

RELAZIONE SCIENTIFICA

Progetto di ricerca

"Analisi dei meccanismi d'azione psico-comportamentali con cui la proposta di adesione alla TAC spirale agisce sulle abitudini tabagiche e sulla disassuefazione al fumo".

Finanziamento 5x1000 da LILT nazionale.
Firenze, 31 marzo 2022

Sintesi del progetto

La prima riunione per la definizione del protocollo si è tenuta a Firenze il giorno 17 maggio 2019, con avvio del progetto il giorno 1/6/2019. Sono stati presentati i protocolli operativi e formati i gruppi di lavoro per la realizzazione degli obiettivi progettuali. La riunione del gruppo di lavoro tenutasi il 22 Gennaio 2020 a Reggio Emilia ha approvato il lavoro preparatorio e avviato le procedure per le richieste delle necessarie autorizzazioni al Comitato Etico di Reggio Emilia da parte del Dr Paolo Giorgirossi. L'UO di Brindisi aveva nel frattempo giustificato la sua rinuncia alla partecipazione al progetto. Dopo l'approvazione del CE di Reggio Emilia, è stata richiesta approvazione al Comitato Etico della area vasta AUSL toscana centro, della AOU Careggi e quindi AOU Pisa. L'attività progettuale ha successivamente sofferto l'impatto della pandemia COVID19 che ne ha bloccato e modificato l'attività. Nell'ottobre 2020 il lavoro è ripartito con i limiti consentiti dalla situazione epidemica e quindi con il necessario utilizzo di attività realizzate in remoto. A questo fine si è anche precisata maggiormente la suddivisione del lavoro in due gruppi, Regione Emilia e Romagna e Toscana, per favorire la possibilità collaborativa tra centri e referenti per le specifiche realtà regionali. Il lavoro è stato concluso da una riunione in presenza del gruppo di lavoro il 23 marzo 2022 a Reggio Emilia. Un Seminario di studio è stato svolto il giorno 24 Marzo 2022 presso Luoghi di Prevenzione a Reggio Emilia, in presenza e in streaming. E' stato presentato e distribuito il Manuale "Gruppi per smettere di fumare", frutto del lavoro di Sandra Bosi e di un gruppo di esperti, che aggiorna i setting degli interventi di disassuefazione dal fumo con strumenti motivazionali (TTM, Trans Theoretical Model)). Il manuale, il video predisposto per il seminario e le relazioni scientifiche saranno disponibili sul sito di luoghi di prevenzione in area dedicata al progetto di ricerca (www.luoghidiprevenzione.it). In base ai risultati presentati, è in corso la sottomissione delle pubblicazioni scientifiche con i risultati finali del progetto di ricerca.

Razionale del progetto

La prevenzione primaria è la strategia più importante per ridurre l'impatto del fumo di sigaretta sulla mortalità e la salute. La patologia fumo-correlata è a tutt'oggi responsabile di molti danni per la salute per i soggetti fumatori e per gli ex-fumatori e le patologie cardiovascolare, oncologiche e respiratorie sono i danni più evidenti derivanti dal fumo di sigaretta. La cessazione del fumo è oggi considerato un intervento centrale per una azione di promozione della salute delle persone che fumano, ed è fondamentale associarlo agli altri interventi di prevenzione primaria sugli stili di vita.

Ancora oggi, la mortalità per tumore del polmone è attribuibile soprattutto al fumo di sigarette. Questo tumore è la prima causa di morte per tumore nei maschi (un primato da poco conteso dal tumore della prostata) e il secondo, dopo il tumore al seno, per le donne. Purtroppo, ancora oggi la sopravvivenza di popolazione rimane al di sotto del 20% a 5 anni, nonostante i recenti, assai promettenti, sviluppi di terapie innovative. L'esperienza di LILT nel campo della disassuefazione dal fumo è frutto di decenni di esperienza a livello nazionale in particolare nell'approccio comportamentale. Il risultato di tali azioni e sforzi si concretizza con la proposta di interventi e metodi per la disassuefazione dal fumo che innovano su aspetti rilevanti nella gestione di questi trattamenti

e che hanno al centro l'uso del Trans Theoretical Model (TTM) negli interventi di disassuefazione al fumo.

