

SCHEDA AGGIORNAMENTO 2003
PER I SERVIZI PER LA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO

Data compilazione									
	gg	mm	aa						

Nominativo di Chi compila la Scheda

Qualifica di chi compila la Scheda

Tel. Fax E-mail per quanto di seguito comunicato

**DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE STRUTTURALI E ORGANIZZATIVE
DEL SERVIZIO DI CESSAZIONE**

1) Denominazione della Struttura (es. Presidio Ospedaliero, Agenzia Regionale, etc.) che accoglie il Servizio per la cessazione dal fumo:

2) Ente di Appartenenza (es. ASL n. X, Università, etc.):

3) Denominazione del Servizio per la cessazione dal fumo (es. Ambulatorio Tabagismo, Centro Antifumo, etc.):

4) Collocazione del Servizio per la cessazione dal fumo all'interno della Struttura e/o Ente (es. Dipartimento di Prevenzione, U.O. Pneumologia, etc.):

5) Indirizzo del Servizio per la cessazione dal fumo:
Via e numero civico _____
Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____
Telefono per l'utenza _____ Fax _____
e-mail _____
Indirizzo Web del Servizio _____
6) Nome del referente/i del Servizio:

Cognome _____ Nome _____ Qualifica _____

Cognome _____ Nome _____ Qualifica _____

7) In che modo gli utenti possono contattare il servizio (orari, giorni, etc.):
Telefonicamente: <u>Giorni</u> _____ <u>Orari</u> _____
Direttamente presso il servizio: <u>Giorni</u> _____ <u>Orari</u> _____
Altro specificare: _____
8) Qual è la modalità di accesso al Servizio:
<input type="checkbox"/> Impegnativa del medico di famiglia
<input type="checkbox"/> Richiesta di consulenza
<input type="checkbox"/> Diretta dell'interessato
<input type="checkbox"/> Altro

DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE STRUTTURALI E ORGANIZZATIVE DEL SERVIZIO DI CESSAZIONE

A	B	C	D	E	F
FIGURA PROFESSIONALE	NUMERO DI UNITÀ	QUALIFICA	SVOLGE L'ATTIVITÀ ENTRO L'ORARIO DI LAVORO (ANCHE STRAORDINARIO)	QUANTE ORE VENGONO "DEDICATE" SETTIMANALMENTE AL SERVIZIO	E' STATA DEDICATA ALMENO UNA "GIORNATA DI FORMAZIONE" SPECIFICA NEGLI ULTIMI DUE ANNI
<input type="checkbox"/> Medico	_ _		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Psicologo	_ _		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Infermiere	_ _		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Altre figure _____ _____	_ _		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

N. Complessivo personale: |_|_|_|_|

Quanti giorni a settimana è aperto il servizio? |_|_|

DESCRIZIONE DELLE PROCEDURE DEL SERVIZIO DI CESSAZIONE

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI *	A DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI	B TOTALE INCONTRI	C FREQUENZA	D COLLABORAZIONI INTERNE ED ESTERNE AL SERVIZIO	E MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO	F CONDOTTO DA...
<input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito _____ <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Valutazione clinico-funzionale	_____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito _____ <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Terapia farmacologica	<input type="checkbox"/> NRT <input type="checkbox"/> Bupropione <input type="checkbox"/> Altro specificare _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> >10	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito _____ <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Counselling individuale	_____ Durata (in min.) singolo incontro _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> >10	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito _____ <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Terapia di gruppo	_____ Durata (in min.) singolo incontro ___N. partecipanti___(media)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> >10	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito _____ <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Terapia alternativa	<input type="checkbox"/> Ipnoterapia <input type="checkbox"/> Agopuntura <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ Durata (in min.) singolo incontro _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> >10	<input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Bisettimanale <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i> _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Ticket _____ € <input type="checkbox"/> Intramoenia _____ € <input type="checkbox"/> Gratuito _____ <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ €	<input type="checkbox"/> Medico _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Altri interventi	_____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In collaborazione con: _____ <i>specificare</i>	<input type="checkbox"/> Specificare _____ €	<input type="checkbox"/> _____

* La definizione della tipologia degli interventi rinvia alle "Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" (a cura di Zuccaro P., et al., 2002)

NUMERO DI INTERVENTI PER TIPOLOGIA

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI	A NUMERO INTERVENTI EFFETTUATI NEL 2001	B NUMERO INTERVENTI EFFETTUATI NEL 2002	C NUMERO INTERVENTI EFFETTUATI NEL 2003	TOTALE
Accertamenti diagnostici	N_____	N_____	N_____	N_____
Valutazione clinico- funzionale	N_____	N_____	N_____	N_____
Terapia farmacologica	N_____	N_____	N_____	N_____
Counselling individuale	N_____	N_____	N_____	N_____
Terapia di gruppo	N_____	N_____	N_____	N_____
Terapia alternativa	N_____	N_____	N_____	N_____
Altri interventi	N_____	N_____	N_____	N_____

