

Infanzia a colori:

Linee metodologiche, modalità e programmi per difendere l'infanzia dall'esposizione al fumo passivo

Dr.ssa Sandra Bosi

Responsabile Settore Prevenzione Primaria Lega contro i Tumori di Reggio Emilia; Consulente Assessorato Politiche Sociali Regione Emilia Romagna

Relazione per il Convegno **Quattro passi per la Prevenzione**
Ferrara, 30 gennaio 2004

- **La difesa dell'infanzia dall'esposizione al fumo passivo come obiettivo primario di educazione alla salute.**

Il titolo del Convegno, “**Quattro passi nella prevenzione**”, riconduce alla necessità di immaginare sentieri efficaci per realizzare interventi di prevenzione dedicati alla prima infanzia.

Questo da un lato implica un miglioramento delle strategie di accertamento dei danni legati al fumo, un perfezionamento della metodologia di approccio terapeutico e un ampliamento delle vie e dei modi adottati per la sensibilizzazione dell'utenza, dall'altro la costituzione di un modello culturale che modifichi la percezione del problema “fumo di sigaretta” da parte di tutti gli attori interessati.

Il secondo punto è indubbiamente il più innovativo e sottovalutato: i medici si sentono spesso impotenti riguardo alle loro possibilità di intervento nelle abitudini individuali.

In termini molto generali e introduttivi si potrebbe pertanto affermare che difendere l'infanzia dall'esposizione al fumo passivo e dunque evitare che nascituri, neonati e bambini piccoli, sviluppino patologie causate dal fumo dei genitori significa (anche) questo:

1. creare una rete di ostetriche, ginecologi, pediatri e medici di medicina generale in grado di offrire un supporto motivazionale agli utenti fumatori per aiutarli a smettere.

2. formare i docenti della scuola dell'infanzia e della scuola elementare affinché siano consapevoli della rilevanza del loro compito educativo relativamente alla maturazione della scelta del non fumo nell'adolescenza.
3. sviluppare linguaggi e strumenti adatti alle diverse fasi del processo di attesa e di crescita (dalla gravidanza alla prima infanzia) per sostenere motivazioni e mantenimento dei cambiamenti degli stili individuali.
4. favorire politiche sociali a difesa di ambienti liberi dal fumo.
5. diffondere con mezzi diversificati la necessità di non fumare mai in ambienti chiusi.
6. approfondire la consapevolezza che la sigaretta è una droga e sostenere i tentativi per smettere di fumare in collaborazione con centri specialistici.
7. non sottovalutare l'impatto positivo che il fumo di sigaretta ha avuto per anni sull'immaginario di ognuno di noi: in conseguenza di ciò utilizzare per ogni comunicazione una modalità di proposta che unisca e approfondisca aspetti cognitivi con aspetti affettivi. E' necessario, dunque, fare leva sulla dimensione simbolica che accompagna tutti i processi di apprendimento, valorizzando non quanto si dice, ma il rilievo e le possibilità di accoglienza che il messaggio ha nel vissuto individuale.
8. ripetere e diffondere le informazioni, agire in collaborazione con altri operatori della prevenzione, adoperare modalità di diffusione semplici e dirette, ricordando che la capacità di comunicare non è una dote naturale, ma una tecnica specialistica, per la quale vale la pena di investire qualche energia personale e professionale.

Nel caso della Prevenzione dell'abitudine al fumo e, soprattutto, della Difesa dei bambini dall'esposizione al fumo passivo, significa realizzare interventi specifici per ognuno degli attori coinvolti nel processo del concepimento, dell'attesa, dell'educazione e della cura: ostetriche, ginecologi, pediatri, genitori, insegnanti. Il campo d'azione è piuttosto vasto; occorre perciò delimitarlo con una prima riflessione di carattere generale che riguarda il nostro obiettivo primario: ridurre le occasioni in cui i bambini siano esposti al fumo di sigaretta e ridurre il numero dei genitori fumatori. L'obiettivo è strettamente legato all'ottenimento di un cambiamento della percezione culturale, sociale e di emergenza sanitaria del gesto del fumo; per questo motivo è inevitabilmente veicolato dai temi di Educazione alla salute affrontati a scuola e nei, purtroppo rari, luoghi sanitari deputati alla Prevenzione.

Per inquadrare il problema in termini generali è necessario, dunque, costruire i presupposti perchè Pediatri di famiglia, ostetriche, ginecologiche e medici di medicina generale, forniscano strumenti di comunicazione e informazioni adeguati a scuole e famiglie e agiscano secondo una metodologia comune e specialistica.

