



Piemonte libero dal fumo

Piano Regionale Antitabacco 2008-2012

INDICE

PARTE PRIMA

- pag. 3 A - PREMESSA
- pag. 4 B - DIMENSIONI DEL FENOMENO
D - MODALITA' d'INTERVENTO
- pag. 6 C- PERCORSI IN ATTO IN PIEMONTE
- pag. 7 E - OBIETTIVI
- pag. 8 F - STRUMENTI NORMATIVI

PARTE SECONDA

- pag. 9 A - ARTICOLAZIONE OPERATIVA del PIANO REGIONALE ANTITABACCO
- pag. 9 Programma n.1 : Prevenzione del tabagismo rivolta ai giovani e alla comunità
- pag. 11 Programma n.2 : Servizi per la cessazione del fumo
- pag. 13 Programma n.3 : Luoghi di lavoro liberi dal fumo
- pag. 14 Sottoprogramma n.3 : Ospedali e Servizi sanitari senza fumo
- pag. 16 B - STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEL PIANO
- pag. 19 C - TEMPI di REALIZZAZIONE
D - MONITORAGGIO e VALUTAZIONE

A - PREMESSA

Il tabagismo è un fenomeno complesso che presenta molteplici aspetti:

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

Da tale complessità deriva l'esigenza che venga ricercato un approccio globale, e fortemente coordinato tra i livelli di programmazione centrale e locale, a tutti gli aspetti del tabagismo, che comprenda:

- l'attuazione di interventi efficaci in campo di prevenzione del tabagismo nella cornice della promozione di stili di vita sani;
- il potenziamento delle offerte di cura e sostegno ai fumatori per la disassuefazione;
- l'applicazione puntuale delle norme di vigilanza e controllo sul divieto di fumo negli ambienti pubblici e di lavoro
- la regolamentazione degli aspetti di carattere economico-commerciale (tassazione e lotta al contrabbando, divieto di vendita ai minori, divieto di pubblicità).

Il Piano Regionale Anti Tabacco 2004-2006 (PRAT), approvato con D.G.R. n. 47-13556 del 4/10/2004 ha costituito un valido punto di riferimento per l'implementazione e per l'attuazione delle politiche regionali di prevenzione, avvalendosi di una Commissione Regionale anti-tabacco (definita "struttura organizzativa per la implementazione del PRAT") e della Consulta regionale "Piemonte libero dal Fumo" (entrambe istituite con determinazione n. 499 in data 20/12/2004).

Alla luce dei risultati positivi riportati nella relazione triennale del PRAT 2004/2007 e dei nuovi input legislativi e pianificatori regionali e nazionali (Programma Guadagnare Salute, Piano di Prevenzione Attiva, Piano nazionale Antitabacco, Piano Socio Sanitario Regionale 2007/2010), è ora necessario rinnovare e rinforzare le azioni strategiche tese a contrastare il tabagismo, inserendole in modo ancora più organico nel più complessivo disegno strategico per la Prevenzione e la Promozione della salute della Regione Piemonte.

B - DIMENSIONI DEL FENOMENO

L'abitudine al fumo si struttura in un'età relativamente precoce, tra gli 11 ed i 17 anni.. Una volta consolidata, viene difficilmente abbandonata in modo spontaneo: infatti attualmente anche l'abitudine al fumo viene definita come dipendenza patologica, ovvero sia come disturbo ossessivo e compulsivo con tendenza alla recidiva.

- Prevalenza dell'abitudine al fumo

Nel 2005 la prevalenza di fumatori in Piemonte era del 23.7%: questo dato è il risultato di una diminuzione della prevalenza di fumatori iniziata durante gli anni '70, ma che non coinvolge i giovani e le donne. Fra gli uomini 30-44enni, nonostante la prevalenza sia scesa del 35% dal 1980, i fumatori sono ancora, nel 2005, il 34.9% della popolazione. La fascia di età in cui la prevalenza è scesa di meno (-31%) è quella più giovane, che, per quanto fosse quella con più bassa prevalenza nel 1980, sembra avviarsi ad essere quella che consuma più tabacco.

Il fumo di tabacco è uno dei principali determinanti delle differenze sociali nella salute. Fra gli categorie sociali più svantaggiate, in particolare fra gli uomini, mostrano una maggiore prevalenza e una minore tendenza a cessare.

- Effetti sulla salute

In Italia si verificano in un anno circa 84 mila decessi attribuibili al fumo di tabacco (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005), che risulta essere di gran lunga la prima causa di morte evitabile nel nostro Paese. Il fumo è un fattore di rischio accertato di 25 diverse malattie. Secondo l'OMS è causa, nella popolazione maschile e nella fascia di età 35-69, del 44% dei tumori, del 20% delle malattie vascolari e del 40% delle malattie respiratorie. Nella donna è responsabile del 53% dei tumori polmonari, un dato purtroppo in rapida crescita correlato all'aumento del numero di fumatrici avvenuto negli ultimi decenni.

I 4839 uomini deceduti in Piemonte a causa del fumo nel 2003 rappresentano il 20.3% di tutti i decessi fra i maschi. Di questi, circa il 50% è causato dal tumore della trachea, dei bronchi e del polmone che, da solo, provoca circa 1200 decessi all'anno fra gli uomini in questa fascia di età.

