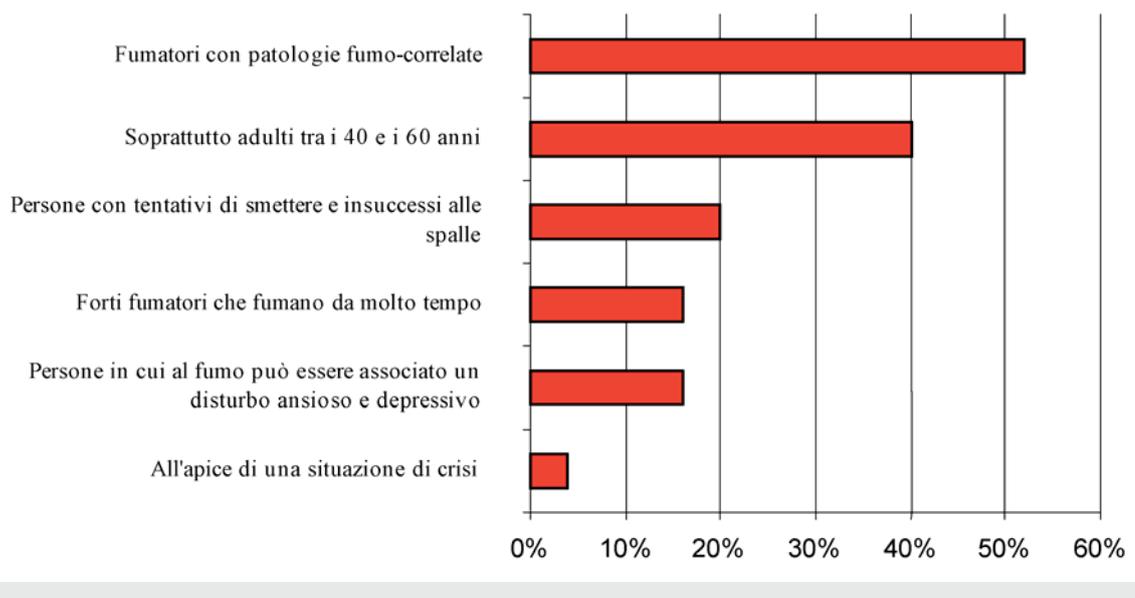


Figura 6. Caratteristiche del fumatore che accede ai CTT, secondo gli operatori

1. Il fumatore come malato e portatore di patologie fumo-correlate

Rappresentazione fornita dagli operatori dei servizi ambulatoriali (Pneumologia, Otorinolaringoiatria e alcuni Dipartimenti delle Dipendenze), i quali trattano maggiormente fumatori con patologie correlate. Secondo la loro descrizione il fumatore vuole smettere perché presenta dei sintomi ed è motivato dall'aspettativa di migliorare le proprie condizioni di salute. Per questi professionisti il fumo è in primo luogo causa di malattie e rappresenta quindi un fattore di rischio da debellare.

"Il pensiero che ci sta dietro è che è comunque un problema di salute, una patologia. Le persone vengono qui con la consapevolezza di avere un problema di salute [...] Le persone si rendono conto che è un problema che non riescono a risolvere da soli..." (Pneumologo).

2. Il fumatore come tossico-dipendente

Questa rappresentazione presente in modo particolare tra gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze vede il fumatore dipendente come gli altri utenti del servizio. Egli sembra tuttavia godere di alcune "attenuanti" rispetto agli altri utenti.

"Avevo cominciato il gruppo pensando che fosse un'esperienza diversa rispetto a quella dei tossicodipendenti [per poi scoprire] che però avevano delle modalità assolutamente identiche ai tossicodipendenti! ...in realtà rispetto a tutta una serie di meccanismi una dipendenza diversa, ma in realtà sempre di dipendenza si tratta.... [...] La differenza è che non ha tutte le conseguenze sociali e giudiziarie delle altre..." (Assistente Sociale di un Dipartimento delle Dipendenze).

3. Il fumatore come portatore di una storia

Questa visione è descritta dagli operatori di un CTT collocato all'interno di un'associazione. Il fumo non è visto come un disturbo, quanto piuttosto come un comportamento mosso da motivazioni e aspettative, che sono da comprendere all'interno della storia del cliente.

“conosco la persona, gli chiedo cosa ha saputo da noi, per quale motivo è arrivato, qual è la sua storia. Da lì valutiamo qual è il livello della motivazione, se ci sono delle spinte esterne che non corrispondono alle sue reali necessità” (Psicologa di un’associazione).

La figura 7 sintetizza ciò che secondo gli operatori spinge i fumatori a rivolgersi ai CTT.

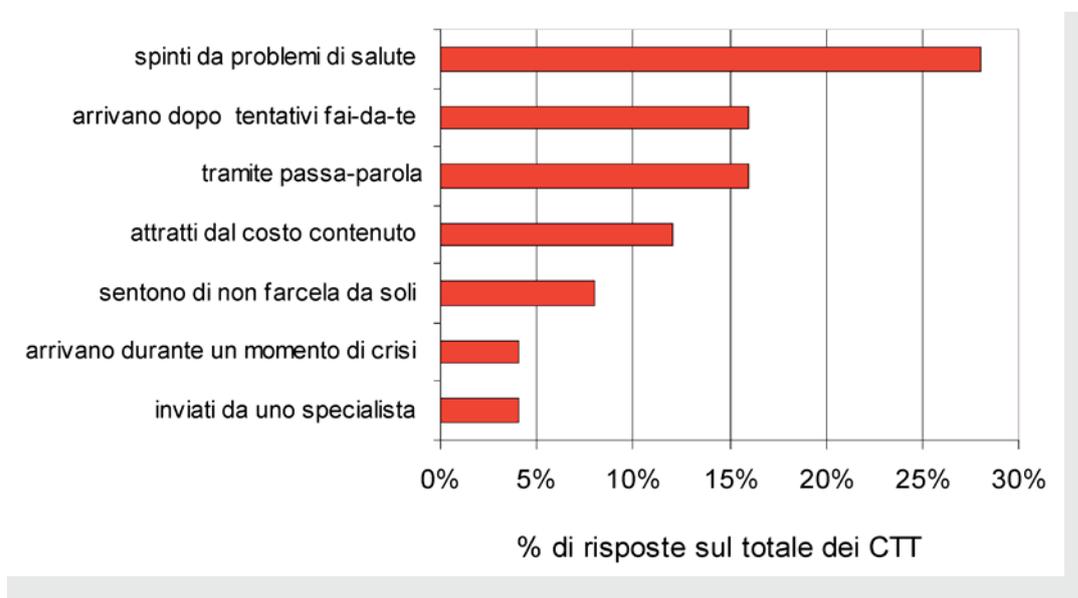


Figura 7. Cosa spinge i fumatori a rivolgersi al CTT

Relativamente al modo attraverso cui arrivano al CTT, per il 16% dei CTT i clienti arrivano dopo diversi tentativi fai-da-te, per un altro 16% giungono tramite passa parola e solo per il 4% i clienti giungono in seguito all’invio di uno specialista. Sul perché gli utenti scelgano di rivolgersi proprio ad un servizio pubblico per smettere di fumare, per il 24% dei CTT ciò è dovuto ai costi contenuti del trattamento, per il 20% la spiegazione risiede nel fatto che la struttura pubblica fornisce più sicurezza rispetto a quella privata, infine il 12% afferma che la sua attrattiva deriva dal fatto di essere spesso la struttura più vicina, oppure non ci sono alternative sul territorio. Occorre specificare che gli operatori intervistati su questo argomento sono in forza proprio nel SSN.

Alcuni CTT hanno avuto tra la propria clientela categorie particolari di utenti che secondo le Linee Guida italiane e internazionali necessitano di un intervento specifico. Molti CTT hanno trattato fumatori con un basso reddito (con esenzione ticket) e pazienti psichiatrici. Sono pochi i CTT che hanno trattato giovani, pazienti ospedalizzati, donne in gravidanza, tossicodipendenti e immigrati (figura 8). Questo dato non è in grado di spiegare se i servizi hanno realizzato progetti diretti a promuovere la cessazione in tali *target*, in quanto si basa solo sui clienti che hanno avuto accesso al servizio.

Accesso e visibilità

Secondo gli operatori del 52% dei CTT (13 CTT, 9 missing, N=25), gli orari in cui il fumatore può mettersi in contatto con il servizio sono adeguati. Solo 3 CTT dichiarano che gli orari di apertura non sono adeguati.

Il 72% dei CTT (18 CTT, N=25) hanno dichiarato di promuovere le attività del centro attraverso materiale pubblicitario. Rispetto alla promozione che i CTT attivano per far conoscere il proprio servizio, nel 48% dei casi (12 CTT) si utilizzano mezzi di comunicazione di massa, mentre il 20% (5 CTT) dei CTT dichiara

di non fare alcun tipo di pubblicità sul territorio. I mezzi utilizzati per la promozione dei centri sono molti e sono indicati nella figura 9.

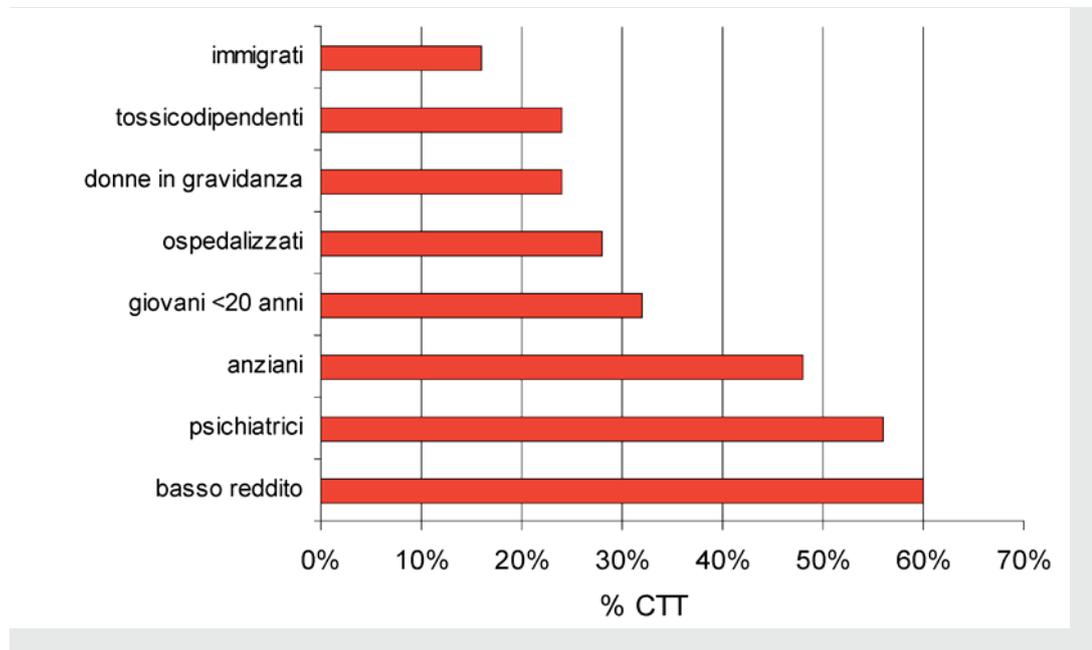


Figura 8. Categorie particolari di utenti in trattamento presso i CTT

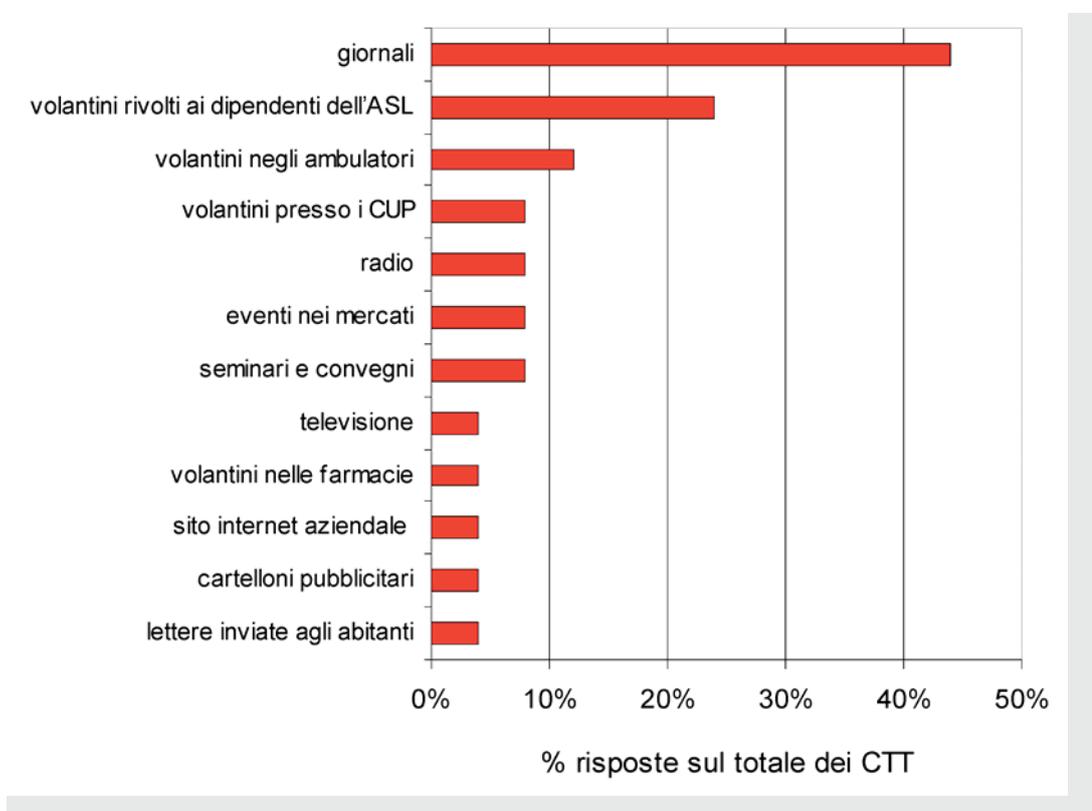


Figura 9. Mezzi utilizzati dai CTT per promuovere il servizio

Il filo conduttore di tali azioni sembra essere l'iniziativa personale e la mancanza di risorse. Emerge il desiderio di dare maggiore visibilità al servizio, ma anche insoddisfazione circa la portata e l'efficacia di tali azioni che può essere sintetizzata nelle parole di uno pneumologo: "l'avviso pubblicitario ha un impatto che a nostro avviso non è sufficiente sul fumatore". In merito alla visibilità del centro in seguito all'iniziativa promozionale, infatti, solo due CTT si dicono soddisfatti: si tratta di due associazioni private con elevata presenza di risorse.

Nell'ambito delle proposte per aumentare la visibilità, 3 CTT prospettano l'idea di aumentare la pubblicità sui mass-media e 2 di incontrare maggiormente la popolazione. 3 CTT propongono, infine, di lavorare maggiormente con una rete di operatori sanitari che reclutino e inviino i clienti al servizio.

Collocazione del servizio

I servizi in cui sono collocati i CTT delle ASL sono l'ambulatorio di Otorinolaringoiatria, di Pneumologia e il Dipartimento delle Dipendenze. I CTT delle associazioni private o delle Fondazioni sono collocati o in un Ospedale o nella sede dell'associazione. Tutti gli operatori manifestano soddisfazione circa la collocazione del servizio nella sede attuale. Emerge una riflessione nei Dipartimenti delle Dipendenze circa l'opportunità o meno di mescolare i fumatori con gli utenti abituali. Il 33,3% dei CTT collocati nei Dipartimenti delle Dipendenze (4 CTT) considera il fumo una dipendenza al pari delle altre normalmente trattate, che non necessita di cambiamenti nell'assetto organizzativo del centro, mentre gli operatori della metà dei CTT collocati nei Dipartimenti delle Dipendenze (6 CTT) hanno optato per destinare ai fumatori orari di accesso e in alcuni casi un'entrata differente rispetto agli altri utenti. 2 CTT collocati nei Dipartimenti delle Dipendenze non hanno espresso opinioni circa l'adeguatezza o meno dell'ambulatorio ospitante. In 3 CTT collocati nelle Pneumologie (37,5% del totale dei CTT ospitati in Pneumologia) si mostra soddisfazione circa la collocazione in quanto si considera il fumo una delle principali cause di patologie respiratorie, per cui l'ambulatorio medico è considerato il luogo più appropriato per trattare questa problematica.

Rete

Formare una rete di collaborazioni tra soggetti e servizi è considerato da tutti gli operatori dei CTT una delle strategie essenziali per poter svolgere un buon lavoro di reclutamento dei fumatori. In più della metà dei CTT (56%) sono stati effettuati interventi per coinvolgere il MdF nell'invio dei fumatori per il trattamento specialistico. Le strategie utilizzate sono state dalla semplice consegna di materiale informativo presso gli ambulatori medici alla realizzazione di corsi di formazione *ad hoc*.

Tra i servizi interni alle ASL con cui sono stati presi accordi per l'invio prevalgono gli ambulatori di Cardiologia e Pneumologia (figura 10)

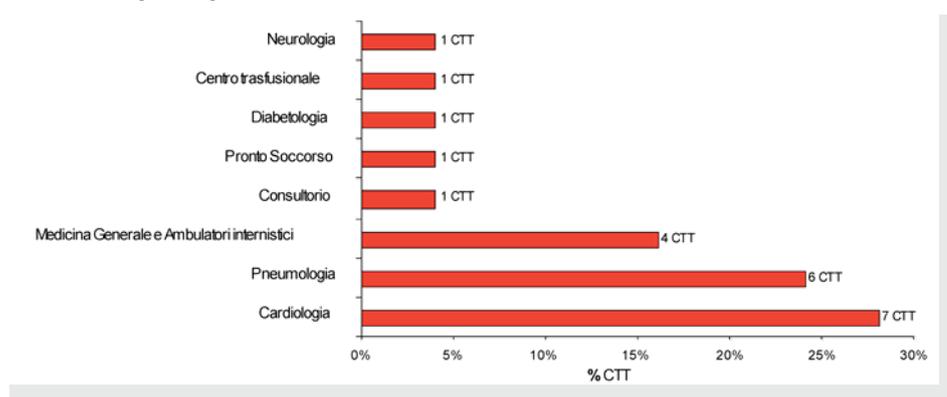


Figura 10. Servizi interni alle ASL che collaborano con il CTT

Tra gli altri servizi dell'ASL con cui sono state realizzate collaborazioni compare per 2 CTT il Servizio di Psicologia, cui vengono inviati i clienti che necessitano di un supporto psicologico.