Per chi si occupa di Prevenzione dell'abitudine al fumo nell'ambito di programmi di educazione alla salute, l'infanzia rappresenta un luogo privilegiato per l'applicazione di teorie e metodi, rappresenta anche una sfida complessa perchè, se è vero che la scuola negli ultimi anni ha accolto nei propri curricula, iniziative di prevenzione

primaria rivolte a tutti gli stili di vita, che hanno coinvolto docenti, esperti, allievi, genitori, è anche vero che, per la fascia di età dai 4 ai 9 anni non esistono iniziative originali che riguardino la Prevenzione dell'abitudine al fumo.

Gli operatori sanitari sanno inoltre che, se la scuola non è all'avanguardia, le occasioni e i tempi che la normale attività clinica riserva alla Prevenzione sono per lo più scarsi, inefficaci e non dotati di metodologia specialistica e aggiornata. Questo significa che è necessario introdurre proposte innovative e durature in sintonia con la valorizzazione ed il rispetto del concetto di salute che si è andato affermando negli anni.

“Salute” non più intesa come mancanza di malattia, come benessere fisico e attenzione alla dimensione della corporeità, bensì come equilibrio psico fisico, attenzione alle interazioni fra benessere psicologico e biologico, integrazione armonica fra l'individuo e l'ambiente in cui vive, acquisizione di consapevolezza delle responsabilità individuali e collettive per la promozione di uno **star bene** personale e sociale.

Gli interventi di educazione alla salute, in perfetta coerenza con l'affermazione di questa concezione, devono privilegiare nella scuola come nell'informazione clinica (rapporto pediatra e famiglia dell'assistito; percorsi di preparazione al parto; attività dei consultori) gli approcci generali, definiti tecnicamente come “trasversali” che, hanno allargato modificato e reso più complesso l'orizzonte tradizionale degli interventi. Per fare un esempio banale di quanto si va sostenendo si ricorda, ad esempio, che un pediatra non può ritenere di fare “prevenzione” limitandosi a dire una volta soltanto ai genitori fumatori di un loro assistito che il fumo fa male. La sintesi del processo può essere utilmente riassunta in alcuni punti fondamentali:

1. la considerazione dell'educazione alla salute come obiettivo primario della formazione scolastica e della prevenzione clinica che, come tale, deve trovare spazio adeguato nella ordinarietà del curriculum didattico di ogni docente e nella pratica medica e/o infermieristica quotidiana;
2. la necessità di evitare la trattazione esclusiva dei singoli temi (fumo di sigaretta, alcol, droghe, alimentazione, igiene corporea, AIDS) per privilegiare un percorso di acquisizione di atteggiamenti e modelli di riferimento che aiutino la famiglia a scegliere responsabilmente cosa di volta in volta è migliorativo per la salute fisica, psicologica e sociale dei genitori e dei figli;
3. l'affermazione di una concezione di salute che unisca corporeità, benessere psicologico e integrazione sociale e, per effetto della quale, l'attenzione scolastica e sanitaria alla qualità delle relazioni diventi prioritario;
4. la volontà di sottrarre la gestione dei progetti agli esperti per valorizzare le competenze dei docenti a scuola e dei singoli operatori della salute nella sanità integrando ogni azione nell'ordinarietà: educare alla salute a scuola è importante tanto quanto promuovere l'educazione linguistica, logico/matematica, artistica; nella sanità educare alla salute è importante tanto quanto prescrivere esami di controllo, terapie e vaccini.

L'infanzia è senza dubbio lo spazio vitale dove le sollecitazioni più varie hanno la possibilità di essere accolte con naturalezza, entusiasmo e vitalità.

Lo sguardo di un bambino è sempre anche lo sguardo che apre una reinterpretazione del mondo; cambiare in modo efficace gli stili di vita dell'individuo significa aprirsi a tale innocente creatività per immettervi semi nuovi che possano portare a nuovi frutti.

Nell'infanzia si costituiscono le nostre radici e si predetermina buona parte del nostro destino: difficile che un adolescente possa inaugurare comportamenti diversi dai suoi coetanei nei confronti delle abitudini a rischio se non ha già cominciato un percorso emotivo e cognitivo fondato su altre basi.

Un bambino di 5 anni deve imparare a scuola e dal proprio pediatra (attraverso la mediazione ed il coinvolgimento dei genitori) ad acquisire alcuni comportamenti di base:

norme che riguardano l'igiene corporea (lavarsi i denti dopo ogni pasto, per esempio);

norme inerenti la dieta: favorire l'assaggio di tutti i cibi e la preferenza verso la varietà degli alimenti;

l'importanza di bere molta acqua durante la giornata;

il rilievo e la piacevolezza dell'attività fisica non competitiva,

il valore della varietà delle relazioni umane cooperative e solidali e la curiosità verso l'altro diverso da noi,

il rispetto per l'ambiente.