Fra le donne il numero di decessi attribuibili al fumo è molto minore, non superando le 800 unità. Il loro numero è però in aumento negli ultimi anni. Anche per le donne la causa principale di decesso legato al fumo è il tumore del polmone.

Nel 2005 complessivamente 21000 ricoveri fra gli uomini erano attribuibili al fumo di tabacco (il 7.3% del totale). Fra le donne il numero di ricoveri attribuibile al fumo è molto inferiore rispetto agli uomini, attestandosi a 4800 nel 2005, e la proporzione rispetto al totale dei ricoveri è del 1.6%.

C - MODALITÀ DI INTERVENTO

Le strategie generali di contrasto del tabagismo, ribadite dall'OMS nei più recenti documenti ("Strategia per un Europa senza Tabacco", nuovo Piano d'Azione, "Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco"), raccomandano di utilizzare un approccio globale e multisettoriale a tutte le problematiche del tabacco.

La lotta al tabagismo deve quindi mirare a sviluppare e a coordinare efficacemente, in un ottica sistemica di rete, tutte le risorse significative della comunità, valorizzando particolarmente i seguenti aspetti:

- **la partecipazione dei cittadini** alla crescita di una cultura diffusa e condivisa del non-fumo, attraverso il coinvolgimento attivo di individui singoli ed associati fin dalla fase della progettazione degli interventi;

- **l'intersettorialità e la ricerca di alleanze**, mediante il coinvolgimento operativo di settori sanitari e di stakeholders non sanitari (scuola, mondo dello sport e spettacolo, mass media, imprenditoria privata, privato sociale e volontariato e organizzazioni non governative) ;
- **l'integrazione degli interventi**, combinando in modo contestuale e sinergico azioni di carattere comunicativo-educativo, di supporto alla disassuefazione e di tutela dal fumo passivo (da adottare particolarmente negli ambienti di lavoro);
- **la multidisciplinarietà**, favorendo la collaborazione culturale e operativa tra le diverse professionalità competenti in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo, anche attraverso sistematici percorsi di formazione integrata ed aggiornamento permanente;
- la **valorizzazione delle prove di efficacia** e delle buone pratiche disponibili.

In molti Paesi e anche nel nostro si hanno esperienze, condotte secondo le raccomandazioni dell'O.M.S, che permettono di definire le linee direttrici necessarie a condurre un'efficace azione integrata contro il fumo di tabacco identificando come principali i seguenti **quattro ambiti d'intervento**:

- promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti
- assistenza e supporto alla disassuefazione
- controllo del fumo passivo
- comunicazione, formazione, ricerca e valutazione (trasversale ai primi tre)

Gli interventi per la riduzione della frequenza di fumatori sono stati sottoposti negli ultimi anni a numerosi **studi di efficacia**, che sono stati poi inclusi in rassegne con l'obiettivo di sintetizzare tutta l'evidenza disponibile. Le principali rassegne sono quelle della **Cochrane** Collaboration, in cui sono presenti rassegne sulla utilità di alcuni interventi di cessazione, di prevenzione e anche di comunicazione (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Inoltre tali evidenze sono state declinate in raccomandazioni per la pratica di Sanità Pubblica, sia a livello internazionale (7, 8, 9) che nazionale (10).

In Regione Piemonte si è prodotto un percorso partecipato che ha portato alla stesura di Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo e Linee Guida Clinico-organizzative per la cessazione (11, 12), che traducono in raccomandazioni operative gli studi di efficacia.

Con un ulteriore sforzo di sintesi si possono classificare gli interventi nel seguente modo:

1. Interventi comunitari per ridurre l'inizio dell'abitudine al fumo tra i preadolescenti e gli adolescenti.

Tutte le rassegne considerate concordano sull'efficacia dell'aumento del costo dei pacchetti di sigarette, mentre differiscono leggermente sulla valutazione di efficacia delle campagne di comunicazione sui mass media indirizzate ai giovani. Tutte le linee guida concordano comunque sul fatto che le campagne devono essere caratterizzate da solidi modelli teorici di comunicazione, da messaggi che si contraddistinguano per un approccio educativo e da un'intensità consistente per durata e diffusione.

2. Interventi comunitari per incrementare la disassuefazione al fumo di tabacco.

Anche in questo caso l'efficacia è data sia dall'aumento del costo dei pacchetti di sigarette sia dalle campagne di comunicazione sui mass media, se accompagnate da altri interventi soprattutto a carattere educativo. Anche il supporto telefonico è efficace soprattutto se in combinazione con altri interventi. In particolare, vi è una forte

prova di efficacia quando l'intervento è di tipo pro attivo (il contatto o il follow-up è proposto da un medico o da un counselor) piuttosto che reattivo (è il paziente ad iniziare il contatto).

3. Interventi nell'ambito dei servizi sanitari per identificare e trattare l'abitudine al fumo di sigaretta e la dipendenza.

Gli interventi presi in considerazione sono i sistemi di identificazione e documentazione dei pazienti fumatori (es.: segnalazione nella cartella clinica); i programmi di formazione degli operatori sanitari per imparare a identificare e discutere con i fumatori la possibilità di smettere; gli interventi di educazione del paziente. Per molti di questi è stata provata l'efficacia in diverse rassegne.