Approfondendo le collaborazioni con gli attori coinvolti nella rete di alleanze, gli operatori segnalano come centrale l'alleanza con i MdF in quanto *"sta a loro stimolare, incuriosire, inviare"* (Assistente Sanitaria di un Dipartimento delle Dipendenze). Emerge però la difficoltà a riuscire a mantenere rapporti duraturi con tali professionisti e ad ottenere da loro un flusso costante di invii.

Rispetto alle collaborazioni con gli altri operatori della rete i maggiori problemi sono:

- la mancanza di tempo da parte di tutti i professionisti coinvolti,
- la mancanza di operatori nei servizi coinvolti con conseguente difficoltà a seguire progetti che esulano dalla normale attività esercitata.

Alcune ASL hanno fatto esplicito riferimento al fatto di essersi dotate di un gruppo di lavoro trasversale sul fumo che coinvolge operatori afferenti da servizi diversi con lo scopo comune di avere un approccio multidisciplinare. Queste ASL da sole gestiscono il 38% dei CTT piemontesi (11 CTT). In un'intervista con un medico di un Dipartimento delle Dipendenze emerge però la difficoltà a mantenere questi gruppi di lavoro: *"Anni fa abbiamo creato un gruppo trasversale, un gruppo fumo, composto da Direzione Sanitaria, Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione, Educazione alla salute. Ci sono diversi operatori che quindi continuano ad interagire. Abbiamo svolto un'attività formativa rivolta ai ginecologi e alle ostetriche. La mia intenzione iniziale era creare una rete tra cardiologo, pneumologo, medico, psicologo, infermieri, insieme agli altri. Credo sia importante creare dei percorsi preferenziali. Purtroppo questa attività non è stata perfezionata perché sono mancate delle indicazioni regionali forti, per cui mi sono basato sulla buona volontà degli operatori e non su una delibera aziendale, una rete strutturata. Per questo ci siamo un po' persi"*.

Tutti gli operatori dei CTT indicano la rete come utile e auspicabile, ma la descrivono come un'entità a sé, come se la sua realizzazione non dipendesse da loro.

Nel tentativo di individuare delle tipologie di rappresentazione della rete da parte degli operatori, sono emerse tre caratterizzazioni:

1. *la rete è consolidata attraverso progetti specifici.*

L'accordo tra i soggetti si basa su progetti e protocolli condivisi, alimentati in alcuni casi dai bandi e dai finanziamenti regionali. *"Con i MdF abbiamo fatto alcuni seminari e poi dei corsi nella loro formazione obbligatoria e poi è stato fatto un incontro capillare, che è stato molto utile, con tutte le équipes [...] e si è fatto in tutte le sedi perché ci si è resi conto che andare a parlare nelle équipes rendeva molto di più (i colleghi parlavano la sera); perché intanto li incontravi tutti, loro erano molto interessati, disponibili, ad avere in mano uno strumento... perché poi spesso il MdF, rispetto al comportamento, non ha molto in mano, allora il fatto di dire: "c'è un centro, ci sono dei gruppi etc..." li ha molto interessati... infatti spesso ce li mandano. [...] E' una rete che va sempre mantenuta viva, non basta incontrarli una volta sola [...]. Con i MdF il concetto non è che il centro si sostituisca, ma si affianchi"* (Primario di un Dipartimento delle Dipendenze).

2. *La rete è informale.*

Vengono attuate iniziative spot. Ci sono contatti con i "vicini di lavoro". Si tratta per lo più di reti informali. Prevalgono le collaborazioni con i colleghi, vicini di reparto o di struttura.

3. *Non vi è nessuna rete.*

Emerge mancanza di tempo, di operatori disponibili e di riconoscimento da parte della Direzione. La rete è auspicata, ma *"Le forze attuali non lo permettono"* (Medico di un Dipartimento delle Dipendenze).

Tra gli operatori emerge inoltre il desiderio di una futura rete tra i CTT con i seguenti obiettivi:

- confronto su metodi e strumenti (ad es. un supporto informatico per registrare i fumatori),
- verifica e aggiornamento,
- standardizzazione delle procedure (cartella clinica comune per tutti),
- allargare l'esperienza di osservazione dei clienti a livello piemontese per ottimizzare le strategie e i trattamenti,
- possibilità di inviare ad altri centri in base alle necessità del fumatore,
- formazione comune.

Formazione

Degli operatori intervistati solo 42 sono stati in grado di esplicitare il tipo di formazione ricevuta per svolgere l'attività antifumo. Più di un terzo (39%) non ha avuto una formazione specifica. Se a questi si sommano quanti hanno dichiarato di essersi auto-formati (non hanno ricevuto formazione specifica per il loro lavoro da parte della struttura in cui operano), emerge che più della metà degli operatori non ha seguito corsi per acquisire competenze sulle tecniche di contrasto al tabagismo. Sono segnalati corsi organizzati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e dalla Rete *Health Promoting Hospital* (HPH).

Tutti gli operatori coinvolti nella gestione di programmi di cessazione del tabagismo devono ricevere una formazione specifica.

("Cessazione del fumo di tabacco", Piemonte 2007)

Ai direttori dei CTT è stato chiesto se è previsto un percorso formativo per i nuovi operatori. Negli 8 CTT che hanno organizzato corsi per i nuovi operatori, metà hanno effettuato delle autoformazioni con risorse interne, 2 hanno organizzato seminari per il protocollo acudetox, 1 ha attivato un corso sul *counselling* breve, infine 1 ha realizzato una formazione sul metodo LILT. Rispetto alle esigenze formative per migliorare le proprie competenze professionali, gli operatori richiedono nella maggioranza dei casi corsi per migliorare la relazione con i fumatori e per motivarli a smettere (Tabella 7).

	n	%
Miglioramento approccio relazionale	12	28,6
<i>Counselling</i> motivazionale	9	21,4
Confronto di esperienze tra operatori	5	11,9
Conduzione gruppi	4	9,5
Diagnosi/valutazione	2	4,8
Nessun bisogno	2	4,8
<i>Follow up</i>	1	2,4
Agopuntura	1	2,4
Farmacoterapia	1	2,4
<i>Missing</i>	5	11,9
Totale	42	100

Tabella 7. Esigenze formative espresse dagli operatori (N= 42)

Riepilogo risultati: Centri per il trattamento del tabagismo

- I CTT attivi in Piemonte sono attualmente 30: 17 collocati nei Dipartimenti delle Dipendenze, 8 nei reparti di Pneumologia e Otorinolaringoiatria, 3 presso le LILT e 2 presso Fondazioni.
- Si rileva notevole disparità fra i diversi CTT per quanto concerne i giorni e gli orari di apertura al pubblico, che risultano comunque molto distanti da quanto raccomandato dalle LG.
- L'accesso all'ambulatorio è diretto in oltre il 75% dei casi, nei rimanenti CTT, per lo più reparti di Pneumologia/ORL, è necessaria l'impegnativa del medico.
- Circa l'80% dei servizi piemontesi richiede il pagamento di un ticket o una forma di rimborso per la prestazione erogata. In generale i trattamenti farmacologici e i sostitutivi della nicotina sono a carico dei fumatori.
- 134 operatori lavorano nei CTT, per una media di 4 operatori circa per servizio. E' presente sempre la figura del medico, mentre solo il 27% dei CTT ha almeno un medico, uno psicologo ed un infermiere nell'équipe di lavoro come raccomandato dalle LG. Il 10% dei servizi ha una sola figura professionale che si occupa di tabagismo. Gli operatori non sono dedicati esclusivamente alle attività di disassuefazione. Più di un terzo degli operatori intervistati non ha ricevuto una formazione specifica.
- I clienti attualmente presi in carico dai CTT sono persone con patologie fumo-correlate
- Il 33,3% dei CTT offre almeno 3 tipologie di trattamento, come raccomandato dalle LG.
- Il 26,7% utilizza terapie alternative.
- Solo il 60% dei CTT utilizza per la valutazione del fumatore sia test motivazionali che il test di *Fagerstrom*.
- Il 24% dei CTT non effettua alcun *follow-up*.
- In più della metà dei CTT sono stati effettuati interventi per coinvolgere il MdF nell'invio di fumatori per il trattamento specialistico. Tra i servizi interni alle ASL con cui sono stati presi accordi per l'invio prevalgono gli ambulatori di Cardiologia e Pneumologia.

Discussione

Medici di Famiglia

La ricerca condotta su un campione di MdF piemontesi aveva l'obiettivo di indagare il punto di vista dei MdF in tema di cessazione del fumo di sigarette. In particolare, si era interessati a conoscere quale fosse l'attuale attività svolta dai MdF nei confronti dei pazienti fumatori e quali fossero le risorse e gli ostacoli, così come i bisogni in termini di competenze e strumenti, per il trattamento dei fumatori. Di seguito verranno proposte alcune interpretazioni dei principali risultati emersi.

Innanzitutto, poco più della metà del campione di medici intervistati è costituito da ex-fumatori, mentre risulta piuttosto bassa la percentuale di medici fumatori. Si tratta di un dato su cui ha influito la modalità di reclutamento scelta, che ha portato a selezionare medici almeno parzialmente sensibili alla problematica dell'abitudine al fumo. Si tenga presente che, nel contesto italiano, l'abitudine al fumo risulta particolarmente diffusa tra i MdF: in Piemonte risulta essere fumatore il 27,7% di questa categoria professionale (Ragazzoni et al., 2002). Una recente ricerca svolta in Lombardia suggerisce che anche nel contesto italiano i medici non fumatori sono più propensi ad affrontare l'argomento rispetto ai loro colleghi fumatori (Pretti et al., 2006). Un medico fumatore infatti è meno sensibile al problema e difficilmente suggerisce ai propri pazienti fumatori di smettere di fumare. Inoltre non è considerato un punto di riferimento per i fumatori intenzionati a smettere, ossia non è percepito come un soggetto erogatore di interventi di cessazione del fumo di tabacco tra la popolazione, né come modello da seguire per quanto riguarda gli stili di vita salutari. Si può invece ipotizzare che un medico ex-fumatore possa configurarsi come un modello credibile di cambiamento di comportamento agli occhi del paziente fumatore. Il MdF è infatti, per i propri assistiti, un riferimento importante non solo per la gestione dei problemi di salute (Faggiano et al., 2007), ma anche come modello di comportamento e di atteggiamento nei confronti della salute e del benessere in generale. Inoltre, la forte presenza, nel nostro campione, di medici attualmente non fumatori potrebbe essere dovuta all'importanza attribuita ad uno stile di vita corretto da parte dei medici in questione. Da qui deriverebbe anche la convinzione, da parte dei medici intervistati, che sia compito della medicina generale occuparsi del trattamento del paziente fumatore in un'ottica di prevenzione primaria e secondaria. Sia le Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo redatte dall'ISS, sia le Linee Guida clinico-organizzative per la cessazione del fumo di tabacco della Regione Piemonte individuano già nel MdF un soggetto strategico sia per il trattamento diretto che per l'invio ai CTT dei pazienti fumatori. Un dato rilevante emerso dalla nostra indagine è infatti che la totalità dei medici intervistati è concorde nel ritenere compito della medicina generale il trattamento del tabagismo. Si tratta di un dato confortante che conferma la centralità del MdF nel processo di disassuefazione. Tuttavia, i medici intervistati, pur dichiarando che la cessazione del fumo di tabacco è un problema di competenza del MdF, affrontano l'argomento in modo saltuario. Essi intervengono prevalentemente con fumatori portatori di patologie fumo-correlate.

Una possibile causa del fatto che il MdF solitamente si occupi del fumo di tabacco solo in presenza di una patologia o di altri fattori di rischio, può essere legata al fatto che il medico sente come più appropriato offrire il proprio intervento quando richiesto dal paziente, in quanto ciò coincide con le aspettative della consultazione clinica (Coleman, 2000). Sembra che per il MdF sia più facile stabilire l'esistenza di una condizione di bisogno in pazienti fumatori portatori di una malattia e di conseguenza si senta legittimato ad attribuire lo *status* di malato a quel particolare paziente. Da ciò deriva che il MdF, una

volta stabilita la necessità dell'intervento in quanto esiste un bisogno, percepisca la piena titolarità del problema e gestisca la vicenda fino alla completa risoluzione. "La struttura che fonda l'atto medico prevede che sia il malato ad andare dal medico a porre una domanda di cura. È a partire da questa delega che il medico si permette di dire al malato quello che deve fare" (Guerra, 1998; p. 40). Poiché spesso il paziente fumatore non è consapevole del suo bisogno, soprattutto in assenza di patologie o sintomi fumo-correlati, il MdF ha difficoltà a muoversi in assenza di un bisogno e non si sente legittimato ad intervenire. Nel caso del paziente fumatore asintomatico o sano, il MdF si trova davanti ad un capovolgimento degli abituali termini della relazione: è il MdF che fa una domanda al paziente fumatore e si trova ad essere "dipendente" dal paziente. Questo capovolgimento della relazione crea difficoltà in quanto è del tutto al di fuori degli schemi consueti di relazione. Per di più, per la natura della richiesta, il MdF corre il rischio di apparire intrusivo. Consigliare al paziente di smettere di fumare può essere infatti avvertito come un'intrusione nella sua vita privata, che spaventa, in quanto potrebbe mettere in crisi il rapporto di fiducia medico-paziente. Complessivamente, sembra che il MdF non si senta legittimato ad intervenire sulla sfera della libertà personale dell'individuo e avverta un disagio nell'affrontare un problema qualora questo non presenti ancora sintomi chiari ed evidenti.

Per quanto riguarda il tipo di intervento offerto dal MdF al paziente fumatore, prevalgono indicazioni generiche, consigli e suggerimenti tratti da fonti diverse. Sembra che l'azione del MdF nei confronti di un paziente fumatore si esaurisca nel dirgli "guardi che fumare fa male, lei deve smettere", laddove invece andrebbe fornito a tutti i pazienti fumatori un *counselling* breve così come raccomandato dalle LG nazionali ed internazionali. Si possono ipotizzare alcune spiegazioni ad un tale comportamento: la non conoscenza dei fattori e dei processi che guidano un cambiamento di stile di vita, la scarsa dimestichezza con le tecniche del *counselling* breve, la mancanza di tempo o ancora le scarse attese di successo. In generale, i medici intervistati ritengono di poter svolgere un ruolo importante nell'aiutare i propri pazienti a smettere di fumare se questi sono motivati e arrivano con una domanda codificata, in caso contrario considerano il proprio intervento influente ai fini della disassuefazione. Può emergere dunque un senso di inutilità e impotenza che si traduce in uno scarso senso di autoefficacia, che a sua volta influisce sulla propria propensione ad intervenire. Questi dati sono in linea con una ricerca analoga svolta presso gli ambulatori dei medici a Montreal (Makni et al., 2002). A ciò si aggiunge la scarsa conoscenza dei benefici che il proprio intervento riveste, altro elemento che contribuisce a dare scarso valore al proprio ruolo. "Nell'analisi dell'impatto dell'impegno lavorativo assunto, non va dimenticato quale può essere il risultato che è lecito ragionevolmente attenderci, pena ritorni frustranti e perdita della motivazione a proseguire" (Invernizzi et al., 2007; p. 18). Per gran parte dei medici intervistati, infatti, la presenza di una forte motivazione è condizione necessaria nel processo di disassuefazione. La maggioranza del campione punta, nel trattamento del fumatore, su interventi di tipo motivazionale, basati più sul buon senso che su tecniche specifiche scientificamente validate. Un certo numero di medici, però, in mancanza di una motivazione già presente nel paziente, tendono a considerare inutile il proprio intervento, il che comporta il rischio di "auto-esonerarsi" dal compito di contrastare il tabagismo, attribuendone interamente la responsabilità al paziente fumatore. L'eccessiva complessità del paziente fumatore sembra indurre in alcuni MdF un atteggiamento di non-intervento. Ciò porta inoltre come conseguenza la mancanza di una sistematicità nel consiglio di smettere: mentre sarebbe efficace da parte del medico tornare periodicamente sul problema, molti tendono a rinunciare ad insistere se non ottengono immediatamente un risultato. Il problema può essere anche "culturale": se il medico è orientato ad affrontare il sintomo e a individuare il rimedio "risolutivo", un problema che, come il fumo, si configura più come un comportamento che come una malattia, e presenta un'alta probabilità e frequenza di ricadute, può risultare estremamente frustrante. Tale frustrazione può esprimersi anche in un atteggiamento paternalistico da parte del medico, il quale tende a spaventare il paziente e a considerare il fumo di sigarette come un comportamento autolesionista. Una visione di questo genere non aiuta però a leggere in profondità il problema. Spesso infatti il fumo di

sigarette assolve a precise funzioni, quali ad esempio la regolazione del proprio stato d'umore, sottendendo problematiche come ansia e depressione. Il fatto che il MdF non colga le problematiche sottostanti a tale comportamento conferma la convinzione del paziente che il focus del problema siano le patologie e i rischi fumo-correlati e non la dipendenza dalla nicotina. Il tema della frustrazione e della scarsa autoefficacia personale nel trattamento del fumatore emerge trasversalmente rispetto alle aree di interesse relative all'attività del MdF indagate dalla ricerca. Da un lato, tale percezione deriva dall'attribuzione di un'importanza preponderante alla motivazione del paziente a smettere di fumare, dall'altra la mancanza di fiducia nel proprio operato è influenzata dalla convinzione di non possedere competenze di tipo relazionale e psicologico da mettere in campo quando si affrontano problemi legati ai comportamenti e agli stili di vita (che si traduce quindi in un'esigenza di formazione specifica).