Ognuno di questi comportamenti deve essere acquisito, in stretta collaborazione con le famiglie, attraverso attività e percorsi specifici che favoriscano la consapevolezza e la partecipazione dei bambini.

E' altrettanto importante favorire l'armonizzazione dei contributi elaborati cognitivamente (informazioni di base) con i contributi elaborati emotivamente (giochi, attività di immaginazione, esperienze). Tutto questo può essere svolto in classe e in famiglia e può vedere con successo il Pediatra o il Medico generale come protagonisti e consulenti privilegiati.

Il rapporto con il bambino è bene, che venga guidato e modulato dalle competenze pedagogiche dell'insegnante, sanitarie/psicologiche del medico, relazionali/affettive del genitore, gli unici in grado di integrare la specificità degli argomenti con le loro specifiche responsabilità.

Per chi stia seguendo queste osservazioni può risultare ancora incerta l'opportunità di inserire così precocemente il tema del fumo di sigaretta nella programmazione scolastica o negli interventi di prevenzione primaria affidati ai pediatri o ai medici di famiglia.

E' giustificato o costituisce un azzardo psico/pedagogico di dubbia efficacia e inutile dal punto di vista della prevenzione?

Non dimentichiamo che i bambini entrano molto precocemente in relazione con adulti fumatori.

Al di là delle recenti conquiste legislative sono purtroppo moltissimi i bambini con genitori che fumano durante la gravidanza, l'allattamento, che non hanno alcuna remora nel fumare in ambienti chiusi, in auto o negli spazi ricreativi scegliendo ristoranti, bars e pizzerie in cui l'uso della sigaretta sia consentito.

Il bambino impara molto presto che ci sono diverse condizioni che facilitano da parte della mamma o del papà l'accensione della sigaretta e riconoscono le occasioni di tensione, rilassamento, ricreazione e aggressività.

Gli adulti talvolta dimenticano la sorprendente facilità che il bambino piccolo ha, di percepire i messaggi non verbali provenienti dal proprio ambiente di crescita.

Proprio per questo motivo se da un lato è indispensabile occuparsi dell'argomento "fumo" già nei primi tratti del processo formativo, è tuttavia essenziale evitare toni che enfatizzino gli aspetti nocivi che il fumo può arrecare a sé e agli altri.

L'enfasi della negatività del fumo potrebbe infatti provocare conseguenze non desiderate nel bambino: da un'angoscia ingiustificata per la salute dei genitori, a una reazione di negazione e di aggressività nei confronti del docente o del pediatra e della loro proposta, a un sentimento di conflittualità fra regole della famiglia e regole della collettività e della scuola.

Con i bambini dai 4 ai 9 anni è importante parlare del fumo quasi esclusivamente come di una sostanza che inquina l'aria, che rende peggiore l'ambiente in cui viviamo rendendo meno piacevole la respirazione.

E' altresì indispensabile che il pediatra o comunque il personale sanitario competente chiarisca con i docenti e i genitori fumatori le finalità dell'iniziativa e la natura del loro coinvolgimento.

L'obiettivo del lavoro con i genitori è il loro convincimento dell'importanza di non fumare in presenza dei propri figli soprattutto in auto e, comunque, in ambienti chiusi.

Allo stesso modo i docenti fumatori dovrebbero maturare la scelta di non fumare a scuola nemmeno negli spazi esterni, ove sia consentito, in presenza dei bambini. Adottare questi comportamenti è il modo più semplice ed efficace per fare educazione alla salute proteggendo l'infanzia dalla esposizione al fumo passivo: non dimentichiamo, infatti, che un bimbo che cresce con genitori che fumano in ogni situazione ludica e docenti che fumano durante le pause dalla attività scolastica, interiorizza immagini simbolicamente molto positive della sigaretta che nessuna lezione tecnica potrà contrastare.

Anche quando il gesto di fumare venga associato a scatti di ira, nervosismo depressione o a problemi di salute, l'impatto emotivo sul bambino non si libera dalla propria ambiguità e la tolleranza verso il tabagismo come modalità per far fronte a situazioni difficili resta impressa nella psiche infantile.

La maggioranza dei fumatori ha avuto genitori fumatori.

Non sottovalutiamo, pertanto, l'importanza dell'esempio, anche se, proprio perché la dipendenza da fumo è difficile da contrastare, occorre prestare estrema attenzione alla facilità con cui si esprimono giudizi di condanna sui fumatori.

Smettere di fumare non è una scelta facile e, spesso, le migliori convinzioni si spengono contro la potenza irresistibile della possibilità di un'ultima sigaretta, di un'altra sigaretta ancora.