Sia i sistemi di identificazione e documentazione (da soli o in integrazione con altri interventi), sia il supporto telefonico ai pazienti fumatori che intendono smettere (quando implementati con altri interventi), sia gli interventi che considerano i costi dei trattamenti considerati efficaci a carico del servizio sanitario, sono tutti considerati interventi efficaci.

Gli interventi di educazione del paziente risultano essere meno efficaci se condotti isolatamente, mentre acquistano una efficacia molto forte in combinazione con altri interventi.

4. Interventi clinici per identificare e trattare l'abitudine al fumo di sigaretta e la dipendenza.

Esiste un accordo uniforme sull'efficacia degli interventi clinici, anche se la forza degli effetti è leggermente differente. Sono stati dimostrati efficaci nella relazione medico-paziente: lo screening dei pazienti per identificare i fumatori; un invito a smettere attraverso un colloquio breve e strutturato (3-5 minuti) o di un counselling più intenso o più sistematico a sostegno della disassuefazione, associati o meno con trattamenti farmacologici (sostituti della nicotina o bupropione).

Materiali informativi-educativi per interventi di tipo auto-diretto sono stati valutati meno efficaci e talora inconsistenti.

5. Interventi comunitari per ridurre l'esposizione al fumo di sigaretta passivo.

I divieti e le limitazioni a fumare risultano essere efficaci nella riduzione della esposizione al fumo passivo e potenzialmente efficaci nella modificazione della prevalenza dell'abitudine al fumo di tabacco. Gli interventi educativi comunitari per ridurre l'esposizione al fumo passivo nelle case non hanno raggiunto sufficiente consistenza per raccomandarli, mentre le campagne di comunicazione promosse da istituzioni pubbliche risultano efficaci nella protezione dei bambini dall'esposizione al fumo passivo.

D - PERCORSI ATTUALMENTE IN ATTO IN PIEMONTE

In Piemonte sono andati via via sviluppandosi nuovi programmi e significative esperienze, che qui vengono sommariamente elencati, senza pretesa di esaustività (per le attività promosse nell'ambito del PRAT si rimanda all'allegato "Rapporto sul primo quadriennio di attività 2004-2007") :

1. il Progetto "**Ospedali senza fumo**" della **Rete piemontese HPH** (Health Promoting Hospitals), network OMS finalizzato alla trasformazione degli ospedali in ambienti favorevoli alla salute dei pazienti e degli

operatori. Questo progetto vede coinvolti diversi Ospedali piemontesi nei quali sono andati realizzandosi percorsi di formazione per gli operatori (sensibilizzazione e formazione specifica per i centri antifumo), processi di integrazione con Servizi il territorio (in particolare i SerT), attivazione di Centri antifumo

2. lo **studio EUDAP** (European Drug Addiction Prevention), studio multicentrico randomizzato e controllato per la valutazione d'efficacia di diversi interventi di prevenzione dell'uso alcool, tabacco e droghe nella scuola - Finanziamento Commissione Europea. Lo studio è coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED-Piemonte) .
3. il Programma nazionale **Guadagnare Salute Adolescenti** che coinvolge i Piemonte come regione capofila, impegnata a realizzare una ricognizione in merito ai progetti di prevenzione primaria, tra cui anche quelli relativi al tabagismo e più in generale alle dipendenze, e la conseguente selezione e disseminazione di buone pratiche;
4. il Programma nazionale **CCM Prevenzione del Tabagismo**, che vede il Piemonte coinvolto su almeno tre linee di azione proposte (Ambiente di lavoro, Giovani, Comunità);
5. il Piano **Prevenzione Attiva Regionale** che, nel focalizzare alcuni problemi di salute tra cui le **patologie cardio-vascolari**, pone l'attenzione sugli stili di vita correlati, tra cui il tabagismo, e chiama in causa con particolare enfasi la funzione del MMG;
6. il **Programma Genitori Più**, che focalizza cinque linee di azione tra cui anche quella che tende a contrastare il fumo passivo;
7. i progetti sviluppati nelle ASL nell'ambito dei due **Bandi regionali per la Promozione della Salute**, che vedono coinvolti in primo luogo i Sistemi della Educazione sanitaria ed i SerT insieme al mondo della Scuola, a Enti Locali e a Associazioni di volontariato;
8. i progetti sviluppati nell'ambito della Promozione della salute in ambiente di lavoro (Luxottica, Comune di Settimo)

E - OBIETTIVI

- **Obiettivo generale di salute:**
 - prevenire le malattie cronico-degenerative riconducibile al fumo di tabacco con conseguente riduzione della morbosità e mortalità correlate
- **Obiettivi specifici di salute:**
 - ridurre incidenza iniziazione al tabagismo
 - incrementare la incidenza della cessazione dal tabagismo
 - ridurre n. di persone esposte ad inalazione di fumo passivo
 - aumentare n. di fumatori intenzionati a smettere di fumare
- **Obiettivi organizzativi e strumentali (per creare le condizioni di base per la realizzazione del Piano):**
 - garantire il raccordo stabile tra Regione Piemonte ed Istituzioni Nazionali;
 - promuovere l'integrazione del Piano con altri programmi di prevenzione (PePS, PPA, Programma Guadagnare salute, PASSI, Piano Benessere dello Studente, etc.),