La tecnica di diagnostica per immagini, la Tomografia Assiale Computerizzata a bassa dose (TAC spirale), ha dimostrato, in studi sperimentali, condotti anche in Italia, la sua capacità di modificare la mortalità per tumore del polmone e di avere anche potenzialità nei confronti di altre patologie fumo-correlate. Negli Stati Uniti, la possibilità di offrire ai soggetti ad alto rischio una diagnosi precoce per il tumore del polmone (screening) è stata avviata da circa un decennio. In Europa la valutazione di questo screening è in corso in Europa e in diversi paesi membri. In Italia, è stato attivato un progetto pilota CCM nazionale (Regioni Toscana-Piemonte-Lombardia), coordinato dall'ISPRO di Firenze e a cui LILT AP Firenze partecipa come unità operativa, per l'avvio di un programma di screening con TAC spirale per soggetti a rischio nazionale e il progetto RISP, una rete interregionale coordinata dall'INT di Milano. Entrambi gli studi sono finanziati dal Ministero della Salute.

Le possibili interazioni fra i due interventi di prevenzione primaria (disassuefazione) e secondaria (screening con Tac Spirale- LDCT) sono cruciali, perché se lo screening portasse a una rassicurazione tale da diminuire gli sforzi dell'individuo per la disassuefazione, ciò comporterebbe un possibile aumento complessivo del carico di malattia, anziché una diminuzione. Molti trial hanno confrontato un gruppo di studio-con diversi protocolli di screening- a un gruppo di controllo, offrendo ad ambedue counselling anti-fumo. I risultati dei trial randomizzati suggeriscono, seppure con il limite di una ampia variabilità di protocollo e risultati, una maggior probabilità di cessazione del fumo da parte di chi è stato allocato nel braccio con screening e counseling rispetto a chi è stato allocato nel braccio solo counselling. In questo senso si è identificato il momento dello screening polmonare come un *teachable moment*.

Pochi studi, in particolar modo alcuni di tipo qualitativo, sono stati condotti sull'offerta di un progetto di diagnosi precoce a soggetti che hanno aderito a proposte individuali o di gruppo di cessazione del fumo, al fine di verificarne conoscenze e intenzioni rispetto alla partecipazione a programmi di screening. Il problema si è posto negli USA dopo la diffusione delle nuove linee guida americane che prevedono LDCT in soggetti a rischio, ed è oggetto di studio anche a fronte della riscontrata bassa partecipazione dei soggetti a maggiore rischio a questa iniziativa di prevenzione secondaria (Raz, 2018). Lo studio SCALE negli USA, promosso dal National Cancer Institute e dalla American Cancer Society ha come obiettivo la valutazione di questa interazione.

Lo screening per tumore del polmone è un processo complesso, si rivolge a persone ad alto rischio e spesso affette da comorbidità e determina possibili benefici ma ha anche effetti collaterali negativi da considerare (richiami per noduli, sovra-diagnosi, interventi invasivi). È, quindi, necessario che la sua offerta sia accompagnata da una decisione informata del soggetto ad alto rischio cui viene proposto e una consapevolezza sulla necessità di procedere alla disassuefazione dal fumo. I meccanismi con cui lo screening LDCT può contribuire a rendere più efficace l'intervento di disassuefazione non sono chiari. Di fatto, nei trial randomizzati, chi era inserito nel braccio in studio cui è proposto lo screening era sottoposto a maggiori controlli, che potrebbero fungere anche da rinforzi per il counselling; oppure l'attenzione alla prevenzione secondaria potrebbe aumentare la motivazione di per sé. Nel complesso, mentre il momento dello screening è stato considerato un *teachable moment*, anche la partecipazione a una attività di prevenzione, come il counselling per la disassuefazione dal fumo, può essere un momento in cui riflettere, anche nei gruppi, sul rischio legato ai propri stili di vita ed il soggetto che fuma essere rinforzato nella propria motivazione dall'offerta di una pratica come lo screening.

Il Ministero della Salute ha avviato i progetti pilota CCM e di ricerca RISP e attraverso il sistema Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità sarà nel prossimo futuro in grado di produrre raccomandazioni basandosi su revisioni che iniziano a essere disponibili in Europa (EuNetHTA) e sui

risultati dei progetti pilota che saranno cruciali per definire un completo quadro dei possibili benefici, danni e assorbimento di risorse dell'intervento in soggetti ad alto rischio nel contesto italiano. È importante che in questo scenario si consideri il ruolo della disassuefazione dal fumo e come sia possibile accrescere l'impatto per favorire l'azione di prevenzione integrata.

Obiettivi del progetto

Gli obiettivi principali del progetto presentato erano:

Obiettivo principale: studiare, in soggetti a cui viene proposto un programma di disassuefazione dal fumo, i meccanismi d'azione psico-comportamentali con cui l'offerta dello screening con LDCT per la diagnosi precoce del carcinoma polmonare interagisce con le scelte sulle abitudini tabagiche e sugli stili di vita.