Il percorso non ha fra i suoi obiettivi la condanna del fumo come abitudine nociva della salute.

I suoi obiettivi sono piuttosto i seguenti:

1. offrire ai bambini strumenti adatti alla loro età per affrontare il tema del fumo di sigaretta a scuola e in famiglia
2. chiarire il legame esistente fra ambiente pulito e benessere individuale e evidenziare come il fumo contribuisca fortemente a deteriorare la qualità dell'aria che respiriamo;
3. ottenere che genitori e docenti si astengano dal fumo in presenza dei bambini e parlino con loro della non positività di questa abitudine;
4. utilizzare la dimensione simbolico/emotiva per far crescere in ogni bambino atteggiamenti istintivi ed affettivi di non disponibilità all'uso della sigaretta durante la prima adolescenza.

Sono obiettivi realistici ed ambiziosi che ogni docente può realizzare nella propria attività scolastica e ogni medico può ottenere nella propria pratica clinica.

In conclusione, le riflessioni sui tanti aspetti nocivi causati dall'esposizione al fumo passivo in gravidanza e nella prima infanzia hanno, in primo luogo una connotazione clinica, riguardante, cioè, la precisa valutazione dei problemi e dei danni che i genitori fumatori possono causare ai loro figli; in secondo luogo hanno una connotazione di indirizzo delle politiche sanitarie, coinvolgendo le modalità di conduzione degli interventi di Educazione alla Salute e di prevenzione primaria su questi temi in cui una sensibilizzazione adeguata degli attori è senza dubbio il modo migliore per ottenere risultati duraturi.

- **I Progetti Pilota della Regione Emilia Romagna per la difesa dell'infanzia dall'esposizione al fumo passivo.**

La Regione Emilia-Romagna si è occupata di questi aspetti curando la realizzazione di programmi e interventi specifici diretti a proteggere l'infanzia dall'esposizione al fumo passivo.

Se, infatti, può bastare un corso di formazione, un aggiornamento scientifico, a convincere gli operatori sanitari e socio/educativi (ostetriche, ginecologi, pediatri, medici di medicina generale, assistenti sanitari), che è **necessario** astenersi dall'abitudine al fumo in attesa o in presenza di bambini è facile verificare quanto questo non sia sufficiente per cambiare i comportamenti individuali o per mettere in atto processi formativi e comunicativi finalizzati ad ottenere tali risultati.

Nell'ambito del Progetto Regionale Tabagismo, realizzato dall'Assessorato alle Politiche Sociali, ampia è stata l'attenzione dedicata alla prima infanzia.

In particolare è utile ricordare in questo contesto il contributo teorico e di approfondimento operativo conseguito attraverso l'attuazione di tre progetti:

Infanzia a colori, Baby no Smoke, Difendi il tuo bambino dal fumo.

Infanzia a colori è un programma di intervento diretto sui bambini dai 4 ai 9 anni, sui loro genitori e sui loro insegnanti condotto in collaborazione con i Pediatri di Famiglia nella sperimentazione di Reggio Emilia.

I punti di forza e di innovazione del programma sono i seguenti:

1. il coinvolgimento dei genitori inseriti in un percorso di formazione parallelo rispetto a quello dei bambini;
2. lo sviluppo di un'azione congiunta fra scuola, agenzie sanitarie e istituzioni del territorio;
3. l'attenzione all'intelligenza emotiva del bambino manifestata attraverso azioni volte ad incrementare la dimensione fantastica e dell'immaginario.

Il fumo di sigaretta non è considerato come un fattore di rischio per la salute, piuttosto come un fattore inquinante: viviamo in un ambiente meno pulito, perchè molti adulti fumano.

E' utile ripercorrere la breve storia del Progetto Infanzia a colori sulla cui struttura si sono articolati i programmi per ginecologi, ostetriche e pediatri.

- nell'anno scolastico 2002/2003 un gruppo pilota di Istituti Comprensivi ha sperimentato l'introduzione nel curriculum di un percorso rivolto alla prevenzione dell'abitudine al fumo nell'infanzia. Si è utilizzato parte del materiale selezionato dal concorso regionale "Una favola a colori".
- Nell'anno scolastico 2003/2004 i programmi validati dalla sperimentazione sono soggetti ad un ulteriore periodo di approfondimento, controllo e verifica e aperti a tutte le Aziende Sanitarie Locali che intendano attivarli.

Gli Istituti partecipanti alla sperimentazione sono seguiti da operatori socio-sanitari in ogni fase progettuale: formazione, attivazione del programma rivolto ai genitori, consulenza in itinere ai docenti, monitoraggio e verifica dell'efficacia del percorso. Le finalità riguardano la possibilità di sviluppare nei bambini la simbologia e l'immaginario idonei a costruire comportamenti (anche istintivi ed emozionali) di scelta del non fumo, come si è già ampiamente evidenziato.