- assicurare il coordinamento regionale degli interventi rispetto a priorità condivise;
- sostenere il raccordo con gli operatori delle Aziende Sanitarie dedicati alle attività di promozione della salute, inserendo gli obiettivi di prevenzione del tabagismo nell'ambito delle intese di programma;
- favorire l'attivazione di reti e di alleanze tra i diversi attori della comunità che sono coinvolti primariamente nelle politiche e nelle strategie di contrasto del tabagismo;
- dotarsi di adeguati strumenti di supporto trasversale, indispensabili per la progettazione, la realizzazione, la valutazione di efficacia degli interventi;
- consolidare un sistema di sorveglianza della prevalenza dei fumatori;
- implementare il sistema di documentazione, promuovendo al meglio la diffusione delle evidenze disponibili, soprattutto mediante il consolidamento del coordinamento informatico;
- promuovere la ricerca sull'efficacia degli interventi, dando visibilità alle iniziative ed ai risultati;
- promuovere iniziative di formazione, anche nell'ambito dei rapporti di collaborazione già instaurati con le altre agenzie del territorio (in primo luogo la Scuola);
- certificare la buona qualità degli interventi.

F - Strumenti normativi

Gli strumenti normativi di supporto agli obiettivi del Piano sono:

- DLgs 19 settembre 1994, n. 626
- legge n.3/2003 (art. 51)
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 dicembre 2003 (...relativo alle Aree per fumatori)
- Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2004 (... relativo alle procedure per il sistema sanzionatorio)
- Circolare del Ministro della Salute 17 dicembre 2004
- Indirizzi regionali (Piano Socio-Sanitario Regionale, Piani Regionali Prevenzione Attiva ed altri eventuali)
- Nuovo DPCM LEA

PARTE SECONDA

A - ARTICOLAZIONE OPERATIVA del PIANO REGIONALE di PREVENZIONE, CURA e CONTROLLO del TABAGISMO

Il Piano Regionale Anti-Tabacco per il 2008 – 2012 si svilupperà attraverso la realizzazione dei seguenti programmi :

Programma n.1 : Promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti

Programma n. 2 : Assistenza e supporto alla disassuefazione

Programma n.3 : Controllo del fumo passivo - Luoghi di lavoro liberi dal fumo

Sottoprogramma 3: Controllo del fumo passivo - Ospedali e Servizi sanitari senza fumo

In un'ottica di strategie per lo sviluppo di comunità

PROGRAMMA N.1 - Promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti

Stato dell'arte:

- Progetto EUDAP (European Drug Addiction Prevention Trial) promosso dall'OED Piemonte. Tra il 2000 ed il 2004 censiti almeno 52 progetti di prevenzione del fumo di sigarette in ambito scolastico
- N.8 progetti realizzati dalle ASL nell'ambito del bando "Health Promotion"
- Bollettino "Fatti e cifre sul fumo di tabacco" a cura dell'OED Piemonte
- Strumento per la valutazione preliminare dei progetti proposti alle scuole in tema di prevenzione del tabagismo nelle scuole costruito dal DoRS
- Collaborazioni del DoRS e del CPO (Gruppo Tecnico Antitabacco) nella progettazione di campagne di comunicazione.

Obiettivi:

1. promuovere una scuola libera dal fumo, quindi scuola come "ambiente favorevole per la salute";
2. promuovere l'informazione e la formazione del personale docente in tema di programmi didattici efficaci per la prevenzione del tabagismo;
3. promuovere uno stile di vita libero dal fumo nei contesti extrascolastici di aggregazione giovanile (associazionismo, ambienti sportivi, luoghi del divertimento, ecc.)
4. favorire la realizzazione di una rete territoriale fra la scuola e le strutture sociali e sanitarie interessate alla prevenzione, cura e controllo del tabagismo.

Attori coinvolti:

DoRS, Dipartimenti di Prevenzione, SerT, Consultori, RePES, MMG, operatori CAF,...

Enti locali, Ufficio Scolastico Regionale, Ufficio Scolastico Provinciale, ...

OED, CPO (Gruppo Tecnico Antitabacco), Associazioni di volontariato e privato sociale

Azioni:

1. realizzare programmi per la prevenzione del tabagismo nelle scuole:
 - inseriti nel Piano di offerta formativa (POF) e organici ad un percorso educativo integrato sulla promozione della salute e di stili di vita sani
 - concordati dal punto di vista della programmazione, della metodologia e del contenuto con l'Ufficio scolastico regionale e gli Uffici scolastici provinciali
 - gestiti prioritariamente dai docenti, riservando agli operatori socio-sanitari un ruolo di supporto tecnico
 - realizzati con la partecipazione attiva dei giovani ed il coinvolgimento delle famiglie
2. produrre Linee Guida per la promozione di un ambiente scolastico libero dal fumo
3. sensibilizzare gli studenti, il personale docente e non docente sull'opportunità di liberare dal fumo tutti gli ambienti scolastici compresi i cortili;
4. sensibilizzare il personale docente e non docente sul ruolo di esempio che possono svolgere nei confronti dei ragazzi per favorire la scelta di uno stile di vita libero dal fumo e promuovere la salute;
5. coinvolgere i genitori ad un ruolo educativo chiaro e responsabile contro il fumo;
6. promuovere nelle scuole la predisposizione di un regolamento interno per il controllo del rispetto del divieto di fumo e verificare l'effettivo rispetto del divieto attraverso azioni di vigilanza e controllo da parte dei soggetti preposti;
7. favorire programmi didattici, con obiettivi di tipo cognitivo emotivo e relazionale, tesi a favorire lo sviluppo di *life skills* e la scelta consapevole di stili di vita sani e liberi dal fumo;
8. attivare tavoli di coordinamento tra gli attori del territorio interessati per la realizzazione di azioni informative, formative, di monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione cura e controllo del tabagismo;
9. utilizzare gli eventi pubblici, in particolare la Giornata Mondiale senza Tabacco, per realizzare azioni di tipo informativo ed educativo come mostre, spettacoli, giochi, concorsi a premi, tesi a coinvolgere i giovani e la popolazione adulta sul tema della scelta a favore del non fumo;
10. favorire, d'intesa con la Direzione Scolastica Regionale e le Direzioni Scolastiche Provinciali, corsi di formazione rivolti al personale docente sul tema della prevenzione del tabagismo;
11. monitorare il consumo di tabacco fra i giovani attraverso apposite rilevazioni;
12. coinvolgere della comunità attraverso la costruzione di eventi "scuole aperte" (mostre, dibattiti, convegni, concorsi a premi, spettacoli ed eventi collegati alla scelta del non fumo)
13. favorire gli interventi realizzati non solo nelle scuole ma anche negli altri contesti di aggregazione giovanile (associazionismo, ambienti sportivi, luoghi del divertimento) valorizzando anche tutte le opportunità d'intervento offerte dagli "Sportelli" per i giovani (consultori ed eventuali altri servizi a loro dedicati)
14. realizzare campagne di comunicazione mirate a promuovere stili di vita sani e liberi dal fumo;

PROGRAMMA N. 2 - Assistenza e supporto alla disassuefazione

Stato dell'arte:

- gruppi attivi: CPO (Gruppo tecnico antitabacco), OED Piemonte, Gruppo di lavoro regionale di consenso per la redazione delle linee guida clinico-organizzative per la "Cessazione del fumo di tabacco"
- presenza di 30 CTT sul territorio di cui 14 aperti tra il 2004 ed il 2006, con 134 operatori impegnati in questi servizi
- redazione delle Linee guida clinico-organizzative per la "Cessazione del fumo di tabacco", pubblicate nel 2007 dalla Regione Piemonte
- avvio fase iniziale del progetto per la diffusione delle Linee Guida clinico organizzative per la cessazione del fumo di tabacco e la sperimentazione della riorganizzazione dei servizi e dei percorsi di disassuefazione
- bollettino "Fatti e cifre sul fumo di tabacco" a cura dell'OED Piemonte
- indagine conoscitiva realizzata dal Gruppo Tecnico Antitabacco del CPO sulle caratteristiche dei servizi di disassuefazione esistenti in Piemonte
- piano di Prevenzione Cardiovascolare

Obiettivi:

1. aumentare le competenze cliniche del MMG e degli altri operatori della salute rispetto al percorso di disassuefazione dal tabagismo;
2. potenziare il ruolo d'esempio svolto dal personale sanitario nel promuovere stili di vita sani (non fumare o comunque non fumare mai davanti agli utenti);
3. diffondere in ogni ambulatorio medico:
 - la registrazione dell'abitudine al fumo in cartella
 - la presenza di cartelli di divieto di fumo in ambulatorio
 - la disponibilità di materiale informativo sui danni da fumo/benefici del non fumare
 - la pratica del consiglio breve (*minimal advise*) a tutti i pazienti fumatori;
4. promuovere in ogni MMG e negli operatori della salute (specialisti delle patologie fumo correlate, ostetriche, infermieri, farmacisti, ecc.)
 - la conoscenza dell'offerta dei Servizi per la cessazione del fumo
 - la selezione e il sostegno del paziente ai fini dell'invio
 - la cogestione del paziente in trattamento e in *follow up*
 - il sostegno al paziente nella prevenzione della ricaduta;
5. promuovere l'*audit* sulla registrazione del dato fumo di tabacco nella popolazione assistita dal MMG, con monitoraggio annuale;
6. individuare e/o implementare in ogni Azienda Sanitaria almeno un Servizio deputato ad attività di diagnosi e cura del tabagismo secondo un approccio multidisciplinare integrato e basato sulle Linee Guida;
7. promuovere l'attività di consulenza, formazione e supervisione da parte del Servizio per la cessazione del fumo nei confronti di enti, servizi e operatori del pubblico e del privato sociale che intendono realizzare programmi per la disassuefazione dal fumo;

8. ricercare, ai fini della programmazione territoriale delle attività di disassuefazione dal fumo, la collaborazione della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e di altri organismi pubblici o del privato sociale che svolgano programmi di cura basati su prove di efficacia;
9. favorire l'accesso ai Servizi per la cessazione del fumo attraverso adeguati piani di comunicazione rivolti alla popolazione;
10. promuovere la relazione e il raccordo operativo del servizio per la cessazione con i soggetti della rete territoriale impegnati nel perseguire gli obiettivi di prevenzione, cura e il controllo del tabagismo;
11. svolgere attività di monitoraggio e valutazione dei programmi di contrasto del fumo complessivamente offerti dalla rete.