Obiettivi secondari:

1. Studiare come l'offerta di un programma di disassuefazione possa favorire o meno una decisione informata sulla partecipazione allo screening
2. Studiare le conoscenze e le attitudini sullo screening del polmone dei fumatori a cui viene proposto un programma di disassuefazione.
3. Valutare la percezione dei fumatori ed ex fumatori di un possibile uso della proposta di screening con LDCT come facilitatore e/o incentivo alla disassuefazione.

Lo studio si è svolto nell'ambito di interventi di disassuefazione dal fumo promossi dalle LILT AP partecipanti e strutture del Servizio Sanitario. Inoltre, sono stati intervistati alcuni fumatori ed ex fumatori che hanno partecipato allo studio ITALUNG e appartenenti al braccio con screening con LDCT. Lo studio di valutazione dello screening per il tumore del polmone randomizzato è stato condotto e coordinato da ISPRO -Firenze. Il contatto per proporre l'intervista è stato realizzato dai ricercatori dei centri di Firenze e di Pisa, già centri reclutanti di ITALUNG.

Lo studio qualitativo è stato completato con focus group, una tecnica utilizzata per raccogliere esperienze di persone che hanno partecipato a un gruppo di disassuefazione.

Lo studio quantitativo si è svolto coinvolgendo, nei diversi centri partecipanti, soggetti fumatori a cui è stato proposto un intervento di disassuefazione al fumo individuale o di gruppo.

Disegno dello studio

Indagine qualitativa

Un disegno di ricerca qualitativo è in grado di tenere insieme coerentemente "le qualità" dei fenomeni, studiati laddove avvengono (Lincoln & Guba, 1985), cioè i vissuti, le emozioni e le rielaborazioni personali (anche le narrazioni di sé) con il rigore dell'analisi scientifica (Holloway & Wheeler, 2009; Creswell, 2013). Il presente disegno di ricerca, in particolare, si configura come uno studio *multiple methods* (Creswell & Plano Clark, 2007) con due metodi qualitativi QUAL & QUAL (Morse & Niehaus, 2009). Infatti, le domande generative circoscrivono due fenomeni "qualitativi" di studio: il primo riguarda l'esperienza di partecipazione a un *trial* (**prima indagine**), il secondo circoscrive le percezioni (in termini di accettabilità e proiezione sulle possibilità assistenziali future) di persone della popolazione *target* dello screening e dei programmi di disassuefazione (**seconda indagine**). Caratteristica del *multiple method* è la presenza di due componenti di studio parallele che pur necessitando di differenti fonti di dati non utilizzano dati di diversa natura. Per entrambi i metodi i dati sono qualitativi e tra i due metodi non c'è convergenza, pur situandosi all'interno della medesima area di ricerca.

I temi discussi durante l'intervista e il focus group sono stati i seguenti:

- Esperienza di partecipazione al trial;
- Percezione del rischio;

- Esperienza dell'esame diagnostico in termini di teachable moment;
- Percezione dell'impatto dello screening in termini di diagnosi precoce;
- Necessità personali in termini di supporto e informazione per la prevenzione
- Giudizio sulla dimensione "etica" dello screening.

L'intervistatore, per illustrare brevemente in cosa consiste lo screening del cancro del polmone con TAC a bassa dose e quali sono gli effetti desiderati e indesiderati allo stato attuale delle conoscenze, si è avvalso della traduzione italiana dell'opuscolo informativo, che è una traduzione del decision aid messo a punto dall'Agency for Healthcare Research and Quality degli USA (<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/decision-aids/lung-cancer-screening/patient.html>).

Le interviste, della durata di circa 30-40 minuti, sono state realizzate da personale formato dal responsabile di ricerca qualitativa in presenza, online o per telefono. I soggetti hanno firmato la loro accettazione di partecipare allo studio e un consenso informato e al trattamento dei dati.

Studio quantitativo

Sono stati considerati eleggibili in questa parte dello studio fumatori o ex fumatori, teoricamente eleggibili allo screening (50-70 anni di età ≥ 15 pack-years) e che comunque sono ancora in fase di disassuefazione con un'età compresa fra i 45 e i 70 anni di età per includere potenziali popolazioni target dello screening. I soggetti hanno firmato la loro accettazione a partecipare allo studio e un consenso informato e al trattamento dei dati. Il questionario conteneva una sezione di conoscenze sullo screening, una sull'attitudine a partecipare e una con alcune domande sull'abitudine al fumo (se fumatore, ex-fumatore; da quanto ha smesso; per quanto ha fumato e quante sigarette ha fumato), su altri stili di vita e informazioni demografiche.

