

CPO

Gruppo tecnico anti – tabacco

Via San Francesco da Paola 31 – Torino

Tel. 011-6333869

Fax 011-6333861

E-mail: gruppo.fumo@cpo.it

QUESTIONARIO¹ DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI ANTIFUMO PRESENTI SUL TERRITORIO PIEMONTESE

Il questionario è rivolto principalmente ai **Centri per la prevenzione e la cura del tabagismo** attivi sul territorio piemontese. Con questo termine noi intendiamo identificare *un centro specialistico che può offrire un aiuto a chi vuole smettere di fumare.*

Per rispondere ad ogni domanda, Vi chiediamo di scrivere in modo leggibile sulla riga o di fare una crocetta sullo spazio che precede la risposta più adatta al Vostro caso.

Nome del Centro Antifumo _____

Indirizzo _____

Tel. / _____ / _____ **Fax.** / _____ / _____

e-mail _____

sito web _____

Nome e qualifica del responsabile del Centro Antifumo _____

Compilatore del questionario _____

Data di compilazione del questionario _____

¹ Alcune delle domande del presente questionario costituiscono un adattamento di quelle tratte dal questionario utilizzato dal DORS nell'anno 1998 per la rilevazione dei Centri di Documentazione italiani che si occupano di salute.

1. CONTESTO OPERATIVO

1.1) Quali e quante figure professionali operano all'interno del Centro?

/__/ medici n° _____	/__/ _____
/__/ psicologi n° _____	/__/ _____
/__/ infermieri professionali n° _____	/__/ _____
/__/ altri n° _____	/__/ _____

1.2) Il personale ha ricevuto formazione specifica?

/__/ Sì
/__/ No

1.3) Se sì, di che tipo?

1.4) Altri enti o istituzioni (private, pubbliche, privato sociale) sono coinvolti nelle Vostre attività?

/__/ Sì
/__/ No

1.5) Se sì, quali?

2. SERVIZI RIVOLTI AI FUMATORI

2.1) Quando è stato aperto il centro?

2.2) Qual è l'orario di apertura al pubblico?

2.3) Quali riferimenti sono stati utilizzati per il disegno del progetto di disassuefazione?

- Prove di efficacia derivanti da revisioni sistematiche
- Parere di esperti
- Linee guida della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
- Altro (specificare _____)

2.4) Quali sono i trattamenti offerti?

- Valutazione funzionale
- Terapia farmacologica: terapia sostitutiva con nicotina (NRT)
 - bupropione
 - altro (specificare _____)
- Agopuntura
- Inositerapia
- Counselling individuale
- Gruppi di mutuo-aiuto
- Corsi per smettere di fumare
- Altro (specificare _____)

2.5) Per ciascuno dei servizi sapreste indicare il numero di pazienti che nell'ultimo anno ne hanno usufruito?

- Valutazione funzionale: n° _____
- Terapia farmacologica: NRT: n° _____
Bupropione: n° _____
Altro: n° _____
- Agopuntura: n° _____
- Inositerapia: n° _____
- Counselling individuale: n° _____
- Gruppi di mutuo-aiuto: n° _____
- Corsi per smettere di fumare: n° _____
- Altro: n° _____
-

2.6) Ricevete richieste di servizi al Vostro Centro alle quali non siete in grado di rispondere?

- Sì
- No

2.7) Se sì, indicarne alcune

2.8) Quali sono le modalità di contatto del Centro da parte degli utenti?

- Accesso diretto in orario di servizio
- Via telefono
- Su appuntamento
- Su prescrizione medica
- Altro

3. DIMENSIONE E MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA'
--

3.1) Quante sono le persone attualmente in trattamento presso il vostro Centro?

N° _____

3.2) Negli ultimi dodici mesi quante persone hanno contattato per la prima volta il vostro Centro?

N° _____

3.3) Di questi, quanti hanno iniziato un trattamento di disassuefazione dal fumo di sigaretta?

3.4) Qual'è la durata media di un trattamento di disassuefazione?

3.5) Quante interruzioni/abbandoni del trattamento si sono verificate nell'ultimo anno?

3.6) Al termine del trattamento viene effettuata una verifica dei successi ottenuti?

- Sì
- No

3.7) Se sì, con quale scadenza temporale?

- 1-6 mesi
- 7-12 mesi
- >12 mesi
- Altro (specificare _____)

3.8) Con quali strumenti?

/___/ Questionari

/___/ Interviste telefoniche

/___/ Validazione biochimica

/___/ Altro (specificare _____)

3.9) Quante ricadute si sono verificate nel periodo di valutazione?

N° _____

4. VALUTAZIONE

4.1) Effettuate una valutazione dell'attività del vostro centro?

/___/ Sì

/___/ No

4.2) Se sì, su quali aspetti?

/___/ Attività del centro (passaggi...)

/___/ Esiti dei trattamenti

/___/ Soddisfazione utenti/operatori

/___/ Altro (specificare _____)

4.3) Con quale metodologia?

/___/ Questionari

/___/ Interviste telefoniche

/___/ Altro (specificare _____)

4.4) Quali sono i principali risultati?

5. ATTIVITA' AGGIUNTIVE

5.1) Oltre le attività di cessazione, il centro ne svolge altre?

/___/ Sì

/___/ No

5.2) Se sì, di quali attività si tratta?

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

Il questionario compilato può essere inviato secondo le seguenti modalità:

- posta ordinaria: CPO – Gruppo Tecnico Anti-tabacco
via San Francesco da Paola 31 - 10123 Torino
- fax: CPO – Gruppo Tecnico Anti-Tabacco: 011/6333861
- e-mail: gruppo.fumo@cpo.it