Attori coinvolti:

DoRS, RePES, SerT, operatori CAF, MMG, Pediatri Libera Scelta, operatori della prevenzione e altri operatori della salute (specialisti patologie fumo correlate, ostetriche, infermieri, farmacisti, ecc.), Referenti aziendali della rete HPH, OED, CPO (Gruppo Tecnico Antitabacco),...

Azioni:

1. realizzare corsi di formazione di base sul tabagismo rivolti ai MMGG e agli altri operatori della salute
2. promuovere l'azione dei MMG attraverso:
 - la definizione di un piano di comunicazione per il MMG (Carta dei Servizi, report periodici di aggiornamento sul tabagismo)
 - la ricerca di modalità informatizzate di registrazione del dato fumo in cartella
 - la diffusione di apposito materiale informativo sul tabagismo e di cartellonistica antifumo standard
 - lo sviluppo di protocolli di intesa con i servizi per la disassuefazione rispetto alla gestione del paziente tabagista
 - il sostegno con personale sanitario
3. definire con i MMG e con i servizi di prevenzione azioni di sensibilizzazione relativamente all'audit sulla registrazione del dato fumo di tabacco nella popolazione assistita e al monitoraggio annuale
4. Diffusione delle Linee Guida per promuovere la cessazione
5. Sostenere ogni azienda sanitaria nella creazione di un piano per la realizzazione o l'ampliamento del servizio per la cessazione e la realizzazione di una rete di operatori sanitari che promuova la disassuefazione
6. garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni offerte dai Servizi per la cessazione del fumo secondo le Linee Guida
7. curare l'aggiornamento e la formazione continua degli operatori dei Servizi sulle problematiche cliniche del paziente tabagista
8. realizzare protocolli e procedure operative tra il Servizio per la cessazione del fumo, i MMGG e gli altri operatori della rete per la consulenza e/o per la gestione integrata dei pazienti
9. svolgere, in collaborazione con i media locali, attività di informazione sul tabagismo volta a favorire l'accesso dei fumatori ai programmi di disassuefazione
10. attivare un sistema per la rilevazione e quantificazione dei costi per l'assistenza sanitaria ai pazienti affetti da patologie fumo correlate

11. produzione di report periodici relativi al monitoraggio e alla valutazione dei programmi per la cessazione del fumo complessivamente offerti dalla rete

PROGRAMMA N. 3: Controllo del fumo passivo - Luoghi di lavoro liberi dal fumo

Stato dell'arte :

- o gruppi attivi (WHP del DoRS, Gruppo Tecnico Antitabacco, Gruppo operatori della prevenzione.)
- o esperienze in alcune ASL piemontesi (progetto ASL 16 Mondovì, progetto ASL 7 Biella).
- o pubblicazione delle "Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo", maggio 2006, distribuite a tutti i portatori di interesse piemontesi.
- o sperimentazione delle "Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo" presso un'azienda privata.

Obiettivi:

1. favorire l'applicazione della normativa antifumo (L 3/2003) in tutti i luoghi di lavoro, pubblici e privati, ricercando la collaborazione attiva delle associazioni dei datori di lavoro e delle organizzazioni sindacali come evidenziato nelle Raccomandazioni;
2. inserire nella programmazione degli interventi di tutela e promozione della salute la tematica del fumo di tabacco come fattore di rischio
3. coinvolgere i Medici Competenti e le altre figure del sistema di prevenzione aziendale in programmi di prevenzione dei danni da fumo nei luoghi di lavoro come evidenziato nelle Raccomandazioni;
4. promuovere la cessazione negli ambienti di lavoro coinvolgendo gli attori previsti dalle Raccomandazioni e dalle LG: datori di lavoro, RLS, RSPP, CAF, Operatori della prevenzione Medici Competenti, Medici di Medicina Generale, ecc.
5. promuovere la messa in rete delle strutture sociali e sanitarie interessate alla prevenzione, cura e controllo del tabagismo nei luoghi di lavoro

Attori coinvolti:

- DoRS, Operatori CTT, Medici competenti, RePES, Operatori della prevenzione, MMG,...
- CPO, OED, ...
- parti sociali: Associazioni di categoria, Sindacati, ecc

Azioni:

1. effettuare attività di vigilanza e controllo sull'applicazione delle normative anti-fumo nei luoghi di lavoro nell'ambito delle competenze specifiche dei diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione;
2. realizzare e promuovere interventi informativi e di assistenza indirizzati ad aziende e lavoratori volti a promuovere la cessazione e a supportare il rispetto del divieto;
3. realizzare e promuovere la pratica del consiglio breve e del *counselling* antifumo in occasione delle visite mediche preventive e periodiche e per l'avviamento al lavoro dei giovani;
4. favorire l'inserimento nei programmi di formazione di RSPP e RLS degli argomenti di cui ai punti precedenti;

5. realizzare e promuovere iniziative di aggiornamento e formazione dei Medici Competenti e degli operatori dei Servizi di Prevenzione al fine di realizzare interventi di prevenzione, cura e controllo del tabagismo nei luoghi di lavoro;
6. creare e sostenere azioni di coordinamento, monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione, controllo e cura del tabagismo nei luoghi di lavoro

