

Piano per la prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo in Alto Adige

Principi, obiettivi, provvedimenti.

Colophon



© PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO 2005
RIPARTIZIONE SANITÀ
UFFICIO IGIENE E SALUTE PUBBLICA

Redazione:
Peter Koler (FORUM PREVENZIONE)
Via Monte Tondo 1b, Bolzano
Tel.: 0471 32 48 01
Fax: 0471 94 02 20
info@forum-p.it
www.forum-p.it
Antje Trenkwalder (UFFICIO IGIENE E SALUTE PUBBLICA)
Giulia Morosetti (UFFICIO IGIENE E SALUTE PUBBLICA)

In distribuzione presso:
UFFICIO IGIENE E SALUTE PUBBLICA
Corso Libertà 23, Bolzano
Tel.: 0471 41 17 40
Fax: 0471 41 17 59
igiene@provincia.bz.it

Grafica: GRUPPE GUT, Bolzano
Stampa: TYPAK, Ortisei
Traduzione dal tedesco: Maria Antonella Telmon

Hanno collaborato:

- Günther Andergassen (VSS - VERBAND DER SPORTVEREINE SÜDTIROLS)
- Piero Balestrini (SERVIZIO DI INFORMAZIONE E CONSULENZA PER I GIOVANI YOUNG & DIRECT)
- Edith Brugger Paggi (SERVIZIO EDUCAZIONE ALLA SALUTE, INTEGRAZIONE E CONSULENZA SCOLASTICA - INTENDENZA SCOLASTICA TEDESCA)
- Filippo Cavalieri (SERVIZIO PNEUMOLOGICO INTERAZIENDALE)
- Elio Dellantonio (SERVIZIO PER LE DIPENDENZE - AS BOLZANO)
- Christian Folie (CONSULTORIO PSICOSOCIALE SILANDRO, CARITAS DIOCESI BOLZANO-BRESSANONE)
- Nadia Girelli (UFFICIO DISTRETTI SANITARI)
- Gabriele Ghirardello (SERVIZIO PER LE DIPENDENZE - AS MERANO)
- Peter Höllrigl (INTENDENZA SCOLASTICA TEDESCA)
- Martin Holzner (SERVIZIO EDUCAZIONE ALLA SALUTE, INTEGRAZIONE E CONSULENZA SCOLASTICA - INTENDENZA SCOLASTICA TEDESCA)
- Lois Kastlunger (SERVIZIO EDUCAZIONE ALLA SALUTE - INTENDENZA SCOLASTICA LADINA)
- Peter Kreidl (RIPARTIZIONE SANITÀ, EPITEAM)
- Anita Niederstätter (UFFICIO IGIENE E SALUTE PUBBLICA)
- Franz Plörer (DIPARTIMENTO ALLA SANITÀ E ALLE POLITICHE SOCIALI)
- Paolo Pretto (SERVIZIO PNEUMOLOGICO INTERAZIENDALE)
- Michel Schlim (SERVIZIO PER LE DIPENDENZE - AS BRESSANONE)
- Marion Von Sölde (SERVIZIO PER LE DIPENDENZE - AS BRUNICO)
- Stefan Walder (RIPARTIZIONE FORMAZIONE PROFESSIONALE AGRICOLA, FORESTALE E DI ECONOMIA DOMESTICA)

Prefazione

In tutto il mondo la prevenzione e il controllo del consumo di tabacco rientrano fra i principali obiettivi della politica sanitaria. Come l'Unione Europea e l'OMS, anche noi auspichiamo un approccio multisettoriale alla problematica del tabagismo e intendiamo promuovere una politica che possa contribuire sensibilmente alla riduzione del consumo di nicotina.

Oggi disponiamo di un piano al quale orientarci nell'adozione dei relativi provvedimenti a livello provinciale e nello sviluppo di future attività nell'ambito della prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo.

Il presente documento si innesta sul lavoro programmatico avviato attraverso le "Linee di indirizzo per la politica sulle dipendenze" e si basa su tre strategie fondamentali:

- la prevenzione o posticipazione del consumo di tabacco fra i/le giovani,
- l'offerta di strumenti di aiuto alla disassuefazione per i soggetti fumatori,
- la tutela dei non fumatori e delle non fumatrici dal fumo passivo.

A tutti gli operatori e le operatrici attivi nel servizio sanitario e sociale, nelle strutture per i giovani, nella scuola, nella formazione, nelle associazioni e a coloro che si impegnano nella prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo desidero assicurare il mio massimo sostegno nel perseguimento dei nostri comuni obiettivi, auspicando che possano operare in modo integrato, costruttivo e proficuo.

Mi preme infine rivolgere un particolare ringraziamento agli autori e a tutti coloro che hanno contribuito alla stesura di questo documento.

L'Assessore alla sanità e alle politiche sociali



Dott. Richard Theiner

Indice

Introduzione	7
Le attuali strategie nella lotta al tabagismo	8
PREVENZIONE DEL CONSUMO DI TABACCO	8
TRATTAMENTO DEL TABAGISMO	8
Dati epidemiologici/statistici	9
RILEVANZA DEL FUMO	9
EFFETTI DEL FUMO	9
ALCUNI DATI SULLA PREVALENZA DEI FUMATORI IN ALTO ADIGE	9
IL FUMO PASSIVO	9
Obiettivi della prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo	11
PREVENZIONE UNIVERSALE	11
PREVENZIONE SELETTIVA	11
CURA E SUPPORTO ALLA DISASSUEFAZIONE	11
PROVVEDIMENTI LEGISLATIVI	12
VALUTAZIONE	12
LAVORO IN RETE	12
Provvedimenti nei vari ambiti di attività	13
PREVENZIONE UNIVERSALE	14
Sensibilizzazione e informazione dell'opinione pubblica	14
Misure pedagogiche	15
PREVENZIONE SELETTIVA	16
Supporto alla disassuefazione per giovani fumatori/fumatrici	16
CURA E SUPPORTO ALLA DISASSUEFAZIONE	16
PROVVEDIMENTI LEGISLATIVI	20
VALUTAZIONE E DOCUMENTAZIONE DEI PROVVEDIMENTI	21
LAVORO IN RETE	22
RISORSE	22
Appendice	23
PRINCIPI GENERALI DELLA POLITICA PER LE DIPENDENZE	23
Bibliografia	24

Introduzione

La dipendenza da nicotina è da tempo un problema di portata mondiale. Dalla metà del secolo scorso innumerevoli studi hanno dimostrato che nelle società industrializzate del mondo occidentale il fumo rientra fra le principali cause di malattia, invalidità e morte (prematura).