Maggiori dettagli su metodi e analisi sono disponibili nel protocollo dello studio approvato dal Comitato Etico di Reggio Emilia e nel Manuale "i gruppi per smettere di fumare" e saranno ripresi nelle pubblicazioni scientifiche in corso di preparazione. Tutto il materiale dello studio sarà consultabile, incluso schede e filmati nel sito di Luoghi di prevenzione (www.luoghidiprevenzione.it) e in link al sito LILT della sezione di Firenze (www.legatumorifirenze.it), nelle aree che saranno dedicate al progetto "Cessazione del fumo e screening con Tac Spirale".

Principali risultati

Il Manuale "i gruppi per smettere di fumare"

Nell'ambito del progetto di ricerca è stato realizzato per la Sede Centrale della LILT questo volume curato da Luoghi di Prevenzione-LILT di Reggio Emilia (responsabile Sandra Bosi) con il contributo di esperti di disassuefazione al fumo, a partire dalle Linee Guida già prodotte dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Particolare rilevanza ha l'introduzione di strumenti motivazionali derivati dall'applicazione del TTM, modello teorico del cambiamento ideato da Carlo Di Clemente (supervisore scientifico della piattaforma formativa di Luoghi di Prevenzione) e James Prochaska, negli interventi di gruppo di disassuefazione al fumo. Si tratta di un manuale innovativo, che aggiorna le raccomandazioni che per tanti anni hanno permesso alla LILT in Italia di essere protagonista nella disassuefazione dal fumo e che ribadisce la priorità di questo tema per la prevenzione e la salute. Copia del Manuale è allegato a questo rapporto. Sviluppato in integrazione ai moduli sul tabagismo contenuti nella piattaforma di formazione a distanza (www.luoghidiprevenzione.it), la guida raccoglie linee operative rilevanti per la gestione ordinaria dei gruppi, con focus sugli interventi rivolti ai giovani, a persone affette da problematiche psichiatriche e con esperienze di trattamento di gruppi in modalità online. E' inoltre inclusa rappresentazione di obiettivi e metodi di questo progetto di ricerca.

Indagine quantitativa

Nella figura 1, è presentata la struttura della raccolta dati dello studio quantitativo che è stata seguita con i soggetti arruolati a interventi individuali o di gruppo.

Questionario	Contenuto	Incontro
Questionario O	Anagrafica e identificativo dello studio	Colloquio iniziale
Questionario A	Principali ragioni per smettere di fumare	Colloquio iniziale
Questionario B	Bilancia decisionale	Secondo o terzo incontro
Questionario C	Propensione alla adesione ad una eventuale proposta di screening per la diagnosi precoce del tumore del polmone con TAC spirale (accompagnato dal foglio informativo)	Circa incontro 5 (CAF Reggio Emilia ottavo incontro)

Si tratta di un campione consecutivo di 195 soggetti che si sono presentati per counselling nei centri anti-fumo (CAF) dell'Emilia-Romagna e Toscana nel periodo gennaio-dicembre 2021. Sono stati coinvolti 5 centri operativi: 4 in Toscana (LILT Firenze, CAF Borgo San Lorenzo (Firenze), AOU Pisa e CAF Prato) e la AUSL-IRCSS e Luoghi di Prevenzione nella Regione Emilia-Romagna.

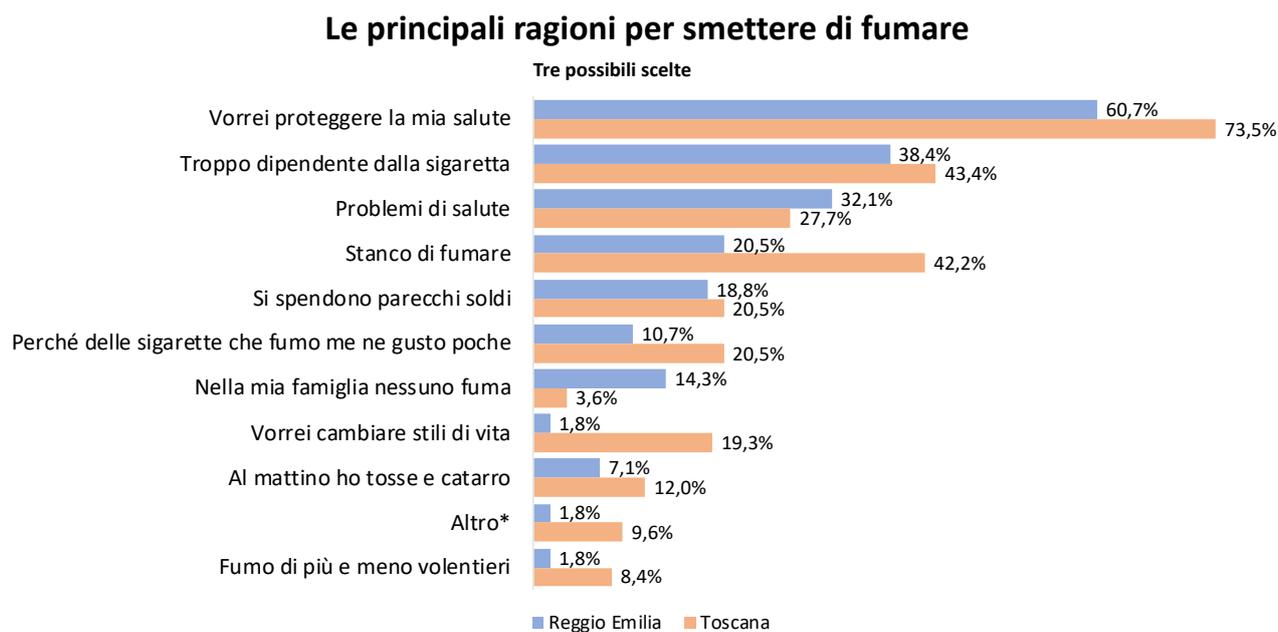
Nella Tabella 1 (preliminare) sono presentate le principali caratteristiche dei soggetti arruolati nello studio in totale e nelle due aree.

