

Mamme libere dal fumo: un programma di counselling ostetrico

Smoke-free moms: a programme for midwives' counselling

Sbrogiò Luca, Michieletto Federica, Latini Roberto, Padoan Mara, Ciot Elena, Gerotto Ivana, Villanova Maria Teresa

Abstract

Introduzione. In Italia, un bambino su due ha almeno un genitore fumatore; il 62% delle donne fumatrici cessa di fumare durante la gravidanza; dal 70 all'80% riprende a fumare dopo il parto; il numero delle giovani donne fumatrici è in aumento (circa il 20% fuma), un'uguale prevalenza è riscontrabile anche tra le donne che avviano una gravidanza. Tali dati, le attuali conoscenze scientifiche e le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, segnalano da tempo l'importanza di aiutare le donne in gravidanza a smettere di fumare e, soprattutto, a stabilizzare lo stato di astinenza oltre il parto, per il rispetto della salute propria e del bambino.

Materiali e metodi. Il programma nazionale di counselling ostetrico "Mamme libere dal fumo" ha lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico per il sostegno motivazionale alla disassuefazione ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale. Il programma è costituito da un percorso formativo specifico, azioni di monitoraggio e supporto professionale, valutazione.

Discussione. L'attività di counselling breve delle ostetriche è condotta in tutti i setting operativi, più facile nei servizi territoriali, sostenuta dal personale dirigente.

Conclusione. I dati ad oggi disponibili dimostrano l'accettabilità da parte del personale ostetrico e degli utenti nonché la fattibilità e sostenibilità nel tempo.

Parole chiave: fumo, counselling, ostetrica, mamma, gravidanza, bambino.

Abstract

Introduction. In Italy, one child over two has at least one parent who smokes, 62% of female smokers quit smoking during pregnancy; from 70 to 80% relapse after delivery; the number of young female smokers is growing (about 20% are smokers); the same percentage is smoking at the beginning of pregnancy. Taken together, these data the scientific knowledge, the Italian National Health Plan, urge to take action in order to help pregnant women to quit and those who quit to maintain abstinent.

Methods. The national programme of midwives' counselling "Smoke-free moms" aimed to form midwives in anti-tobacco counselling techniques, such as motivational cessation and follow-up of women and their families; in particular, women during pregnancy and puerperium were addressed. The programme consisted in tailored training, professional support, monitoring, and evaluation of effectiveness.

Discussion. Midwives' brief counselling is well conducted in all operative settings, but better in territorial setting; with the support of doctors and health managers.

Conclusion. Our data show the programme is well accepted by midwives and patients, feasible and sustainable.

Keywords: smoke, counselling, obstetrician, mother, pregnancy, child.

Introduzione

La donna costituisce un target privilegiato delle industrie del tabacco che, puntando sullo charme e sul segno di emancipazione che il fumo può rappresentare,

ad esse rivolge un'incessante pressione sia associando esplicitamente il prodotto alla donna sia favorendo la diffusione di una cultura ove la donna di successo e di classe sia una fumatrice. Di fronte a tale strategia di marketing, l'Organizza-

zione Mondiale della Sanità incoraggia e suggerisce iniziative di educazione e promozione della salute rivolte alle donne, affinché non inizino a fumare o, se fumano, affinché smettano (1). Ciò è particolarmente urgente qualora la

**Luca Sbrogiò,
Elena Ciot**
Servizio programmi regionali di sanità pubblica, dipartimento di prevenzione Az. ULSS7 Veneto

Federica Michieletto
Direzione regionale per la prevenzione - Veneto

Roberto Latini
Centro regionale per la prevenzione Veneto

M. Padoan
U.O. ginecologia e ostetricia Az. ULSS9 - Veneto

I. Gerotto
Consultorio familiare Az. ULSS7 - Veneto; Coordinamento regionale veneto Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Maria Teresa Villanova
Direttore tecnico MLF, Responsabile Comitato Fumo e Salute, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Veneto

donna fumatrice intenda avviare o stia conducendo una gravidanza. Per essa infatti, oltre ai rischi per la salute che condivide con tutti gli altri fumatori, vi sono situazione di rischio specifico dovute alla sua particolare condizione.

Infatti, già nel **periodo pre-concezionale** il fumo di tabacco incide negativamente sulla fecondità dell'uomo e della donna; le donne che assumono contraccettivi orali e sono forti fumatrici presentano un rischio 20 volte maggiore di sviluppare malattia tromboembolica. **In corso di gravidanza** il fumo è associato in modo statisticamente significativo ad aumento di complicanze (gravidanza extra uterina, aborto spontaneo, inserzione bassa della placenta, rottura precoce delle membrane, ecc.) e a numerosi effetti dannosi per il bambino tra i quali ridotto peso alla nascita, parto prematuro, mortalità perinatale e disturbi cognitivi. **Dopo la nascita** il fumo dei genitori, al quale i neonati ed i bambini sono esposti, provoca effetti dannosi per la salute, legati al fumo passivo. In particolare vi è correlazione con un'alta percentuale di bronchiti acute e di broncopolmoniti, di esacerbazioni di asma bronchiale e di otiti acute dell'orecchio medio (1, 2, 3).

