

In Rete per un ambiente sanitario senza fumo: il coinvolgimento degli operatori sanitari per il controllo del fumo di tabacco

Smoke-free health environments network: involving health practitioners for tobacco control

Cristiano Piccinelli, Alessandro Coppo

Riassunto

Introduzione: alcune indagini hanno fatto emergere come nelle strutture sanitarie il divieto di fumo non sia adeguatamente rispettato e che la percentuale di operatori sanitari che fumano (sia donne che uomini) sia più alta rispetto a quella calcolata per la popolazione generale italiana. Il divieto di fumo negli ospedali, negli ambulatori e in tutti i luoghi di lavoro nell'ambito delle aziende sanitarie è strategicamente importante per una struttura il cui scopo è curare e garantire la salute del cittadino.

Materiali e Metodi: l'iniziativa qui presentata ha l'obiettivo di facilitare la realizzazione di attività di contrasto del fumo all'interno di strutture sanitarie, attraverso l'attivazione e il sostegno di forme di partecipazione degli operatori sanitari. Il progetto ha preso avvio nel maggio 2012 da una collaborazione tra Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, la Rete regionale Health Promoting Hospital e il Centro Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte. Attraverso l'organizzazione di percorsi formativi, sono stati realizzati materiali operativi e una campagna di comunicazione. Inoltre, mediante un'azione di progettazione partecipata, è stato innescato un processo di coinvolgimento e di attivazione degli operatori di alcune aziende sanitarie del Piemonte e della Valle d'Aosta, al fine di avviare policy antifumo e strategie coordinate di contrasto del tabagismo.

Risultati: hanno aderito al progetto 14 aziende sulle 19 presenti sul territorio. Ogni azienda ha costituito un gruppo di lavoro ad hoc e ha realizzato un'analisi del problema nella propria organizzazione, iniziando a definire un regolamento specifico volto a controllare il fumo nel proprio ambiente, attraverso azioni di promozione del divieto e l'offerta di programmi per smettere di fumare indirizzati agli operatori.

Discussione: il progetto è stato in grado di orientare e organizzare le risorse per il contrasto del tabagismo già presenti all'interno delle singole realtà e di creare sinergie tra le aziende. La strategia adottata può costituire un modello per affrontare altri comportamenti a rischio nel setting sanitario.

■ **Parole chiave:** fumo, operatori sanitari, lavoro di rete.

Abstract

Introduction: Some surveys showed that the smoking ban in healthcare facilities is not adequately enforced. It also appeared that the proportion of health professionals who smoke (both women and men) was higher than general population. Smoking ban in the hospitals is strategically important, since these organizations aim not only at providing care but also at ensuring citizen's health.

Methods: the objective of this project is to facilitate the activation of smoke-free policies in healthcare facilities in Piedmont and Valle d'Aosta. Activities started in May 2012 through the collaboration of the Cancer Care Network of Piedmont and Valle d'Aosta, the Regional Network of Health Promoting Hospital (HPH) and the Reference Center for Cancer Epidemiology and Prevention in Piedmont (CPO Piemonte).

Training courses were organized during the project aimed at define an action plan, develop a communication campaign, and involve health practitioners in order to activate anti-smoking policies.

Results: 14 out of 19 hospitals and local health units of the Piedmont Region joined the project. Each organization established a working group and carried out a context analysis to define a tobacco policy that included ban enforcement and the offer of smoking cessation programs.

Discussion: the project was able to guide and reorganize resources currently available in the organizations and to stimulate synergies. The strategy adopted could be a model for contrasting risk behaviours in the healthcare settings.

■ **Keywords:** smoking, health practitioners, networking.