SOTTOPROGRAMMA 3 : Controllo del fumo passivo - “Ospedali e Servizi sanitari senza fumo”

Stato dell'arte :

- o gruppi attivi: WHP del Dors, Rete HPH, Gruppo tecnico Antitabacco;
- o esperienze in alcune ASL (ASL 5, ASL 8, ASL 19);
- o pubblicazione delle “Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo”, maggio 2006, distribuite a tutti i portatori di interesse piemontesi.;
- o indagini conoscitive sull'abitudine al fumo del personale sanitario

Obiettivi:

1. favorire l'applicazione della normativa anti-fumo negli Ospedali e nei Servizi Sanitari;
2. integrare l'applicazione delle normative inerenti il divieto di fumo con interventi educativi e di promozione della salute;
3. motivare il personale sanitario affinché adotti uno stile di vita libero dal fumo e realizzare condizioni atte a promuovere una cultura del non fumo negli Ospedali e nei Servizi Sanitari;
4. sensibilizzare gli utenti degli Ospedali e dei Servizi Sanitari sui danni da fumo e sui benefici conseguenti alla cessazione
5. integrare le attività di contrasto del tabagismo negli Ospedali e nei servizi sanitari con quelle svolte dai preposti alla tutela della salute e della sicurezza degli operatori sanitari (servizi di prevenzione e protezione, medici competenti, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza).

Attori coinvolti

- DoRS, RePES, operatori CTT, Medici competenti, MMG, Referenti aziendali della rete HPH.
 - CPO, OED.
 - Sindacati del settore sanitario

Azioni:

1. approntare un sistema di strumenti ed indicatori per la verifica dell'applicazione delle normative anti-fumo;
2. realizzare e promuovere iniziative informative (ad esempio, posters, pieghevoli, opuscoli di self-help da rendere disponibili nelle sale d'attesa) sui rischi connessi al fumo, sui benefici conseguenti alla cessazione e sulle modalità efficaci per smettere di fumare;
3. realizzare attività formative rivolte agli operatori sanitari per promuovere uno stile di vita libero dal fumo e la pratica del consiglio breve e del *counselling* antifumo;

4. responsabilizzare i Direttori delle strutture sanitarie affinché curino il rispetto del divieto di fumo e promuovano l'integrazione delle attività di contrasto del tabagismo nelle strutture di loro competenza;
5. attuare corsi di formazione del personale addetto alle funzioni di "agente accertatore" per un'ideale integrazione dei compiti sanzionatori ed educativi;
6. attivare, in collaborazione con i MMG, i Medici Competenti ed i Servizi per la cessazione del fumo, appositi percorsi terapeutici per favorire la cessazione del fumo tra il personale sanitario e tra i pazienti assistiti;
7. monitorare e valutare in rete i risultati degli interventi di prevenzione, controllo e cura del tabagismo.

B - STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEL PIANO

Il Piano si avvale della seguente struttura organizzativa:

- Commissione regionale
- Coordinamento aziendale
- Consulta "Piemonte libero dal fumo"
- Servizi di Supporto Tecnico

La Commissione regionale

E' composta da rappresentanti di Enti e Strutture che operano nell'ambito della prevenzione del tabagismo, ivi compresi tutti i Componenti dei Gruppi di Referenti/Pianificatori di ciascun Programma di cui al precedente capitolo; è presieduta dal Direttore della Direzione 20 o suo delegato ed è supportata sul piano amministrativo dalla stessa.

Sono individuati quali componenti della Commissione:

1. dott. Fabio Beatrice Direttore SOC Otorinolaringoiatria Ospedale G. Bosco ASL TO2
2. dott. Giuliano Bono Medico di Famiglia
3. dott.ssa M.Elena Coffano Coordinatore DoRS Regione Piemonte
4. dott. Andrea Dotti Direttore SPreSAL ASL TO 4
Referente programma CCM area Ambiente di lavoro
5. prof. Fabrizio Faggiano Responsabile Scientifico OED, Università Piemonte Orientale
6. dott.sa Livia Giordano Dirigente CPO Piemonte
7. dott.ssa Luciana Lazzarino Rete Regionale HPH
8. dott. Gaetano Manna Responsabile Settore Dipendenze Assessorato Regione Piemonte
9. dott.sa Tiziana Miroglio Referente programma CCM area Comunità
10. prof.ssa Germana Muscolo Referente programma CCM area Giovani
11. dott. Mario Nejrotti Referente programma CCM area Medici di Famiglia
12. dott.sa Lucia Occhionero Direttore Pneumologia Ospedale di Asti
Referente programma CCM area Centri Cessazione fumo
13. dott. Nereo Segnan Direttore CPO Piemonte
14. dott. Carlo Senore Dirigente CPO Piemonte
15. dott. M.Grazia Tomaciello Coordinatore RePES ASR piemontesi
16. dott.sa Elisabetta Versino Ricercatore Dipartimento Sanità Pubblica Università di Torino .

All'interno della Commissione regionale dovrà essere individuato un referente con compiti di coordinamento tecnico-organizzativo e di raccordo con la Direzione Sanità.

