

## Definizione e valutazione degli interventi di comunità nell'ambito delle strategie di contrasto al fumo di tabacco

## Community interventions among tobacco control strategies: coping with their definition and evaluation

Paolo D'Elia, Alessandro Coppo, Francesca Di Stefano, Lorena Charrier, Cristiano Piccinelli, Roberta Molinar, Carlo Senore, Livia Giordano, Nereo Segnan

Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte, Torino

Corrispondenza: Carlo Senore, CPO Piemonte, Via S. Francesco da Paola, 31, 10123 Torino; tel. 011 6333852; fax 011 6333861; e-mail: carlo.senore@cpo.it

### Cosa si sapeva già

- Gli interventi comunitari rispondono all'esigenza di affrontare il problema del tabagismo in un'ottica multidisciplinare e multilivello.
- Vi sono difficoltà di valutazione dell'efficacia di questo genere di interventi.

### Cosa si aggiunge di nuovo

- Viene offerta una chiave di lettura delle tipologie di interventi comunitari.
- Viene proposto di valutare insieme tipologie di intervento comunitario simili.

### Riassunto

Gli interventi comunitari rappresentano uno strumento essenziale nelle attuali strategie di contrasto al tabagismo. Il presente articolo propone un chiarimento a livello concettuale del termine «comunitari» individuando 5 focus:

- il territorio (contesto urbano, suburbano, regionale);
- il target (sottogruppi specifici della popolazione);
- il setting (la scuola, i luoghi di lavoro);
- la cultura e gli atteggiamenti;
- i sistemi multilivello.

I due ultimi significati si riferiscono alla comunità più nel suo aspetto funzionale che strutturale e costituiscono l'approccio più promettente. Quest'ottica studia la comunità nelle sue articolazioni in organizzazioni, sistemi e reti sociali e investiga i fattori che influenzano il comportamen-

to comprendendo le variabili individuali, ambientali e culturali. L'eterogeneità degli interventi comunitari ne ha reso sin qui difficile la valutazione di efficacia. Mettere a confronto interventi condotti a partire da ipotesi teoriche e in ambiti di azione simili potrebbe facilitarne la valutazione e contribuire a individuare le variabili che ne condizionano il successo o il fallimento. La diffusione di studi sui processi d'implementazione di questi interventi può permettere la diffusione nei programmi di promozione della salute. Per raggiungere questo scopo bisogna affiancare ai tradizionali modelli epidemiologici strumenti di valutazione sensibili alle dimensioni qualitative come la ricerca-azione e la valutazione partecipata.

(*Epidemiol Prev* 2008; 32(3): 156-61)

**Parole chiave:** interventi comunitari, controllo del tabagismo, valutazione

### Abstract

Community interventions represent a key component of the current anti-smoking strategies. We propose a conceptual framework for classifying these interventions, based on the concept of community utilised in different studies. We identified 5 different focuses:

- geographical areas (i.e. city, county, region);
- targets (sub-group of a population);
- settings (school, workplace);
- culture and individual attitudes;
- multilevel networks.

These two latter views refer to functional rather than to structural aspects of a community and they represent the most promising approaches to design intervention strategies. Communities are represented as a group of organizations, systems and social networks investigating individual, environmental and cul-

tural factors that can strongly influence behavioural changes. The great heterogeneity in what the authors mean as community interventions has in our opinion affected the evaluation of their impact. To facilitate their evaluation and to contribute to the detection of determinants, as well as of barriers, it is necessary to compare community interventions sharing similar theoretical approaches and focuses. Also, studies aimed at assessing the steps of the implementation process of community programmes may allow to identify those components related to specific levels of intervention, thus enabling the generalisation of results. To reach this goal it may be helpful to combine study designs allowing for both quantitative and qualitative assessments, such as action research and participatory evaluation research.

(*Epidemiol Prev* 2008; 32(3): 156-61)

**Key words:** community intervention, tobacco control, evaluation

## Introduzione

Nell'ambito delle strategie di contrasto al fumo di sigaretta meritano particolare attenzione quelli che la letteratura anglosassone definisce *community based interventions*, traducibile in italiano come interventi comunitari (IC). A causa del carattere di multidimensionalità del fenomeno del tabagismo (che comprende aspetti di ordine psicosociale, sanitario, economico, culturale, politico ed etico), questi interventi hanno solitamente l'ambizioso obiettivo di affrontare il fumo di sigaretta non limitandosi al singolo fumatore ma integrando più dimensioni e partendo da una visione più articolata del problema.