Come precedentemente accennato, la difficoltà a svolgere fino in fondo il proprio compito può essere anche determinata da una scarsa conoscenza dei riferimenti scientifici e delle tecniche per incentivare la motivazione a smettere e per condurre i trattamenti di cessazione del fumo di sigarette. Sono ancora pochi i medici che conoscono e applicano le LG dell'Istituto Superiore di Sanità e tecniche di *counselling* come l'intervento delle 5 A. In generale, nella routine del MdF appare difficile l'applicazione rigorosa di Linee Guida. Ciò può essere dovuto al fatto che i problemi affrontati dal MdF non sono descrivibili solo in termini strettamente clinici, in quanto la medicina generale oggi si occupa di condizioni di disagio psicologico e sociale e di prevenzione dei rischi e promozione della salute, oltre ad avere a che fare con pazienti con convinzioni distanti dalla visione razionale e scientifica dei problemi medici. Si tratta quindi di un contesto in cui la medicina basata sulle evidenze offre poche risposte e là dove le fornisce non sono supportate da prove forti. "I medici di medicina generale hanno ben recepito il significato e il valore dell'*Evidence Based Medicine* (EBM), nei confronti della quale avvertono tuttavia una dissonanza: da un lato si sentono parte di quella comunità scientifica e professionale che riconosce (almeno a parole) il primato delle conoscenze scientifiche e il loro trasferimento nella pratica come uno dei compiti costruttivi della professione, ma d'altro canto avvertono un'evidente difficoltà nel fare dell'EBM la questione centrale da cui sia leggibile la pratica clinica" (Tombesi, Caimi, 2005; p. 74). Ne deriva quindi che, per poter comprendere meglio l'atteggiamento dei MdF verso le LG per la cessazione del fumo di tabacco, è necessario tenere in considerazione anche la tipologia della domanda a cui la medicina generale deve rispondere, oltre ad altri fattori che verranno discussi più avanti, quali gli aspetti organizzativi, i rapporti con gli specialisti e il quadro normativo.

Per quanto riguarda la raccolta e l'aggiornamento del dato sul fumo, la maggioranza dei medici intervistati dichiara di registrare l'abitudine al fumo di sigarette nella cartella clinica. Chiedere al paziente quando lo si incontra per la prima volta se fuma e inserire tale dato nella cartella clinica si rivela un atto semplice, che richiede pochi secondi, ma che è strategico per lo sviluppo di interventi successivi. A tal proposito si ricorda che la cartella clinica informatizzata o elettronica facilita la fase di raccolta del dato e consente di possedere dati costantemente aggiornati in modo standardizzato.

Rispetto alla prescrizione del farmaco, ogni medico sembra avere delle categorie proprie per discriminare la persone su cui intervenire farmacologicamente e il momento in cui iniziare e interrompere il trattamento; inoltre prevale un senso di sfiducia nei confronti della terapia farmacologica, che va al di là della conoscenza o meno del farmaco. La prescrizione di una terapia farmacologica è nel complesso poco praticata e i farmaci non vengono utilizzati come potrebbero, nonostante ci siano dati favorevoli al loro uso.

La quasi totalità dei medici intervistati ha espresso il proprio interesse a conoscere le modalità organizzative e operative dei CTT e a collaborare con essi, allo scopo di rendere efficace ed efficiente il percorso di disassuefazione del fumatore. Le LG per la cessazione del fumo di tabacco della Regione Piemonte raccomandano infatti che il MdF si faccia carico del percorso di trattamento del tabagismo

presso il proprio ambulatorio o presso un CTT. Va però detto che, nonostante i MdF abbiano la possibilità di indirizzare il proprio assistito ad un CTT, attualmente tale collaborazione è ancora scarsa, e i legami che permettono di inviare correttamente i pazienti e di condividere le pratiche di lavoro sono deboli. Per tale motivo è fondamentale la conoscenza reciproca, la comunicazione e la collaborazione tra MdF e CTT, che si traducono nella creazione di una rete che metta in contatto il 1° e il 2° livello.

Complessivamente, la maggioranza dei medici intervistati ha espresso un senso di difficoltà, se non di impossibilità, a trattare sistematicamente tutti i propri pazienti fumatori. Sono infatti solo 4 i MdF che si collocano ad un livello ottimale di attività ambulatoriale antifumo. Se da un lato il MdF si percepisce spesso frustrato e non in grado di affrontare il problema del fumo di sigarette, dall'altro ci sono anche vincoli ambientali ed organizzativi che non favoriscono la presa in carico del paziente fumatore da parte del MdF. È comunque un dato significativo il fatto che, a parità di numero di assistiti, alcuni MdF dichiarino di affrontare sistematicamente il problema con i propri pazienti, mentre altri si ritengano impossibilitati a farlo a causa principalmente di una mancanza di tempo. Per comprendere meglio le possibili cause di tale difficoltà, abbiamo chiesto ai MdF di identificare quali siano gli ostacoli al trattamento del paziente fumatore. I nostri risultati sono in linea con quelli emersi da ricerche analoghe. I MdF lamentano principalmente mancanza di tempo per poter approfondire il problema con tutti i pazienti fumatori (Ragazzoni et al., 2002; O'Loughlin et al., 2001; Marcy et al., 2005), oltre alla mancanza di risorse utili a svolgere la propria attività ambulatoriale (Ockene et al., 1987; Orlandi, 1987). In quest'ultimo caso i MdF intervistati fanno riferimento prevalentemente alla presenza in ambulatorio di personale di segreteria, il quale potrebbe occuparsi di numerose incombenze di tipo burocratico. Va detto infatti che, in Italia, la maggior parte dei MdF opera in un ambulatorio sprovvisto di personale dipendente (infermiera o segretaria) e quindi senza possibilità di delegare i compiti burocratici o di gestire gli accessi tramite appuntamento. Tutto ciò non favorisce il trattamento del paziente fumatore secondo quanto raccomandato dalle LG: molti MdF intervistati infatti forniscono ai pazienti fumatori risposte non in linea con le raccomandazioni, ma che a loro appaiono più economiche e praticabili. Inoltre, vincoli normativi di vario genere determinano un impegno di tempo che viene sottratto alle attività non solo cliniche, ma anche di prevenzione, ostacolando le iniziative di aggiornamento e formazione e spingendo i MdF alla delega di alcuni problemi, quali ad esempio il fumo di sigarette. D'altronde, elargire a tutti i pazienti fumatori il consiglio minimo richiede una considerevole quantità di tempo: "un medico con 1500 pazienti dovrà infatti dedicare a questa operazione un tempo complessivo di circa 31 ore, pari a cinque giornate di studio di circa sei ore cadauna" (Invernizzi et al., 2007). Se a ciò si aggiunge il tempo degli interventi da dedicare a soggetti non fumatori ma esposti a fumo passivo e agli ex-fumatori, nei quali è alta la percentuale di ricadute, è evidente che il fumo di sigarette ha un peso significativo nel lavoro del MdF. Ciò nonostante non è corretto da parte del MdF limitare l'intervento di *counselling* breve solo ad alcuni soggetti selezionati a caso o secondo criteri di gravità. La decisione se compiere o non compiere una determinata azione deve tener conto del rapporto tra lavoro richiesto e risultati attesi. Riguardo al fumo di sigarette l'importanza dell'azione del MdF è tale che i tempi richiesti per l'intervento di *counselling* dovrebbero essere accettati.

Infine, per quanto riguarda la formazione in tema di trattamento del paziente fumatore, sono pochi i MdF che hanno ricevuto una formazione specifica su come affrontare con il paziente fumatore il tema del fumo di sigarette e della sua cessazione. Da una parte, i MdF intervistati richiedono competenze tecniche (ad esempio sul *counselling*, sulla dipendenza e sulla psicologia del fumatore), dall'altra emerge anche il desiderio di condividere procedure di trattamento dei pazienti, protocolli di intesa in grado di permettere all'operatore di interagire con più efficacia con gli altri servizi dell'ASL. Vi è dunque la necessità di fornire ai medici, accanto alle conoscenze del fenomeno e alle tecniche per affrontarlo, indicazioni circa le modalità di invio di particolari categorie di fumatori, informazioni sui processi di lavoro dei CTT, e in generale sulla rete di attori che si occupano di disassuefazione.

Riepilogo discussione: Medici di Famiglia

- I medici non fumatori trattano il problema del fumo con i propri assistiti più dei medici fumatori. Costituiscono inoltre un modello per quanto riguarda gli stili di vita da seguire.
- I medici intervengono più sovente e volentieri con pazienti portatori di patologie fumo-correlate o che richiedono esplicitamente il loro aiuto. In questo modo sono esclusi dall'intervento larghe fette di popolazione e non viene svolta un'azione di prevenzione primaria. In genere il MdF ha difficoltà ad avere un atteggiamento pro-attivo.
- Per alcuni medici emerge uno scarso senso di autoefficacia rispetto alla possibilità di incidere con il proprio intervento sulla motivazione del paziente fumatore a smettere dovuto in parte a mancanza di adesione da parte del paziente e di conoscenze tecniche da parte del medico stesso. Vi è dunque il bisogno di investire su una formazione in grado di fornire strumenti tecnici e capacità relazionali che supportino l'attività di dissassuefazione.
- In genere i medici intervistati usano la cartella clinica computerizzata. L'utilizzo di *reminder* informatici costituisce un prerequisito importante per favorire l'intervento attivo del medico.
- Alcuni medici hanno poca fiducia nell'uso di farmaci per supportare la cessazione e non vi è uniformità tra i professionisti nell'utilizzo del prodotto farmaceutico.
- Viene lamentata la mancanza di tempo come ostacolo ad una efficace azione antifumo. Ciò nonostante l'intervento di *counselling* breve rientra nei compiti del medico al pari di tutte le altre attività di prevenzione e non andrebbe trascurato. Emerge la necessità di mettere in campo azioni che permettano al medico di dedicare più tempo al dialogo con il paziente.
- La collaborazione tra i MdF e i CTT è attualmente scarsa. E' dunque necessario incentivare la conoscenza reciproca, la comunicazione e la collaborazione tra MdF e CTT, anche attraverso protocolli d'intesa, che si traduca nella creazione di una rete che metta in contatto il 1° e il 2° livello.

Centri per il Trattamento del Tabagismo

Complessivamente l'indagine ha consentito di approfondire l'identità dei servizi per la disassuefazione, sebbene la notevole variabilità nelle loro caratteristiche strutturali ed organizzative abbia reso complesso il lavoro di ricomposizione di un panorama regionale generale.

Alcune delle informazioni raccolte attraverso le interviste agli operatori dei CTT rappresentano, nello specifico, interessanti spunti di riflessione.

Il primo elemento degno di nota è la distribuzione dei CTT sul territorio piemontese che risulta ancora notevolmente disomogenea e lontana dalle indicazioni delle Linee Guida per la cessazione del fumo di tabacco in Piemonte. In tale documento è infatti riportata la necessità che in ogni ASL vi sia 1 CTT ogni 100.000 abitanti, mentre i risultati dell'indagine mettono in luce come solo 4 ASL su 13 siano aderenti all'atteso, e in 3 non sia presente alcun centro.

La ricognizione effettuata nel 2006 dal Gruppo Tecnico Antitabacco aveva individuato un numero di CTT più che raddoppiato rispetto al 2004 (30 vs 14), con collocazione prevalente all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze. Tale aumento, che riguardava per lo più la provincia di Biella e l'area torinese, dove il numero risultava addirittura triplicato, non è stato però in grado di colmare le lacune esistenti in territori quali il Verbano-Cusio-Ossola, il Vercellese e la zona di Alba-Bra.

Rispetto alle caratteristiche strutturali ed organizzative, risulta evidente come i CTT attualmente attivi in Piemonte si differenzino fortemente tra loro in termini di struttura e protocolli di lavoro. Complessivamente, le caratteristiche dei centri sono ancora distanti da quanto raccomandato dalle LG. In particolare, secondo i risultati emersi, l'accessibilità in termini di giorni ed orari di apertura, così come il numero di operatori e l'offerta di trattamenti, sono ancora aspetti particolarmente critici. Per quanto riguarda l'accessibilità, in metà dei CTT sono previsti momenti "riservati" ai fumatori, mentre nell'altra metà la richiesta di trattamento e il trattamento stesso dei fumatori avvengono negli stessi orari di accoglienza delle altre tipologie di utenti.

Andando ad analizzare nello specifico i giorni e gli orari di apertura nell'arco della settimana emerge come più della metà dei CTT sia accessibile per meno di 5 giorni e quasi i due terzi soltanto per mezza giornata, in orari difficilmente compatibili con quelli lavorativi, da cui una generale esigenza di rendere maggiormente accessibile per tutta la popolazione l'intervento di disassuefazione offerto dal servizio pubblico, riconsiderando, in particolare, gli orari in funzione della fascia di fumatori che lavorano. Occorre d'altra parte evidenziare come la maggior parte degli operatori intervistati abbia dichiarato che l'attuale orario di apertura dei loro servizi sia sufficiente a rispondere alle richieste di trattamento da parte dei fumatori; il che sembra confermare l'atteggiamento attendista dei CTT, ossia il loro rimanere in attesa dell'arrivo del fumatore piuttosto che impegnarsi nella ricerca attiva di potenziali utenti.

Altro elemento degno di nota è che, rispetto alla totalità dei CTT, quelli localizzati all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze sembrano avere un'organizzazione che facilita maggiormente l'accesso dei fumatori. Secondo le rilevazioni effettuate, ben 9 dei 13 CTT con orari di apertura distribuiti sui 5 giorni della settimana si trovano infatti nei Dipartimenti delle Dipendenze. Una possibile ragione può risiedere nel fatto che, generalmente, i servizi per le tossicodipendenze, a differenza dei reparti e degli ambulatori ospedalieri, sono progettati per favorire l'accesso diretto da parte degli utenti.

Per quanto riguarda le caratteristiche degli operatori, in nessun CTT i dipendenti della struttura socio-sanitaria in cui il centro è collocato si dedicano esclusivamente al trattamento del paziente fumatore. Inoltre, solo in 7 CTT collaborano tutte le figure professionali raccomandate dalle LG, ossia sono presenti almeno un medico, uno psicologo e un infermiere. Di questi 7 centri, 5 sono localizzati in Dipartimenti delle Dipendenze e 2 nei reparti ospedalieri di pneumologia. Dall'analisi della distribuzione delle diverse professionalità nei servizi, emerge come nei Dipartimenti delle Dipendenze vi sia un maggior "equilibrio" rispetto ai professionisti presenti, con un 32% di medici, 17% di psicologi, 29% di infermieri e un 20%

circa di altri operatori, mentre nei centri afferenti ai reparti ospedalieri (pneumologia, ORL) prevalgono nettamente medici e infermieri e nelle Fondazioni gli operatori sono per due terzi medici e un terzo psicologi. La composizione multidisciplinare dell'*équipe* è un dato interessante, in quanto il coinvolgimento di diverse figure professionali nel trattamento del tabagismo è, non solo fondamentale, ma garanzia di una migliore presa in carico del paziente e del suo problema. Poiché il fumo di sigaretta si configura come un fenomeno complesso, solo un approccio multidisciplinare può facilitarne il trattamento.

La generale difficoltà da parte degli operatori intervistati a quantificare le ore settimanali dedicate alle attività di disassuefazione dall'abitudine al fumo fa supporre una carenza di pianificazione organizzativa dei CTT. Sono pochi infatti i centri che gestiscono le attività legate al tabagismo sulla base di una programmazione periodica e predefinita, anziché secondo un'organizzazione di volta in volta "riaggiustata" in funzione del numero di fumatori che vi accedono.

Per quanto riguarda i trattamenti offerti al fumatore, emerge innanzitutto come ben 12 CTT offrano terapie alternative, per lo più agopuntura auricolare, che in 7 di questi centri rappresenta l'unica o la principale offerta. Ciò può essere in parte ricondotto al fatto che alcuni servizi sono stati recentemente attivati all'interno di strutture in cui l'agopuntura viene utilizzata per il trattamento delle dipendenze da altre sostanze ed in cui sono presenti operatori già formati a fornire tale trattamento. Solo un terzo dei CTT risulta dunque in linea con le raccomandazioni delle LG e offre tutte le tipologie di trattamento per le quali la letteratura scientifica presenta forti prove di efficacia: trattamento psicologico (ossia *counseling* individuale e/o terapia di gruppo), farmacologico (ad esempio, bupropione) e terapia sostitutiva con nicotina.

La disomogeneità di offerta, legata per lo più alle specificità di ciascun CTT, e la scarsa aderenza alle raccomandazioni sono le cause principali dell'impossibilità di scegliere, sovente, il trattamento più adeguato per il fumatore, in funzione delle sue reali esigenze, valutate dal punto di vista medico e psicologico. Nella maggior parte dei casi, infatti, al fumatore è proposta un'unica tipologia di trattamento, quella utilizzata in quel particolare CTT, indipendentemente dalle sue caratteristiche personali.

La variabilità di trattamento, unita alla disomogenea distribuzione dei CTT sul territorio, determina il diverso atteggiamento nei confronti del fumo di sigarette, funzione più dell'area geografica e della collocazione del CTT, che delle reali caratteristiche del fumatore. Tener conto di tali differenze è indispensabile in un'ottica di programmazione dei servizi e di gestione delle risorse economiche.

Dalle interviste è però emerso un dato che sembra contraddire quanto sopradetto: il 60% dei CTT dichiara infatti di effettuare una valutazione sia della motivazione a smettere che del grado di dipendenza del fumatore. Resta pertanto da chiarire quanto tali valutazioni siano funzionali all'individuazione del percorso di disassuefazione più appropriato per ciascun fumatore, in presenza di un ventaglio limitato di offerte di trattamento. A tal proposito è anche importante sottolineare che pressoché tutti i responsabili dei CTT hanno ricondotto la causa dell'offerta di un'unica o poche tipologie di trattamento alla mancanza di risorse di tipo economico. Mentre gli operatori, oltre ai problemi finanziari, lamentano la mancanza di un riconoscimento ufficiale delle loro attività nel campo del tabagismo e la difficoltà ad inserirle in servizi nati con altri obiettivi di cura ed assistenza, destinati originariamente a categorie specifiche di utenti. Nella maggior parte dei casi, infatti, gli interventi offerti a chi vuole smettere di fumare nascono dalla buona volontà e dalla motivazione di pochi operatori, il che rende più difficile creare e mantenere nel tempo *équipe* di lavoro dedicate alla cessazione dell'abitudine al fumo.

La garanzia di un sostegno economico *ad hoc* e costante nel tempo, oltre alla possibilità di destinare parte delle ore di lavoro esclusivamente alle attività del CTT, permetterebbe agli operatori di costruire gruppi di lavoro più stabili e coesi, e di aumentare le loro competenze in tema di trattamento del paziente fumatore. Attualmente invece gli operatori, in mancanza di un riconoscimento ufficiale al loro operato e di una adeguata remunerazione economica, sembrano impegnarsi nelle attività del CTT spinti dall'interesse

personale e dalla buona volontà.