Mentre le multinazionali del tabacco tentano di individuare nuovi mercati e di ampliare o consolidare quelli esistenti, i governi e le organizzazioni sanitarie cercano di opporsi a questa tendenza attraverso la prevenzione dell'abitudine al fumo e il supporto alla disassuefazione dalla nicotina.¹

Una strategia articolata di prevenzione del tabagismo deve comprendere vari tipi di interventi rivolti da un lato direttamente all'individuo, dall'altro al contesto in cui vive e finalizzati, ad esempio, a migliorare le condizioni ambientali sul posto di lavoro o in famiglia. Un terzo elemento fondamentale è costituito dall'attuazione di idonei presupposti normativi.

Il presente documento, stilato nella prospettiva di una riorganizzazione sistematica della lotta al tabagismo in Alto Adige, prende le mosse dalle attuali conoscenze sulla materia per illustrare strategie, dati, obiettivi e provvedimenti nei seguenti ambiti:

- prevenzione universale²
- prevenzione selettiva
- cura e supporto alla disassuefazione
- provvedimenti legislativi
- valutazione e documentazione
- lavoro in rete

Gli interventi nel campo del tabagismo assumono oggi per la prima volta una valenza prioritaria nelle strategie sanitarie. L'implementazione di un sistema operativo di prevenzione e trattamento richiederà però del tempo. Nonostante alcune esperienze isolate, il trattamento del tabagismo in Alto Adige è infatti solo agli inizi e manca ancora la possibilità di avvicinare buona parte della popolazione fumatrice. Informazione e sensibilizzazione sono dunque un primo passo indispensabile per poter proporre agli interessati un trattamento adeguato.

Il primo approccio al consumo di tabacco e l'evoluzione dell'abitudine al fumo sono fenomeni articolati. La prevenzione attiva deve pertanto esplicarsi a

vari livelli. L'attuazione di un pacchetto coordinato di interventi è fondamentale e deve comprendere una grande varietà di soggetti, proposte e strategie per poter sviluppare e sfruttare al meglio eventuali sinergie.

Le future strategie di prevenzione del tabagismo non si propongono peraltro di combattere la categoria delle persone consumatrici di tabacco, bensì di reagire e opporsi a un comportamento dannoso per la salute di buona parte della popolazione.

È dunque necessario un intervento "politico" di armonizzazione dei vari interessi della società, pur distinguendo in modo inequivocabile gli interessi specificamente sanitari da quelli di altro genere, p. es. economici nell'ambito di una politica sanitaria tesa a

- promuovere stili di vita sani
- puntare sull'autonomia e sulla responsabilità nelle scelte individuali
- valorizzare la solidarietà e la responsabilità sociale.

¹ Herr U.; Dauenhauer M. (2003)

² L'Osservatorio Europeo delle droghe e della tossicodipendenza ha introdotto nella relazione annuale 2004 i concetti di "prevenzione universale" e "prevenzione selettiva" in sostituzione dei termini "prevenzione primaria" e "prevenzione secondaria". Gli interventi per la prevenzione delle dipendenze possono infatti rivolgersi alla popolazione generale (prevenzione universale), ai gruppi maggiormente a rischio (prevenzione selettiva) o ai singoli individui (prevenzione indicata).

Le attuali strategie nella lotta al tabagismo

Nelle “Linee di indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige” approvate dalla Giunta Provinciale con delibera n. 3043 dell’8.09.2003 la problematica del tabagismo viene analizzata sia nel capitolo “Ambito operativo prevenzione delle dipendenze” che nel capitolo “Ambito operativo terapia e riabilitazione”.

Prevenzione del consumo di tabacco

Negli ultimi anni il consumo di tabacco è aumentato soprattutto nella popolazione giovanile. **Coloro che hanno iniziato a fumare dopo i vent’anni di età costituiscono invece una minoranza. Alla luce di questi dati la prevenzione in età giovanile ci appare in tutta la sua rilevanza. È anche accertato che l’abitudine di fumare di genitori, insegnanti e figure di riferimento incide in misura rilevante sulla scelta dei giovani di iniziare essi stessi a fumare. Nei programmi di prevenzione del fumo la scuola svolge una funzione primaria**, per esempio nelle iniziative che puntano a fare dell’ambiente scolastico un luogo di promozione della salute secondo i criteri dell’OMS.

Occorre inoltre verificare ed eventualmente modificare le norme che attualmente regolano la vendita dei tabacchi tramite i distributori automatici. **Prendendo spunto dalle ricerche scientifiche ormai disponibili sull’efficacia dei vari interventi vanno quindi avviati e realizzati sia progetti preventivi, sia campagne di sensibilizzazione e informazione.**³

Trattamento del tabagismo

Attualmente il trattamento del tabagismo è disciplinato in modo diverso nelle varie Aziende Sanitarie. Le persone intenzionate a smettere di fumare vengono seguite dal Servizio pneumologico interaziendale in collaborazione con i Servizi per le dipendenze e i Servizi psicologici, nonché dai reparti di pneumologia degli ospedali. **L’offerta di interventi di supporto per le persone nicotinodipendenti è per ora limitata e consiste in terapie individuali e di gruppo, ipnosi individuale e in piccoli gruppi e terapia farmacologica.**

In futuro occorrerà prestare maggiore attenzione alla cura del tabagismo, creando in particolare i seguenti presupposti:

- definizione delle competenze nella cura del tabagismo
- elaborazione di linee guida per la cura del tabagismo
- creazione di una nuova sensibilità sul tema del fumo
- promozione mirata della formazione e dell’aggiornamento del personale in merito alla cura del tabagismo.

Le linee di indirizzo tracciano inoltre alcune priorità operative per i prossimi anni:

- Ulteriore sviluppo della diagnosi e dell’intervento precoce nei vari ambiti e nelle varie fasce di età.
- Maggiore attenzione ai temi del consumo di alcol e tabacco.
- Approccio integrato alla cura del tabagismo nelle singole Aziende Sanitarie con un coinvolgimento strutturato di tutte le risorse disponibili.
- Maggiore coinvolgimento dei medici di base e dei distretti nel lavoro sulle dipendenze al fine di promuovere stili di vita più sani e di riconoscere e curare tempestivamente le persone a rischio.⁴

Questi orientamenti già ampiamente condivisi saranno mantenuti come elemento di continuità anche nei provvedimenti futuri.

³ Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige – Ripartizione Sanità (2003a)

⁴ Medici di base e distretti costituiscono una componente imprescindibile di ogni programma di disassuefazione dal tabagismo per il contributo che possono dare in termini di consulenza precoce, sensibilizzazione e reclutamento del soggetto nicotinodipendente.