Tabella 1

	Totale N=195	Reggio Emilia N=112	Toscana N=83
Età, mediana (min-max)	56 (24-81)	55 (24-81)	57 (49-73)
Sesso			
M	89 (45.6%)	62 (44.6%)	27 (32.5%)
F	105 (53.9%)	50 (55.4%)	55 (66.3%)
Missing	1 (0.5%)	0	1 (1.2%)
Titolo di studio			
Elementari	11 (5.6%)	6 (5.4%)	5 (6%)
Medie	74 (38%)	40 (35.7%)	34 (41%)
Superiore	74 (38%)	47 (42%)	27 (32.5%)
Laurea o altra scuola superiore	30 (15.4%)	19 (17%)	11 (7.2%)
Missing	6 (3.1%)	0	6 (7.2%)
Condizione lavorativa			
Disoccupato	20 (10.3%)	13 (11.6%)	7 (8.4%)
Casalinga	5 (2.6%)	0 (0%)	5 (6%)
Dipendente tempo indeterminato	119 (61%)	70 (62.5%)	49 (59%)
Tempo determinato	2 (1%)	0 (0%)	2 (2.4%)
Pensionato	48 (24.6%)	29 (25.9%)	19 (22.9%)
Missing	1 (0.5)	0	1 (1.2%)
Sigarette/die, mediana (min-max)	20 (10-60)	NA	20 (10-60)
Missing	116 (59.5%)	112 (100%)	4 (4.8%)
Pack/year, mediana (min-max)	34 (12-59)	NA	34 (12-59)
Missing	181 (92.8%)	112 (100%)	69 (83.1%)
Numero di questionari completati			
1	195 (100%)	112 (100%)	83 (100%)
2	125 (64.1%)	65 (58%)	60 (72.3%)
3	111 (56.9%)	54 (48.2%)	57 (68.7%)

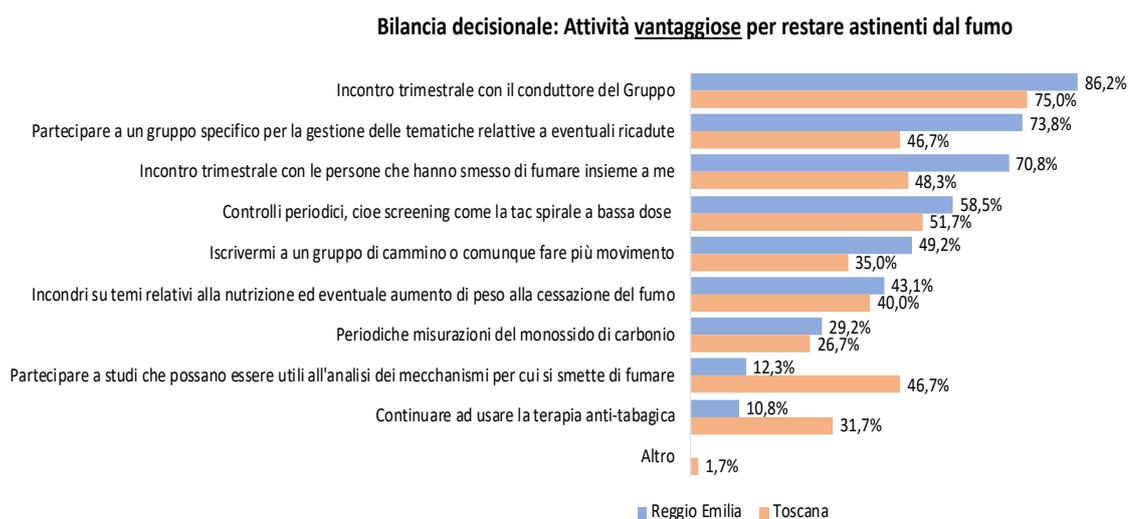
Nella Figura 2, sono presentate, raccolte attraverso il questionario dello studio, le principali ragioni per smettere di fumare, distinte per Regione. Le differenze osservate potrebbero essere spiegate da diversi setting operativi o dal regime individuale o di gruppo dell'intervento. Su questi aspetti sono in corso approfondimenti di analisi.