Per oltre la metà dei CTT non è stato possibile individuare un modello di riferimento, sia rispetto all'organizzazione del servizio che al trattamento del fumatore; per i restanti centri sono invece stati individuati almeno 7 diversi modelli. Tale dato, unito al fatto che la maggior parte dei CTT è nata su iniziativa di singoli operatori (principalmente il primario o un operatore del preesistente servizio), denota la mancanza, a livello regionale, di una progettazione globale e uniforme dei CTT in termini di organizzazione e protocolli di intervento, disegno quanto mai necessario al fine di evitare disuguaglianze nell'offerta di trattamento a quanti vogliono smettere di fumare.

Soltanto 2 CTT sono nati in seguito alla costituzione di un gruppo aziendale interdipartimentale avente lo scopo di progettare attività di promozione della salute e di prevenzione primaria nell'ASL di appartenenza. Altri 2 si sono invece dotati in seguito di un gruppo di lavoro trasversale, coinvolgendo operatori afferenti a diversi servizi all'interno della stessa ASL, al fine di facilitare l'accesso dei fumatori e offrire interventi multidisciplinari. A tal proposito, è interessante osservare come alle 4 ASL sopracitate afferiscano ben 13 CTT (oltre il 40% del totale). Si tratta di un dato che conferma l'importanza di una pianificazione dei servizi e di azioni partecipate e condivise a vari livelli all'interno dell'ASL. La presenza di una rete intra-aziendale è infatti propedeutica alla creazione di una rete territoriale più allargata, oltre a costituire, più in generale, un modello organizzativo delle attività di prevenzione e promozione della salute.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei MdF, è emerso l'impegno da parte degli operatori, soprattutto nelle fasi iniziali dell'attività dei centri, a sensibilizzare quelli del proprio territorio di competenza ad inviare i pazienti fumatori. Sebbene tutti gli operatori dei CTT concordino nel riconoscere al MdF un ruolo fondamentale nella cessazione dell'abitudine al fumo, soprattutto nella fase di selezione ed invio ai CTT dei fumatori che non possono essere gestiti direttamente dal medico, emerge tuttavia la difficoltà a mantenere relazioni stabili e costanti con questi operatori di 1° livello.

In relazione ai fumatori presi in carico dai CTT, si tratta, allo stato attuale, per lo più di soggetti con patologie fumo-correlate, di età compresa tra i 40 e i 60 anni. Tale dato mette in luce una criticità importante, ossia la scarsa presenza, tra gli afferenti ai CTT, di fumatori attivi senza patologie fumo-correlate o altri fattori di rischio, che pure rappresentano la maggioranza della popolazione di fumatori. È solo agendo su questa categoria di fumatori che il CTT può svolgere appieno un'azione di prevenzione delle patologie respiratorie, cardiovascolari, tumorali e, in generale, di tutti i danni alla salute conseguenti all'abitudine al fumo.

Altro dato emerso dalle interviste, è la scarsa presenza, fra i pazienti presi in carico dai CTT, di fumatori appartenenti alle cosiddette "categorie particolari", quali giovani, donne in gravidanza, persone con basso reddito, detenuti, pazienti psichiatrici. A questo proposito occorre ricordare che gli interventi di cessazione sono tanto più efficaci quanto più ci si sforza di offrire azioni che si adattano alle caratteristiche di *target* specifici di fumatori (Webb et al., 2005). Le ragioni di una presenza massiccia di portatori di patologie fumo-correlate e, di conseguenza, di una carenza di fumatori sani o appartenenti a gruppi particolari, è spiegabile tenendo presente l'attuale modello organizzativo dei CTT, ossia un servizio attendista e poco flessibile alle esigenze degli utenti a cui si rivolge. Questa carenza si riflette anche nello scarso impatto dei servizi sulla popolazione di fumatori, in termini di numero di utenti trattati mediamente nell'arco di un anno di attività. Soltanto 2 centri superano infatti i 100 trattamenti/anno, mentre gli altri seguono poche decine di fumatori. Permane inoltre, come già evidenziato nell'indagine del 2004, una scarsa attenzione dei servizi alla valutazione delle proprie attività; alcuni non sono stati infatti in grado di quantificare i trattamenti effettuati, di riferire il dato per singolo anno di attività, o di distinguere i "contatti" rispetto al numero di fumatori che hanno poi effettivamente iniziato e portato a termine il percorso di disassuefazione.

Per quanto riguarda le azioni di promozione delle attività del CTT, si evidenzia una scarsità di risorse

umane ed economiche disponibili, oltre alla mancanza di progettazione di strategie adeguate ed efficaci di comunicazione e di relazione con l'esterno. Tutto ciò si traduce in una scarsa visibilità e conoscenza a livello territoriale sia del CTT che delle sue iniziative. Poiché i servizi per il trattamento del tabagismo hanno come principale obiettivo il cambiamento di un comportamento, qual è il fumo di sigarette, il cui rischio per la salute è peraltro sottovalutato a livello sociale, è necessario investire molte risorse in campagne di comunicazione a livello locale, oltre che nell'analisi approfondita delle caratteristiche della popolazione cui ci si vuole rivolgere. Accanto alla campagna di comunicazione può essere allora utile affiancare altre strategie, quali l'*helpline* telefonica. In California, questo strumento è stato utilizzato in 8 anni da circa 100.000 fumatori, configurandosi come la principale fonte di informazione e contatto al programma locale di controllo del tabagismo, oltre a rappresentare un canale di accesso privilegiato per i fumatori appartenenti alle minoranze etniche e per i giovani fumatori sotto i 24 anni (Zhu et al., 2000).

Un'ultima doverosa riflessione riguarda il ruolo svolto dai CTT nell'attuale programmazione sanitaria e sui fondi ad essi destinati. Ciò che oggigiorno i CTT lamentano è una carenza di risorse, oltre che di autonomia gestionale. Complessivamente, emerge l'immagine di servizi "ospitati" in contenitori più ampi, in cui il trattamento del paziente fumatore è percepito come un'attività secondaria e marginale rispetto al loro compito primario, quale, ad esempio, occuparsi delle tossicodipendenze o curare le malattie dell'apparato respiratorio. Ipotizziamo invece che una maggiore autonomia dei CTT nei confronti della struttura di appartenenza e l'accesso a fondi destinati esclusivamente agli interventi di cessazione possano portare ad una maggiore qualità e continuità delle attività di disassuefazione e ad un miglioramento delle competenze degli operatori.

Una certa autonomia decisionale e gestionale, soprattutto nelle fasi di progettazione e sperimentazione, potrebbe favorire negli operatori scelte più veloci e flessibili e, di conseguenza, più facilmente adattabili e modificabili alle caratteristiche dell'utenza rispetto a quanto avviene nella struttura centrale che nasce con e si pone obiettivi diversi.

Riepilogo discussione: Centri per il trattamento del tabagismo

- Il numero dei CTT in Piemonte è in aumento, ma essi sono distribuiti in maniera disomogenea sul territorio.
- Gli orari e le modalità di accesso pongono seri limiti all'accesso degli utenti, soprattutto se lavoratori.
- Il modello di ambulatorio che emerge dalla ricerca è quello di un servizio attendista e poco flessibile alle esigenze dei clienti. Ciò si traduce in scarsità di accessi e scarso impatto sul territorio e sulla popolazione di fumatori.
- Emerge una forte carenza di pianificazione dell'organizzazione interna dei CTT: pochi operatori riescono a quantificare le ore di lavoro settimanali dedicate esclusivamente alle attività sul tabagismo.
- La scelta dei percorsi di disassuefazione offerti appare essere funzione delle competenze degli operatori e delle risorse del singolo centro, più che delle reali esigenze del fumatore, valutate dal punto di vista clinico e psicologico.
- Molti CTT offrono trattamenti non fondati sull'evidenza come principale o unica scelta
- Tra gli utenti dei CTT sono poco o per nulla rappresentate le categorie particolari di fumatori, cui andrebbero invece indirizzate attività mirate. I fumatori che non presentano patologie fumo-correlate non sono raggiunti dai servizi.
- La rete di alleanze con altri servizi del territorio è rada e debole. I CTT sono entità ancora troppo isolate.
- Emerge la mancanza di un progetto più ampio, di una rete tra CTT, capace di standardizzare l'organizzazione dei servizi e i protocolli di trattamento.
- I CTT soffrono di una carenza di risorse e di una mancanza di indipendenza. Una maggiore autonomia dei CTT rispetto alle unità operative di appartenenza e l'accesso a fondi ad uso esclusivo degli interventi di cessazione permetterebbero una maggiore continuità delle loro attività e un aumento di competenze e di innovazione in questo settore della sanità pubblica

Riflessioni in merito ad una riorganizzazione dei percorsi di cessazione del fumo di tabacco in Piemonte

L'applicazione delle LG per la cessazione del fumo di tabacco della Regione Piemonte comporta non solo l'adozione di tipologie di trattamento efficaci, ma anche l'implementazione di un modello organizzativo individuato come ottimale per promuovere l'accesso dei fumatori ai percorsi di disassuefazione. Sulla scorta delle informazioni ricavate dall'indagine, ci sembra utile fornire alcuni spunti di riflessione che possano accompagnare la progettazione della riorganizzazione dei servizi sul territorio piemontese.

Ruolo, formazione e azioni del Medico di Famiglia

Nel corso del report è stata sottolineata l'importanza del coinvolgimento del MdF all'interno della rete territoriale dei servizi di cessazione del fumo di sigarette e della sua attiva presenza e partecipazione. Attualmente però, come emerso dall'indagine, sussistono alcune criticità nello svolgere appieno, da parte del MdF, il proprio ruolo nei confronti della prevenzione del tabagismo. Si tratta in realtà di aspetti che non sono propri del trattamento del paziente fumatore, ma che riguardano in generale l'attività di prevenzione e promozione di stili di vita sani da parte del MdF. Da una parte infatti il MdF riconosce la prevenzione primaria di competenza della medicina di base, sia che si tratti di fumo di sigarette sia di altri comportamenti a rischio per la salute, dall'altra esprime una certa difficoltà ad inserire, nella propria pratica lavorativa quotidiana, azioni mirate alla prevenzione e alla promozione della salute, in un'ottica di "medicina di iniziativa". Ciò avviene in conseguenza non solo dei vincoli strutturali ed organizzativi (carenza di tempo, assenza di personale da dedicare a funzione di segreteria, mancanza di un raccordo con i CTT del territorio), ma anche della problematicità ad affrontare e trattare nell'ambulatorio medico problemi di salute complessi quale il fumo di sigarette. Tale comportamento, così come altri a rischio per la salute, è difficilmente riconducibile allo schema sintomo-patologia-cura secondo cui il medico è tradizionalmente formato.

In questa sede delineiamo alcune proposte relative al ruolo e alla funzione del MdF nel trattamento del paziente fumatore e agli strumenti per promuoverle. Si tratta di un cambiamento culturale ed organizzativo del lavoro del MdF, in quanto si passa da una medicina di attesa a una medicina di iniziativa e di opportunità, dal rispondere alla domanda di salute del paziente al promuovere uno stile di vita sano. Nella medicina generale, attualmente il modello prevalente è quello della "medicina di attesa", che però risulta insufficiente a gestire la cessazione del fumo di sigarette, così come ogni altra attività di prevenzione. Poiché raramente il paziente fumatore si presenta dal medico in ambulatorio con l'intenzione di chiedere aiuto per smettere di fumare e normalmente consulta il medico per altri motivi, spetta al medico cogliere l'opportunità di affrontare il tema del fumo di sigarette, con il rischio di una potenziale intrusione nella vita privata del paziente. Poiché, come abbiamo più volte ripetuto, il fumatore spesso si percepisce sano e sottovaluta sia la dipendenza da nicotina che i rischi per la sua salute, può essere infastidito dall'iniziativa del medico ed avere frequentemente reazioni del tipo "Ma che cosa vuole da me?", ossia reazioni automatiche di difesa e di irrigidimento ("no, non smetterò mai!"). Di conseguenza, può nascere un conflitto tra il medico e il paziente: il conflitto costituisce un elemento di crisi nel rapporto tra due individui, per uscire dal quale è necessario uno sforzo di reciproco attivo adattamento (Bonino, 1994). Soprattutto nel caso della medicina di base, in cui il medico opera più che mai attraverso una relazione interpersonale, il conflitto medico-paziente è particolarmente temuto, in quanto viene percepito come un'interruzione dell'unico canale di comunicazione, attraverso il quale non può più arrivare alcun messaggio. Va però ricordato che il conflitto può essere anche un'opportunità per meglio conoscere il paziente. Inoltre, ci sono delle situazioni in cui il MdF non può sottrarsi al compito di occuparsi della relazione con il proprio paziente. Il punto diventa allora la necessità da parte del MdF di acquisire una competenza di tipo comunicativo-relazionale. Stabilire e mantenere una relazione con il paziente fa parte

integrante della professionalità di un medico e non può essere considerato un elemento opzionale, legato alla buona volontà individuale o all'estemporaneità. Non si tratta di acquisire una competenza diversa, ma di usare alcune tecniche e integrarle alla propria professionalità. Attraverso un potenziamento delle competenze comunicativo-relazionali, è possibile per il MdF assumere un ruolo attivo nei confronti del paziente fumatore e superare in parte le attuali barriere al trattamento di tutti i pazienti fumatori, oltre al sentimento di scarsa autoefficacia personale riportato da molti MdF in riferimento alla loro attività di contrasto al fumo di sigarette.

Assumere un ruolo attivo nel trattamento del paziente fumatore significa anche, per un medico e tanto più per un MdF, porsi come modello di comportamento salutare agli occhi dei propri pazienti, soprattutto dei fumatori o di coloro che in generale sono coinvolti in comportamenti a rischio per la salute. I pazienti che ricevono un consiglio di smettere di fumare da parte di medici fumatori infatti hanno una probabilità minore di riuscire a smettere rispetto a quelli seguiti da medici non fumatori (Cummings, 1987). In generale, il medico che conduce uno stile di vita sano influenza positivamente l'attitudine del paziente e lo motiva ad abitudini corrette (Frank, 2004; Sebo et al., 2007). In questa direzione vanno quindi tutte le iniziative finalizzate a promuovere la cessazione del fumo di sigarette tra i medici fumatori così come le azioni di formazione, sia a livello universitario che a livello di aggiornamento, orientate a promuovere un atteggiamento proattivo da parte del MdF nei confronti del paziente fumatore. È infatti necessario comunicare un messaggio chiaro *in primis* ai MdF e in secondo luogo ai fumatori: smettere di fumare è possibile e il MdF è in grado di aiutare il fumatore in questo percorso.

Nonostante i MdF siano consapevoli dell'importanza del loro ruolo nel percorso di cessazione da parte di un paziente fumatore, spesso tale consapevolezza rimane confinata nell'area della teoria e difficilmente si traduce in azioni concrete. Una formazione incentrata sul potenziamento del senso di autoefficacia, ossia sulla convinzione personale di essere in grado di motivare il paziente fumatore a smettere di fumare e di sostenerlo nel suo percorso di disassuefazione, e sull'acquisizione di tecniche realmente utilizzabili nel proprio contesto lavorativo, potrebbe essere un antidoto alla attuale sfiducia che il MdF denuncia nei confronti del suo contributo al processo di cessazione dell'abitudine al fumo. Percepirsi maggiormente in grado di affrontare questo problema con qualsiasi categoria di fumatori e possedere competenze utili a stabilire e mantenere un dialogo sul tema del fumo anche in assenza di una forte motivazione a smettere da parte del paziente fumatore o di una patologia evidente permetterebbe di andare oltre l'*impasse* in cui sovente il MdF dichiara di trovarsi.

Inoltre, nella formazione sia iniziale, cioè a livello universitario, sia continua, cioè come aggiornamento per i MdF, è necessaria una lettura più ampia del problema. La cessazione del fumo di sigaretta richiede competenze teoriche e professionali non solo di tipo medico, ma anche di tipo psico-sociale in quanto si tratta di un fenomeno complesso, il cui approccio non può che essere multifattoriale. La formazione in tema di cessazione del fumo proposta ai MdF, per essere efficace e poter tradursi in azioni concrete, deve pertanto tener conto dei reali bisogni dei MdF, oltre che dei vincoli e delle risorse presenti nell'attuale contesto organizzativo della medicina di base. Una formazione calata dall'alto e che non sappia tener conto di tali aspetti è infatti destinata a fallire, in quanto non risponde alle esigenze dei MdF in relazione alle diverse categorie di pazienti fumatori che si presentano nel suo ambulatorio. Sebbene infatti negli ultimi anni siano state investite ingenti risorse nella sensibilizzazione e nella formazione dei MdF in tema di trattamento del paziente fumatore sia a livello locale che nazionale, è quanto mai necessario avviare una riflessione sui motivi per cui i MdF siano tuttora in difficoltà nell'affrontare in maniera efficace la cessazione del fumo. Innanzitutto, a nostro parere, i MdF, così come i professionisti della salute in generale, andrebbero formati, oltre che all'uso di metodologie di intervento scientificamente fondate e verificabili in itinere, anche ad un approccio non solo sanitario. Nonostante vi siano chiare indicazioni circa la necessità di non considerare unicamente le caratteristiche individuali del fumatore, ma anche quelle del contesto psico-sociale in cui è inserito, sono proposti per lo più interventi mirati al singolo

individuo, in linea con il tradizionale modello clinico dominante. Poiché la risposta ad un problema multifattoriale qual è il fumo di sigarette, per essere efficace, non può limitarsi ad affrontare un solo aspetto del problema, una tale enfasi sulle azioni individuali del MdF è insufficiente e di conseguenza fonte per lui di frustrazione. Inoltre, finché dei metodi di intervento di comprovata efficacia viene data relazione su fonti e con modalità difficilmente accessibili da parte dei MdF, tali indicazioni sono destinate a rimanere poco conosciute e applicate. Pertanto auspichiamo una diffusione delle più recenti acquisizioni della letteratura scientifica compatibile alle caratteristiche del MdF e del contesto in cui egli opera, vale a dire una trasmissione non solo di informazioni, ma anche e soprattutto di indicazioni operative applicabili e facilmente verificabili.