Dati epidemiologici/statistici

Rilevanza del fumo

Analizzando i risultati di vari studi (v. sotto) si possono sintetizzare i seguenti dati fondamentali:

- In Alto Adige almeno un quarto delle persone di età superiore a 25 anni fuma.
- Attualmente uno studente su tre dichiara di fumare, senza particolari distinzioni di sesso (dati rilevati a partire dalla scuola media).
- Se in passato il fumo era più diffuso nella popolazione maschile, oggi si osserva invece un aumento delle donne fumatrici.

Effetti del fumo

- Per la popolazione altoatesina di sesso maschile il **cancro al polmone** è la principale causa di morte per tumore (circa 120 decessi l'anno), per le donne è ormai già al secondo posto dopo il tumore del seno. Questo dato sembra destinato a peggiorare nel lungo periodo a causa del divario sempre minore fra i due sessi per quanto riguarda il consumo di nicotina.
- **L'attesa di vita** dei fumatori si riduce di un periodo che può raggiungere anche i 25 anni rispetto a chi non fuma. Coloro che smettono di fumare possono compensare almeno in parte tale divario. Quanto prima si smette, tanto minore è il numero di anni o decenni necessario per riportare il rischio di mortalità al livello di quello di un non fumatore.
- **Mortalità in Alto Adige:** sulla base di dati indicativi internazionali e dei dati sulla mortalità riportati nella relazione sanitaria 2003, l'Osservatorio epidemiologico provinciale della Ripartizione sanità ha calcolato che circa il 17% di tutti i decessi in Alto Adige, pari a circa 610 morti l'anno, sia direttamente correlabile al fumo.

Alcuni dati sulla prevalenza dei fumatori in Alto Adige

Nell'ultima indagine sui giovani⁵ (989 giovani altoatesini di età compresa fra 14 e 25 anni) alla domanda "Fumi?" ha risposto affermativamente il 35,6% degli intervistati, il 13,3% ha detto di avere smesso mentre il 51,1% ha risposto di non aver mai fumato. Le differenze fra maschi e femmine sono minime.

La fascia di età fra i 17 e i 19 anni con il 40,3% e quella fra i 20 e i 22 anni con il 42,3% presentano una percentuale più elevata di fumatori e fumatrici rispetto alla fascia dai 14 ai 16 anni, con il 26,5%, e a quella compresa fra i 23 e i 25 anni (33,2% di fumatori/fumatrici).

Fra i/le giovani fumatori/fumatrici si riscontra peraltro un numero elevato di "fumatori moderati" che fumano solo occasionalmente (10,4%) o fumano meno di dieci sigarette al giorno (49,1%).

Da un'indagine condotta nel 2001 dalla Ripartizione sanità risultavano fumare il 53% degli studenti delle scuole professionali e superiori, con differenze minime fra maschi e femmine (55% delle femmine e 52% dei maschi).⁶

Esiste inoltre uno studio sulla zona di Bressanone e Brunico che fornisce indicazioni sulla diffusione del fumo fra gli alunni delle scuole medie (fascia di età fra gli 11 e i 14 anni).⁷

Nel 2003 il 25,5% della popolazione altoatesina di età superiore ai 14 anni dichiarava di fumare.⁸

In un'indagine condotta nel 2002 fra gli **ultrasessantaquattrenni** il 9% degli intervistati si era dichiarato fumatore, mentre il 22% aveva risposto di avere smesso.

Resta comunque il fatto che in Alto Adige il numero dei decessi per infarto del miocardio è quasi pari a quello delle morti per cancro al polmone e che il fumo costituisce un importantissimo fattore di rischio per entrambe le patologie.⁹

⁵ Koler P. (2004)

⁶ Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige - Ripartizione Sanità (2001)

⁷ Bad Bachgart; Servizio dipendenze Bressanone, Servizio dipendenze Brunico (2004)

⁸ Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige - Istituto provinciale di statistica (2004)

⁹ Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige - Ripartizione Sanità (2003b)

Il fumo passivo

Il fumo passivo costituisce un **importante fattore di rischio per numerose malattie**.

- In Alto Adige oltre un terzo dei bambini (38%) vive a contatto con persone che fumano ed è dunque esposto al fumo passivo; la media nazionale è pari al 52%, con forti oscillazioni regionali (dal 36% di Trento al 76% di Napoli).

Le future campagne di prevenzione dovranno tenere conto, fra l'altro, dei seguenti aspetti:

- Per quanto riguarda i giovani occorre innanzitutto ritardare il più possibile il primo contatto con il fumo e fare in modo che esso non diventi un'abitudine.
- Il personale sanitario deve sensibilizzare e motivare i genitori fumatori a smettere, sfruttando le varie occasioni di contatto (corsi di preparazione al parto, controlli durante la gravidanza, strutture per l'infanzia, visite presso il pediatra o il medico di base).
- Chi fuma non dovrebbe comunque mai farlo in casa e in presenza dei bambini.¹⁰

L'attuazione della legge sulla tutela della salute dei non fumatori limita considerevolmente il fumo passivo negli spazi pubblici.

Inoltre molti lavoratori dipendenti ignorano tuttora di avere diritto a respirare aria pulita sul posto di lavoro (DPR 303/1956) e che il datore di lavoro è tenuto a ridurre al minimo l'esposizione del personale a sostanze cancerogene (Decreto legislativo 626/1994).

¹⁰ Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige - Ripartizione Sanità (2004)

Obiettivi della prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo

Una politica articolata di lotta al tabagismo deve prevedere degli obiettivi nei seguenti ambiti operativi:

- Prevenzione dell'abitudine al fumo e incentivazione a smettere
- Tutela dal fumo passivo
- Limitazione della disponibilità di prodotti del tabacco
- Sensibilizzazione e informazione dell'opinione pubblica
- Lavoro in rete delle organizzazioni operanti nel campo della prevenzione del tabagismo e creazione di condizioni generali favorevoli alla prevenzione

Un programma provinciale per la prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo dovrebbe prevedere interventi mirati nei seguenti ambiti^{11,12}:

Prevenzione universale

La prevenzione universale consiste in attività e programmi (p. es. campagne mediatiche, programmi scolastici per il rafforzamento delle competenze sociali, progetti destinati ai giovani, prevenzione sul posto di lavoro, screening preventivo...) rivolti alla popolazione generale anziché a particolari gruppi considerati a rischio. Nel campo della prevenzione del tabagismo questo comporta:

- conoscenza da parte della popolazione delle implicazioni del consumo di nicotina per la salute pubblica
- ricorso a misure di carattere pedagogico per rafforzare l'autostima delle persone e fornire loro le competenze sociali necessarie per gestire meglio le situazioni di stress, frustrazione, noia e negatività rinunciando alla sigaretta
- ambienti che motivino bambini e adolescenti a non fumare
- possibilità per i non fumatori di respirare sempre e ovunque aria non inquinata dal fumo.

Prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva si rivolge a determinati soggetti o gruppi esposti a un rischio maggiore di sviluppare comportamenti problematici. Nel campo della prevenzione del tabagismo questo comporta:

- motivazione dei fumatori e delle fumatrici a smettere di fumare
- sviluppo di interventi specifici di supporto alla disassuefazione per i/le giovani fumatori/fumatrici
- offerta di strumenti per aiutare i/le fumatori/fumatrici a smettere autonomamente.

11 cfr. Ufficio federale della sanità pubblica (2003)

12 cfr. Ufficio federale della sanità pubblica (2005)

Cura e supporto alla disassuefazione

- Il sistema sanitario pubblico deve integrare nelle proprie risorse un'offerta differenziata e capillare di strumenti idonei a facilitare la disassuefazione dal fumo.
- La pianificazione e implementazione dell'offerta assistenziale e terapeutica deve avvenire a livello provinciale con i necessari adeguamenti alle realtà locali.
- L'utenza deve poter scegliere liberamente la propria cura su tutto il territorio provinciale, indipendentemente dall'Azienda sanitaria di riferimento.
- L'accesso ai servizi di consulenza, assistenza e cura deve essere agevole e deve assicurare all'utente riservatezza e anonimato.

Provvedimenti legislativi

- Le misure legislative previste devono essere attuate vigilando sul loro rispetto.

Valutazione

- Le varie offerte terapeutiche devono essere di provata efficacia; obiettivi e metodologie devono essere definiti e valutati in modo chiaro e comprensibile.
- Deve essere assicurata l'acquisizione e la divulgazione di risultati ed esperienze.

Lavoro in rete

- Gli obiettivi di prevenzione, consulenza e trattamento devono essere armonizzati nell'ambito di una strategia di base unitaria.
- Deve essere assicurata una chiara regolamentazione delle interfacce e delle competenze fra i soggetti pubblici e privati operanti nella prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo.

Provvedimenti nei vari ambiti di attività

La centralità della persona nella promozione della salute

Secondo la Carta di Ottawa per la promozione della salute, adottata dall'OMS nel 1986, "la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla".

In questo spirito i provvedimenti di seguito illustrati vanno collocati in un approccio più globale, finalizzato a educare a stili di vita sani non solo in riferimento al fumo.

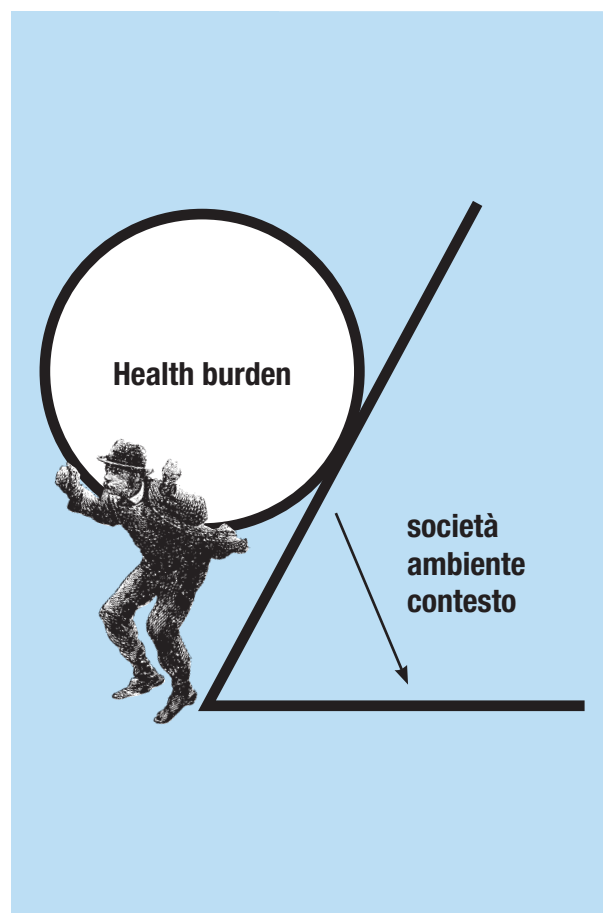


FIG. 1:
Salute individuale e presupposti generali. Ogni individuo può contribuire fortemente al mantenimento della propria salute. Gli sforzi che compie a tale scopo possono essere di diversa entità (Health burden). La società, l'ambiente e il contesto in cui egli vive possono poi influire con fattori che rendono più pesante o più leggero il suo carico. Quanto migliori sono i presupposti generali, tanto meno ripida è la salita su cui ciascuno deve spingere il proprio carico.

Prevenzione universale

Sensibilizzazione e informazione dell'opinione pubblica

Per i vari target individuati (p. es. giovani, genitori, fumatori e fumatrici intenzionati/e a smettere) devono essere predisposte informazioni adeguate e scientificamente validate.

Prima di prevedere nuovo materiale informativo è bene verificare quanto è già disponibile.

Occorre inoltre stabilire con chiarezza il messaggio che si intende trasmettere, utilizzando come base i risultati raccolti e pubblicati dalla Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (centro federale tedesco per l'informazione sanitaria) in merito all'efficacia delle strategie di comunicazione.¹³

Oggi sappiamo infatti che **l'insuccesso di una campagna informativa dipende principalmente dalla scarsa programmazione e dall'inadeguatezza della realizzazione.**

Molte campagne non raggiungono o raggiungono male i propri target perché **non si è riflettuto a sufficienza sui gruppi da contattare**, oppure perché per carenza di risorse il messaggio è stato comunicato per un lasso di tempo insufficiente o con scarsa intensità, o semplicemente perché si è puntato sui vettori sbagliati.

Inoltre i messaggi delle campagne vengono talora ignorati perché pensati in funzione di un gruppo destinatario interessato e motivato, mentre la realtà è spesso diversa, oppure perché la scarsa originalità della presentazione non ha permesso loro di risaltare fra i tanti altri messaggi pubblicitari.

Può infine accadere che i messaggi trasmessi nelle campagne non siano formulati in modo sufficientemente comprensibile o vengano semplicemente rifiutati dai destinatari perché espressi in **toni troppo negativi e colpevolizzanti.**

La moderna scienza della comunicazione insegna che le campagne di comunicazione e prevenzione possono avere successo, purché vengano programmate in modo mirato e attuate con cura e cognizione di causa.