Cristiano Piccinelli

✉ cristiano.piccinelli@cpo.it

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

Alessandro Coppo

Dipartimento di Medicina Traslazionale - Università Piemonte Orientale

Introduzione

Il fumo di sigaretta è considerato la principale causa di malattia e di morte prevenibile nei Paesi industrializzati [1]. In Italia nel corso degli ultimi anni la prevalenza dei fumatori è calata anche se si è mantenuto un divario tra le diverse fasce socioeconomiche [2]. Risale a 40 anni fa la legge italiana (n. 584 dell'11 novembre 1975) che sanciva, nello specifico, il divieto di fumare negli ospedali e nelle scuole. Una ricerca del 2008 condotta in alcuni ospedali italiani ha fatto emergere come nelle strutture sanitarie il divieto di fumo non fosse quasi per nulla rispettato. Oltre alle politiche basate sull'innalzamento dei prezzi dei prodotti del tabacco, le principali strategie per promuovere la cessazione fanno leva sull'attivismo degli operatori sanitari. Prerequisito di queste azioni è che gli operatori siano loro stessi non fumatori, ovvero soggetti credibili agli occhi dei pazienti e in generale della popolazione. Sempre dalla stessa indagine risultava però che la percentuale di operatori sanitari che fumavano (sia donne che uomini) fosse addirittura doppia rispetto a quella calcolata per la popolazione generale italiana nello stesso anno [3]. Emergeva dunque in modo preoccupante come chi lavorava negli ospedali fumasse più del resto della popolazione e lo facesse anche durante l'orario di servizio. A conferma di questi dati un'indagine condotta mediante questionari tra i dipendenti dell'AOU San Giovanni Battista di Torino nel 2010 ha rilevato come la metà (55%) dei lavoratori dell'ospedale dichiarasse che il divieto di fumo non fosse rispettato e almeno il 18% lamentasse di essere stato esposto al fumo passivo in alcune aree all'interno della struttura. Si trattava in entrambi i casi di rilevazioni realizzate dopo l'introduzione della legge Sirchia che pure ha prodotto negli italiani un cambiamento nella percezione del rispetto del divieto nei luoghi di lavoro [4].

È risaputo come l'introduzione del divieto di fumare in ospedale non elimini il problema, ma porti necessariamente ad una ridefinizione dei luoghi dove le persone fumano. È stato osservato [5, 6, 7] come i fumatori dopo l'applicazione del divieto tendano a spostare le aree in cui fumano al di fuori della struttura, in particolare in prossimità degli ingressi. Emerge perciò la necessità non solo di applicare divieti totali all'interno delle strutture sanitarie, ma anche di estendere i divieti ad aree esterne (balconi ed ingressi di ospedali o ambulatori), in quanto zone di passaggio e di notevole visibilità. Il problema è stato avvertito in alcuni ospedali italiani che si sono dotati di una specifica regolamentazione. La regione Emilia-Romagna ha inoltre scelto con legge regionale di estendere il divieto di fumo alle aree limitrofe agli accessi di tutte le strutture sanitarie [8].

Il divieto di fumo negli ospedali, negli ambulatori e in tutti i luoghi delle aziende sanitarie è strategicamente importante per una struttura il cui scopo è curare e garantire la salute del cittadino. Gli ambienti sanitari, più di ogni locale aperto al pubblico, hanno non solo l'obbligo di proteggere il personale, i pazienti ed i visitatori dall'esposizione al fumo pas-

sivo, ma anche la possibilità di fornire modelli di ambienti che supportano le scelte di salute. Il controllo che il divieto di fumo venga rispettato e la disassuefazione dal fumo sono però pratiche sanitarie non ancora pienamente diffuse tra il personale sanitario e necessitano che gli operatori, oltre a rispondere ai problemi di salute, siano maggiormente proattivi nel promuovere stili di vita salutari, un vero cambiamento di paradigma. Risulta dunque prioritario che il professionista fumatore sia motivato, se non a smettere, almeno a non fumare sul luogo di lavoro. Gli operatori che lavorano negli ospedali, volenti o nolenti, rappresentano dei modelli in termini di comportamenti e svolgono un importante ruolo di orientamento per i pazienti e per la popolazione in generale. In particolare per la posizione che ricoprono possono avere numerose opportunità di contatto con i fumatori e quindi possono offrire un supporto importante alla disassuefazione. Il tema era già stato portato all'attenzione nell'edizione del 2005 della Giornata Mondiale Senza Tabacco promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [9], durante la quale si ribadiva come il personale sanitario beneficiasse di un contatto privilegiato con la popolazione e avesse l'opportunità di aiutare le persone a modificare il proprio comportamento allo scopo di migliorare la salute.