A tal proposito, vogliamo ricordare l'importanza di formare i MdF all'uso del *reminder* informatico. Si tratta di uno strumento che stimola il MdF a svolgere un ruolo attivo nei confronti del paziente fumatore, a cui però spesso non è dedicata sufficiente attenzione all'interno delle attività di formazione e aggiornamento. Tale strumento è oggi indispensabile nella pratica clinica di un MdF in quanto permette non solo di avere sempre sotto controllo gli interventi effettuati nei confronti di un particolare paziente fumatore, ma anche di monitorarne gli effetti nel tempo (Hopkins, 2001). Erroneamente si è portati a credere che la presenza, all'interno dell'ambulatorio del MdF, di un sistema informatizzato di gestione delle cartelle cliniche, con tanto di promemoria connesso al fumo di sigarette, si traduca automaticamente in un uso costante di tale strumento. In realtà, come ben evidenziato da dati da noi raccolti, l'uso del *reminder* è poco diffuso, così come spesso la cartella clinica informatizzata lascia ancora spazio a quella cartacea. A tal proposito, riteniamo che la cartella clinica elettronica o informatizzata sia uno strumento indispensabile di lavoro per il MdF per migliorare le sue possibilità assistenziali nei confronti del paziente fumatore. Poiché l'informatizzazione del lavoro non garantisce di per sé anche l'uso del *reminder* per il trattamento del paziente fumatore, raccomandiamo che le attività di formazione ed aggiornamento riservate ai MdF prevedano momenti specificatamente dedicati alla presentazione dei vantaggi forniti dall'uso dei *reminder* oltre che alla loro adozione. All'interno di tali attività andrebbero maggiormente sottolineate le necessità di: a) raccogliere periodicamente i dati sul fumo di sigarette in quanto costituiscono un'informazione utile per una serie di altre patologie legate a questo comportamento, b) di avere un sistema di archiviazione elettronico in quanto permette di avere a disposizione i dati anamnestici e le terapie in corso, così come di seguire nel tempo i problemi.

Crediamo che il miglioramento dell'attività antifumo da parte del MdF passi, oltre che attraverso la formazione, anche attraverso lo sviluppo di protocolli concordati con il CTT di riferimento. Ciò ha il preciso scopo non solo di rendere visibili le linee di azione di un'azienda sanitaria, ma anche di riconoscere ufficialmente il ruolo svolto dai MdF all'interno di un progetto aziendale condiviso a più livelli. L'azione del MdF in tema di trattamento del paziente fumatore non può infatti prescindere da un riconoscimento formale a livello di ente di appartenenza. Tale protocollo deve essere partecipato e concertato di comune accordo da MdF ed operatori del CTT, in modo da tenere conto delle esigenze e necessità, così come delle risorse di entrambi. È importante al fine di diffondere gli interventi su vasta scala creare una rete territoriale in cui i MdF e i CTT possano collaborare efficacemente. Nello specifico, è utile la stipula di protocolli finalizzati principalmente allo scambio di informazioni e all'integrazione delle azioni svolte dai due attori in gioco, che contengano cioè indicazioni chiare e condivise sui seguenti temi:

- a) modalità di selezione dei pazienti fumatori da inviare al CTT,
- b) modalità di invio dei fumatori al CTT da parte del MdF,
- c) modalità di valutazione del trattamento più adeguato alle caratteristiche del fumatore da parte del MdF e degli operatori del CTT,
- d) modalità di invio delle informazioni di *feedback* sul paziente fumatore dal CTT al MdF.

Una simile presa in carico del paziente fumatore da parte sia del MdF che del CTT è necessaria per

garantire al paziente fumatore alti livelli di qualità del servizio offerto. È soprattutto importante che non si interrompa il canale di comunicazione tra MdF e CTT, in quanto le informazioni in possesso dell'uno sono indispensabili anche per l'altro. Ciò serve anche a dare continuità alla relazione tra MdF e paziente fumatore nonostante l'affidamento temporaneo di quest'ultimo ad una struttura specialistica.

Va sottolineato che lo scopo di tali protocolli di intesa non è una delega dell'intervento da attuare, ma un lavoro integrato tra due soggetti ugualmente importanti nel processo di cessazione del fumo di sigarette. Il MdF deve raccogliere positivamente l'invito a far parte delle reti territoriali per la disassuefazione del fumo di sigarette nell'interesse del paziente fumatore. Pertanto vanno promosse tutte quelle opportunità ed occasioni di incontro e confronto tra MdF e operatori del CTT finalizzate al reclutamento dei fumatori e al potenziamento della motivazione a smettere di fumare. L'ambulatorio del MdF deve infatti diventare un luogo di informazione per la salute, con l'affissione di locandine nelle sale d'attesa e la distribuzione di materiale informativo ed educativo, e di reclutamento attivo dei fumatori. Ciò significa che il medico deve chiedere a tutti i soggetti che si presentano se sono fumatori, raccomandare loro di smettere di fumare e fornire indicazioni, consigli e raccomandazioni su come smettere di fumare. Laddove il fumatore è intenzionato a smettere di fumare, il medico deve essere in grado di sostenerlo nel suo percorso di disassuefazione e, se necessario, di inviarlo al CTT. A seconda dei casi, è possibile ipotizzare che siano gli operatori del CTT a recarsi presso gli ambulatori dei MdF per promuovere la loro attività o addirittura per offrire un trattamento di disassuefazione. Quest'ultima azione è particolarmente indicata per quelle aree geografiche a bassa densità abitativa o di montagna in cui il CTT è particolarmente distante dal luogo di residenza del paziente fumatore.

Una nuova *mission* per i Centri per il Trattamento del Tabagismo

L'indagine da noi condotta nel 2004 (Giordano et al., 2005) sui CTT allora presenti in Piemonte aveva messo in luce una modalità operativa in cui sia gli operatori di 1° livello (ad esempio MdF) che di 2° livello (ad esempio operatori dei CTT) si limitavano ad accogliere le richieste di trattamento da parte dei fumatori intenzionati a smettere. In particolare, era stata rilevata la mancanza di strategie di reclutamento del fumatore, ossia di azioni mirate non solo ad accompagnare il fumatore nel suo percorso di disassuefazione, ma anche a favorire la motivazione a smettere e la consapevolezza dei rischi connessi al fumo di sigarette. A distanza di tre anni, i dati presentati in questa sede confermano una simile modalità operativa, poiché:

- pochi MdF affrontano sistematicamente e periodicamente il problema del fumo con tutti i pazienti fumatori, sia che siano portatori di patologie fumo-correlate sia che non lo siano;
- pochi CTT investono e dedicano risorse umane ed economiche all'aumento della visibilità del servizio e al reclutamento dei fumatori;
- non esiste una rete operativa tra operatori e servizi di 1° e di 2° livello che permetta di prendere in carico i fumatori in modo capillare e sistematico, attraverso un sistema di comunicazione, invio e *feedback*.

Se però si danno per assodate le caratteristiche del fumatore esposte nella prima parte di questo rapporto, è chiaro che una tale modalità operativa risulta non adeguata al trattamento del paziente fumatore in generale. Un servizio destinato al trattamento dei fumatori non può infatti restare legato ad un atteggiamento stanziale, attendista e "ambulatoriale". Dal momento però che la domanda di smettere di fumare non è diffusa tra la popolazione dei fumatori, è necessario che il CTT abbandoni un modello eccessivamente ambulatoriale. Le domande di trattamento da parte dei fumatori sono infatti troppo esigue per giustificare la presenza di strutture *ad hoc* per il tabagismo. La contraddizione in cui oggi il CTT rischia

di muoversi è quella di volersi identificare come un servizio specializzato per una dipendenza “forte e grave”, laddove invece il fumo di sigaretta, a livello sociale, è confinato in un’area di sottovalutazione, in cui i rischi per la salute e la dipendenza da nicotina sono percepiti come “deboli e lievi”. Come accennato nella prima parte di questo quaderno, i fumatori spesso sono distanti da una visione razionale e scientifica del problema fumo e hanno bisogno di essere orientati da parte degli operatori del CTT o dal proprio MdF. Essi inoltre il più delle volte si presentano senza sintomi né malattie fumo-correlate particolarmente gravi e di conseguenza non percepiscono il bisogno di rivolgersi al medico o a un servizio specialistico. “Il paziente interpreta i fenomeni morbosi di cui è vittima, o che teme, o di cui si ritiene a rischio, mediante personali attribuzioni di rilevanza, di rapporti causa-effetto e di significati (ad esempio rivolgersi al medico implica già un giudizio sulla natura medica del problema)” (Tombesi, Caimi, 2005; p. 81). Ne deriva il bisogno, da parte del CTT, di sviluppare un atteggiamento pro-attivo, motivando i fumatori a smettere e avviandoli ad un percorso di disassuefazione. Attualmente sono ancora scarse le esperienze relative al reclutamento dei fumatori per motivarli a smettere di fumare, soprattutto nel contesto italiano, e non ci sono esempi di metodi di reclutamento di dimostrata efficacia. Dovrebbero quindi essere avviati studi al fine di approfondire questo aspetto per poter identificare adeguate ed appropriate procedure di invito e di richiamo dei fumatori da parte del CTT. A tal proposito però si ricorda che in letteratura sono presenti casi di interventi di prevenzione e cessazione del fumo di sigarette che coinvolgono e reclutano i fumatori direttamente nel loro contesto familiare, lavorativo e sociale (ad esempio nei luoghi di lavoro – Charrier et al., 2006 -, nelle scuole – Molinar et al., 2007 -, e a livello di popolazione – Faggiano et al., 2007).

Proponiamo quindi un’idea di CTT come di un’organizzazione in grado di accompagnare al meglio i fumatori ad entrare in contatto con i rischi connessi al consumo di sigarette. Di conseguenza è necessario che il CTT sia aperto al territorio e integrato con la comunità circostante. Data la difficoltà ad avvicinarsi al fumatore e a motivarlo a smettere di fumare è necessario prevedere un’organizzazione dalla base ampia, che sia in grado di mettersi in contatto con i vari soggetti impegnati nel campo della prevenzione e della promozione della salute, e di condurre interventi motivazionali e di orientamento al trattamento. Va ricordato che la sola informazione sui rischi non risulta di per sé efficace per motivare ad un cambiamento di comportamento: anche fornendo informazioni corrette non si raggiunge il traguardo di una maggiore consapevolezza nei fumatori e di un aumento della motivazione a smettere di fumare. Il messaggio finale, che a sua volta influenza il comportamento realmente messo in atto dal fumatore, è ricostruito dal destinatario in base alla propria esperienza, al senso comune e alla proprie capacità interpretative. Pertanto è necessario che gli operatori del CTT, al fine di avvicinare un maggior numero di fumatori, siano attivamente impegnati in una costruzione di senso condivisa con il paziente fumatore nel suo contesto, in modo da stimolare un atteggiamento favorevole al cambiamento di comportamento.

Appare quindi fondamentale porre particolare attenzione ad alcuni aspetti, quali la visibilità, l’accessibilità e la fruibilità del CTT da parte della popolazione di fumatori. A ciò vanno aggiunte la conoscenza da parte degli operatori della tipologia della domanda e della specificità dei bisogni degli utenti con particolare riguardo ai fumatori appartenenti a gruppi a rischio o in condizioni socio-economiche svantaggiate, l’individuazione di nuove modalità operative per soddisfare la domanda sommersa e l’implementazione dell’articolazione con altre risorse territoriali. Attualmente infatti i CTT sono molto concentrati sulla prevenzione secondaria e ben poco su quella primaria, oltre a proporre raramente iniziative esterne non di tipo terapeutico. Ne deriva che se il CTT mantiene le caratteristiche attuali, esso continuerà a svolgere un ruolo marginale rispetto all’ampia portata del problema fumo in tema di sanità pubblica.

Risulta necessario costruire una nuova immagine e una nuova collocazione del CTT, che a sua volta favoriscano il cambiamento della rappresentazione sociale del problema da parte della popolazione in generale. Si tratta quindi di passare da una struttura a cui è delegata la gestione e il trattamento di problemi, patologie e dis-funzioni, in un’ottica di iperspecializzazione settoriale e compartimentazione

disciplinare e di crescente ricorso a procedure diagnostiche fondate su esami di laboratorio o strumentazioni tecnologiche, a una struttura di sanità pubblica facente parte a pieno titolo del "sistema" della promozione della salute, aperta a tutti i cittadini, promotrice di processi di cambiamento di atteggiamenti e di comportamenti a livello sociale, in un'ottica di integrazione e apertura al territorio locale di riferimento. D'altronde, l'igiene e la sanità pubblica, l'epidemiologia, la medicina preventiva e l'educazione sanitaria sono tradizionalmente aree mediche interessate agli elementi del sociale. L'attenzione alla dimensione psico-sociale dei problemi di ordine sanitario "appare in effetti largamente motivata anche da un'ulteriore considerazione, la quale spinge inevitabilmente verso un radicale mutamento dell'intera strategia sanitaria: che cioè, specie di fronte al peso crescente delle patologie degenerative e di lungo corso, emerge sempre più nettamente la opportunità/necessità di calibrare la pratica dei servizi alla cultura della utenza e di affidare aspetti importanti dello stile di vita e numerosi comportamenti terapeutici, e soprattutto preventivi, alla autogestione «partecipata» e consapevole dei cittadini" (Seppilli, 2003; pag. 2).

Una tale revisione dei CTT, della loro cultura e delle loro espressioni operative, non può essere né facile né rapida, in quanto si tratta di modificare approcci fortemente radicati nei processi e nei programmi di formazione, nell'organizzazione della pratica professionale, nel sapere e nella logica complessiva su cui si regge oggi il sistema sanitario italiano. I processi di cambiamento nelle organizzazioni sanitarie sono sempre caratterizzati da tempi lunghi, da fasi di sviluppo e di crisi, da momenti di riflessione e confronto a momenti di negoziazione e verifica, da resistenze e riluttanze. Per guidare e gestire un cambiamento di cultura nelle organizzazioni sanitarie non è utile l'esercizio della *leadership* come ruolo gerarchico, ma assumono significato azioni di creazione di contesti organizzativi a cultura condivisa. Nel processo di riorganizzazione di un servizio, tutte le persone coinvolte nel progetto di ristrutturazione e di cambiamento "diventano dei ricercatori, nel senso che contribuiscono a costruire dei significati comuni dei problemi, degli obiettivi condivisi e delle azioni da intraprendere" (d'Angella, Orsenigo, 1997; p. 63).

La rete territoriale

Da quanto sopra detto deriva che non è possibile affrontare il fumo di sigarette solo attraverso strutture *ad hoc* isolate dal più ampio contesto sociale. È invece necessario costruire attorno agli operatori sul campo una rete di supporto e sostegno alla loro azione, in grado di influenzare e modificare la rappresentazione sociale del fumo di sigarette e di innescare quindi un processo di trasformazione culturale di più ampia portata. Ciò significa che in ordine ad una riprogettazione dei servizi e dei percorsi per la cessazione in Piemonte è fondamentale costruire un significato comune al problema fumo e al suo trattamento, innescando un processo di partecipazione sociale, che veda coinvolti soggetti caratterizzati da opinioni, competenze e responsabilità differenti. I servizi di 1° e di 2° livello vanno infatti inseriti in un approccio al problema più ampio, in cui essi sono nodi importanti di una rete, ma non gli unici. A nostro avviso, per poter accompagnare al meglio i fumatori ad entrare in contatto con i rischi connessi al consumo di sigarette, deve essere creata una rete tra le strutture e i servizi che si occupano, o si possono occupare, di tabagismo, in modo che si possa dare origine a collegamenti tra soggetti e contesti tradizionalmente separati ma interessati a orientare le scelte in questo ambito. Tuttavia, una rete integrata di servizi socio-sanitari non è tanto difficile da attivare, quanto da gestire, a causa della sua complessità. Mantenere attiva nel tempo una rete di servizi e allo stesso tempo modificarla in base ai bisogni emergenti richiede un ingente investimento di risorse umane in termini di tempo e disponibilità. Attivare una rete significa anche costituire un gruppo di lavoro trasversale a livello di Azienda Sanitaria e/o di Area di Coordinamento Sovrazonale: si tratta di una fase delicata in quanto l'abbandono dello *status quo* crea inevitabilmente timori e resistenze. Ai membri del gruppo di lavoro in particolare, ma anche ai soggetti inseriti nella rete, è infatti solitamente richiesto di abbandonare in parte il precedente modo di "fare le cose". La rete territoriale che ipotizziamo va però vista come laboratorio di idee, in cui, accanto a una funzione di

osservazione, confronto e ricerca, ci sia anche una funzione di promozione culturale, ossia le informazioni raccolte e le relazioni attivate si traducano in *input* per la programmazione e le politiche locali.

L'ASL, come raccomandano le LG regionali, dovrebbe quindi essere la sede organizzativa dell'*équipe* degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione e cessazione nel territorio di competenza, integrando le attività portate avanti da CTT, MdF e le altre strutture coinvolte (Dipartimento Materno-Infantile, Promozione della Salute, ecc.). Il gruppo di coordinamento deve essere in grado di interagire con il territorio circostante e di instaurare relazioni continue e durature tra le strutture del SSN, gli amministratori locali, il mondo dell'associazionismo, la scuola e gli ambienti di lavoro presenti nel suo contesto di riferimento, in grado di costruire politiche intersettoriali a livello locale.

Ruoli, funzioni e formazione degli operatori

Gli operatori che si occupano della salute e del benessere della persona si trovano oggi davanti alla necessità di operare un cambiamento di prospettiva rispetto a concetti quali salute, malattia, cura. Il problema della professionalità degli operatori sanitari è di primaria importanza e porta con sé quello della formazione (Briante et al., 1997). Si tratta innanzitutto di proporre una formazione eclettica, che fa riferimento a teorie e metodologie diverse, condivise con la psicologia, la sociologia, l'epidemiologia e la medicina. La cessazione del fumo di sigarette non può infatti essere ritenuta un campo di esclusiva pertinenza di un unico ambito disciplinare, ma si colloca al punto di incontro tra scienze umane, sociali e mediche. Di conseguenza, l'operatore dovrebbe essere in grado di andare oltre il sapere teorico e tecnico che gli proviene dalla sua formazione specifica e dal ruolo professionale che ricopre. Se da un lato la propria preparazione teorica e tecnico-pratica costituisce un riferimento fondamentale per prendere iniziative e per dare senso e significato al proprio lavoro, in quanto fornisce un'identità lavorativa precisa e stabile e pertanto rassicurante, dall'altro lato rimanda ad un'identità lavorativa immobile e poco flessibile, basata su un sapere costituito e consolidato e su compiti ben definiti. Gli operatori dovrebbero quindi essere in grado di orientare la loro attenzione e il loro lavoro non tanto secondo il proprio codice professionale, quanto secondo le caratteristiche dei clienti, ossia i fumatori, e le loro esigenze.