Nella prevenzione del tabagismo occorrerà dunque contrapporre alla massiccia pubblicità che ancora tenta di diffondere, specie fra i/le giovani, un'immagine positiva dei prodotti del tabacco campagne di comunicazione che raggiungano in modo efficace l'intera popolazione. Non è però sufficiente adottare iniziative isolate: **le campagne di comunicazione devono infatti essere sempre concepite come parte integrante di una strategia complessa.**

Per produrre dei risultati esse devono essere inoltre attuate con la dovuta intensità ed esplicitare i propri effetti **per un periodo di tempo prolungato**, con l'impiego di risorse economiche adeguate.

Inoltre, le campagne di comunicazione e prevenzione non devono essere indirizzate unicamente alla popolazione generale per sensibilizzarla sugli effetti dannosi del consumo di tabacco, **ma devono prevedere anche messaggi più specifici da rivolgere a vari gruppi di destinatari** con obiettivi diversificati (p. es. fare in modo che bambini e adolescenti non fumatori non inizino a fumare, aiutare coloro che fumano a smettere, o ancora sensibilizzare gli adulti di riferimento - genitori, insegnanti, formatori - in merito alla loro responsabilità verso i/le giovani).

La moderna scienza delle comunicazioni ci insegna anche **che i messaggi devono essere comprensibili e credibili, ma che sono ugualmente importanti**, soprattutto nel contatto con i/le giovani, **anche aspetti legati all'emotività quali la sorpresa, l'originalità, la comunicazione spiritosa e divertente.**

Per ridurre il rischio di essere rifiutato, il messaggio deve essere quindi impostato in modo accattivante e positivo per suscitare emozioni indicando al tempo stesso soluzioni praticabili e realistiche.

Si devono infine scegliere canali di diffusione che vengano effettivamente utilizzati dai/dalle giovani, quali il cinema, la radio e le emittenti musicali.

In sintesi, occorrono campagne di comunicazione e prevenzione più originali e professionali, poiché esse costituiranno anche in futuro una componente necessaria e irrinunciabile delle strategie di prevenzione. Come abbiamo detto, le campagne possono funzionare se realizzate secondo i criteri delle moderne scienze della comunicazione.

¹³ BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002)

Raramente, però, le campagne bastano da sole a modificare le convinzioni e il comportamento delle persone: esse devono perciò essere sempre integrate da ulteriori interventi preventivi quali la limitazione della pubblicità ai prodotti da fumo o l'aumento delle accise sul tabacco e da misure di prevenzione comportamentale realizzate tramite comunicazione diretta nelle scuole o sul posto di lavoro.¹⁴

Misure pedagogiche

La prevenzione del tabagismo rientra nella prevenzione generale delle dipendenze che è a sua volta parte dell'educazione sanitaria e promozione della salute. In questo ambito esistono già esperienze concrete con iniziative incentrate, ad esempio, sulla rinuncia come momento di apprendimento.

Dal punto di vista pedagogico occorrono soprattutto metodologie che mettano i/le giovani in condizioni di prendere decisioni autonome e di risponderne con senso di responsabilità, gestendo con soddisfazione la propria esistenza (non solo in materia di fumo). Su questi temi in particolare occorre mettere a disposizione del personale insegnante materiale didattico di sicuro effetto positivo. Spesso infatti gli/le insegnanti si scoraggiano nel vedere che, nonostante i progetti specificamente dedicati alla lotta al tabacco, sono poi così numerosi/e gli/le studenti che iniziano a fumare.

Occorre poi sviluppare ulteriormente gli obiettivi pedagogici legati all'aumento dell'autostima e all'attivazione di risorse positive per la salute, già perseguiti nella scuola materna, nella scuola e nei servizi per i giovani. Tra questi figurano:

- il potenziamento dell'offerta di programmi di prevenzione nella scuola materna, nella scuola e nei servizi per i giovani prevedendo una prospettiva di sviluppo adeguata alla fascia di età in oggetto
- l'ulteriore implementazione di programmi (didattici) per lo sviluppo delle competenze sociali e delle strategie di soluzione dei problemi
- l'aggiornamento mirato del personale docente interessato sulle strategie esistenti o sui modelli più innovativi
- l'ampliamento dell'offerta di programmi di training sociale per lo sviluppo di fattori protettivi
- la promozione di interventi per lo sviluppo di comportamenti alternativi
- l'adozione di principi della peer education nell'ambito della scuola e dei servizi per i giovani
- la sensibilizzazione e il sostegno ai genitori da parte della scuola.

14 Bonfadelli H. (2004)

Prevenzione selettiva

Supporto alla disassuefazione per giovani fumatori/fumatrici

Benché nella letteratura specializzata internazionale si sottolinei costantemente l'importanza di disporre di programmi di disassuefazione specificamente rivolti ai/alle giovani, non esistono praticamente ad oggi nell'intera area linguistica tedesca e italiana offerte scientificamente validate in questo senso. Anche in Alto Adige manca allo stato attuale un'offerta continuativa e standardizzata per i/le giovani fumatori/fumatrici.

Quasi il 40% dei giovani fumatori e fumatrici intervistati nell'ambito dell'indagine sui giovani del 2004¹⁵ asserisce di aver già cercato - invano - di smettere. Sommando questa percentuale al 9,1% che ci sta ancora provando si scopre che oltre la metà dei giovani fumatori e fumatrici sarebbe disposta a farsi aiutare a smettere. Sino ad oggi questo potenziale è stato però sostanzialmente trascurato.

Si devono quindi sviluppare sistemi di supporto alla disassuefazione adatti ai giovani e intensificarne in futuro l'offerta.

Posto che i/le giovani tendono a evitare i classici luoghi e modi di consulenza, occorrerà avvicinarli in altri modi alle nuove proposte: la scuola e le aziende potrebbero essere luoghi adatti a tale scopo, sempre previo allestimento di una rete efficiente e concertazione degli interventi con tutti i soggetti coinvolti (servizi sanitari, intendenze scolastiche, scuole, aziende).

Anche la piattaforma Internet può essere opportunamente utilizzata, come dimostrano alcuni programmi già validati (www.feelok.ch). Nella pianificazione degli interventi sarebbe comunque bene segnalare il più possibile all'utenza ciò che già esiste piuttosto che sviluppare strumenti nuovi.

15 Koler P. (2004)

Cura e supporto alla disassuefazione

Il trattamento del tabagismo con l'impiego di tutte le risorse terapeutiche disponibili dovrebbe essere promosso con particolare determinazione nei fumatori e nelle fumatrici portatori di patologie legate al fumo. A tale riguardo assume particolare importanza il rilevamento clinico delle patologie fumo-correlate nei fumatori e nelle fumatrici a rischio.

Molti fumatori e fumatrici sarebbero motivati a smettere ma non ci riescono senza un adeguato supporto. Secondo dati internazionali, il 60% della popolazione fumatrice prenderebbe in considerazione la possibilità di smettere.