Figura 2



Nella figura 3, la bilancia decisionale nel corso del trattamento di disassuefazione al fumo suggerisce la rilevanza tra gli altri aspetti ritenuti vantaggiosi, caratteristici del lavoro comportamentale, del coinvolgimento in controlli periodici e, in prospettiva, della possibilità di ricevere uno screening con Tac spirale.

Figura 3



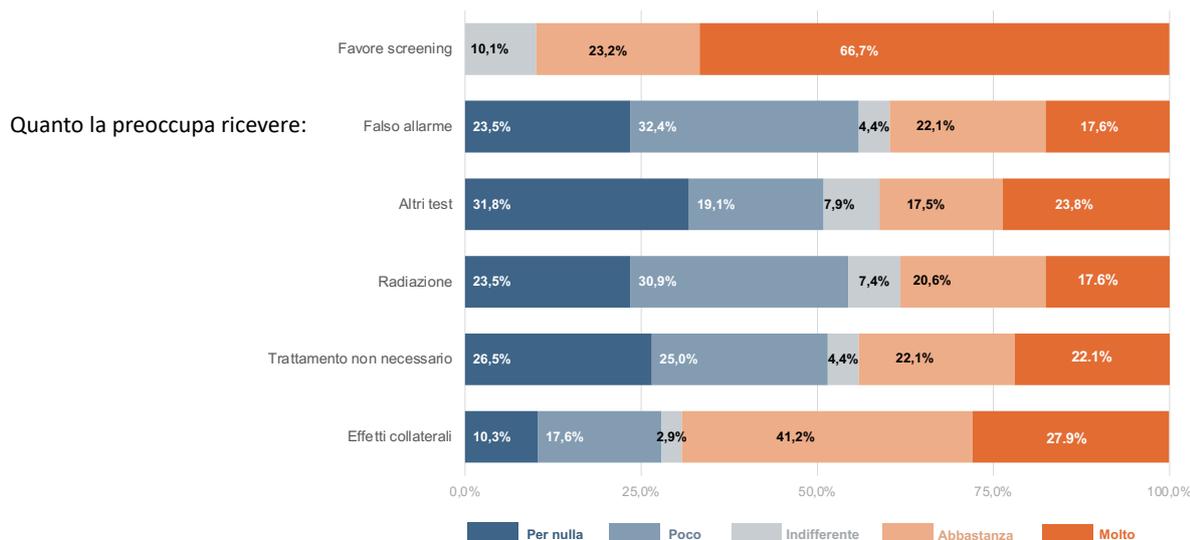
In base all'informativa sullo screening con Tac spirale, il giudizio complessivo tra i soggetti potenzialmente eleggibili a uno screening con Tac spirale è stato in larga proporzione a favore della possibilità di aderire alla proposta. Tuttavia, la valutazione dei singoli aspetti critici dello screening per il tumore polmonare manifesta maggiore incertezza, testimoniando un bisogno di informazione e comunicazione che rendano possibile un effettivo processo decisionale adeguatamente informato. (Figura 4)

Figura 4

Eligibili

QUESTIONARIO C - Screening del tumore del polmone

Quanto reputa che sarebbe importante per lei diagnosticare un tumore del polmone nella sua fase iniziale (cosiddetto screening), cioè quando si presume possa essere trattato più facilmente, se questo esame le fosse raccomandato e offerto dal servizio sanitario nazionale?



Lo studio qualitativo

Lo studio qualitativo ha esplorato le percezioni delle persone fumatrici ed ex fumatrici, rispetto alla proposta di screening con LDCT, fatta contestualmente all'offerta di un programma di disassuefazione. Chiarire i meccanismi psico-comportamentali che determinano le interazioni fra i due interventi (screening e percorso di disassuefazione) è fondamentale per poter disegnare le modalità di un'eventuale implementazione dello screening del polmone che sia sinergica.

Sono stati intervistate 12 persone che avevano partecipato allo studio ITALUNG con esito negativo per tumore, tra cui alcune avevano vissuto un risultato cosiddetto "falso positivo". Nei gruppi di disassuefazione sono state intervistate 13 persone impegnate nel percorso di trattamento.