Un altro aspetto rilevante è la necessità di rafforzare il rispetto del divieto in ospedale, in quanto ogni violazione non rappresenta solo un'infrazione alla legge, ma un messaggio che rischia di annullare lo sforzo impiegato per contrastare il fenomeno. La forza di una politica di controllo del fumo di tabacco dipende da numerosi fattori: restrizioni ben definite e poche deroghe, un sistema di controllo efficace, sostegno a chi ha difficoltà a smettere, coinvolgimento dei lavoratori. Oltre a ciò, una policy deve fornire indicazioni precise sui compiti degli addetti alla vigilanza e su quali procedure essi debbano seguire. Il rispetto della policy del divieto sarà tanto maggiore quanto più elevata sarà la sua diffusione nella comunità in cui è implementata e quanto maggiore sarà la sua accettazione sociale [10].

Materiale e Metodi

A partire dal 2012, la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, la Rete regionale Health Promoting Hospital (HPH) e il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte si sono impegnati in un progetto volto a facilitare nelle aziende sanitarie del Piemonte e della Valle d'Aosta azioni coordinate per contrastare il fumo di tabacco in ambito sanitario. In particolare la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta ha finanziato le attività di coordinamento e facilitazione.

Il progetto biennale si proponeva di coinvolgere il maggior numero possibile di Aziende Sanitarie Locali e di Aziende Ospedaliere presenti sul territorio di Piemonte e Valle d'Aosta, allo scopo di facilitare l'attivazione di policy di controllo del fumo in ambiente sanitario attraverso un processo di progettazione partecipata. I principali obiettivi sono stati: la

sensibilizzazione del personale sanitario sul problema della gestione del fumo di sigaretta in ospedale, la creazione di percorsi di disassuefazione dedicati al personale dipendente ed il rafforzamento graduale degli aspetti di vigilanza e di controllo del rispetto del divieto di fumo.

La Rete Oncologica mediante azioni di comunicazione ed advocacy, ha invitato tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere ad aderire formalmente al progetto “In rete per un ambiente sanitario libero dal fumo”.

A livello metodologico per la programmazione delle attività si è fatto riferimento a due pubblicazioni: le “Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo” pubblicate dalla Regione Piemonte nel 2006 [11] e la guida “Verso ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo - Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti sanitari” della Regione Veneto [12], che contengono indicazioni, basate su studi ed esperienze realizzate in Italia e all'estero. Il modello di intervento è descritto nella **figura 1**.

Ogni azienda è stata supportata, almeno nella fase iniziale, da un consulente per orientare i gruppi di lavoro, in modo da facilitare la standardizzazione delle procedure per la gestione delle policy e facilitarne la diffusione nelle diverse realtà. Tale supporto è consistito in 1 o 2 incontri di affiancamento di ogni gruppo di lavoro e riunioni di coordinamento con i referenti delle aziende aderenti al progetto.

Sono stati inoltre realizzati due serie di laboratori formativi, finalizzati alla stesura di raccomandazioni regionali d'indirizzo per l'introduzione di policy di controllo del tabagismo in ambiente sanitario. In questo modo è stato possibile dar vita ad una “comunità di pratica” che ha coinvolto circa 30 operatori, almeno due per ogni azienda coinvolta.

Risultati

Il progetto ha raccolto l'adesione di 14 aziende sanitarie: AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria, ASL Biella, ASO Santa Croce e Carle di Cuneo, AUSL Aosta, ASL TO5,



Figura 1.

ASL TO2, ASL Vercelli, AO Mauriziano, ASL TO4, ASL Alessandria, ASL Asti, ASL TO3 e ASL CN1. Dal punto di vista organizzativo ogni azienda sanitaria ha costituito un gruppo di lavoro mediante delibera, fenomeno primo indicatore del reale interesse da parte delle Direzioni ad occuparsi del problema potenzialmente generatore di conflitti.

I gruppi, a partire dalle proprie esperienze ed attingendo da quelle delle altre realtà, hanno avviato numerose iniziative: indagini del fenomeno, formazione degli operatori, programmi di disassuefazione.

La prima serie di laboratori formativi ha portato alla condivisione di:

- criteri che definiscono un'organizzazione sanitaria come un ambiente libero dal fumo;
- raccomandazioni per realizzare una policy in ambiente sanitario;
- una scheda di rilevazione per la valutazione del processo di introduzione della policy.