L'aspetto peculiare della proposta è dunque la volontà di utilizzare i linguaggi propri degli allievi per elaborare una visione fantastica del problema della prevenzione del fumo.

Queste caratteristiche rendono, fra l'altro, il Progetto particolarmente adatto ad essere inserito in percorsi di continuità scolastica o comunque in attività che prevedano iniziative a classi aperte o che coinvolgano reti di classi e scuole diverse.

Nella proposta del progetto al Collegio Docenti, al Consiglio di Istituto e ai genitori è utile chiarire gli obiettivi relativi alla sua realizzazione :

- ❑ Attivare percorsi educativi per la prima infanzia finalizzati a favorire la scelta del non fumo. (Esistono, infatti, evidenze scientifiche che i processi decisionali sono particolarmente influenzati dalle sollecitazioni avute nell'infanzia; pertanto un

programma educativo di prevenzione dell'abitudine al fumo avrà molta più efficacia se iniziato già alla scuola materna, piuttosto che realizzato solo a partire dall'adolescenza).

- ❑ Attivare percorsi curricolari di prevenzione ed educazione alla scelta del non fumo, durante tutto l'iter scolastico degli allievi.

La proposta didattica si articola in queste fasi:

- ❑ Consegna di una lettera informativa ai genitori insieme ad un questionario e un foglio di indicazioni utili (la lettera informativa ha lo scopo di condividere con tutti i genitori delle classi coinvolte gli obiettivi educativi del progetto e di raccogliere le adesioni al corso di formazione per i genitori).
- ❑ Conversazione iniziale con i bambini dopo la presentazione di alcune proposte stimolo (oggetto della conversazione: registrazione di immagini, colori, emozioni legati al fumo).
- ❑ Realizzazione del percorso didattico scelto fra quelli a disposizione del docente.
- ❑ Attivazione corso per genitori (il corso per i genitori ha due finalità specifiche: la prima è quella di responsabilizzare i genitori sull'importanza di difendere i bambini dall'esposizione al fumo passivo, la seconda è quella di promuovere delle forme di comunicazione consapevole e positiva fra genitori e figli rispetto al tema del fumo perchè i genitori sappiano cosa è giusto dire e come dirlo.) realizzato dal pediatra di famiglia.
 - ❑ Somministrazione di schede ai docenti per la valutazione dei seguenti parametri:
 - l'impatto emotivo sui bambini
 - la valenza simbolica
 - gli aspetti informativi
 - la facilità di utilizzo e la possibile riproducibilità.
- ❑ Somministrazione di un test finale a tutti gli allievi partecipanti e ad un gruppo di classi di controllo non partecipanti al progetto, per la valutazione della ricaduta.
- ❑ Raccolta e diffusione dei lavori finali realizzati nelle classi.
- ❑ Organizzazione di focus groups periodici fra i docenti del gruppo di lavoro.
- ❑ Somministrazione di questionari ai genitori all'inizio e alla fine del percorso.

Baby no Smoke e Difendi il tuo bambino dal fumo coinvolgono rispettivamente ginecologi e ostetriche, e pediatri di famiglia.

Entrambi i Progetti sono oggetto di una sperimentazione pilota realizzata dalla Lega contro i Tumori di Reggio Emilia in collaborazione con il Gruppo Provincia Senza fumo, l'Azienda Sanitaria Locale, l' Azienda ospedaliera, l'Ordine dei Medici, la Federazione dei Pediatri e il Collegio delle ostetriche.

Il progetto **Baby no Smoke** attivato nel 2001, ha avuto come obiettivo la messa a punto di interventi dell'ostetrica finalizzati alla promozione della sospensione dell'abitudine al fumo in gravidanza delle future mamme fumatrici.

Non si è ancora riflettuto abbastanza sull'impatto che la nascita di un bambino può avere sulle abitudini della madre; c'è stata una sottovalutazione della capacità rivoluzionaria che la forza di generazione ha sulla psiche della donna.

La necessità e il desiderio di accogliere nel proprio mondo di pensieri, sentimenti ed azioni un nuovo essere umano, inducono la donna a ripensare al proprio rapporto intimo con la vita. Saper cogliere in modo proficuo questa tensione al cambiamento per modificare il rapporto con talune abitudini (per esempio prospettare la possibilità di sciogliere il proprio intimo legame con la sigaretta) è una opportunità che ginecologo, ostetrica e medico di famiglia non possono non cogliere.