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' ATTUALE E PREGRESSA

1. In quale anno è stato attivato il servizio di cessazione? _____
specificare
2. Esiste una delibera (ordinamento o regolamento) che ha istituito il Servizio di Cessazione? SI NO
3. Utilizzate procedure sistematiche per la registrazione degli utenti seguiti? SI (Protocollo, Cartella Clinica, etc.) NO
4. Quante **richieste di intervento** sono pervenute al vostro Servizio nel corso del 2001 _N._____
specificare nel corso del 2002 _N._____
specificare e nel corso del 2003_ N._____
specifica
5. Quanti **utenti** sono stati **seguiti** dal vostro Servizio nel corso del 2001_N._____
specificare nel corso del 2002 _N._____
specificare e nel corso del 2003_ N._____
specifica
- 6 Mediamente nel 2002 quanto è stato il tempo di attesa per la Prima Visita? Minore di 15 giorni
 Tra i 15 e i 30 giorni
 Da 1 a 2 mesi
 Più di 2 mesi
- 6.1 E nel 2003? Minore di 15 giorni
 Tra i 15 e i 30 giorni
 Da 1 a 2 mesi
 Più di 2 mesi
- 7 E' stata fatta la valutazione di efficacia degli interventi?
 SI A fine trattamento A tre mesi A sei mesi Ad un anno
 NO.
- 8 Come è stata fatta la valutazione? Dichiarazione del paziente
 Marcatori biologici
 Monossido di carbonio nell'espriato
- 8.1 Quante ricadute si sono verificate nel corso dell'attività del 2003_N._____
specifica
- 9 Il Servizio svolge anche altre attività, inerenti:
 la prevenzione
 la ricerca
 la formazione degli operatori
 il controllo del fumo negli ambienti pubblici e/o di lavoro
 altro (specificare)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA

La Scheda di Aggiornamento è una Scheda Standard per raccogliere, in modo omogeneo, informazioni sui Servizi per la cessazione dal fumo di tabacco.

La Scheda si compone di quattro sezioni:

- descrizione delle caratteristiche strutturali e organizzative;
- descrizione delle procedure;
- numeri di interventi per tipologia
- descrizione dell'attività attuale e pregressa.

CARATTERISTICHE STRUTTURALI e ORGANIZZATIVE

Questa sezione si compone di due parti.

La prima parte raccoglie informazioni relative alla collocazione territoriale del Servizio di cessazione e alla descrizione di caratteristiche che consentano di identificarne le principali modalità di contatto.

La seconda parte è organizzata in forma di tabella, con colonne nominate da A ad F, e da compilare, per riga, come segue:

COLONNA A: indicare quali figure professionali sono coinvolte nella gestione del Servizio.

COLONNA B: indicare il numero di unità per ogni figura professionale presente nel Servizio.

COLONNA C: specificare il tipo di qualifica di ogni figura professionale.

COLONNA D: indicare se l'attività che il personale svolge all'interno del Servizio di cessazione è entro l'orario di lavoro (anche straordinario).

COLONNA E: specificare quante ore, in media, vengono "dedicate" settimanalmente al Servizio da ogni singola figura professionale.

COLONNA F: specificare se ogni figura professionale ha effettuato una formazione specifica.

DESCRIZIONE DELLE PROCEDURE

Questa sezione è organizzata in forma di tabella, con colonne nominate da A ad F. Deve essere compilata per riga prendendo, come dimensione guida, la colonna "Tipologia degli Interventi" come segue:

COLONNA A: descrivere la tipologia dell'intervento effettuato. Per la categoria "Counselling individuale, Terapia di gruppo e Terapia alternativa" specificare la durata in minuti di ogni singolo incontro. Per la Terapia di gruppo specificare il numero di partecipanti previsti, in media.

COLONNA B: specificare quanti incontri sono previsti per ogni intervento.

COLONNA C: va indicata la cadenza programmata degli incontri.

COLONNA D: indicare se per lo svolgimento dell'intervento si utilizzano delle collaborazioni sia interne che esterne al servizio.

COLONNA E: indicare in che modo gli utenti possono accedere al servizio specificando per ogni intervento che prevede più incontri se l'importo indicato è complessivo o per singola consultazione.

COLONNA F: va indicata la figura professionale che conduce l'intervento.

NUMERI INTERVENTI PER TIPOLOGIA

Questa sezione raccoglie informazioni riguardo al numero di interventi effettuati nel corso degli anni..

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' ATTUALE E PREGRESSA

Questa sezione raccoglie informazioni relative all'attività attuale e pregressa del Servizio di Cessazione.