I materiali sono stati raccolti in un unico documento che per finalità divulgative è stato confezionato in forma di una guida pratica dal titolo “Manuale per la realizzazione di un ambiente sanitario libero dal fumo” e pubblicato sui siti della Rete Oncologica e del CPO Piemonte (**figura 2**). Il manuale è scaricabile dal sito: www.reteoncologica.it

Durante i primi mesi del 2014 è stata realizzata la seconda serie di laboratori formativi, coinvolgendo la stessa “comunità di pratica” di operatori delle 14 aziende. Tale percorso ha portato alla realizzazione in una campagna di comunicazione rivolta agli operatori con l'obiettivo di motivarli a sostenere un'azienda libera dal fumo, consistente in due tipologie di manifesti (**figure 3 e 4**) ed un logo da utilizzare nelle singole realtà in occasione del 31 maggio 2014 “Giornata mondiale contro il fumo di tabacco”.

Sempre allo scopo di divulgare i risultati del progetto sono stati organizzati in occasione del 31 maggio 2013 e del 31 maggio 2014 due convegni regionali con a tema il progetto qui descritto, che hanno visto protagonisti per la presentazione dei risultati conseguiti gli operatori che hanno aderito all'iniziativa.

I principali risultati raggiunti dalle aziende al termine dei due anni di attività sono stati i seguenti:

- Gruppo di lavoro: tutte le aziende aderenti al progetto hanno deliberato un gruppo di lavoro multidisciplinare specifico per le attività.
- Analisi di contesto e monitoraggio: tutte le aziende sanitarie hanno effettuato un'analisi di contesto, per caratterizzare il fenomeno fumo nella propria realtà. Si riscontrano diverse modalità di rilevazione dell'abitudine al fumo: a) tramite survey, b) tramite flussi informativi della Medicina del lavoro, c) tramite monitoraggio da parte degli accertatori.
- Regolamento: 10 aziende hanno redatto dei regolamenti nuovi che disciplinano il fumo e sono posteriori alla legge 3/2003.

- Comunicazione: sono state realizzate diverse esperienze di comunicazione tramite cartellonistica, sito web aziendale e mostre.
- Formazione alla vigilanza: solo tre aziende hanno realizzato dei percorsi formativi per gli addetti alla vigilanza.
- Offerta di programmi per smettere di fumare: nonostante quasi tutte le realtà avessero un nucleo di operatori in grado di supportare i fumatori a smettere, sono state poche le aziende che hanno rivolto azioni specifiche ai dipendenti.

Inoltre un importante risultato “trasversale” è stata la circolazione degli strumenti di lavoro, favorita anche dal sito della Rete Oncologica (www.reteoncologica.it). Sono stati così condivisi strumenti di tipo amministrativo, quali le delibere per la costituzione dei gruppi di lavoro e i regolamenti anti-fumo, gli strumenti per la rilevazione dell'abitudine al fumo tra i dipendenti, i pacchetti formativi per il personale sanitario deputato alla vigilanza

Discussione

La particolare sinergia che si è creata tra il personale, che a livello locale da anni si impegna in attività di promozione della salute, è stato il motore di un processo che ha portato ad un crescendo di iniziative condivise di intervento. Il progetto si proponeva di facilitare l'adozione di policy di controllo del fumo in ambiente sanitario attraverso un processo basato sul coinvolgimento e la partecipazione dei lavoratori, nonché su azioni di empowerment volte ad aumentare l'autoefficacia degli stessi e a catalizzare risorse già presenti nelle organizzazioni [13].

Il progetto mirava ad attivare, con la necessaria gradualità, gli elementi che compongono una strategia aziendale di contrasto al tabagismo quali il regolamento antifumo, l'istituzione di un

gruppo di lavoro deputato a coordinare le azioni, il monitoraggio degli stili di vita dei dipendenti, la comunicazione del divieto, il controllo necessario per far rispettare il divieto, l'offerta di interventi motivazionali e di trattamento. La circolazione tra i referenti degli strumenti di lavoro, ha permesso di ridurre le

risorse necessarie per portare avanti le singole azioni e di ottimizzare i tempi di realizzazione di alcune iniziative.