In Alto Adige manca ancora un'offerta capillare, qualificata e calibrata sull'utenza per quanto riguarda la consulenza e gli interventi motivazionali. Occorre inoltre un'ampia diffusione delle informazioni relative alle conseguenze del consumo di nicotina e ai servizi di consulenza disponibili; solo una forte sensibilizzazione della popolazione altoatesina su questi temi potrà infatti incrementare sensibilmente anche il numero delle fumatrici e dei fumatori disposti a smettere.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha già pubblicato a tale riguardo delle "Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" basate sulla letteratura disponibile, alle quali si è ispirato anche il presente documento.

Per aumentare la disponibilità della popolazione fumatrice a uscire dalla dipendenza da nicotina occorre:

- fornire all'opinione pubblica informazioni mirate in merito alla dannosità del fumo e ai servizi di consulenza esistenti
- incrementare la motivazione a confrontarsi con l'argomento. In tale ambito si raccomandano le seguenti strategie:
 - informazione sui benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo attraverso colloqui individuali strutturati affidati p. es. a medici e altri operatori sanitari
 - disponibilità di una rete ben visibile e accessibile di servizi qualificati per la disassuefazione dal fumo

- allestire una rete capillare di servizi di consulenza e disassuefazione dal fumo qualitativamente validati e calibrati sui gruppi destinatari, utilizzando e potenziando eventualmente le risorse già esistenti e coinvolgendo le associazioni locali di volontariato come partner sul territorio. Occorre inoltre realizzare servizi di consulenza telefonica e implementare una "Quitline" provinciale all'interno del servizio "Pronto sanità"
- dedicare particolare attenzione agli strumenti di auto aiuto per chi desidera smettere
- sviluppare proposte differenziate per la disassuefazione dei/delle giovani (v. "Prevenzione selettiva").
- sfruttare tutte le possibilità di cura del tabagismo, specie per quei fumatori che
 - risultano fortemente dipendenti dal fumo (test di Fagerström)
 - sono portatori di malattie legate al fumo
 - sono portatori di altri fattori di rischio predisponenti a malattie legate al fumo
 - hanno finora tentato invano di smettere di fumare
- assicurare la massima riservatezza ai fumatori e alle fumatrici trattati.

Metodi di cura del tabagismo

La strategia di cura del tabagismo integra diversi metodi e si articola in varie fasi. Questi diversi ambiti sono da considerarsi indipendenti l'uno dall'altro (anche in considerazione delle differenze esistenti nell'offerta dei relativi servizi sul territorio provinciale) e garantiscono una proposta terapeutica diversificata con la possibilità di tenere conto delle risorse e metodologie disponibili nelle varie realtà e delle indicazioni individuali. Nella gamma di proposte di seguito illustrata la terapia di gruppo assume peraltro una rilevanza particolare, grazie a un rapporto costi/benefici particolarmente favorevole. La letteratura specializzata riconosce validità ed efficacia anche ai colloqui individuali con il medico e lo psicologo, alla terapia farmacologica, al training di gruppo e all'intervento minimo strutturato secondo il modello delle "5 A".

Diversamente da altre patologie da dipendenza, il trattamento del tabagismo deve essere incentrato sulla sostanza e deve avvenire in modo rapido e intensivo. Occorre innanzitutto agire sulla motivazione del soggetto, in quanto questa aumenta in modo determinante il tasso di successo della disassuefazione. È poi necessario prestare particolare attenzione alla prevenzione delle ricadute e assicurare interventi motivazionali e di sostegno nel trattamento delle recidive.

La strategia di disassuefazione si articola nei seguenti interventi:

- a) Colloquio con assistente sanitario/a, infermiere/a, operatore/operatrice sanitario/a specializzato/a:** colloquio motivazionale con il paziente che si rivolge ai servizi di consulenza, comunicazione di informazioni, eventuale esecuzione di test semplici (dipendenza da nicotina, misurazione CO).
- b) Primo colloquio con medici e psicologi:** valutazione delle condizioni di salute e psicologiche del soggetto e individuazione del trattamento medico o psicologico più adeguato (terapia di gruppo o individuale).
- c) Disassuefazione dal fumo**
 - Terapia comportamentale o trattamento psicologico
 - Programma di disassuefazione di gruppo sotto la guida di personale qualificato
 - Programma di disassuefazione individuale sotto la guida dello psicologo/terapeuta
 - Trattamento farmacologico:
 - Terapia sostitutiva della nicotina ove indicato
 - Terapia a base di bupropione ove indicato
 - Trattamenti complementari:
 - Agopuntura effettuata da un operatore sanitario qualificato
 - Ipnosi effettuata da un operatore sanitario qualificato
- d) Assistenza dietetica da parte della dietista** in casi selezionati
- e) Valutazione specialistica pneumologica:** per fumatori/fumatrici di età > 35 anni e/o con sintomi di malattia polmonare, per valutare il danno arrecato dal fumo e le priorità nel trattamento

Principali risorse organizzative

I servizi che attualmente operano in Alto Adige nel campo del trattamento del tabagismo sono il Servizio pneumologico interaziendale, i Servizi per le dipendenze delle quattro aziende sanitarie, il Servizio psicologico e il Servizio di dietetica e nutrizione clinica dell'AS di Bolzano. Il personale addetto è per ora disponibile solo a tempo parziale, motivo per cui l'organizzazione risente oggi di una notevole carenza di risorse umane.

È necessario organizzare un sistema di consulenza provinciale integrato, qualificato e incentrato sui bisogni dell'utenza. Il servizio "Pronto sanità" fornirà le prime informazioni sulle possibilità di cessazione dell'abitudine al fumo.

In questo contesto dovrebbe essere prodotto e utilizzato materiale informativo unitario per i soggetti interessati. Occorrerà inoltre elaborare materiale finalizzato all'aumento della motivazione iniziale nelle fumatrici e nei fumatori intenzionati a smettere da soli.

Dovrà essere costituito un gruppo di lavoro con un responsabile per gli aspetti organizzativi e metodologici e per il coordinamento delle attività e degli obiettivi a livello provinciale.

Indicatori di successo/controllo della qualità

Verifica del tasso di astinenza. Per assicurare il follow-up dei soggetti dopo la cura e valutare l'efficacia dei metodi adottati occorre verificare l'astinenza dal fumo al termine del trattamento, conservando e mettendo a disposizione i dati statistici relativi ai risultati ottenuti.

Verifica della qualità percepita nell'offerta di interventi per la disassuefazione dal fumo. Il gruppo di lavoro dovrà predisporre un questionario al fine di rilevare da vari punti di vista la qualità percepita dal soggetto trattato con riferimento alle prestazioni offerte. I questionari verranno fatti compilare ai pazienti al termine del trattamento.