I dati epidemiologici a disposizione (4) ci dipingono il seguente quadro:

1. il numero delle giovani donne fumatrici è in aumento in Italia (circa il 20% fuma). Un'uguale prevalenza è riscontrabile anche tra le donne che avviano una gravidanza;
2. in Italia il 62% delle donne fumatrici cessa di fumare durante la gravidanza (4);
3. di queste circa dal 70 all'80% riprende a fumare dopo il parto (5, 6);
4. circa il 50% dei bambini ha almeno un genitore fumatore.

L'insieme dei dati illustra un sistema contraddittorio che vede, a fianco del

gran numero di donne che cessano di fumare durante la gravidanza, un'alta percentuale che riprende dopo il parto, sullo sfondo di una popolazione di giovani donne fumatrici in numero sempre maggiore e un'esposizione elevatissima

biiettivo di tendere alla situazione in cui nessuna donna sia fumatrice in gravidanza, obiettivo ribadito con il successivo PSN 2003-2005. I dati epidemiologici suggeriscono inoltre che alle donne vada fornito un adeguato sostegno affinché quante smettono non riprendano dopo il parto.



dei bambini al fumo di tabacco anche in famiglia. Da ciò si evince l'importanza di una strategia educativa volta a favorire l'abbandono del fumo da parte della donna (e del partner) che intenda divenire mamma (e papà).

In questo contesto vi è dimostrazione di efficacia di appropriati programmi per la cessazione del fumo in gravidanza (8, 9). In particolar modo il **counselling breve**, cioè l'**azione strutturata a sostegno del cambiamento comportamentale** da parte di personale sanitario adeguatamente preparato, si è imposto per la sua relativa facilità, il basso costo e la grande efficacia [raccomandazione di grado A - (10)].

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha recepito l'urgenza di tale problematica assegnando alle Aziende Sanitarie l'o-

In Italia, in generale, il Sistema Sanitario (articolato nelle Aziende Sanitarie) e la rete sociale (formata da Associazioni di Volontariato, Ordini e Collegi professionali, Società Scientifiche, ecc.) presenta punti di forza tali da favorire l'avvio di progetti specifici. Il personale sanitario è prevalentemente formato da operatori sensibili e preparati. Nella fattispecie, i ginecologi ma soprattutto le ostetriche, che nel loro operato si trovano in una situazione di maggior vicinanza alla donna e al suo nucleo familiare, a partire dal partner, costituiscono il perno di qualsivoglia azione di sensibilizzazione e di counselling. I servizi offerti alla coppia, alla donna e successivamente al bambino permettono varie occasioni di incontro. La presenza di expertise nell'ambito

dello svolgimento di articolate azioni di promozione della salute, una consuetudine al lavoro intersettoriale (che mette insieme le capacità e le forze del servizio sanitario pubblico e del volontariato), la disponibilità di appropriato materiale utilizzabile per l'attività educativa e di counselling, contribuiscono alla fattibilità di tali progetti secondo modalità consolidate (10).

Per iniziativa della **Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Sezione Provinciale di Treviso** - in collaborazione con il Collegio delle Ostetriche della Provincia di Treviso e le **ASL provinciali**, nel 2001 si è inteso affrontare in via sperimentale questo grave problema di sanità pubblica, articolando un piano strutturato in più fasi:

1. sensibilizzazione, informazione e coinvolgimento nel progetto dei

ginecologi e delle ostetriche dei consultori e delle U.O. di ostetricia e ginecologia;

2. formazione delle ostetriche, in particolare quelle che conducono i corsi di preparazione al parto, ad attuare un counselling strutturato per l'abbandono dell'abitudine tabagica;
3. attivazione di corsi per smettere di fumare per le donne che chiedessero un maggiore sostegno, su segnalazione dei ginecologi o delle ostetriche, in particolare quelle impegnate nei corsi di preparazione al parto;
4. informazione dell'opinione pubblica, delle donne, degli opinion leaders di settore (medici di famiglia, ginecologi medici del lavoro, ecc.) e della società (testimonial da vari ambiti della società civile, giornalisti, politici, magistrati, direttori di aziende, sportivi, ecc.) sul problema, sulla strategia educativa in atto e sulla ricaduta in termini di salute.