I referenti e i professionisti attivi delle aziende hanno partecipato a laboratori volti a delineare la strategia di disseminazione dell'iniziativa e a cercare le soluzioni ai problemi che emergevano nelle varie realtà. Questo clima di collaborazione e di ricerca in comune di strategie di *problem-solving* ha indirettamente rafforzato la motivazione dei partecipanti a proseguire per la strada intrapresa. Quest'ultimo aspetto non è da sottovalutare quando il lavoro di pochi soggetti si colloca all'interno di organizzazioni che a volte frappongono barriere burocratiche alla realizzazione di cambiamenti e in cui esistono sacche di resistenza, se non di vera e propria opposizione, ad iniziative che inevitabilmente entrano in conflitto con i comportamenti dei soggetti.

Durante questo processo, faticoso, ma anche entusiasmante, in quanto conferiva all'operatore funzioni e possibilità di intervento inedite, le aziende hanno approvato i regolamenti antifumo e le procedure per il rafforzamento dei controlli.

In alcuni casi il divieto è stato esteso agli spazi aperti di pertinenza delle aziende, cercando così di limitare la presenza di capannelli di fumatori in camice in prossimità dei punti di accesso delle strutture.

Sono state attivate procedure per il rilevamento dell'abitudine al fumo tra i dipendenti attraverso diverse metodologie. Questo aspetto è di particolare importanza in quanto permetterà di valutare il lavoro svolto e di produrre dei feedback utilizzabili per sostenere gli obiettivi del progetto. Sarà necessario, inoltre, investire verso modalità di rilevazione comuni per permettere il confronto tra le azioni svolte nelle diverse realtà.

La collaborazione dei medici competenti è stata particolarmente preziosa dal punto di vista strategico in quanto ha introdotto la possibilità di conferire alla visita di controllo periodica e obbligatoria dei dipendenti la valenza di “teachable moment” [14] per promuovere stili di vita salutari.

Nel corso dei due anni di lavoro si sono diffusi corsi rivolti agli accertatori del rispetto del divieto e agli operatori per supportare il regolamento e per fornire strumenti per motivare i fumatori a smettere. Purtroppo queste attività sono state perseguite solo da poche aziende, quindi permane la necessità di incentivare l'adesione ai percorsi formativi. Inoltre, ogni azienda possiede un proprio modello per gestire i controlli e le eventuali trasgressioni, quindi si ravvisa la necessità di formulare una strategia comune per rinforzare l'adesione al divieto.

È stato realizzato un manuale di riferimento e diffusa una campagna di comunicazione rivolta agli operatori con l'obiettivo di motivarli a sostenere un'azienda libera dal fumo. Commentare questa frase evidenziata perché è nella discussione oppure eliminarla.

Infine, in alcune realtà, i Centri per il Trattamento del Tabagismo, normalmente rivolti alla popolazione del territorio, hanno sviluppato protocolli appositamente pensati per accogliere i dipendenti fumatori.

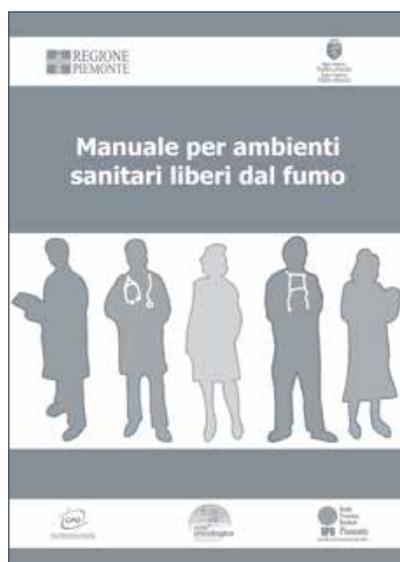


Figura 2. Manuale per ambienti di sanitari liberi dal fumo.

A livello di processo, è importante rilevare come gli operatori sanitari appartenenti ad aziende anche distanti abbiano trovato agevole la modalità di lavoro in gruppo con colleghi provenienti da altre realtà. Gli stessi sono stati il vero motore dell'iniziativa in quanto promotori del progetto all'interno



Figura 3 - 4. I manifesti della campagna di comunicazione.

della propria organizzazione. L'alta adesione al progetto ha dimostrato la sua capacità di catalizzare l'interesse degli operatori attivi presenti sul territorio. La partecipazione di aziende con storie e risorse differenti ha avuto senza dubbio un effetto attrattivo per le organizzazioni che ancora non erano parte della comunità dell'iniziativa e successivamente coesivo per l'insieme degli operatori coinvolti [15].