Per rispondere alle esigenze dei fumatori, sono fondamentali capacità adattativa ed elasticità, in quanto, come precedentemente detto, il fumo di sigarette è un fenomeno complesso e multifattoriale. Tutto ciò si traduce in una trasformazione e una ridefinizione di ruoli e funzioni per gli operatori che partecipano a tali processi lavorativi: da una risposta monoprofessionale ad una multiprofessionale, vale a dire superare la propria prospettiva e integrarla con quella proveniente da altre figure professionali. Con ciò vogliamo evitare sia una reiezione arbitraria della monoprofessionalità sia una mitizzazione ideologica della multiprofessionalità. Non è così ovvio per gli operatori dei servizi sanitari che è utile avere più descrizioni dello stesso problema, né tanto meno è desiderabile. Spesso, anche all'interno di gruppi multidisciplinari, ognuno mantiene rigidamente il proprio sguardo professionale. Una tale visione dinamica ed aperta del problema è minacciosa in quanto mette in discussione radicalmente la propria identità lavorativa: ci si percepisce instabili e sradicati, avendo abbandonato la propria base sicura fatta di *routines* lavorative consolidate. Inoltre richiede la capacità da parte degli operatori di collegare e ricollegare elementi anche divergenti e contraddittori, di porli in dialogo, di ripensare e riscrivere il proprio ruolo. Ogni operatore è infatti portatore di una propria visione nei confronti del tabagismo e del fumatore e più in generale della salute e del benessere, oltre ad avere un modo di vedere e interpretare ciò che accade nella propria organizzazione. Leggere una situazione in modi differenti permette di affrontare problemi originali ed imprevedibili, "non riproducendo solamente soluzioni già note (il sapere) e di successo (in quel contesto, in quel momento e in quell'organizzazione), ma costruirne di nuove, riconfigurando la situazione, interrogando e interrogandosi (conoscenza)" (Orsenigo, 2005; p. 17). La conoscenza del problema si sviluppa attraverso il confronto, lo scontro e l'integrazione tra ciò che si rappresentano i diversi soggetti in

campo: uno degli elementi più ricorrenti nelle occasioni di confronto è proprio il riscontro della trasversalità delle problematiche.

In sintesi, l'operatore coinvolto nei processi di disassuefazione, dovrebbe:

- essere in grado di considerare la comunità locale nella sua complessità, individuarne i nodi problematici e gli aspetti potenziali rispetto al trattamento del tabagismo e alla cessazione del fumo di sigarette;
- considerare il fumo di sigarette come una questione di una comunità (o di una sottocomunità: i giovani, i gruppi a rischio, ecc.), secondo un approccio che integra le risorse di cittadinanza e quelle istituzionali, pubbliche e private al fine di proporre risposte adeguate alla complessità del problema ed evitare risposte rigide ed inefficaci. Per questo motivo, l'operatore del CTT necessiterà di una conoscenza globale del fumo di sigarette, ossia di tutti i suoi aspetti, quali ad esempio quelli economici, culturali ed etici.

Ne deriva che l'operatore non può focalizzarsi solo sull'aspetto sanitario, ossia considerare il fumatore solo come un soggetto a rischio o portatore di una malattia, ma deve considerarlo nella sua interezza, con le sue credenze, i suoi atteggiamenti, il suo contesto. Inoltre spesso il punto di vista del fumatore su ciò che definisce il proprio benessere è distante da quello dell'operatore sanitario nella sua visione di cura e di salute. Per questi motivi nella valutazione del paziente fumatore è necessario prendere in considerazione il suo punto di vista per poter cogliere il significato che il fumo di sigarette assume per lui in quel determinato periodo della sua vita.

Infine, ragionare sul fumo di sigarette significa domandarsi di che cosa si intende parlare e su che cosa si intende provocare la messa in gioco dei fumatori. La dimensione informativa quindi può essere un pezzo del discorso, ma non può essere né l'unico né costituirne il centro. Sicuramente affrontare il fumo di sigarette da un punto di vista scientifico consente di integrare l'esigenza di una sorta di neutralità delle argomentazioni con l'esclusione di una riflessione sul piano dell'etica. Se da una parte è condivisibile la preoccupazione da parte degli operatori della salute per la delicatezza di un discorso che entra nel campo dei valori, occorre anche chiedersi come sia possibile attivare processi di cambiamento nei fumatori quando il terreno di gioco si riduce ad uno spazio circoscritto. Il bisogno di neutralità da parte dell'operatore porta a concentrare l'attenzione sulla dimensione sanitaria del problema: in questo modo però l'operatore si trasforma nell'esperto portatore di conoscenze oggettive. Ne deriva che l'intervento si riduce ad un discorso didascalico. Impostare un discorso solo sulla dimensione sanitaria, oltre a restringere il campo ai soli aspetti ritenuti importanti dall'operatore (che possono non coincidere o non essere centrali nell'esperienza dei fumatori), espone al rischio di rimanere bloccati in trappole argomentative. "L'accento sul rischio sanitario, se non incluso in un orizzonte di senso più ampio, può portare il ragionamento verso esiti incerti e comunque produce segnali deboli, rinforzabili soltanto dentro una struttura assiomatica imposta con autorità dall'operatore" (Lazzari, 2006; p. 56). Il sapere esperto va intrecciato con la capacità di mettersi in gioco in prima persona e in posizione di ascolto e di ricerca insieme al fumatore. Ciò significa farsi delle domande e cercare insieme delle risposte che possano avere significato e validità in quel momento per quel fumatore. Occorre dunque che gli operatori della salute riconoscano maggiormente l'importanza dei valori, delle credenze, degli atteggiamenti e dei significati connessi all'esperienza del fumare non solo dei fumatori, ma anche propri. Pertanto chi si trova in procinto di fare prevenzione e promozione della salute non può esimersi dal chiedere a se stesso: "che cosa significa per me fare prevenzione e promozione della salute? Che cosa significa per me occuparmi di cessazione del fumo di sigarette? Qual è la mia visione del fumo di sigarette?"

Per concludere

Le indagini svolte hanno fatto emergere “da un lato i processi di conoscenza e di pensiero, che mirano essenzialmente a comprendere, spiegare e dare un senso; dall’altro lato i processi di azione, cioè l’attività pratica che mira all’intervento, alla trasformazione, al cambiamento” (Grasso, 2001). Ci eravamo infatti preposti non tanto di verificare l’operato e i risultati conseguiti da chi si occupa, a vario titolo, di trattamento del tabagismo, quanto di approfondire i percorsi di cessazione del fumo di sigarette in Piemonte, le risorse presenti e i problemi aperti, sulla base dei quali individuare criteri e indicazioni con cui poter ripensare e ridisegnare non solo i servizi per la disassuefazione, ma anche l’intera rete territoriale coinvolta nel processo di cessazione del fumo di sigarette. Proprio il miglioramento dei servizi per la cessazione così come delle risorse finalizzate alla cessazione del fumo di tabacco presenti a livello territoriale rappresenta l’obiettivo comune sia dei ricercatori che dei soggetti partecipanti all’indagine. Il presente lavoro nasce infatti con l’obiettivo di favorire il miglioramento dei percorsi di disassuefazione in Piemonte, rafforzando i servizi e le risorse territoriali, garantendo un’offerta di trattamenti adeguati ai bisogni dei fumatori, favorendo l’accesso e la fruibilità dei CTT e delle varie risorse territoriali. La stesura stessa di questo quaderno testimonia lo sforzo, da parte di chi scrive, di creare una cultura condivisa e comune in tema di cessazione del fumo di sigarette. La condivisione di obiettivi ed azioni tra operatori della salute e ricercatori non è infatti legata a motivazioni ideologiche o ideali, ma altresì alla ricerca della maggiore efficacia e adeguatezza dell’intervento nell’interesse di tutti gli attori in campo. Attraverso questo lavoro vogliamo anche mantenere viva la riflessione intorno al tema della cessazione del fumo di sigarette, in quanto, se è importante fare prevenzione e informare le persone dei rischi per la salute connessi al fumo, è altrettanto rilevante sostenere i fumatori nel percorso di disassuefazione con interventi specifici ed efficaci. Ciò significa avviare processi di consapevolezza e di costruzione di significati in tutti i soggetti coinvolti, operatori e utenti stessi, motivando gli operatori socio-sanitari a livello personale e professionale, consentendo agli utenti di essere soggetti più consapevoli, coinvolgendo attivamente tutte le forze sociali nell’elaborazione di politiche socio-sanitarie e rendendo più solido il legame tra società civile e servizi per la salute. Siamo perfettamente consapevoli che la costruzione di una rete finalizzata alla cessazione del fumo di sigarette e il suo coordinamento necessitano di notevoli risorse umane e materiali, oltre che di energia e disponibilità. Ci preme però sottolineare che è la strada opportuna per favorire l’innovazione, attraverso l’interazione tra competenze diverse, e per affrontare in modo integrato le diverse dimensioni del tabagismo. I fenomeni complessi, quale quello discusso in questo quaderno, richiedono risposte articolate e investimenti rilevanti che il singolo professionista o ente da soli non possono garantire. È opinione largamente diffusa che i risultati degli interventi di cessazione del fumo di sigarette siano connessi alla capacità di mettere in atto strategie globali, con interventi a vari livelli, coordinati e condotti simultaneamente e in modo continuativo. A tal proposito, la presenza, a livello regionale, non solo di un Piano Regionale Anti-Tabacco, ma anche di una Commissione e di una Consulta rappresenta già un tentativo di collaborazione e di integrazione delle iniziative di prevenzione e cura del tabagismo, oltre a rappresentare un valido punto di riferimento per favorire lo scambio e il confronto tra varie realtà.

Infine ci sembra doveroso, sulla base della disponibilità a collaborare e della fiducia che ci è stata concessa dagli operatori piemontesi, impegnarci per disegnare e mettere in pratica un’adeguata restituzione di questo materiale, affinché possa diventare uno degli strumenti utili ad innescare un processo di riorganizzazione delle attività di disassuefazione nel Sistema Sanitario Nazionale.

Bibliografia

- Amendt G. *No drugs no future. Le droghe nell'età dell'ansia sociale*. Milano: Feltrinelli, 2004.
- Barbeau E, Leavy-Sperounis A, Balbach E. Smoking, social class, and gender: what can public health learn from the tobacco industry about disparities in smoking? *Tobacco Control*, 13, 115-20, 2004.
- Bery J, Haw S, Inglis J, Moore M, O'Donnell M, Pringle B. *Smoking cessation guidelines for Scotland*. Edinburgh: NHS Health Scotland, 2004.
- Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni, fattori di protezione*. Firenze: Giunti, 2005.
- Bonino S. Conflitto in S. Bonino (a cura di), *Dizionario di psicologia dello sviluppo*. Torino: Einaudi, 1994.
- Bonino S. *I riti del quotidiano. Studio psicologico della ritualizzazione personale*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Briante G, Brustia P, Fenoglio MT. *Elementi di psicologia per il lavoro sociale*. Roma: Carocci, 1997.
- Charlesworth A, Glantz S A. Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review. *Pediatrics*, 116(6), 1516-1528, 2005.
- Charrier L, Piccinelli C, Coppo A, Di Stefano F, D'Elia P, Molinar R, Senore C, Giordano L, Segnan N. Interventi legislative efficaci per il controllo del tabagismo: direttive dell'Unione Europea e applicazioni in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione*, 30 (6), 366- 369, 2006.
- Chassin L, Presson CC, Sherman SJ, Edwards DA. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 9 (6), 701-716, 1990.
- Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Report*, 9 (4), 39-46, 1998.
- Cicognani E, Zani B. *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino, 2000.
- Cicognani E. *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*. Roma: Carocci, 2002.
- Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR, Orleans CT, Schoenbach VJ, Biener L, Abrams D, DiClemente C, Curry S, Marlatt GA, Cumming KM, Emont SL, Giovino G, Ossip-Klein D. Debunking Myths about Self-Quitting: Evidence from 10 Prospective Studies of Persons Who Attempt to Quit Smoking by Themselves. *American Psychologist*, 44 (11), 1355-65, 1989.
- Coleman T, Using video-recorded consultations for research in primary care: Advantages and limitations. *Family Practice*, 17(5), 422-427, 2000.
- Costa G, Faggiano F. *L'equità nella salute in Italia: rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Franco Angeli, 1994.
- Cummings KM, Giovino G, Sciandra R, Koenigsberg M, Emont SL. Physician advice to quit smoking: who gets it and who doesn't. *American Journal of Preventive Medicine*, 3(2), 69-75, 1987.
- da Costa e Silva V (ed). *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Geneva: WHO, 2003.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: WHO, 2000.

- d'Angella F, Orsenigo A. Tre approcci alla progettazione. *Animazione Sociale*, 12, 53-66, 1997.
- Di Blasi M (a cura di). *Sud-Ecstasy. Un contributo alla comprensione dei nuovi stili di consumo giovanili*. Milano: Franco Angeli, 2003.
- Di Franza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP. Tobacco Promotion and the Initiation of Tobacco Use: Assessing the Evidence for Causality. *Pediatrics*, 117 (6), 1237-1248, 2006.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 309, 901-911, 1994.
- Douglas M. *Rischio e colpa*. Bologna: Il Mulino, 1992.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136, 1977.
- Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960-98. *British Medical Journal*, 326(7398), 1057, 2003.
- Everett SA, Warren CW, Sharp D, Kann L, Husten CG, Crossett LS. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behaviour among U. S. high school students. *Preventive Medicine*, 29 (5), 327-333, 1999.
- Faggiano F, Gelormino E., Mathis F, Vadrucci S, Giordano L, Senore C, Piccinelli C, Molinar R, Charrier L, Leigheb F, Fedele M, Bovini D. *Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte*. Commissione regionale anti-tabacco. Quaderno n° 3. Torino: Regione Piemonte, 2007.
- Ferrence R, Lothian S, Cape D. Contemporary patterns of nicotine use in Canada and the United States. In R Roberta, J Slade J, R Room, M Poe (eds.), *Nicotine and Public Health*, Washington, DC: American Public Health Association, 2000, 287-300.
- Frank E. Physician health and patient care. *Journal of the American Medical Association*, 291(5):637, 2004.
- Galimberti U. *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli, 2007.
- Giordano L, Charrier L, Coppo A, D'Elia P, Di Stefano F, Molinar R, Piccinelli C, Senore C, Segnan N. *Le attività di contrasto al fumo di tabacco nella Regione Piemonte*. Quaderno CPO n° 8. Torino: CPO Piemonte, 2005.
- Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine, 1967.
- Guerra G. Strategie di intervento psicologico nelle strutture sanitarie. *Psicologia della salute*, 1, 35-48, 1998.
- Hammond D, Collishaw NE, Callard C. Secret science: tobacco industry on smoking behaviour and cigarette toxicity. *Lancet*, 367(9512), 781-787, 2006.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The ESPAD Report 2003. *Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2004.
- Hopkins DP, Briss CJ, Ricard CG, Husten VG, Carande-Kulis JE, Fielding MO, Alao JW, McKenna DJ, Sharp JR, Harris TA, Woollery KW. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke". *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (2), 16-66, 2001.

- IARC. *Tobacco smoke and involuntary smoking*. Lyon: WHO, 2004
- ISTAT. *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*. Roma: Istituto Superiore di Statistica, 2007
- ISTAT. *I fumatori in Italia. Dicembre 2004-Marzo 2005*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica, 2006.
- Julien RM. *Droghe e farmaci psicoattivi*. Bologna: Zanichelli, 1997
- Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. *Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus Medical Center, 2004.
- Invernizzi G, Bettoncelli G, Nardini S. La lotta al fumo di tabacco: il medico di medicina generale tra nichilismo e nuove strategie. *SIMG - Rivista di politica professionale della Medicina Generale*, 1, 16-20, 2007.
- La Vecchia C, Faggiano F, Versino E, Jannucci L. *Andamento della prevalenza del fumo in Italia*. Atti del seminario Salute 2000, Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2002.
- Lazzari F. Il metodo e gli strumenti di lavoro. Dagli oggetti di lavoro alle azioni progettuali. In L. Grosso, L. Grasso (a cura di), *La scuola della prevenzione. Appunti per un metodo partecipativo*. Torino: EGA, 48-58, 2006.
- Lemma P. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*. Milano: Unicopli. 2005.
- Makni H, O'Loughlin JL, Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, Dery V, Paradis G. Smoking prevention counseling practices of Montreal general practitioners. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(12), 1263-7, 2002.
- Marcy TW, Skelly J, Shiffman RN, Flynn BS. Facilitating adherence to the tobacco use treatment guideline with computer-mediated decision support systems: physician and clinic office manager perspectives. *Preventive Medicine*, 41(2), 479-87, 2005.
- Mazzara B. *Metodi qualitativi in psicologia sociale*. Roma: Carrocci, 2002.
- Mekemson C, Glantz SA. How the tobacco industry built its relationship with Hollywood. *Tobacco Control*, 11 (1), 181-191, 2002.
- Molinar R, D'Elia P, Giordano L, Senore C, Charrier L, Coppo A, Di Stefano F, Piccinelli C, Segnan N. Scuola libera dal fumo: una strategia di intervento per la riduzione del fumo di sigarette tra gli adolescenti. *Educazione sanitaria e promozione della salute*, 30, 2, 158-166, 2007.
- Normann R. *La gestione strategica dei servizi*. Milano: Etas, 1985
- Ockene JK, Hosmer DW, Williams JW, Goldberg RJ, Ockene IS, Biliouris T, Dalen JE. The relationship of patient characteristics to physician delivery of advice to stop smoking. *Journal of General Internal Medicine*, 2(5), 337-40, 1987.
- O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Dery V, Meshefedjian G, Paradis G. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Preventive Medicine*, 33 (6), 627-638, 2001.
- Orlandi MA. Promoting health and preventing disease in health care settings: an analysis of barriers. *Preventive Medicine*, 16 (1), 119-130, 1987.
- Orsenigo A. Formazione, risorsa critica nella nostra società. *Spunti*, 8, 7-36, 2005.
- Pretti G, Roncarolo F, Bonfanti M, Bettinelli E, Invernizzi G, Ceccarelli M, Carreri V, Tenconi MT. Indagine conoscitiva sulle abitudini al fumo, le opinioni e l'attività di prevenzione del tabagismo tra i medici di medicina generale della Lombardia. *Epidemiologia & Prevenzione*, 30(6), 343-7, 2006.