Per interessamento della **Consulta Nazionale Femminile di LILT**, il programma sperimentale ha assunto dimensione nazionale nel 2002. La **Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori** e la **Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO)** hanno unito il loro impegno e la loro rispettiva esperienza nel campo della prevenzione del tabagismo e dell'assistenza alla donna per offrire un aiuto concreto ed efficace alle donne (Accordo del 10 luglio 2002). Nasce così il programma nazionale di counselling ostetrico "Mamme libere dal fumo", con lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico, per il sostegno motivazionale alla disassuefazione ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale.

La LILT ha prodotto i materiali necessari allo sviluppo del programma (il manuale per gli operatori, l'opuscolo per le famiglie, il bindello per la cameretta del bambino) e curato la distribuzione a tutte le Sezioni Provinciali LILT in ragione proporzionale ai nati. Dal 2003 si è aggiunto l'impegno istituzionale della **Regione del Veneto** che, nella cornice

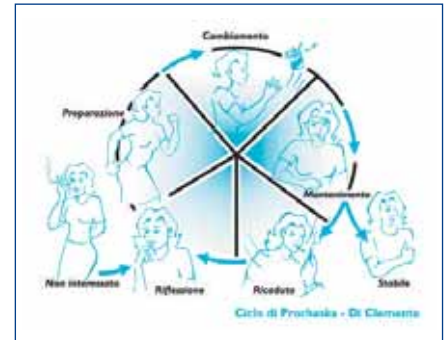
della propria politica di lotta al tabagismo, identifica nel controllo dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico, attraverso l'impegno delle ostetriche e delle articolazioni organizzative (prevalentemente Unità Operative di Ginecologia e Ostetricia e Consultori Familiari dei Distretti), una fondamentale azione strategica. In tale contesto, la Direzione Regionale per la Prevenzione della Regione Veneto ha prodotto i materiali aggiuntivi di seguito illustrati. **In particolare l'esperienza veneta ha permesso di testare la fattibilità di un percorso di implementazione locale del progetto evidenziando i punti di forza e le criticità connesse.**

Materiali e metodi

Lo sviluppo regionale Veneto del progetto ha seguito i seguenti step:

- forte *commitment* istituzionale con inserimento del progetto MLF nella strategia antifumo della Regione del Veneto e coinvolgimento organizzato di tutte le Az. ULSS e Ospedaliere;
- definizione di un adeguato finanziamento specifico (40.000 €/anno per tre anni) finalizzato alla produzione materiali aggiuntivi e allo start up delle Az. ULSS e ospedaliere (per formazione e incentivi al personale);
- attività di formazione del personale impegnato nelle attività di counselling;
- studio di fattibilità, monitoraggio e valutazione.

La Direzione Regionale per la Prevenzione del Veneto ha organizzato, in collaborazione con il Coordinamento Regionale LILT ed i Collegi Provinciali delle Ostetriche, l'identificazione e la formazione di 75 ostetriche "formatrici" nel trimestre ottobre-dicembre 2003 (altre 4 ostetriche erano state formate nel mese di marzo nell'ambito di una attività formativa nazionale organizzata dalla FNCO a Roma). Queste ostetriche formatrici, nel corso del biennio 2004-2005, hanno avviato il percorso per la formazione delle rimanenti colleghe venete (circa 800 di cui ostetriche del SSR: 550). Nel corso dell'anno 2004 e nel primo trimestre 2005, di pari passo con la formazione, si è proceduto all'attività di counsel-



ling con la consegna dei materiali educativi alle donne ed il monitoraggio del programma.

Il programma ha inoltre attribuito un ruolo centrale al "referente tabacco" delle Az. ULSS e Ospedaliere al fine di:

- favorire i percorsi aziendali per la formazione;
- favorire l'accettazione del programma da parte dei Responsabili delle U.O. coinvolte (Consultori familiari e Reparti di Ostetricia e Ginecologia);
- favorire le azioni inerenti il monitoraggio e la valutazione;
- rendere disponibili i materiali formativi ed educativi;
- favorire l'interessamento dei media.