La sfida è quella di preparare un nido il più accogliente e ospitale possibile, un nido in cui rifiutare atteggiamenti negativi sia per la salute fisica che per la salute psicologica valorizzando l'intimità e profondità di un legame che la gravidanza inaugura fra genitori e nascituro. In questo processo di cambiamento ed attesa è facile, infatti, ottenere il coinvolgimento del futuro padre, che tende a colmare il vuoto della sua genitorialità diretta (con coinvolgimento del corpo in tutte le fasi del processo di gestazione), attraverso una grande disponibilità alla partecipazione fisica e di modificazione di comportamenti, alle scelte della compagna.

L'ostetrica, resa consapevole di questo suo ruolo attraverso un adeguato percorso di formazione, porta avanti la sua relazione con la coppia in attesa di un figlio con le modalità seguenti:

dopo la rilevazione delle abitudini al fumo dei genitori (ed è significativo di quanti genitori, il 12% delle donne e il 28% degli uomini continuano a fumare anche durante una gravidanza), si realizza un incontro informativo rivolto a tutti, indipendentemente dalle abitudini individuali rispetto alle sigarette.

Occorre, infatti, sottolineare, che anche coppie di non fumatori hanno spesso atteggiamenti molto permissivi riguardo alla possibilità di lasciar fumare all'interno della loro abitazione amici o parenti fumatori, di accettare l'esposizione al fumo passivo sul luogo di lavoro o di frequentare bars, ristoranti e pizzerie in cui il fumo sia consentito per accontentare chi, in compagnia, non sa separarsi dalle sigarette.

L'incontro informativo termina con la proposta ai futuri genitori fumatori di partecipare ad un programma di interventi individuali e/o a piccoli gruppi di counselling per la disassuefazione. In sostanza l'ostetrica si mette a disposizione dei partners per offrire un supporto specialistico finalizzato alla facilitazione dell'abbandono delle sigarette.

A Reggio Emilia, il programma dal 2001 ad oggi, ha portato ad una sostanziale riduzione dell'abitudine al fumo delle coppie in attesa di un figlio: le donne che restano fumatrici durante la gravidanza sono passate dal 12% al 4% con uno scoglio molto forte rappresentato dalle forti fumatrici; i padri fumatori sono scesi dal 28% al 22%.

Chi partecipa al programma viene seguito per tutta la gravidanza; nell'ambito del corso di preparazione al parto viene offerto a tutti un nuovo rinforzo finalizzato alla consapevolezza dei danni che l'esposizione al fumo passivo arreca durante i primi anni di vita.

Non dimentichiamo, infatti che, se molti genitori, adeguatamente informati e sensibilizzati, accettano di astenersi dal fumo in gravidanza, soltanto pochissimi accettano di allontanarsi per sempre dalle sigarette. Succede pertanto che, subito dopo l'allattamento, le neo mamme e i neo papà riprendano con relativa tranquillità la loro vecchia abitudine.

Per tale motivo, l'ostetrica rinforza i messaggi dati nel corso di preparazione al parto anche durante il puerperio e, successivamente, le famiglie sono seguite dal loro Pediatra di riferimento.

Anche in questo caso si sta attuando la sperimentazione pilota a Reggio Emilia che vede tutti i pediatri di famiglia coinvolti in una importantissima azione di educazione e sostegno alla Prevenzione, **“Difendi il tuo bambino dal fumo.”**

Il Pediatra consegna a tutte le famiglie dei nuovi nati un foglio di indicazioni utili per un corretto comportamento riguardo alla difesa del bambino dall'esposizione al fumo passivo: le indicazioni contenute nel messaggio informativo sono estremamente semplici.

Si invitano i genitori a non fumare mai davanti ai bambini.

L'abitazione dovrebbe essere sprovvista di portacenere e, anche in presenza di ospiti, l'abitudine di fumare consentita solo su terrazzi e balconi e, comunque, in spazi aperti.

Si raccomanda di non fumare mai in auto e di scegliere locali liberi dal fumo per le uscite al ristorante o in pizzeria (per facilitare il conseguimento di questo obiettivo la Lega contro i Tumori di Reggio Emilia ha realizzato un breve opuscolo che raccoglie gli indirizzi di tutti i ristoranti e le pizzerie della provincia dotate di locali per non fumatori).

Si informano i genitori dei danni che l'esposizione al fumo passivo crea in gravidanza e nella prima infanzia: aumentato rischio di aborti, distacco della placenta, neonati sottopeso, morte improvvisa del lattante, aggravamento delle crisi di asma, otiti croniche, cefalee, bronchiti, laringiti, sindrome del lunedì.

Si ricorda altresì che la maggior parte dei fumatori ha genitori fumatori e che, pertanto, occorre segnalare che il bambino vive comunque come **positivo** il rapporto che il proprio genitore ha, con le sigarette.