Figura 5 a, b

Soggetti intervistati distinti per partecipanti a) a ITALUNG; b) a gruppi per smettere di fumare.

a)

Codice	Modalità	Durata	Genere	Età	Educazione	Famiglia	Professione	Abitudine tabagica allo screening		Richiamata/o per accertamenti
								Fumatore	Smesso dopo lo screening	
01	Online	20'40"	F	75	Secondaria	marito	In pensione	Si	No	No
02	Online	33'13"	M	72	Secondaria	moglie	In pensione	Ex	Si	No
03	Telefono	21'02"	M	75	Terziaria	moglie	In pensione	Ex	No	Si
04	Telefono	18'50"	F	75	Secondaria	vive sola	In pensione	Ex	No	Si
05	Online	21'00"	M	75	Terziaria	moglie	In pensione	Ex	Si	No
06	Telefono	22'28"	F	73	Elementare	marito	In pensione	Si	Si	No
07	Online	28'21"	M	71	Secondaria	Moglie	In pensione	Si	Si	Si
08	In presenza	46'02"	F	74	Secondaria	Marito	In pensione	Si	Si	Si
09	Telefono	21'09"	M	75	Media	Moglie	In pensione	Ex	Si	No
10	Telefono	26'34"	M	72	Media	Moglie	In pensione	Si	No	No
11	Telefono	22'01"	F	71	Secondaria	Vive sola	In pensione	Si	No	No
12	In presenza	52'51"	M	76	Media	Moglie	In pensione	Si	Si	No

b)

Numero FG	Modalità	Genere	Età	Educazione	Professione	Programma disassuefazione	Fumatrice/ore
01	Online	F	61	Media	In pensione	No	Ex
01		F	58	Secondaria	Impiegata	Si	Si
01		F	55	Terziaria	Impiegata	Si	Si
01		F	66	Secondaria	Impiegata	Si	Ex
01		F	62	Secondaria	Casalinga	Si	Si
01		F	64	Secondaria	In pensione	Si	Ex
01		M	69	Media	In pensione	Si	Ex
02		Presenza	M	57	Secondaria	Tecnico aziendale	No
02	F		59	Secondaria	Proprietaria di negozio	No	Si
02	M		70	Media	In pensione	No	Si
02	M		65	Secondaria	Libero professionista	No	Si
02	M		61	Media	Impiegato	Si	Ex
02	F		64	Terziaria	In pensione	No	Si

I principali temi di analisi dell'indagine qualitativa sono stati:

- Dinamiche di percezione del rischio
- La proposta dello screening
- Relazione con i sanitari
- Questioni etiche

La conoscenza dell'esistenza del rischio per il forte fumatore è generalizzata e in particolare l'attenzione è rivolta al rischio tumore.

«A me fa venire in mente tumore, l'associo immediatamente a quello, poi so che magari non è l'unico problema che provoca il fumo perché i problemi possono essere tanti, però è la cosa che fa più paura, un po' lo spauracchio forse la cosa più conosciuta è quella» (FG01)

Si è instaurata una convivenza, animata da una moderata preoccupazione (che aumenta se si è vissuta da vicino un'esperienza di malattia) che porta a atteggiamenti oscillanti tra minimizzazione e fatalismo. Un dato interessante è la identificazione di uno stato di rassegnazione sui danni causati dal fumo che ne sancisce l'irreversibilità. («Non è vero che il polmone torna come prima»)

Diverse osservazioni vi sono state relativamente alla situazione di *self-blaming* che colpisce soggetti che si sentono responsabili della loro situazione di rischio e condannati dalla società (e dalle strutture sanitarie) per il loro comportamento. In questi termini la presenza di una paura per lo screening può anche aprire una «breccia» di consapevolezza (di breve durata) e contribuire a rafforzare un processo decisionale da cui imparare a controllarsi di più/accettare i controlli, come lo screening.

«... Gli altri screening sono per malattie che non ti sei autoinflitto, diciamo. Mentre sul fumo sai che se malauguratamente dovesse risultare qualcosa di evidente avresti anche il senso di colpa, il peso di sapere che te lo sei procurato te. Per cui c'è questa differenza qua. Personalmente, se dovessi fare uno screening per altre cose, io stesso avrei meno problemi a farlo. Non nascondo che, invece, fare questo tipo di TAC avrei molti più dubbi e timori nel farla per eventuali risultati avversi...» (FG01).

Vi è talora una richiesta di normalità, di non essere considerati solo in quanto si è fumatori.