In letteratura esiste un'enorme mole di studi sull'argomento<sup>1-10</sup> in cui sono incluse tra gli IC tipologie di intervento anche molto diverse tra di loro: divieti e restrizioni (sul consumo, sull'acquisto, sulla vendita, sulla pubblicizzazione delle sigarette), campagne di comunicazione di massa, linee telefoniche di supporto, promozione di organizzazioni libere dal fumo, interventi nei Paesi in via di sviluppo o presso gruppi etnici specifici, programmi per la prevenzione delle malattie fumo-correlate (asma, malattie respiratorie e cardiovascolari), interventi condotti da o per una sola categoria professionale (medici, infermieri), interventi centrati su un setting specifico (scuola, lavoro, ospedale).

Obiettivo di questo lavoro è quello di proporre una riflessione concettuale sulle caratteristiche degli IC al fine di provare a costruire alcuni basilari punti di riferimento in un campo di studio oltremodo vasto e complesso.

## Un tentativo di chiarificazione

La generica dizione «intervento comunitario» comprende dunque aspetti differenti del complesso insieme di azioni volte al contrasto del fumo di sigaretta. Quando si dice, per esempio, «intervento comunitario di prevenzione del fumo di tabacco in ambito scolastico» (o sui luoghi di lavoro) non si dice molto di più sulla «comunità» in cui l'IC è implementato. Tuttavia è diverso se quell'intervento prevede, per esempio, l'introduzione di nuove norme che regolamentano il fumo all'interno della scuola, piuttosto che un lavoro di potenziamento delle *life skill* con i ragazzi o di formazione con gli insegnanti, piuttosto ancora che un lavoro con la scuola insieme al territorio circostante o infine tutte queste cose insieme. Infatti, sotto la medesima dizione di interventi comunitari è possibile rinvenire paradigmi e linguaggi anche molto differenti: il paradigma biomedico, il paradigma socioecologico (e politico), il paradigma psicoeducativo.<sup>11</sup> Ciascuno di essi porta con sé concezioni diverse sulla salute, sul ruolo dell'individuo e sul suo rapporto con l'ambiente, sul concetto di cambiamento e sui fattori che possono favorirlo od ostacolarlo, nonché sugli orientamenti operativi (modalità di conduzione degli interventi, definizione degli obiettivi, di metodi e tecniche). L'idea stessa di comunità sottesa a ciascun intervento comunitario può essere differente e ha

visto molti tentativi di definizione da parte di studiosi di discipline diverse.<sup>12</sup> Il sociologo Gallino, fra gli altri, tenta la definizione seguente: «una comunità è composta da individui che vivono in una stessa area territoriale e/o che aderiscono a una determinata organizzazione o rete sociale, che condividono uno stesso sistema di riferimento socio-culturale e tra i quali esistono legami significativi».<sup>13</sup>

Una revisione della letteratura scientifica sull'argomento ci ha inoltre permesso di costruire una mappa dei significati, o cornici di senso, che più comunemente sottendono alla dizione «interventi comunitari». Sono stati così individuati cinque focus principali relativi ai modi più comuni d'intendere gli IC. Ciascun focus sembra portare con sé una idea prevalente di «comunità» (tabella 1).

■ In primo luogo parlare di IC significa porre l'accento sulla dimensione territoriale. In inglese, infatti, *community* significa quasi sempre comunità locale, quindi cittadina, di villaggio o quartiere. Alcuni degli interventi indicati in letteratura come *community-based* possono anche rivolgersi a un'intera nazione (come le politiche sui prezzi) o addirittura ad aree sopranazionali (come la campagna di comunicazione per gli adolescenti promossa dalla Commissione europea, che interessa tutti i Paesi aderenti all'UE).<sup>14-16</sup>

■ Per alcuni la dimensione centrale degli IC ha a che fare con il target. La comunità di riferimento dell'intervento è in questo caso un gruppo o categoria di popolazione specifica, identificata di volta in volta con criteri differenti: gli adolescenti, le donne in gravidanza, i cardiopatici, gli immigrati eccetera.<sup>17-19</sup>

■ Un altro punto di vista pone l'accento sul setting di riferimento dell'intervento. La comunità cui è indirizzata l'azione (sia essa rivolta alla prevenzione, alla disassuefazione o alla riduzione del fumo passivo) si identifica in questo caso con un ambiente o contesto circoscritti. Intervento comunitario significa, per esempio, agire per la prevenzione o riduzione del consumo di tabacco in una specifica scuola o luogo di lavoro, spesso attraverso l'implementazione congiunta di divieti e l'offerta di programmi per la disassuefazione dal fumo di sigaretta.<sup>20-22</sup>