Interventi per la disassuefazione dal fumo - regolamentazione del ticket

Con delibera della Giunta Provinciale n. 1192 dell'11 aprile 2005 sono state approvate le linee guida per gli interventi di disassuefazione dal fumo e la quota di spesa a carico del cittadino. Vi sono riportate le principali prestazioni erogate dai servizi preposti al trattamento di pazienti nicotinodipendenti, anche tramite ricorso ad associazioni private, nonché i relativi codici di riferimento e gli importi del ticket.

La tabella riporta, a titolo esemplificativo, le principali prestazioni erogate dai servizi con i relativi importi tariffari, previsti dalla delibera 2568 del 15/6/1998 (nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali) e successive modifiche e integrazioni.

Prescrittore della prestazione

Medici dipendenti del Servizio Sanitario Provinciale o convenzionati con lo stesso

Descrizione della prestazione		Codice di riferimento al tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	Importo ticket in Euro
Counselling con l'assistente sanitaria/o e/o infermiera/e	Colloquio motivazionale e comunicazione di informazioni	Non previsto	0,00
Anamnesi psicologica	Colloquio psicologico clinico	94.09	19,40
Trattamento psicologico (individuale e/o di gruppo)	Psicoterapia individuale	94.3	19,40
	Psicoterapia di gruppo (tariffa per seduta e per partecipante)	94.44	9,70
Trattamenti sanitari	Visita medico-specialistica, prima visita	89.7	18,10
	Visita medico-specialistica, visite successive alla prima	89.01	11,90
	Valutazione dietetica, terapia dietetica	93.01.5	10,30
	Agopuntura	99.92	8,50
	Spirometria semplice	89.37.1	23,20
	Radiografia del torace	87.44.1	15,50

Ai sensi delle vigenti disposizioni le prescrizioni di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte.

Per singola ricetta possono essere prescritte fino a un massimo di otto prestazioni della medesima branca, anche uguali (per scopi terapeutici, come nel presente caso).

L'importo massimo a carico del cittadino per ciascuna ricetta è di 36,15 Euro.

I/le giovani che al momento di inizio del trattamento non hanno ancora compiuto il diciottesimo anno di età sono esentati dal pagamento degli importi previsti per gli "interventi di disassuefazione dal fumo".

Oltre alla consulenza, la maggior parte dei servizi offre ai pazienti anche materiale informativo. Per tale materiale può essere richiesto un contributo aggiuntivo fino a un massimo di 20,00 Euro. I pazienti non sono comunque tenuti ad accettare il materiale.

Provvedimenti legislativi

I provvedimenti legislativi che disciplinano in modo più rigoroso il commercio e la vendita del tabacco nonché il suo consumo in tutti i locali chiusi aperti al pubblico, tutelando la salute dei non fumatori, costituiscono un elemento importante nell'ambito di una strategia articolata di prevenzione del tabagismo.

Le più vecchie disposizioni sul fumo risalgono al 1934. Con il regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316 veniva vietata la vendita e la somministrazione di tabacco ai giovani di età inferiore a 16 anni secondo le disposizioni amministrative. L'art. 730, comma 2 del codice penale prevede un'ammenda sino a 200.000 lire.

Con la legge 11 novembre 1975, n. 584 è stato esteso il divieto di fumo a tutti i locali delle pubbliche amministrazioni e di pubblico spettacolo (cinema, teatri, etc.) ed a tutti i mezzi di trasporto pubblico salvo i locali appositamente dedicati ed attrezzati per i fumatori. Infine, con l'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 è stato esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi ad eccezione di:

- a) quelli privati non aperti al pubblico;
- b) quelli riservati ai fumatori e contrassegnati come tali.

L'Alto Adige ha intrapreso una propria via legislativa per la tutela della salute dei non fumatori approvando la legge provinciale 25 novembre 2004, n. 8.

I punti fondamentali della legge sono:

- divieto di fumo in tutti i locali chiusi accessibili al pubblico e in tutti i luoghi aperti di pertinenza delle scuole per l'infanzia e delle scuole e in parte delle strutture per i giovani (p. es. parchi gioco)
- limitazione degli orari di apertura dei distributori automatici di sigarette, che devono essere disattivati dalle ore 7 alle ore 22
- divieto di vendita di tabacco ai minori di 16 anni con sanzione amministrativa ai trasgressori.

Per un'ampia prevenzione del tabagismo dev'essere anche limitata la pubblicità dei prodotti di tabacco.

In **Italia** la propaganda pubblicitaria di qualsiasi prodotto da fumo fu vietata con la legge 10 aprile 1962, n. 165.

Con la direttiva 89/552/CEE del Consiglio europeo del 3 ottobre 1989 furono vietate nell'**Unione Europea** tutte le forme di pubblicità televisiva a favore delle sigarette e di altri prodotti di tabacco.

Con la direttiva 2003/33/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 maggio 2003 furono vietate la pubblicità e la promozione dei prodotti del tabacco tramite carta stampata, radiotrasmissioni, servizi della società dell'informazione (p.es. internet) e in occasione di manifestazioni aventi effetti transfrontalieri (p.es. manifestazioni culturali e sportive).

La direttiva 2001/37/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 giugno 2001 definisce i limiti massimi al tenore di catrame, nicotina e monossido di carbonio per le sigarette e prevede due tipi di avvertenze obbligatorie per tutti i prodotti di tabacco: un'avvertenza generale ("Il fumo uccide/Il fumo può uccidere" o "Il fumo danneggia gravemente te e chi ti sta intorno") che deve coprire almeno il 30% della parte esterna della superficie interessata e un'avvertenza complementare che deve coprire almeno il 40% della parte esterna della superficie interessata.

Valutazione e documentazione dei provvedimenti

I provvedimenti attuati nell'ambito della prevenzione del tabagismo dovrebbero essere documentati e valutati a scadenze regolari.

Per misurare l'efficacia delle misure di comunicazione rivolte ai vari gruppi destinatari possono essere rilevate le reazioni al materiale, i cambiamenti negli atteggiamenti, nelle convinzioni e nelle intenzioni, le modifiche comportamentali, le variazioni nei processi patologici, i tassi di morbidità o mortalità, l'incremento della conoscenza e informazione sulla materia. La valutazione potrebbe essere imperniata sui seguenti quesiti:

- Le norme stabilite dalla Legge provinciale sulla tutela della salute dei non fumatori e delle non fumatrici vengono rispettate?
- I programmi di prevenzione del tabagismo vengono offerti in modo adeguato ai vari gruppi destinatari?
- I provvedimenti sono sufficientemente noti alla maggioranza della popolazione?
- Si è ottenuta una maggiore conoscenza dell'argomento?
- Sono stati impiegati nella comunicazione tutti i canali ritenuti idonei? E tali canali sono stati realmente utilizzati anche dal gruppo destinatario?
- È aumentato il ricorso agli strumenti per la disassuefazione dal tabagismo?
- È stato stabilizzato l'atteggiamento dei non fumatori e delle non fumatrici (intenzione di non fumare)?
- È aumentata la disponibilità a smettere di fumare?
- È aumentato il numero dei tentativi di smettere di fumare?
- Si è ottenuta una riduzione del consumo e della vendita di prodotti del tabacco?