Si invitano i genitori a scegliere Scuole dell'Infanzia e Istituti comprensivi in cui si operi in contesti di scuole senza fumo e si danno alcune indicazioni per affrontare in modo adeguato il tema del fumo con i bambini.

Tutte le famiglie di nuovi nati in cui almeno uno dei genitori sia stato fumatore durante la gravidanza riceve, inoltre, un opuscolo informativo specifico, consigli per il rinforzo motivazionale ed un supporto alla disassuefazione al fumo nel caso in cui sia intenzionato a smettere.

I genitori sono seguiti dal pediatra di famiglia per un periodo di tre anni.

Il ruolo del Pediatra prosegue poi con la collaborazione nella realizzazione dei Corsi di formazione per genitori alla scuola dell'infanzia e alla scuola elementare e con una azione specifica sui propri assistiti preadolescenti, finalizzata a chiarire con i ragazzi tutte le ragioni per cui è importante astenersi dal fumo.

In sintesi, pertanto, il Progetto **Difendi il tuo bambino dal fumo** è composto dalle seguenti azioni:

- 1) Campagna informativa sui danni del fumo passivo nell'infanzia al fine di aiutare i genitori fumatori ad astenersi dal fumo in casa e comunque sempre, in presenza di bambini, e ad optare per la scelta di locali liberi dal fumo in caso di uscita a pranzo o a cena, realizzata attraverso opuscoli informativi per i genitori, opuscoli con filastrocche e storielle di prevenzione all'abitudine al fumo che il Pediatra regala ad ogni nuovo assistito in occasione del suo primo compleanno.
- 2) Collaborazione con la Lega contro i tumori per la sensibilizzazione degli insegnanti degli asili nido e delle scuole per l'infanzia (in particolare all'interno del progetto Infanzia a colori)
- 3) Realizzazione di un incontro aperto a tutti i genitori dei propri utenti.
- 4) Campagna informativa per cittadini extracomunitari .a) contatto con i mediatori culturali per inserire il problema fumo negli interventi di accoglienza; b) produzione di opuscoli specifici di facile consultazione in collaborazione con la Lega contro i tumori c) sperimentazione di forme di counselling a piccolo gruppo all'interno dei programmi previsti per la popolazione extracomunitaria con la supervisione ed il coordinamento della lega contro i tumori.
- 5) Campagna informativa sull'importanza di non cominciare a fumare nella prima adolescenza. a) opuscoli specifici per i ragazzi sui danni che il fumo provoca durante il periodo dell'adolescenza. B) collaborazione nella sensibilizzazione dei docenti ad affrontare l'argomento a scuola (all'interno del progetto Liberi di scegliere che sta realizzando a Reggio Emilia la Lega contro i Tumori)

- **Strategie comunicative nei progetti dell'Emilia Romagna.**

I tre progetti sopradescritti sono accumulati da alcuni principi:

- Favorire occasioni di approfondimento metodologico e tematico sulle modalità di affrontare il tema della esposizione al fumo passivo nella prima infanzia;
- Offrire a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel progetto strumenti per una adeguata sensibilizzazione di bambini, genitori, docenti e preadolescenti;
- Mettere al centro dell'intervento la tutela dei più piccoli;
- Favorire interventi che operino una modificazione della percezione del fumo di sigaretta all'interno della comunità;
- Favorire la percezione del problema del fumo come dipendenza, senza enfatizzare gli aspetti nocivi che la sigaretta provoca alla salute del fumatore stesso ed invece enfatizzando le responsabilità dell'adulto educatore;
- Agire in sintonia con genitori, docenti e bambini per acquisire una percezione condivisa dell'importanza di crescere, lavorare e vivere in ambienti e liberi dal fumo e sviluppare modalità di comunicazione idonei all'obiettivo.

I principi citati sono il cardine di un modo nuovo di concepire la prevenzione che vede figure professionali con una formazione diversa unite per realizzare un obiettivo comune.

La strategia comunicativa si fonda su alcuni punti fondamentali:

1. tutti gli attori coinvolti (pediatri, medici di medicina generale, pediatri, ostetriche, docenti) debbono condividere la concezione del fumo di sigaretta come dipendenza patologica: in sintesi è necessario che sia chiaro a tutti l'azione di condizionamento della nicotina sui meccanismi di gratificazione/ricompensa del sistema limbico attraverso il controllo della liberazione di taluni neurotrasmettitori.