I **compiti della Commissione** sono i seguenti:

- il raccordo del PRAT con altri Programmi di prevenzione regionali ;
- l'individuazione, sulla base del quadro epidemiologico e scientifico attuale, delle priorità di intervento che
- saranno diffuse e discusse in sedi appropriate;
- l'indicazione di progetti -obiettivo relativi alle priorità identificate, secondo un'ottica di sperimentazione;
- il coordinamento degli interventi promossi dai diversi attori, al fine di assicurare il raggiungimento degli
- obiettivi fissati dal PRAT;
- la promozione della qualità degli interventi effettuati nell'ambito regionale attraverso la produzione di
- raccomandazioni di buona pratica;
- il suggerimento di interventi specifici, generali o mirati a particolari fasce di rischio;
- il monitoraggio dell'impatto delle iniziative e dell'andamento del fenomeno;
- la promozione della ricerca su efficacia, efficienza, rapporti costo/efficacia degli interventi anti-tabacco.

In particolare è di interesse per il PRAT la valutazione di risultati di interventi organizzativi volti a misurare:

- l'effetto di diversi sistemi di implementazione delle raccomandazioni a livello di specifiche aree
- professionali;
- la promozione della comunicazione ai cittadini e la collaborazione alla gestione dei rapporti istituzionali nazionali, internazionali con altre iniziative di lotta al tabagismo.

La Commissione può articolarsi secondo **sottogruppi di lavoro** anche aperti a contributi esterni. Per l'anno 2008 sono attivati i seguenti sottogruppi di lavoro:

Programma n.1 : Prevenzione del tabagismo rivolta ai giovani

Gruppo Referenti : COFFANO / MUSCOLO

Programma n.2 : Servizi per la cessazione del fumo

Gruppo Referenti OCCHIONERO / GIORDANO

Programma n.3 : Luoghi di lavoro liberi dal fumo / Ospedali e Servizi sanitari senza fumo

Gruppo Referenti : DOTTI / LAZZARINO

Il Coordinamento aziendale

Per l'attuazione degli indirizzi del Piano dovranno essere previste modalità di raccordo organizzativo tra le ASR e la Commissione regionale attraverso la costituzione di un coordinamento aziendale con i seguenti **compiti**:

- garantire una interfaccia strategico-operativa tra livello regionale e livello periferico;
- favorire la elaborazione progettuale condivisa di proposte per il livello regionale;
- facilitare la sperimentazione di percorsi innovativi;
- garantire processi integrativi con altre strategie locali di prevenzione;

- contribuire ai livelli di pianificazione locale della prevenzione e della promozione della salute fondati sulla
- corresponsabilità e la partecipazione;
- contribuire alle fasi di valutazione e monitoraggio del programma regionale.

La Consulta "Piemonte libero dal fumo"

E' composta da membri, individuati dalla Direzione della Prevenzione Regionale fra coloro che rappresentano realtà attive nella lotta anti-tabacco e coinvolte in iniziative di qualità : rappresentanti MMG, SerT, Centri Antifumo, Rete HPH, Associazioni no-profit, Dipartimenti di Prevenzione, Referenti per l'Educazione Sanitaria, Direzione Regionale del MPI, Centri di riferimento della Rete Regionale di Epidemiologia (OED-Piemonte, SSEPI, CPO).

I **compiti della Consulta** sono i seguenti :

1. suggerire aree e tipologie di intervento da inserire nel programma regionale ed approvare le integrazioni al PRAT su proposta della Commissione Regionale;
2. verificare l'attuazione delle iniziative attuate;
3. garantire il coordinamento interistituzionale e intersettoriale.

La Consulta si riunisce di norma due volte entro l'anno solare; può proporre l'eventuale costituzione di gruppi di lavoro ristretti su obiettivi definiti.

I Servizi di supporto Tecnico

A sostegno degli organismi sopraccitati forniranno il loro supporto tecnico i seguenti servizi:

- **Gruppo Tecnico Antitabacco** del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO Piemonte),
- il **Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute** (DORS) con compiti relativi a
- l'**Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze** (OED Piemonte) con compiti relativi a
 - selezione e progettazione di interventi efficaci
 - disegno e conduzione di studi di intervento
 - consulenza sul monitoraggio della efficacia degli interventi
 - consulenza sul sistema di sorveglianza
 - sorveglianza e monitoraggio epidemiologico
 - documentazione
 - sistema informativo e strategie di comunicazione
 - metodologie formative
 - metodologie del lavoro di rete

C - TEMPI di REALIZZAZIONE del PIANO

Il Piano Regionale per la prevenzione del tabagismo ha validità quinquennale.

D - MONITORAGGIO e VALUTAZIONE

Il Piano Regionale si avvarrà di strumenti di analisi e di flussi informativi appropriati per :

1. garantire un sistema di criteri ed indicatori di adeguata sostenibilità e flessibilità per la verifica del raggiungimento degli obiettivi (indicatori di efficacia, costo/efficacia, costo/beneficio e qualità);
2. garantire la sorveglianza della diffusione dell'abitudine al fumo, della relativa evoluzione entro popolazioni specifiche (per età, per classe sociale) e la sorveglianza del consumo di tabacco attraverso il monitoraggio delle vendite;
3. monitorare gli effetti sulla salute del fumo di tabacco sia in termini di morbosità che di mortalità;
4. sostenere il disegno e la conduzione di studi di efficacia.