Il processo di implementazione graduale delle policy ha favorito un processo di revisione e condivisione che ha permesso di mettere in luce le criticità favorendone in alcuni casi la risoluzione.

Il lavoro di rete come catalizzatore di risorse, e come strumento di lobby, nell'ambito delle strategie di contrasto al tabagismo nelle organizzazioni sanitarie, può costituirsi a nostro parere come un modello facilmente esportabile in



altre realtà italiane e utilizzabile per affrontare anche altri comportamenti a rischio.

Si ringrazia:

Il gruppo di progetto: Maria Carmen Azzolina, Livia Giordano, Angelo Penna, Giulio Fornero, Nereo Segnan, Oscar Bertetto.

I colleghi delle 14 aziende sanitarie: Maurizio Bacchi,

Anna Pia Barocelli, Fabio Beatrice, Marina Bergaglia, Gabriella Bosco, Nadia Bosco, Mauro Brusa, Alessandro Canepari, Giorgio Castagnone, Roberto Cavallo, Giovanni Cerrato, Antonio Chiappella, Patrizia Colombari, Nadia Cotto, Rosa Maria Teresa Cristaudo, Gualtiero Cugliari, Maria Grazia Derosa, Letizia Giura, Manuela Gobbo, Luigi Leuzzi, Roberto Lupato, Barbara Meghnet, Silvia Mismetti, Tiziana Miroglio, Alessandro Oliva, Laura Pasero, Fulvio Ricceri, Anna Romano, Raffaella Scaccioni, Nadia Somale, Dominique Tamone, Paola Giovanna Trevisan, Giuseppina Viola.

L'Assessorato Sanità della regione Piemonte per la stampa dei materiali. ■

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

BIBLIOGRAFIA

- IARC. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 2004
- Ferrante G, Minardi V, Possenti V, et al. Fumo: prevalenza in calo per tutti, ma resta il divario tra categorie socioeconomiche. *Epidemiol Prev.* 2012 Nov-Dec;36(6):371.
- Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S, et al. Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *Eur J Public Health.* 2011 Feb;21(1):29-34.
- Minardi V, Gorini G, Carreras G, et al. Compliance with the smoking ban in Italy 8 years after its application. *Int J Public Health.* 2014 Jun;59(3):549-54.
- Nagle AL, Schofield MJ, Redman S. Smoking on hospital grounds and the impact of outdoor smoke-free zones. *Tob Control.* 1996 Autumn;5(3):199-204.
- Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, et al. Smoking by patients in a smoke-free hospital: prevalence, predictors, and implications. *Prev Med.* 2000 Aug;31(2 Pt 1):159-66.
- Sabidó M, Sunyer J, Masuet C, et al. Hospitalized smokers: compliance with a nonsmoking policy and its predictors. *Prev Med.* 2006 Aug;43(2):113-6.
- Regione Emilia-Romagna Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo. Legge Regionale 27/07/2007 n. 17 art 3 comma 1°
- Campagna WHO 2005 per la giornata mondiale contro il fumo di tabacco. The role of Health professionals in Tobacco control. <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/>
- Chriqui JF, Frosh M, Brownson RC, et al. Application of a rating system to state clean indoor air laws (USA). *Tob Control* 2002;11:26e34
- "Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo" Regione Piemonte, 2006. http://www.oed.piemonte.it/public/5_PRAT/Raccomandazioni_ambienti_di_lavoro_liberi_da_fumo.pdf
- "Verso ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo - Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti sanitari" Regione Veneto, 2008. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1897_allegato.pdf
- JA Francis, EM Abramsohn, H Park. Policy-driven tobacco control. *Tobacco Control* 2010;19(Suppl 1)
- McBride CM, Emmons KM, Lipkus, IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res.* 2003 Apr;18(2):156-70.
- Rogers EM, Peterson JC. Diffusion of clean indoor air ordinances in the southwestern United States. *Health Educ Behav* 2008;35:683e97.