Formazione

La formazione delle formatrici è stata condotta con moduli di una giornata e mezza, fornendo contenuti epidemiologici, etio-patogenetici, tecniche di counselling, modalità di monitoraggio e valutazione, normativa. È stato consegnato il seguente materiale:

1. La guida nazionale al counselling per il personale ostetrico

La guida al counselling per il personale ostetrico (11), rielaborazione della guida al counselling breve del personale infermieristico pubblicata dal Centro di Educazione alla Salute della Regione del Veneto (12), finalizzata al tema del controllo del tabagismo in gravidanza, puerperio e, più in generale, nella vita della donna raccoglie l'esperienza maturata nel campo del counselling antitabagico condotto da Medici di Medicina Generale nel Veneto (13-16) e dei "corsi per smettere di fumare" delle Az. ULSS regionali (17). Essa ha l'obiettivo di fornire al personale ostetrico un idoneo supporto metodologico per lo svolgimento di un'effica-

ce attività di counselling antitabagico con tutte le donne assistite, ma con una particolare attenzione al momento in cui esse stanno conducendo una gravidanza. La guida si compone di due parti. Nella **prima (Come aiutare le mamme a smettere di fumare)**, per meglio comprendere la natura dell'intervento condotto, viene brevemente presentata una definizione operativa di counselling con alcuni riferimenti alla sua efficacia, in modo particolare riferito al counselling antitabagico. Vengono successivamente definite le peculiarità del counselling ostetrico e presentate le fasi nelle quali si articola un intervento efficace di disassuefazione dal fumo.

Le fasi per aiutare a smettere di fumare sono analiticamente trattate a partire (**fase 1**) dalla creazione di ambienti sani liberi dal tabacco (innanzitutto i servizi sanitari ma anche l'abitazione della donna ed il suo ambiente di lavoro). Le 5 fasi successive descrivono gli impegni del personale ostetrico con particolare riferimento a:

- identificazione delle donne fumatrici;
- raccomandazione a tutte le fumatrici di smettere;
- definizione con il paziente di una data precisa per smettere di fumare;
- attività di consiglio e distribuzione di valido materiale informativo;
- sostegno e follow-up.

Per ognuna delle 6 fasi sono indicati esempi concreti e suggerimenti per un efficace counselling in diverse situazioni ed ambiti di svolgimento della propria attività professionale. La prima parte si chiude con un breve accenno a semplici modalità per una valutazione dell'efficacia dell'intervento, sufficienti ad accertare il buon andamento dell'iniziativa educativa.

La **seconda parte (Per saperne di più)** riporta:

- alcuni dati epidemiologici, utili per inquadrare il problema del tabacco "al femminile" e nell'ottica della donna in gravidanza;
- alcune informazioni essenziali sulle interazioni fumo - salute e la presentazione dei principali danni alla salute della madre e del bambino che il tabacco comporta, utili per un approc-

cio consapevole e razionale al problema;

- la psicologia della donna in gravidanza, conoscenza indispensabile per favorire l'attività di counselling antitabagico;
- indicazioni in merito ai corsi per smettere di fumare, intervento di secondo livello utile per completare il quadro dell'offerta di servizi a favore della donna in gravidanza e nel puerperio qualora esistano problemi correlati all'abitudine tabagica non risolvibili nell'azione di counselling;
- indicazioni riguardanti le norme legislative a tutela delle persone esposte al fumo ambientale.

Alla guida è aggiunta un'appendice con un elenco di **indirizzi utili**, un **questionario per le donne** e la **bibliografia** che concludono la guida.

Materiali regionali per le formatrici

Con il **cd-rom "Mamme libere dal fumo. Guida al counselling ostetrico"** e con ulteriore materiale didattico in cartaceo, è proseguito lo sviluppo del programma rendendolo esaustivo ai fini della preparazione delle ostetriche in formazione. Esso contiene, oltre al kit formativo (kit esteso) utilizzato per la formazione delle prime 75 ostetriche del Veneto, un kit formativo (kit ridotto) che permette alle ostetriche formatrici di formare le proprie colleghe. Per maggior completezza, nel cd-rom sono presenti altri materiali didattici quali:

- una scheda dedicata al role play;
- una scheda dedicata alle abitudini al fumo di tabacco nel Veneto;
- il test di gradimento E.C.M.;
- il test di valutazione E.C.M.;
- le schede per il monitoraggio dell'attività di counselling;
- un aggiornamento con le ultime novità legislative per il controllo del tabagismo.

L'attività formativa rivolta a tutte le ostetriche prevede un percorso minimo di 4 ore, espandibile a sei-otto sulla base della disponibilità locale.

Azioni di Counselling

Come descritto nella guida al counselling, esso si attua in 6 fasi. Tali fasi vengo-

no attuate nel veneto anche con l'utilizzo di materiali aggiuntivi, in particolare:

1. Creazione di un ambulatorio libero dal fumo (fase 1)

Un **poster** ed una **locandina** segnalano le Unità Operative aderenti al programma di counselling ostetrico in modo da informare le assistite sull'attività preventiva e favorire il colloquio con l'ostetrica.