Un criterio per valutare il successo di una campagna mediatica è la riduzione della prevalenza dei fumatori nella popolazione. Tale dato è difficile da rilevare, in quanto un cambiamento anche significativo nella prevalenza non è riconducibile in modo univoco a una determinata causa o provvedimento. Le esperienze condotte in Australia e Gran Bretagna indi-

cherebbero comunque una riduzione della prevalenza pari all'1-2% a seguito di campagne effettuate attraverso i mass media, con variazioni a seconda del rispettivo livello di partenza.

Da un'indagine condotta dalla Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung risulta che dal primo momento in cui si prende in considerazione l'eventualità di smettere di fumare al momento in cui cessa effettivamente l'abitudine al fumo passano generalmente parecchi anni. Per la maggior parte dei fumatori e delle fumatrici occorrono infatti da due a quattro tentativi prima di riuscire a smettere.

Ciò viene ricondotto al fatto che i soggetti si trovano a vari livelli di una sorta di "modello di mutamento comportamentale" di cui devono progressivamente attraversare le diverse fasi. Il modello progressivo del cambiamento prevede cinque livelli di consapevolezza e motivazione (assenza di intenzione, maturazione dell'intenzione, preparazione, azione e mantenimento) che devono essere percorsi uno dopo l'altro per realizzare l'obiettivo di un cambiamento durevole o implementare nel lungo periodo un progetto di salute.¹⁶

¹⁶ Krause R. (1995)

Lavoro in rete

Già nelle “Linee di indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige” il lavoro in rete viene definito come una delle principali strategie qualitative.¹⁷

La cooperazione attiva e integrata in stretta concertazione e coll’esplicita partecipazione di tutti i soggetti coinvolti incrementa la qualità dei provvedimenti adottati. Sono fondamentali una collaborazione costruttiva degli esperti nelle varie strutture e servizi (sociali, sanitari, pubblici o basati sul volontariato) e un lavoro integrato nella rete delle istituzioni. Affinché la cooperazione interdisciplinare dia i risultati sperati è indispensabile che competenze e mansioni vengano suddivise e recepite con la massima chiarezza.

Tale principio dovrebbe essere rispettato tassativamente anche nell’ambito di una campagna specifica per la prevenzione del tabagismo.

Senza la partecipazione e il supporto delle forze attive sul territorio nell’ambito della sanità, del sociale, della scuola, dei servizi per i giovani, della famiglia, del lavoro e dell’economia gli obiettivi fissati non potranno essere raggiunti.

Risorse

Per attuare con successo i provvedimenti necessari nel campo della prevenzione, disassuefazione e cura del tabagismo è necessario che i servizi e le strutture competenti nei vari ambiti operativi dispongano di risorse umane ed economiche in misura adeguata.

¹⁷ Provincia Autonoma di Bolzano - Ripartizione Sanità (2003a)

Appendice

Principi generali della politica per le dipendenze

- L'utilizzo di sostanze psicotrope fa parte da sempre della storia dell'umanità
- Motivo determinante per il loro consumo sono gli effetti psichici, a cominciare dalla sensazione di piacere
- Il rapporto con le sostanze psicotrope varia da persona a persona
- La perdita di controllo sulla sostanza da parte dell'individuo determina la patologia da dipendenza
- Le patologie da dipendenza sono malattie croniche con elevato rischio di ricaduta
- L'ambiente sociale svolge un ruolo determinante (p. es. nella distinzione fra sostanze legali e illegali)
- Il trattamento deve essere mirato alla motivazione, all'educazione e alla promozione della salute; gli interventi repressivi e moralistici sono controproducenti
- L'offerta terapeutica deve essere personalizzata
- Anche nella nicotinodipendenza occorre tenere conto dell'elevata tendenza alla ricaduta
- La dipendenza da nicotina non è associata a gravi conseguenze psicopatologiche e psicosociali
- Al centro dell'attenzione va posta la persona e non la sostanza.

Bibliografia

- Bad Bachgart; Servizio Dipendenze Bressanone, Servizio Dipendenze Brunico (2004): Indagine conoscitiva mediante questionario sul rapporto fra consumo di sostanze psicotrope, soddisfazione personale e differenti atteggiamenti negli adolescenti di età compresa fra 11 e 14 anni e nei loro genitori.
- Bonfadelli H. (2004): Leisten Kommunikationskampagnen einen Beitrag zur Gesundheitsprävention? In: Ufficio federale della sanità pubblica: spectra – Gesundheitsförderung und Prävention, giugno 2004 / Nr. 45; Berna
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung. Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, vol. 18; Colonia
- Herr U.; Dauenhauer M. (2003): Nikotinabhängigkeit – ein globales Problem. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Nr.2/2003; Vienna
- Koler P. (2004): Fattori di rischio e consumo di droghe. In: Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige – Istituto provinciale di statistica: Indagine sui giovani – Valori, stili di vita e progetti per il futuro dei giovani altoatesini
- Krause R. (1995): Gesundheitsförderung: Von der Projektplanung bis zur Evaluation. Handbuch zum Management in der Gesundheitsförderung; Oberhaching
- Osservatorio Europeo delle droghe e della tossicodipendenza (2004): relazione annuale 2004. Evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea ed in Norvegia; Lisbona
- Ufficio federale della sanità pubblica (2003): spectra – Gesundheitsförderung und Prävention, giugno 2003 / Nr. 38; Berna
- Ufficio federale della sanità pubblica (2005): spectra – Gesundheitsförderung und Prävention, gennaio 2005 / Nr. 48; Berna
- Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige – Ripartizione Sanità (2001): Nuove dipendenze in Provincia Autonoma di Bolzano: indagine sulle droghe di sintesi
- Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige – Ripartizione Sanità (2003a): Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige
- Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige – Ripartizione Sanità (2003b): Studio Argento. Indagine sulla salute nella terza età
- Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige – Ripartizione Sanità (2004): Studio ICONA 2003. Copertura vaccinale – Nascita e alimentazione – Fattori di rischio
- Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige – Istituto provinciale di statistica (2004): Comunicato stampa in occasione della giornata mondiale senza tabacco 31 maggio 2004 Bolzano