- Ragazzoni P, Zotti AM, Coffano E, Giustetto G, Scarponi S, Tortone C. Are General Practitioners allied with specialists in the fight against smoking? *Monaldi Archives for Chest Disease*, 58 (3), 214-221, 2002.
- Russo R, Scafato E. *Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari*. Roma: OssFAD, ISS, 2002.
- Sargent JD, Beach ML, Adchi-Mejia AM, Gibson JJ, Titus-Ernstoff LT, Carusi CP, Swain SD, Heatherton TF, Dalton MA. Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. *Paediatrics*, 116 (5), 1183-1191, 2005.
- Sargent JD, Beach ML, Dalton MA, Mott LA, Tickle JJ, Ahrens B, Heatherton TF. Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross-sectional study. *British Medical Journal*, 323, 1394, 2001.
- Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Kunzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 7:5, 2007.
- Sebrìe E, Glantz SA. The tobacco industry in developing countries. *British Medical Journal*, 332, 313-314, 2006.
- Seppilli T. Presentazione. In D. Cozzi, D. Nigris, Gestì di cura. *Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Milano: Colibri Edizioni, 2003.
- Sgambato A, Cicchetti A, Papa A, Macinati MS, Sposi A, Cittadini A. *Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia*. Roma: Centro di ricerche oncologiche "Giovanni XXIII", Istituto di Patologia generale e di igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2001.
- Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000165, 2001.
- Taioli E, Wynder EL. Effect of the age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 325 (13), 968-969, 1991.
- Tickle JJ, Sargent JD, Dalton MA, Beach ML, Heatherton TF. Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies and its association with adolescent smoking. *Tobacco Control*, 10, 16-22, 2001.
- Tombesi M, Caimi V. EBM e Medicina Generale. In Liberati A. (a cura di). *Etica, conoscenza e sanità*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 74-98, 2005.
- Vigna Taglianti F, Migliardi A, Faggiano A. *Fatti e cifre sul fumo di tabacco. Piemonte – 2006. Prevalenza di fumatori e effetti sulla salute*. Torino: Commissione regionale anti-tabacco, Regione Piemonte, 2006.
- Webb MS, Simmons VN, Brandon TH. Tailored interventions for motivating smoking cessation: Using placebo-tailoring to examine the influence of personalization and expectancies. *Health Psychology*, 24, 179-188, 2005.
- Weinstein ND. Accuracy of smokers' risk perceptions. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 123-130, 1999.
- Zhu SH, Anderson CM, Johnson CE, Tedeschi G, Roeseler A. A centralised telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tobacco Control*, 9, 48-55, 2000.

Allegati

1: Intervista ai Medici di Famiglia

Grazie per aver accettato di partecipare alla nostra ricerca. Desidero conoscere la sua opinione sul ruolo del Medico di Famiglia nel percorso di cessazione del fumo di sigarette. Ho chiesto la sua collaborazione perché penso che lei mi possa dare informazioni preziose. Non esistono risposte giuste o sbagliate, ma sono interessata a conoscere il suo punto di vista. Registerò la conversazione per non dimenticare nulla di quello che si dirà oggi. Le sue risposte rimarranno confidenziali e le sarà garantito l'anonimato. Il mio ruolo è di porle le domande ed ascoltare le sue risposte.

- In che anno ha iniziato l'attività ambulatoriale come Medico di Famiglia?
- Quanti assistiti ha?

1. Attività svolta rispetto al fumo

- Lei personalmente affronta il problema del fumo di sigarette con i suoi pazienti in ambulatorio?
- Con quale tipo di fumatore affronta il problema del fumo di sigarette? (giovani, gruppi ar i s c h i o quali donne in gravidanza, fumatori portatori di malattie, ecc...)
- Le è mai capitato di affrontare il tema del fumo di sigarette con donne in gravidanza? E con giovani fumatori?
- Quando (solo alla prima visita, tutte le volte che si recano in ambulatorio, ecc...)?
- Come? (ad esempio, affronta lei per primo il tema del fumo di sigarette...)
- Con quanti pazienti fumatori ha affrontato il problema del fumo di sigarette negli ultimi 6 mesi?
- Che cosa fa per i pazienti che vogliono smettere di fumare? E per quelli che non vogliono smettere?
- Ritiene come Medico di Famiglia di poter svolgere un ruolo importante

nell'aiutare i suoi pazienti fumatori a smettere di fumare?

2. Strumenti di supporto all'azione antifumo

- Registra lo stato di fumatore?
- Se sì, con quale frequenza la aggiorna? A tutti o solo con qualcuno?
- Se no, perché?
- Che cosa potrebbe facilitare la registrazione in cartella clinica della condizione di fumatore?
- In base alla sua esperienza, pensa che sia utile l'utilizzo di cartelle cliniche computerizzate rispetto all'uso di cartelle cartacee al fine di registrare lo stato di fumatore? E quello di altri strumenti che ricordano al medico di compiere le azioni raccomandate nelle linee guida (ad esempio, reminder in versione cartacea o computerizzata)?

3. Conoscenza/consapevolezza linee guida

- Nella sua pratica clinica quotidiana, usa strategie di trattamento basate su linee guida? Se sì, quali?
- Le linee guida nazionali dell'Istituto Superiore di Sanità raccomandano il consiglio a smettere di fumare da parte del Medico di Famiglia. Si tratta di un intervento minimo che può essere di solo 3 minuti.
- Lo conosce?
- Lo ritiene utile?
 - Se sì, perché?
 - Se no, perché?
- Lo applica?
 - Se sì, con quali pazienti fumatori (ad esempio, con tutti i pazienti

fumatori, solo con i fumatori portatori di malattia o donne in gravidanza o fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo o fumatori difficili, ecc.)?

- A quanti pazienti fumatori ha consigliato di smettere di fumare negli ultimi 6 mesi?
 - Se no, perché?
- Ritiene che competa al Medico di Famiglia consigliare a tutti i pazienti fumatori di smettere di fumare?
- Secondo l'ultima indagine DOXA, l'80% dei fumatori dice di non avere mai ricevuto un consiglio a smettere di fumare da parte del proprio Medico di Famiglia. Qual è, a suo parere, il motivo? Pensa che corrisponda alla realtà italiana tale dato emerso dall'indagine DOXA?
- Le linee guida nazionali dell'Istituto Superiore di Sanità raccomandano anche un intervento più intenso del consiglio minimo, definito counselling breve e della durata di circa 10 minuti, da parte del Medico di Famiglia .
 - Lo conosce?
 - Lo ritiene utile?
 - Se sì, perché?
 - Se no, perché?
 - Lo applica?
 - Se sì, con quali pazienti fumatori (ad esempio, con tutti i pazienti fumatori, solo con i fumatori portatori di malattia o donne in gravidanza o fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo o fumatori difficili, ecc.)?
 - A quanti pazienti fumatori ha offerto un intervento di counselling breve negli ultimi 6 mesi?
 - Se no, perché?
 - Ritiene che competa al Medico di Medicina Generale offrire un intervento di counselling breve ai propri pazienti fumatori?
 - Ritiene di avere le competenze necessarie per effettuare un intervento di counselling breve?

4. Conoscenza dei farmaci

- Secondo lei, esistono terapie farmacologiche efficaci nella disassuefazione dal fumo di sigarette?
- Ritiene di conoscere adeguatamente le indicazioni, la posologia e gli effetti collaterali dei farmaci che aiutano il fumatore a smettere di fumare?
 - Li ritiene utili?
 - Se sì, perché?
 - Se no, perché?
 - Propone la terapia farmacologia ai suoi pazienti fumatori?
 - Se sì,
 - a quali pazienti fumatori (ad esempio, a tutti i fumatori, solo ai forti fumatori, ecc.)?
 - a quanti pazienti fumatori ha proposto la terapia farmacologia negli ultimi 6 mesi?
 - Se no, perché?

5. Conoscenza dei Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT)

- E' a conoscenza dell'esistenza di CTT pubblici sul suo territorio di competenza?
- Ritiene utile una collaborazione tra il Medico MdF e il CTT?
 - Se sì, come se la immagina?
 - Se no, perché?
- Consiglia ai suoi pazienti fumatori di rivolgersi a un CTT specializzato?
 - Se sì,
 - a quali pazienti fumatori (ad esempio, a tutti i fumatori, solo ai forti fumatori, ecc.)?
 - quanti pazienti fumatori ha inviato a un CTT negli ultimi 6 mesi?

- Se no, perché?
- Quali fattori potrebbero agevolare l'invio, da parte del MdF, di un paziente fumatore ad un CTT specializzato?

6. Ostacoli e risorse

- Secondo lei, l'attività professionale quotidiana in generale pone limitazioni ad una efficace azione di contrasto al fumo di sigarette?
 - Se sì, perché?
 - Se no, perché?
- Secondo lei, quali sono i maggiori ostacoli nel consigliare ai suoi pazienti di smettere di fumare?
- A suo parere, quale dovrebbe essere l'intervento minimo da parte di un MdF nei confronti di un paziente fumatore?
- Ritornando all'intervento di counselling breve, quali aspetti lo rendono sostenibile nella sua pratica lavorativa? E quali lo ostacolano?
- Secondo lei, di che cosa ha bisogno un Medico di Famiglia per svolgere un'efficace azione di contrasto al fumo di sigarette?

7 Interesse formativo e di aggiornamento

- Ha ricevuto una formazione specifica in tema di trattamento del paziente fumatore?
 - Se sì, l'ha considerata utile?
 - Se sì, perché?
 - Se no, perché?
- Quale tipo di formazione riterrrebbe utile ai MdF per svolgere azioni di contrasto al fumo di sigarette?

- Se le venisse proposto un corso di formazione specifica che le permettesse di trattare il tema del fumo di sigarette in modo più efficace sarebbe interessato a partecipare?
 - Se sì, in quali circostanze?
 - Se no, perché?
- Ritiene utile l'elaborazione di linee guida e di protocolli clinico-operativi condivisi per la pratica quotidiana del MdF in tema di trattamento del paziente fumatore?

8. Abitudine al fumo

- Lei attualmente fuma?
 - Se sì,
 - fuma nel suo studio?
 - fuma in presenza dei pazienti (fuori dal suo studio)?
 - negli ultimi due anni ha mai tentato di smettere?
 - Se no, ha mai fumato in vita sua?
 - Se ha smesso, come ha fatto a smettere?

9. C'è qualcosa altro che vuole dire sull'argomento trattato oggi?

Le ricordo che la Commissione del Piano Regionale Anti-Tabacco sta elaborando delle linee guida regionali per la disassuefazione del fumo, che raccomanderanno interventi specifici da parte del Medico di Famiglia e degli operatori del Centro per il Trattamento del Tabagismo. Il percorso di elaborazione e stesura di tali linee-guida prevede di consultare alcuni Medici di Famiglia piemontesi per valutarne l'applicazione nella pratica ambulatoriale. E' interessato a partecipare a questo gruppo di lavoro? L'impegno richiesto prevede 2 incontri nell'arco di due mesi, in data da definirsi, oltre a del lavoro personale trasmissibile via posta elettronica.

2: Intervista ai responsabili e agli operatori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo

<p>Esito compilazione: SI [] NO [] , motivo NON compilazione _____</p> <p>Data di compilazione ____/____/____</p> <p>A) Descrizione delle caratteristiche strutturali e organizzative del servizio</p> <p>1. Denominazione della Struttura (es. <i>Presidio Ospedaliero, Agenzia Regionale, etc.</i>) che accoglie il Servizio per la cessazione dal fumo: _____</p> <p>2. Ente di Appartenenza (es. <i>ASL n. X, Università, etc.</i>): _____</p> <p>3. Denominazione del Servizio per la cessazione dal fumo (es. <i>Ambulatorio Tabagismo, Centro Antifumo, etc.</i>): _____</p> <p>4. Collocazione del Servizio per la cessazione dal fumo all'interno della Struttura e/o Ente (es. <i>Dipartimento di Prevenzione, U.O. Pneumologia, etc.</i>): _____</p> <p>5. Numero di locali a disposizione: _____</p> <p>6. Indirizzo del CTT: _____</p>	<p>Via e numero civico _____</p> <p>Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____</p> <p>Telefono per l'utenza _____ Fax _____</p> <p>E-mail _____</p> <p>Indirizzo Web del Servizio _____</p> <p>7. Nome del referente/i del Servizio: _____</p> <p>Cognome _____ Nome _____ Qualifica _____</p> <p>Cognome _____ Nome _____ Qualifica _____</p> <p>8. Quanti giorni/settimana è aperto il Centro? [] [] [] _____</p> <p>9. Con quali orari? _____</p>
--	---

TAPPA	OPERATORE COINVOLTO	DOVE	TEMPI (inizio, durata, termine, frequenza, orari,...)	COSA FA L'OPERATORE	STRUMENTI UTILIZZATI
PRIMO INCONTRO			(quando, durata, orari)		
Tempi di attesa fra primo incontro e valutazione					
DIAGNOSI (o ANALISI DELLA DOMANDA o VALUTAZIONE)					
Tempi di attesa fra valutazione e inizio trattamento					
TRATTAMENTO (specificare tipologia e modalità)					
CHIUSURA DEL TRATTAMENTO					
FOLLOW-UP					

13. E' richiesto un pagamento per qualche prestazione? Sì No
 Se sì, Quale? _____ Quanto? € _____
14. E' richiesto un pagamento per il trattamento completo? Sì No
 Se sì, quanto? € _____

B) La rappresentazione del processo di lavoro

- 1) Fasi iniziali
- I. (Chi gestisce il primo contatto telefonico o diretto...) Perché lui?
 - II. Punti di forza e di debolezza del primo contatto telefonico o diretto
 - III. (Chi fa il primo incontro...) Perché lui?
 - IV. Punti di forza e di debolezza del primo incontro
- 2) Diagnosi/elaborazione della domanda/Valutazione
- I. (Chi fa la valutazione...) Perché lui?
 - II. Valutazione del fumatore: quali obiettivi?
 - III. (Presenza di eventuali strumenti per la valutazione...) Perché sono stati scelti quegli strumenti per la valutazione?
 - IV. Punti di forza e di debolezza della valutazione
- 3) Trattamento
- I. (Chi dà l'indicazione del trattamento...) Perché lui?
 - II. Perché la scelta di quel trattamento? (tenere conto anche dei trattamenti farmacologici) La scelta si basa su : risorse economiche o di personale, competenze del personale impiegato, evidenze scientifiche,....
 - III. Ci sono dei fattori che portano a ritenere che un fumatore sia adatto ad un certo tipo di trattamento? Quali sono questi fattori?
 - IV. Ci sono dei fattori che portano a ritenere che un fumatore non sia adatto ad un certo tipo di trattamento? Quali sono questi fattori?
 - V. Tutti i fumatori accettano la/le proposta/e di trattamento?
 - VI. Cosa viene fatto con i fumatori che non accettano?

VII. Chi segue il fumatore durante il trattamento?

VIII. Puntii di forza e di debolezza del trattamento

4) Valutazione del percorso

I. Quando considerate chiuso il trattamento?

II. Come avviene la chiusura del trattamento? Chi se ne occupa e perché lui? Perché avviene in questo modo?

III. Quando considerate che il trattamento abbia avuto successo? Viene effettuato un *follow-up*?

IV. Quando

V. Con che tempi?

VI. Con quali strumenti? Perché questi strumenti?

VII. Come vengono gestite le ricadute durante il trattamento? E quelle eventuali dopo il trattamento?

VIII. Puntii di forza e di debolezza della chiusura del trattamento

IX. Puntii di forza e di debolezza del *follow-up*

5) Nel percorso di trattamento, in quale fase è più difficile trattare il paziente? Perché? Quali sono i momenti più critici per il fumatore? E per voi?

6) Sono pervenute delle domande di intervento cui il Servizio non ha saputo dare una risposta, o che con un altro tipo di approccio sarebbero state soddisfatte? (ad esempio richiesta di un ascolto psicologico, dipendenza da varie sostanze, ecc.)

C) La rappresentazione dei clienti

1. Quanti fumatori trattate / avete trattato nell'ultimo anno? _____

2. Ritiene che il suo CTT possa aumentare il numero di fumatori che vi accedono (con le attuali risorse)? Di quanto? Sì, no: perché?

3. Come ritiene possa essere raggiunto questo obiettivo?

4. Qual è la tipologia di fumatori che accedono al Servizio (età, sesso, patologie fumo-correlate,

forti fumatori, molti fallimenti nel tentativo di smettere,...)?

5. Secondo lei, cosa spinge questi fumatori a rivolgersi al servizio?

6. Perché scelgono un servizio pubblico?

7. Avete trattato anche:

- giovani (< 20 anni)
- donne in gravidanza
- immigrati
- pazienti psichiatrici
- ospedalizzati
- tossicodipendenti
- anziani (> 65 anni)
- soggetti a basso reddito (es. esenti ticket,...)

(Se sono stati trattati alcuni di questi target...) Si tratta di un caso o di una scelta strategica del Servizio?

(Se non sono stati trattati alcuni target...) Perché NON avete trattato questi target? Ritiene che il suo

CTT debba darsi l'obiettivo e gli strumenti necessari per trattare in maniera specifica anche questi target?

8. Vi sono fumatori che il suo Centro vorrebbe raggiungere, ma che non si sono mai rivolti al Servizio?

D) Accesso e visibilità del Servizio / Formazione

1. Gli orari di apertura sono adeguati a rispondere alle richieste l'utenza? Se no, che fare?

2. Che tipo di *pubblicità / promozione* si fa il servizio (all'interno della struttura e all'esterno)? (volantini, informazione da parte di operatori sanitari, ...)

3. Quale strumento potrebbe essere utile per migliorare la *visibilità* del suo Centro? (sia interna che

esterna)

- Il servizio è collocato in un _____ Pensa che il luogo sia adeguato o preferirebbe una collocazione diversa? Se pensa che sia un luogo adatto, perché? Se pensa che si debba preferire una collocazione diversa, perché?
- Quale strategie potrebbero essere attuate per migliorare l'accessibilità al Centro e renderlo più adatto alle necessità del paziente? (Ad es.: è sempre necessaria l'impegnativa del medico? La collocazione lo rende difficilmente raggiungibile...)
- E' previsto un percorso formativo per i nuovi operatori?

E) La rete degli attori coinvolti nel problema: MdF, altri operatori, regione etc...

- Con quali operatori (sanitari e non) non appartenenti al CTT avete avuto modo di collaborare?
- Quali sono le difficoltà che avete incontrato in queste collaborazioni?
- Quali sono le collaborazioni che si sono invece rivelate più fruttuose?
- Con quali operatori non appartenenti al CTT sarebbe opportuno, secondo lei, collaborare (MdF, ostetriche, pediatri, ginecologi, consultori, ...)?
- Riterrrebbe utile la creazione di una rete fra i CTT piemontesi? Se sì, perché? Se no, perché?