2. Dopo l'identificazione delle donne fumatrici (**fase 2**), si raccomanda a tutte le fumatrici di smettere (**fase 3**) con definizione assieme al paziente di una data precisa per smettere di fumare (**fase 4**), suggerendo alcune strategie per fronteggiare il desiderio di riprendere a fumare e distribuendo valido materiale informativo (**fase 5**). Nello specifico viene distribuito:

- **l'opuscolo informativo per le famiglie.** Nell'evidenza che non vi è ancora la necessaria conoscenza del rischio per la salute che il fumo rappresenta per il feto ed i bambini, il personale ostetrico illustra alle assistite un opuscolo informativo per le famiglie affinché riescano ad approfittare di questo periodo, così favorevole al cambiamento comportamentale, per allontanarsi definitivamente dalla sigaretta, creando un ambiente sano e un'aria pulita per il loro bambino.
- **il bindello** tipo il "Non disturbare" in uso negli hotel, che costituisce un reminder per richiamare il rispetto (almeno) della cameretta del neonato da parte dei fumatori eventualmente presenti in casa. L'efficacia dei reminder è amplificata nel Veneto dalla consegna a tutte le neo-mamme di un **bavaglino** con la scritta "Nato libero dal fumo". E' sotteso l'impegno di tutti a mantenere lo stato di benessere del neonato evitandogli l'esposizione al fumo passivo ambientale.

3. Sostegno e follow-up (fase 6) viene garantito dallo stesso personale anche con la possibilità di contatto telefonico. Qualora l'utente passi ad altro operatore, l'uniformità della formazione ottenuta garantisce la continuità assistenziale specifica. Nel caso di richiesta da parte del paziente o di manifesta necessità/beneficio di altro livello assistenziale, l'operatore invia al secondo livello ove disponibile.

DONNE CONTATTATE				
Setting	meno di 10	11-25	26-50	più di 50
ricovero	85%	10%	5%	0%
ambulatorio	19%	10%	57%	14%
corsi	33%	22%	22%	22%

Tabella 1: Ambiente e numero di donne contattate.

Monitoraggio

Obiettivi:

- verificare in quali setting risulta maggiormente applicabile il counselling;
- valutare il tempo medio dedicato all'attività di counselling;
- misurare l'accettabilità del progetto nel setting di applicazione;
- valutare l'utilità del corso di formazione per lo svolgimento dell'attività pratica;
- raccogliere le principali indicazioni sulle difficoltà incontrate.

Per valutare gli obiettivi è stato somministrato alle ostetriche formatrici (75) un questionario strutturato, dopo due mesi di attività di counselling seguita al termine dell'attività formativa.

Sono stati inoltre testati in 4 Aziende Sanitarie una scheda per la rilevazione dell'attività ed il relativo data-entry, con la duplice funzione di integrazione alla cartella ostetrica e strumento di raccolta dati ai fini della valutazione di efficacia.

Discussione

Hanno risposto al questionario 55 ostetriche (tasso di risposta 73%). Nei due mesi di attività monitorati (gennaio e febbraio 2004) le ostetriche hanno svolto l'attività di counselling con 1617 donne.

In merito agli obiettivi definiti, si riportano di seguito i principali dati rilevati.

In quali setting risulta maggiormente applicabile il counselling

Il 36% delle ostetriche intervistate ha

	interesse	indifferenza	opposizione
responsabile	73%	25%	2%
ostetriche	71%	25%	4%
altre figure	57%	41%	2%

Tabella 2: Atteggiamenti delle figure professionali informate del programma dall'ostetrica formatrice.

svolto prevalentemente l'attività di counselling mentre la donna era ricoverata in ospedale, il 38% durante un contatto in ambito ambulatoriale (consultorio o divisionale), il 16% durante il corso di preparazione al parto, le restanti durante la visita domiciliare.

Il numero di donne contattate varia molto a seconda dell'ambiente nel quale si integra l'attività: durante il ricovero ospedaliero, la maggior parte delle ostetriche è riuscita a contattare meno di 10 donne, mentre in ambito ambulatoriale l'attività si allarga ad un maggior numero di donne (tabella 1).

Tempo medio dedicato all'attività di counselling

Il 60% delle ostetriche ha dedicato in media dai 5 ai 10 minuti per l'attività di counselling (figura 1), compatibile con gli obiettivi del programma (sviluppo di counselling breve). Nei diversi ambiti, il tempo dedicato rimane mediamente lo stesso. Il 40% delle ostetriche ha avuto con la stessa donna almeno un colloquio successivo al primo.

Accettabilità del progetto nel setting di applicazione

L'implementazione del programma necessita del sostegno dei dirigenti e della collaborazione dei colleghi nonché, ovviamente, della coerenza comportamentale. Era preoccupazione delle ostetriche, raccolta durante l'attività di formazione, di non ottenere in particolare il sostegno dei dirigenti, preoccupati di una riduzione delle attività ordinarie. I dati riportati

hanno rivelato una dimensione incoraggiante in termini di interesse e sensibilità sul tema (tab. 2).