«Secondo me deve essere data.. una prevenzione non solo per un discorso... di fumatori, ma per il discorso che anche i polmoni sono un organo e vanno tutelati, ma non improntandolo su un discorso solo di fumatori altrimenti è come sempre bastonare solo le persone che fumano. Secondo me andrebbe messa in maniera un po' diversa, proprio come la prevenzione per tutti gli altri organi» (FG01)

L'analisi qualitativa si è confermata un potente strumento di conoscenza e di comunicazione e i risultati di questo studio saranno pubblicati su una rivista indicizzata. Diversi brani delle interviste sono attualmente inclusi come letture da parte di attori nel video *...Basta con la paura!!* dove costituiscono parte essenziale della ricostruzione di un percorso di prevenzione e disassuefazione che viene presentato e commentato con esperti italiani e internazionali. In particolare, sono state condotte interviste sul modello teorico del cambiamento con Carlo DiClemente dell'Università del Maryland e con il Dr Robert Smith, Vicepresident, Cancer Screening, Cancer Society (USA).

Questi video saranno disponibili nell'area progetto al sito di Luoghi di Prevenzione (www.luoghi di prevenzione.it).

Progetto di ricerca

"Analisi dei meccanismi d'azione psico-comportamentali con cui la proposta di adesione alla TAC spirale agisce sulle abitudini tabagiche e sulla disassuefazione al fumo".

Finanziamento 5x1000 da LILT nazionale.

Gruppo di lavoro

Responsabile Scientifico del progetto:

Dr Eugenio Paci, LILT AP Firenze

Responsabile per interventi di disassuefazione e modello transteorico dle cambiamento- manuale I gruppi per smettere di fumare

Sandra Bosi, Luoghi di Prevenzione, LILT AP Reggio Emilia

Responsabile per lo studio quantitativo e per il Comitato Etico:

Paolo Giorgi Rossi, Uo di Epidemiologia, AUSL-IRCSS Reggio Emilia

Responsabile per lo studio qualitativo:

Luca Ghirotto, Uo di Ricerca Qualitativa, AUSL-IRCSS Reggio Emilia

Referenti Associazioni Provinciali LILT:

Alessandro Peirano, Presidente LILT AP Firenze

Ermanno Rondini, Presidente LILT AP Reggio Emilia

Francesco Rivelli, Presidente LILT AP Bologna

Gruppo di lavoro Regione Emilia Romagna

Luoghi di Prevenzione-AUSL Reggio Emilia

Referenti: Sandra Bosi, Paolo Giorgi Rossi

LILT AP Bologna

Referente Francesco Rivelli

LILT Forlì:

Referente: Fabio Falcini

CAF Reggio Emilia- AUSL Reggio Emilia

Referenti: Antonio Nicolaci, Angela Zannini

Gruppo di coordinamento CAF Regione Emilia Romagna

Referenti: Gerardo Astorino, Marco Tamelli

Gruppo di lavoro Regione Toscana

LILT AP Firenze

Referenti: Eugenio Paci

CAF AOU Careggi

Referente: Salvatore Cardellicchio

CAF AOU Pisa

Referenti: Laura Carrozzi, Francesco Pistelli

ASL Toscana centro:

CAF Prato

Referente: Patrizia Gai

CAF Borgo San Lorenzo:

Referente: Giacomo Lavacchini

Hanno inoltre collaborato alla realizzazione e analisi del progetto di ricerca

Manuale "i gruppi per smettere di fumare"

Matteo Ameglio (AUSL Toscana Sud Est) , Cristiano Chiamulera (Univ. Verona, Luoghi di Prevenzione) , Giovanni Forza (AOU Padova), Francesco Torino (Sede Centrale LILT)

Ricerca qualitativa (ITALUNG)

Giuseppe Gorini e Donella Puliti (ISPRO, Firenze); Giovanna Cordopati

Ricerca quantitativa

Olivera Duric, Ivanciu Elena Camelia (AUSL-IRCSS Reggio Emilia)

Ricerca qualitativa

Matias Eduardo Diaz Crescitelli (UO Ricerca Qualitativa AUSL-IRCSS Reggio Emilia)

Attività di disassuefazione dal fumo, interviste e comunicazione

Claudia Bricci, Silvia Marini, Simonetta Salvini, Elisabtta Bernardini (LILT AP Firenze)

Chiara Cresci (CAF AOU Careggi)

Valentina Bessi, CAF AOU Pisa

Valentina Galli, CAF Prato , AUSL Toscana Centro

Segreteria organizzativa e scientifica: Silvia Stoppa (LILT AP Forli) , Francesca Zironi (LdP, RE)

Al disegno e avvio di questo progetto ha partecipato per LILT AP Firenze il Dr.Andrea Lopes Pegna, pneumologo e ricercatore del gruppo ITALUNG, deceduto il giorno 11 Maggio 2020.