F) La storia del Servizio (solo per i responsabili) e identità professionale

- Quando è stato aperto il suo centro (anno) _____
- Su iniziativa di chi?
- Con quali finanziamenti?
- Da chi è stato sostenuto il progetto?
- Quali difficoltà avete incontrato?
- Quale mission ha il Servizio? Il Servizio ha altri obiettivi oltre alla disassuefazione dal fumo?
- Qual è la situazione finanziaria attuale?
- Esiste un modello di riferimento cui si è ispirato per l'organizzazione del Servizio?

- Vi sono state modificazioni importanti nel corso degli anni/mesi?
 - Nella definizione degli obiettivi
 - Nell'utenza
 - Nella pianta organica
 - Nelle risorse
 - In quali altri aspetti?
- Ritieni utile l'elaborazione di Linee-guida regionali per le attività di disassuefazione? Se sì, perché? Se no, perché?
- Sarebbe disponibile a partecipare ad un gruppo di consenso per la validazione delle linee-guida?
- E' a conoscenza dell'esistenza del Piano Regionale Antitabacco (PRAT)?
- E' a conoscenza della Commissione del PRAT?
- Che valutazione fra dell'attività svolta fino ad oggi dalla Commissione?
- E' a conoscenza della Consulta?
- Che valutazione fa dell'attività svolta fino ad oggi dalla Consulta?
- Come è nato il suo interesse per il tabagismo? (interesse personale, richiesta, distaccamento,...)

G) Dati personali

- (Nome, Cognome, recapiti : telefono, mail)
- Età _ _ | _ _
- Sesso [M] [F]
- Professione: Medico [] Psicologo [] Infermiere Professionale [] Assistente Sociale [] Educatore [] Amministrativo [] Altro (specificare).....[]
- Tipo di collaborazione: Volontario [] Strutturato [] libero professionista []
- Titolo di studio _____

7. In che anno ha cominciato a lavorare presso il CTT? _____

8. In cosa consiste la sua attività lavorativa presso il CTT? (le chiediamo di descrivere brevemente la sua attività lavorativa)

9. Tra le sue mansioni presso il CTT quale ritiene più stressante?

10. Tra le sue mansioni presso il CTT quale ritiene più interessante?

11. Sono previste riunioni di équipe? SI NO

a. Se sì, con che frequenza? _____

b. Se sì, chi vi partecipa? _____

c. Se NO, come avviene la comunicazione fra gli operatori del Servizio?

12. Quante ore alla settimana dedica al lavoro presso il CTT? |__|_|

13. Che tipo di contratto lavorativo ha (con il CTT)? _____

14. La sua attività presso il CTT è la sua attività lavorativa principale?

SI NO Svolgo altre attività

Quali? _____

15. L'inizio del suo interesse sui problemi del tabagismo, ha coinciso con l'inizio dell'attività presso l'attuale CTT?

SI NO NO, mi occupavo già prima di problemi fumo-correlati

a. Se NO, da quanti anni si occupa dei problemi legati al tabagismo? _____

b. Se NO, in cosa consisteva il suo impegno sui problemi fumo correlati prima di cominciare

a. lavorare presso il CTT (per es.: studio personale, attività di formazione e prevenzione,

aspetto trasversale alla normale attività lavorativa....)

16. Ha avuto una formazione specifica per il suo lavoro presso il CTT?

SI NO

17. Può specificare di che genere?

18. Quante ore di formazione ha ricevuto nell'ultimo anno?

19. Se non ha ricevuto formazione nel corso dell'ultimo anno, a quando risale la sua ultima partecipazione ad un evento formativo specifico sul tabagismo?

20. Su quale argomento verteva tale formazione?

21. Se potesse richiedere un'ulteriore formazione per migliorare le sue competenze professionali il CTT, cosa chiederebbe?

22. E' fumatore? SI NO Exfumatore

Se fumatore: quanto fuma (n° sig/die) _____

Se ex-fumatore:

a. Per quanti anni ha fumato? _____ N° sig/die _____

b. Quando ha smesso? _____

c. Come ha smesso? _____

d. Il fatto di lavorare presso il CTT l'ha aiutata a smettere di fumare?

e. Il fatto di essere o essere stato un fumatore la condiziona nel suo lavoro? Lo sente come un problema? _____

3: Intervista telefonica agli operatori dei Centri per il Trattamento del Tabagismo

Se NO, come avviene la comunicazione fra gli operatori del Servizio? _____

12. Quante ore alla settimana dedica al lavoro presso il CTT? 1 2

13. Che tipo di contratto lavorativo ha (con il CTT)? _____

14. La sua attività presso il CTT è la sua attività lavorativa principale?
 SI NO Svolgo altre attività Quali
 ? _____

15. L'inizio del suo interesse sui problemi del tabagismo, ha coinciso con l'inizio dell'attività presso l'attuale CTT?
 SI NO, mi occupavo già prima di problemi fumo-correlati
 Se NO, da quanti anni si occupa del problemi legati al tabagismo? _____
 Se NO, in cosa consisteva il suo impegno sui problemi fumo correlati prima di cominciare a lavorare presso il CTT (per es.: studio personale, attività di formazione e prevenzione, aspetto trasversale alla normale attività lavorativa....) _____

16. Ha avuto una formazione specifica per il suo lavoro presso il CTT?
 SI NO

17. Può specificare di che genere? _____

18. Quante ore di formazione ha ricevuto nell'ultimo anno?

Data di compilazione ____/____/____

CTT (denominazione ed Ente di appartenenza)

1. (recapiti :indirizzo, telefono, mail)

2. Età 1 2

3. Sesso [M] [F]

4. Professione: Medico Psicologo Infermiere Professionale
 Assistente Sociale Educatore Amministrativo
 Altro (specificare).....

5. Tipo di collaborazione: Volontario Strutturato libero professionista

6. Titolo di studio _____

7. In che anno ha cominciato a lavorare presso il CTT? _____

8. In cosa consiste la sua attività lavorativa presso il CTT? (le chiediamo di descrivere brevemente la sua attività lavorativa)

9. Tra le sue mansioni presso il CTT quale ritiene più stressante?

10. Tra le sue mansioni presso il CTT quale ritiene più interessante?

11. Sono previste riunioni di équipe? SI NO
 Se si, con che frequenza? _____
 Se si, chi vi partecipa? _____

19. Se non ha ricevuto formazione nel corso dell'ultimo anno, a quando risale la sua ultima partecipazione ad un evento formativo specifico sul tabagismo? _____

20. Su quale argomento verteva tale formazione? _____

21. Se potesse richiedere un'ulteriore formazione per migliorare le sue competenze professionali presso il CTT, cosa chiederebbe? _____

22. E' fumatore? SI NO Ex-fumatore

Se fumatore: quanto fuma (n° sig/die) _____

Se ex-fumatore:
 Per quanti anni ha fumato ? _____ N° sig/die _____
 Quando ha smesso? _____
 Come ha smesso? _____

Il fatto di lavorare presso il CTT l'ha aiutata a smettere di fumare? _____

Il fatto di essere o essere stato un fumatore la condiziona nel suo lavoro? Lo sente come un problema? _____

4: Centri per il Trattamento del Tabagismo Piemontesi per Azienda Sanitaria e modello organizzativo

E' di seguito riportata la distribuzione sul territorio regionale (secondo la suddivisione per ASL recentemente introdotta dai DGR 27 aprile 2006, n.7-2697 e DGR 22 dicembre 2006, n.32-4991) dei Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) attualmente attivi in Piemonte.

Per ciascuna ASL sono riportati i CTT presenti e alcune loro caratteristiche, quali collocazione, professionalità operanti, tipologia di trattamenti offerti, fumatori trattati e modello organizzativo di riferimento. Dove presenti e attivi nella lotta al tabagismo sono inoltre segnalati le LILT, le Fondazioni e gli istituti di ricerca e cura.

ASL TO1

1. CTT Torino				
Collocazione		Pneumologia		
Accesso		Impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		½ h / 10-15gg		
Professionalità	Tipologia	Medico		
	Numero	1		
Trattamenti offerti		1 incontro		
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		-		
Fumatori trattati		?		
2. CTT Torino				
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche		
Accesso		Senza impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		5 gg / settimana in orario Dipartimento Dipendenze		
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	EP
	Numero	1	4	1
Trattamenti offerti		Agopuntura auricolare con supporto psicologico		
Test Fagerstrom		-		
Valutazione della motivazione		-		
Fumatori trattati		?		
3. CTT Torino				
Collocazione		Pneumologia		
Accesso		Senza impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		2 gg / settimana h 14-16		
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	Psicologo
	Numero	2	2	1
Trattamenti offerti		Farmacologico con supporto psicologico		
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		+		
Fumatori trattati		12 nel 2005		

LILT Torino			
Collocazione		LILT	
Accesso		Senza impegnativa MdF	
Giorni apertura e orari		5 gg / settimana orario ufficio	
Professionalità	Tipologia	Psicologo	
	Numero	1	
Trattamenti offerti		Terapia di gruppo	Counselling individuale
Test Fagerstrom		-	
Valutazione della motivazione		-	
Fumatori trattati		8 in un gruppo a novembre nel 2006	

ASL TO2

4. CTT Torino			
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche	
Accesso		Impegnativa MdF - CUP	
Giorni apertura e orari		2 gg / settimana per 3h (h 14-17; h 10-13)	
Professionalità	Tipologia	Medico	Psicologo
	Numero	2	2
Trattamenti offerti		Farmacologico	Counseling individuale Ipnosi agopuntura
Test Fagerstrom		+	
Valutazione della motivazione		+	
Fumatori trattati		30 /anno	
5. CTT Torino			
Collocazione		ORL	
Accesso		Impegnativa MdF	
Giorni apertura e orari		5 gg / settimana h. 8-16	
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere Amministrativo
	Numero	1 + 5 per valutazione	1 2
Trattamenti offerti		Terapia di gruppo	Farmacologico
Test Fagerstrom		+	
Valutazione della motivazione		+	
Fumatori trattati		200 nel 2006	

ASL TO3

6. CTT Rivoli						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		1 mattina /settimana in orario Dipartimento Dipendenze				
Professionalità	Tipologia	Medico			Infermiere	
	Numero	2			3	
Trattamenti offerti		Farmacologico	Counseling	NRT		
Test Fagerstrom		+				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		40 – 50 / anno				
7 CTT Collegno						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		1 gg / settimana + altri su appuntamento				
Professionalità	Tipologia	Medico				
	Numero	2				
Trattamenti offerti		Farmacologico				
Test Fagerstrom		+				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		50 nel 2006				
8. CTT Orbassano						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		2 mattine /settimana				
Professionalità	Tipologia	Medico			Psicologo	
	Numero	1			1	
Trattamenti offerti		Farmacologico	Counseling	Agopuntura	NRT	
Test Fagerstrom		-				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		40 / anno				
9. CTT Avigliana						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		2 gg / settimana per h.1,5 (h 11-12.30; h 12-13.30)				
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	Psicologo	EP	A.SOC.
	Numero	2	2	2	2	2
Trattamenti offerti		Farmacologico	NRT	Counseling		
Test Fagerstrom		+				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		16 in 6 mesi (apertura CTT: luglio 2006)				

10. CTT Giaveno						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		Accesso diretto su 4 giorni h. 9-19				
Professionalità	Tipologia	Medico		Ass. Sociale		Infermiera
	Numero	1		1		1
Trattamenti offerti		Counselling individuale	Farmacologico	NRT		Agopuntura
Test Fagerstrom		+				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		Circa 10 nel 2006				
11. CTT Pinerolo						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		5 gg / settimana h 9-12 e 14-16				
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	Psicologo	EP	A.SOC.
	Numero	1	1	1	1	1
Trattamenti offerti		Agopuntura auricolare con autoipnosi e gruppo di sostegno			Farmacologico	
Test Fagerstrom		+				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		41 nel 2006				

ASL TO4

12. CTT S.Mauro						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		4 gg /settimana (h 14-16; h 9.30-14.30; h 10-16; h 14-16)				
Professionalità	Tipologia	Medico		Infermiere		Psicologo
	Numero	2		3		1
Trattamenti offerti		Agopuntura auricolare con supporto psicologico				
Test Fagerstrom		+				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		70 nel 2006				

ASL TO5

13. CTT Chieri						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		5 gg /settimana h 9-12				
Professionalità	Tipologia	Medico	Psicologo	Infermieri	Ass. Sanit.	Fisioterapista
	Numero	1	1	1	1	1
Trattamenti offerti		Farmacologico	Terapia di gruppo		Counseling	
Test Fagerstrom		+				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		35				
14. CTT Moncalieri						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		5 gg /settimana per h.5				
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	Psicologo	A.SOC.	A.SAN.
	Numero	2	2	1	2	1
Trattamenti offerti		Farmacologico	Terapia di gruppo		Counseling	
Test Fagerstrom		+				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		34 nel 2006				
15. CTT Carmagnola						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		5 gg /settimana (lu-ma-ve h 9-12; me h 14-16; gio h 14-18)				
Professionalità	Tipologia	Infermiere	Psicologo	EP	A.SOC.	
	Numero	1	1	1	1	
Trattamenti offerti		Terapia di gruppo			Counseling	
Test Fagerstrom		-				
Valutazione della motivazione		+				
Fumatori trattati		15 nel 2006				
16. CTT Nichelino						
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche				
Accesso		Senza impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari		5 gg /settimana in orario Dipartimento Dipendenze su app. + giov h 9-11				
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	Psicologo		
	Numero	1	1	1		
Trattamenti offerti		Counseling	Farmacologico	NRT		
Test Fagerstrom		A volte				
Valutazione della motivazione		-				
Fumatori trattati		Pochi (apertura CTT: aprile 2006)				

ASL VC

ASL BI

17. CTT Cossato				
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche		
Accesso		Senza impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		5 gg /settimana h 9 - 17		
Professionalità	Tipologia	Medico		Infermiere
	Numero	1		1
Trattamenti offerti		Acudetox	Farmacologico	NRT
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		-		
Fumatori trattati		61 nel 2006		

LILT Biella				
Collocazione		LILT		
Accesso		Senza impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		1-2 gg /settimana h 11 - 13		
Professionalità	Tipologia	Medico		Psicologo
	Numero	1		1
Trattamenti offerti		Farmacologico con supporto psicologico		NRT con supporto psicologico
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		+		
Fumatori trattati		60 / anno		

Fondo Edo Tempia				
Collocazione		Fondo Edo Tempia		
Accesso		Senza impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		2 gg /sett. (martedì sera per gruppi; mercoledì pomeriggio per visite)		
Professionalità	Tipologia	Medico		Psicologo
	Numero	3		2
Trattamenti offerti		Terapia di gruppo	Counseling	NRT Farmacologico
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		+		
Fumatori trattati		30 / anno		

ASL NO

18. CTT Novara				
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche		
Accesso		Senza impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		5 gg /sett. (lu-giov h 9-12 e 16.30-17.30; ve h 9-12)		
Professionalità	Tipologia	Medico		Psicologo
	Numero	1		1
Trattamenti offerti		Terapia di gruppo	Counseling	NRT
Test Fagerstrom		-		
Valutazione della motivazione		+		
Fumatori trattati		150 "contatti" nel 2006		

IRCC Maugeri				
Collocazione		Pneumologia		
Accesso		Impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		5 gg /settimana in orario ambulatorio		
Professionalità	Tipologia	Medico		Psicologo
	Numero	2		1
Trattamenti offerti		Counseling individualale		NRT
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		-		
Fumatori trattati		70 nel 2006		

ASL VCO

ASL CN1

19. CTT Ceva				
Collocazione		Pneumologia		
Accesso		Impegnativa MdF – CUP		
Giorni apertura e orari		1 gg /settimana h. 14.30-16.30		
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	
	Numero	2	1	
Trattamenti offerti		Counseling individuale	NRT	
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		-		
Fumatori trattati		10-15 / anno		
20. CTT Saluzzo				
Collocazione		Pneumologia		
Accesso		Impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		1 gg /settimana per 2 ore		
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	A. SAN.
	Numero	1	15 (counselling in CTT + quelli che lo fanno nei reparti)	1
Trattamenti offerti		Counseling	NRT	Farmacologico
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		+		
Fumatori trattati		13 / anno		
21. CTT Dronero				
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche		
Accesso		Senza impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		Martedì h.14.30-19.00 e giovedì h. 9-12		
Professionalità	Tipologia	Medico	Psicologo	A. SOC.
	Numero	1	1	1
Trattamenti offerti		Trp. gruppo	Counseling	Farmacologico
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		+		
Fumatori trattati		100 nel 2006		
22. CTT Mondovì				
Collocazione		Dipartimento delle dipendenze patologiche		
Accesso		Impegnativa MdF		
Giorni apertura e orari		5 gg / settimana in orario Dipartimento Dipendenze su appuntamento		
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	
	Numero	1	1	
Trattamenti offerti		Terapia comportamentale		
Test Fagerstrom		+		
Valutazione della motivazione		-		
Fumatori trattati		20 nel 2006		

LILT Cuneo		
Collocazione	LILT	
Accesso	Senza impegnativa MdF	
Giorni apertura e orari	5 gg. /settimana orario ufficio	
Professionalità	Tipologia	Psicologo
	Numero	1
Trattamenti offerti	Terapia di gruppo	
Test Fagerstrom	+	
Valutazione della motivazione	+	
Fumatori trattati	30 nel 2006	

ASL CN2

ASL AT

24. CTT Alessandria					
Collocazione	Pneumologia				
Accesso	Impegnativa MdF				
Giorni apertura e orari	1 gg /settimana h 8 -16 + Numero Verde				
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere	Psicologo	A.SAN.
	Numero	1	2	2	1
Trattamenti offerti	Farmacologico	NRT	Terapia di gruppo	Ipnosi	
Test Fagerstrom	+				
Valutazione della motivazione	-				
Fumatori trattati	140 nel 2005				

ASL AL

25. CTT Casale M.to			
Collocazione		Pneumologia	
Accesso		Impegnativa MdF	
Giorni apertura e orari		1 gg /settimana h. 15.30-17.30	
Professionalità	Tipologia	Medico	Infermiere
	Numero	1	2
Trattamenti offerti		Farmacologico	NRT
Test Fagerstrom		+	
Valutazione della motivazione		+	
Fumatori trattati		80 nel 2005	