La consapevolezza dell'esistenza di tale meccanismo (che non è noto alla maggior parte dei docenti e dei genitori e forse sfugge nella sua generalità anche a qualche operatore sanitario) è utile a interrompere i sensi di colpa dei fumatori, a chiarire che quasi mai è possibile smettere di fumare solo con la volontà e a definire l'approccio terapeutico adeguato: i pediatri, le ostetriche, i medici di famiglia, hanno a disposizione l'avviso breve e il rinforzo, tecniche specifiche del colloquio motivazionale che costituisce la modalità più adatta per gestire una relazione di aiuto nei processi di cambiamento.

Se, quindi, è indispensabile che gli operatori di primo livello (personale tecnico) siano dotati di una formazione specialistica sugli aspetti di base del colloquio motivazionale, è necessario anche che chiariscano alcuni obiettivi di base di educazione sanitaria.

2. Gli obiettivi, semplici e specifici (per esempio: "non fumare mai davanti al bambino" perchè questo gli può cagionare problemi alla salute e sudditanza psicologica legata all'interiorizzazione di un modello genitoriale di fumatore percepito affettivamente come positivo e cognitivamente come ambivalente) debbono essere ripetuti con diverse modalità spiegandone efficacemente i motivi.
3. Tutti i messaggi (avviso motivazionale, lettera, opuscoli) sono accomunati dall'intento di agire in modo specifico su un singolo tratto del percorso sanitario ed educativo.

Durante la gravidanza sono efficaci messaggi legati alla agli effetti nocivi del fumo di sigaretta sul nascituro, ma anche messaggi che evidenzino che cosa significhi, anche psicologicamente, legare la creazione dell'immaginario individuale di un figlio a paesaggi familiari inquinati dal fumo.

Durante l'allattamento è importante insistere sulla trasmissione di sostanze tossiche dalla madre al neonato e sulla opportunità di completare un processo di cambiamento accogliendo un figlio nel modo più opportuno.

Durante i primi anni di vita del bambino è utile trasmettere semplici accorgimenti (non fumare in casa, non fumare in auto, frequentare luoghi non contaminati dalle sigarette) e insistere sull'esempio che ogni genitore rappresenta per il proprio bambino.

Di rado i fumatori sono orgogliosi della loro abitudine; è pertanto importante attirare la loro attenzione sull'influenza che possono esercitare nonostante le attenzioni.

4. E' utile anche insistere sull'interazione che le diverse modalità di comunicazione hanno nei processi educativi: il comportamento e la qualità della relazione sono infatti molto più significativi di frasi ripetute spesso anche in tono convinto. (Fumare in presenza di un paziente, di un figlio o di un allievo indebolisce moltissimo la forza dei miei consigli.)

L'unico modo per dare una congruenza fra canali non verbali e verbali è condividere con il bambino le difficoltà dello smettere, la consapevolezza di una ambiguità di atteggiamento, il desiderio di proteggerlo da una abitudine percepita come nociva per la propria salute, abitudine che si vorrebbe modificare anche con poco successo.

Durante la prima infanzia insegnanti e genitori con la consulenza e il sostegno del Pediatra di famiglia possono avvalersi dell'utilizzo di fiabe e filastrocche che parlano lo stesso linguaggio del bambino, aiutano a trasmettere in forma simbolica e non violenta i propri vissuti riguardo al fumo e a trovare una risposta alle domande intorno al tema.

Il discorso sulla prevenzione, mediato e veicolato da questi canali specifici, va ad inserirsi in modo armonico nell'interiorità del bambino in ogni fase della crescita e incoraggia il processo di cambiamento del genitore.

In conclusione, occuparsi del problema della difesa dell'infanzia dall'esposizione al fumo passivo, significa accompagnare un percorso di trasformazione individuale, facilmente sovrapponibile con l'utile esemplificazione didattica del ciclo motivazionale di Prochaska: Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento, Ricaduta.

Si incontreranno genitori e docenti precontemplativi a cui dare informazioni che rendano evidente la presenza di una abitudine ostacolante la salute individuale e del figlio/allievo; genitori e docenti contemplativi con i quali potenziare la frattura interiore (le contraddizioni esistenti fra voglio smettere/non voglio smettere) e rinforzare le motivazioni verso il cambiamento; genitori e docenti determinati a smettere che andranno sostenuti e seguiti anche in raccordo con strutture specialistiche e genitori e docenti in astinenza o in ricaduta temporanea che andranno incoraggiati e sostenuti nelle difficoltà incontrate e nel rilievo dei risultati raggiunti. Soltanto offrendo un supporto sistematico e generalizzato a tutte le coppie in attesa di un figlio o con un figlio piccolo si possono ottenere risultati significativi sul cambiamento della percezione sociale, culturale e sanitaria dell'abitudine al fumo, cambiamento a cui ogni operatore della prevenzione è chiamato a dare il proprio contributo.