L'interesse dimostrato al progetto è stato maggiore in ambito ambulatoriale (89% dei responsabili e il 70% delle altre figure professionali). In ambito ospedaliero è stato alto l'interesse espresso dai dirigenti responsabili, minore quello del personale non ostetrico (47%). Le colleghe ostetriche hanno dimostrato interesse maggiormente in ambito ospedaliero.

Utilità del corso di formazione per lo svolgimento dell'attività pratica

Il 64% delle ostetriche ha ritenuto che il corso formativo e la guida abbiano fornito loro le competenze pratiche necessarie allo svolgimento dell'attività di counselling. Le ostetriche che hanno praticato in ambito ospedaliero hanno denunciato la necessità di maggiori competenze pratiche. Ciò è stato messo in relazione, nel corso di incontri avuti con le ostetriche formatrici, al poco tempo disponibile in ambito ospedaliero, alla prevalente difficoltà di rivedere la paziente in tempi successivi e alla relazione con fatti clinici specifici. Tali situazioni infatti richiedono tempismo nell'indicare possibili strategie efficaci nell'ambito del counselling e specificità delle indicazioni al caso clinico oggetto del ricovero.

In generale inoltre sono segnalate carenze formative nel fronteggiare le "resistenze" e, all'opposto, nel favorire il prolungamento dell'astinenza di chi ha già smesso spontaneamente.

Principali indicazioni sulle difficoltà incontrate

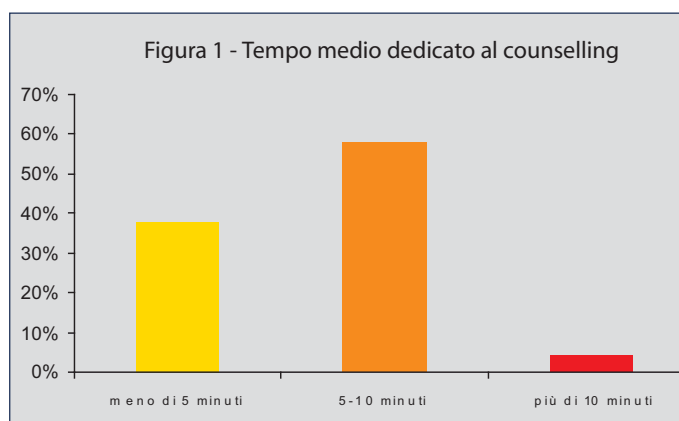
Difficoltà di tipo relazionale

- Persone ostili, atteggiamenti difensivi e rigidi;
- Difficoltà a gestire le resistenze delle forti fumatrici;
- Scarsa privacy, soprattutto nell'ambiente ospedaliero.

Altre difficoltà

- Difficoltà di non poter offrire colloqui successivi al primo
- Dare continuità al progetto (aspetti organizzativi)

E' stata inoltre fatta una preliminare valutazione qualitativa sull'utilizzo della scheda di rilevazione dell'attività e del



data entry. Si è evidenziata la fattibilità della compilazione della scheda, anche nella parte di compilazione "libera" (strategia suggerita per smettere, difficoltà incontrate nel colloquio), utile allo stesso operatore e/o ad altri successivamente intervenuti nel percorso assistenziale per proseguire l'attività di counselling specifico. Per quanto riguarda l'inserimento dei dati nel data entry, il tempo medio richiesto dalla prima registrazione della donna è di circa 2 minuti, compatibile per la gestione del follow-up della paziente e con le successive finalità di monitoraggio e valutazione di efficacia.

Conclusioni

Lo sviluppo del programma nel Veneto è in rapida crescita. L'attività formativa ha già raggiunto in poco più di un anno oltre 350 ostetriche per concludersi nell'anno in corso (tab.3). L'esperienza veneta ha anche il merito di aver focalizzato con chiarezza le criticità tecnico-scientifiche ed organizzative centrali di tale attività come di seguito presentate:

- stabilizzazione dell'innovazione, rendendo permanente il counselling del personale ostetrico nell'ambito dell'ordinaria attività, evitando iniziative caratterizzate dalla sporadicità e legate alla buona volontà del personale e/o a forme estemporanee di finanziamento.
- mantenimento dell'astensione spontanea: identificazione delle più efficaci strategie per rafforzare le motivazioni per il mantenimento dell'astensione, rendendola permanente, anche alla luce dell'entità di tale fenomeno che ne costituisce l'elemento distintivo rispetto agli altri fumatori. A tal fine i momenti critici di ripresa dell'abitudi-

ne, costituiti dal momento successivo al parto e all'inizio dello svezzamento (cessazione dell'allattamento al seno), vanno affrontati in modo specifico ed innovativo;

- invio al "secondo livello":

il counselling breve descritto è un intervento di assistenza primaria e come tale caratterizzato da bassa efficacia ma di alto impatto in termini di sanità pubblica in quanto applicato su un'ampia popolazione. L'invio ad un secondo livello, quando presente, va posto in relazione al gradimento dell'utente, al costo-beneficio per il paziente e per il nascituro in termini di sicurezza ed efficacia, alla reale possibilità di intervento terapeutico, alla sostenibilità organizzativa. L'esperienza veneta dimostra che l'assistenza primaria può svolgere a pieno le proprie enormi potenzialità, cosa che risulta auspicabile anche nell'interesse clinico ed organizzativo;

- terapia farmacologica in gravidanza/

allattamento: pur costituendo un problema marginale in quanto i dati disponibili sostengono un tasso di cessazione spontaneo enorme (62% nazionale, 82% Veneto - ISTAT), in assenza di indicazioni certe in merito alla sicurezza ed efficacia della terapia farmacologica per la cessazione in donne in gravidanza ma in presenza di autorevoli pareri che ne danno indicazione in una logica di "male minore" rispetto al fumo di tabacco, resta aperto il dibattito scientifico e, di conseguenza, non si ritiene che possano costituire attualmente raccomandazioni operative per gli operatori sanitari non clinici (18, 19, 20).

Scenario

Con le stesse modalità qui descritte il programma MLF è attivato nelle Regioni che hanno già ufficialmente contattato la Direzione Scientifica (Friuli Venezia-Giulia, Calabria, Sardegna). Altri contatti sono in corso con la Regione Lombardia, l'Emilia-Romagna e la Sicilia. Oltre a tali iniziative regionali, alcune iniziative di livello provinciale sono state avviate in diverse altre parti d'Italia (tab. 4). Tale vasto movimento ha già interessato anche l'International Network Women Against Tobacco (INWAT) - Europe che ha inteso fornire il

CORSI NEL VENETO

Azienda ULSS	2004	2005	ALTRO
Az. ULSS 1 Belluno		X	
Az. ULSS 2 Feltre		X	
Az. ULSS 3 Bassano del Grappa			X
Az. ULSS 4 Alto Vicentino	X		
Az. ULSS 5 Ovest Vicentino		X	
Az. ULSS 6 Vicenza	X		
Az. ULSS 7 Pieve di Soligo		X	
Az. ULSS 8 Asolo	X		
Az. ULSS 9 Treviso			X
Az. ULSS 10 San Donà di Piave			X
Az. ULSS 12 Veneziana	X		
Az. ULSS 13 Mirano	X		
Az. ULSS 14 Chioggia	X		
Az. ULSS 15 Alta Padovana	X		
Az. ULSS 16 Padova	X		
Az. Ospedaliera PD	X		
Az. ULSS 17 Este		X	
Az. ULSS 18 Rovigo	X		
Az. ULSS 19 Adria	X		
Az. ULSS 20 Verona	X		
Az. ULSS 21 Legnago	X		
Az. ULSS 22 Bussolengo	X		
Az. Ospedaliera VR			X

Tabella 3: Corsi di formazione attivati nelle Az. ULSS e Ospedaliere del Veneto

CORSI SVOLTI IN ITALIA		
REGIONE	ENTE ORGANIZZATORE	Provincia
Piemonte	ASL 22 – Acqui Terme, Novi Ligure, Ovada	Alessandria
	ASL 20 – Alessandria Tortona	Alessandria
	ASL – Asti	Asti
	ASL – Biella	Biella
	Ordine dei Medici chirurghi odontoiatri	Novara
Lombardia	ASL – Mantova	Mantova
	LILT	Milano
	ASL – Pavia	Pavia
	ASL – Varese	Varese
Friuli Venezia Giulia	ASS – Palmanova	Udine
	ASS – Trieste	Trieste
Puglia	ASL – Bari	Bari
Calabria	ASL – Locri	Reggio Calabria
Sardegna	Collegio Ostetriche – LILT	Cagliari

Tabella 4: Corsi di formazione MLF in Italia

proprio patrocinio all'iniziativa preventiva e ne segue gli sviluppi.

Il programma è dunque in via di strutturazione in diverse realtà regionali. La LILT garantisce il supporto di volontari e professionisti per le ulteriori necessità di sviluppo del programma; i Collegi Provinciali delle Ostetriche si sono resi disponibili per facilitare i percorsi organizzativi, favorire la motivazione del personale ed identificare le modalità di

implementazione locale più idonee; i Sistemi Sanitari Regionali e le ASL sostengono l'attività formativa e rendono disponibile il personale per l'attuazione del counselling. Tale sinergia rende possibile il progressivo coinvolgimento nazionale di tutte le ostetriche (circa 16.000 in Italia) e, loro tramite, il raggiungimento di tutte le donne in gravidanza, delle loro famiglie ed, infine, tutte le donne che si rivolgono all'assistenza

ostetrica. L'uniformità dello sviluppo del programma nel territorio nazionale, la coerenza scientifica ed organizzativa, il monitoraggio in progress e la valutazione finale sono garantite dalla direzione tecnico-scientifica operante presso la Lega Tumori di Treviso e la Direzione Regionale per la Prevenzione del Veneto. Un ulteriore progresso potrà essere costituito dall'inserimento del programma di formazione al counselling nel corso di laurea breve per ostetriche.

Sostenendo ed organizzando l'impegno delle Sezioni Provinciali LILT, delle ostetriche, delle articolazioni regionali del Sistema Sanitario Nazionale e del privato accreditato, esistono tutti i presupposti per ottenere nei prossimi anni una grande diffusione del programma, con effetti sulla salute dei bambini importanti e misurabili. L'impegno è molto oneroso sia in termini economici che di personale coinvolto. Ciò che rende più lieve la fatica è la certezza di offrire un grande contributo per la promozione della salute nel nostro Paese su di un tema, quello del tabagismo, che continua a rappresentare la più grave epidemia in atto.

Bibliografia

- Samet J. M., Yoon SY, "Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21st Century", The World Health Organization, 2001, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=71>.
- Women's health, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=49>.
- International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=50>.
- ISTAT, "Aspetti della vita quotidiana 1999", Statistiche in breve, aprile 2001.
- Sexton M and Hebel JR: A clinical trial of change in maternal smoking and its effect on birth weight. JAMA 1984; 251: 911-915.
- British Medical Association, "Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health", 2004.
- Lumley J, Oliver S., Waters E., "Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy" - (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
- Klerman L.V., Rooks J.P., "A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking", J Nurse-Midwifery 1999; 118-123.
- Moner S.E., "Smoking and pregnancy". In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 26-36.
- Sbrogiò L., Tamang E., (a cura di), Atti convegno "Fumo: nuovi protagonisti e nuovi metodi per il controllo dell'epidemia. Come sviluppare capacità di leadership e costruire alleanze nella comunità per la lotta al fumo di tabacco" - Pordenone, gennaio 2002.
- Sbrogiò L., Rossato Villanova M.T., (a cura di), Mamme libere dal fumo. Guida al counselling ostetrico - Roma, 2003.
- Zannoni F., Sbrogiò L., "Come aiutare i pazienti a smettere di fumare. Guida per il personale infermieristico", Padova 1993.
- Zannoni F., Mamon J., Pilati G., "Come aiutare i pazienti a smettere di fumare. Guida per i medici di medicina generale", Regione del Veneto, Centro di educazione alla salute, Padova, 1992.
- Busa F., De Pieri P., Pianon G., Sbrogiò L., Tamang E., Toffanin R., Vianello S., "Come aiutare i pazienti a smettere di fumare - manuale per la realizzazione del progetto di counselling", Regione del Veneto - Centro di educazione alla salute, Padova 1996.
- Pilati G., Tamang E., Sbrogiò L., Michieletto F., "Il Counselling dei Medici di Medicina Generale per aiutare i pazienti a smettere di fumare", in abstract book "Quality assessment in health promotion and health education: 3rd European Conference on Effectiveness", Regione Piemonte e International Union for Health Promotion and Education - Italia Committee for Health Education, Torino 1996.
- Pilati G., Tamang E., Sbrogiò L.G., "An intervention to reduce smoking habits in the population through counselling from the general practitioner (g.p.) carried out in Padua (Italy)", in Maluccio A. N., Canali C., Vecchiato T., "Outcome-based evaluation in child and family services - cross national perspective", New York (USA), Aldine de Gruyter - March 2002.
- Cerrato V., Giacomini M. A., Madera P., Milani L., Veggian C., Nicoletti C., Sbrogiò L., Tomas I., Verzolatto N., "Corsi per smettere di fumare - linee guida per il conduttore", Regione del Veneto - Centro di educazione alla salute, Padova 1996.
- Benowitz N., Nicotine replacement therapy during pregnancy, JAMA 1991; 266(22): 1033-1941.
- Fiore M.C., Bailey W.C., C S.J. et al., "Reating tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline, US Department of Health and Human Services, Public Health Service. AHRQ Publication N°00-032, June 2000.
- "Helping pregnant women quit smoking: progress and directions", Nicotine & Tobacco Research, Volume 6, Supplement 2 (April 2004).