■ Da altri viene sottolineato come gli IC siano interventi in grado di modificare la cultura e gli atteggiamenti nei confronti del fumo di sigaretta, mettendo in atto auspicati processi di cosiddetta denormalizzazione o deglamourizzazione del comportamento e/o dei fumatori stessi. Tali processi puntano a ridurre progressivamente l'accettabilità e la desiderabilità sociale di cui godono (o hanno goduto) la sigaretta e i fumatori, per esempio attraverso campagne pubblicitarie che mirano a ridicolizzare il fumo di sigaretta e a enfatizzarne le conseguenze negative o azioni legislative che puntano a limitare la libertà dei fumatori.<sup>23-25</sup> In questo caso la comunità è considerata dal punto di vista dell'immaginario simbolico e dei significati socialmente costruiti e attribuiti alla sigaretta nel tempo: per esempio come espressione di adul-

| Focus                   | Comunità di riferimento   |
|-------------------------|---|
| territorio              | stato, regione, città, quartiere  |
| target                  | gruppo di popolazione   |
| setting                 | ambiente specifico (scuola, azienda)  |
| cultura e atteggiamenti | cultura di un gruppo sociale  |
| multilivello            | sistema articolato di soggetti, gruppi portatori di interessi, ambienti e culture diverse |

Tabella 1. I diversi focus degli interventi comunitari (IC).

Table 1. Different focuses of community interventions.

tità e segno di distinzione sociale,<sup>26</sup> oppure di coraggio e seduzione in molta cinematografia. La denormalizzazione si basa ovviamente sul presupposto che l'atteggiamento prevalente in un gruppo sociale (derivante a sua volta dalla cultura prevalente, di accettazione o discredito del fumo di tabacco) abbia delle ripercussioni sul modo in cui le persone di quel gruppo recepiscono e reagiscono ai messaggi contenuti in un programma di contrasto al tabagismo. E' quindi necessario agire sul modo in cui le opinioni si formano nelle comunità e nei gruppi e tra gli opinionisti: il termine *community mobilization* è spesso usato in riferimento a tale processo, che si basa sulle dinamiche di leadership d'opinione e sul modo in cui diversi sottogruppi con culture di riferimento diverse si influenzano l'un l'altro.<sup>27</sup>

■ Infine, un punto di vista importante è quello che considera gli IC come interventi che prevedono la compresenza di più sistemi e/o canali di intervento considerati e utilizzati simultaneamente. La letteratura inglese utilizza in questi casi le dizioni *community-based programs*, *comprehensive programs* o *multi-layered programs*.<sup>28-31</sup> La comunità di riferimento è un sistema articolato di portatori di interessi diversi (i cosiddetti *stakeholder*) che contribuiscono al cambiamento desiderato in modi anche molto differenti. L'idea di fondo è che il cambiamento sia effetto della sinergia e del rinforzo reciproco derivante dalla compresenza di più azioni che utilizzino canali differenti. Risulta fondamentale in questi casi creare condizioni organizzative e metodologiche favorevoli al fine di coordinare e integrare gli interventi attraverso azioni come la formazione, la realizzazione di centri di documentazione, l'implementazione di sistemi di valutazione, la creazione di strutture di coordinamento e/o di ricerca centralizzate, la stesura di piani e programmi condivisi eccetera.<sup>32</sup> Esemplicativi di questo aspetto sono alcuni importanti programmi statunitensi di controllo del tabagismo, quali COMMIT<sup>33</sup> e ASSIST,<sup>34</sup> che hanno visto l'utilizzo di ingenti risorse economiche soprattutto per mobilitare i cittadini nella formazione di coalizioni locali e per lo sviluppo di strategie concertate con i diversi *stakeholder* del luogo.<sup>35,36</sup> Gli studi sottolineano, fra l'altro, la necessità che tali coalizioni, intese come aggregazioni di gruppi di interesse orientate a produrre cambiamenti nell'ambito della salute pubblica, rimangano durature nel tempo, poiché produrre un cambiamento nei comportamenti di salute è una sfida complessa e a lungo termine che richiede

profonde modificazioni a livello socioculturale.

Il tipo di approccio qui adottato, che intende chiarire preliminarmente quale idea di comunità si ha in mente quando si parla di interventi comunitari, può avere ricadute importanti sulla possibilità di identificare cosa and-

are a valutare, al fine di misurarne l'efficacia.

Infatti, si può dire che i primi tre modi d'intendere comunemente gli IC (focus sul territorio, sul target e sul setting) dicano poco delle variabili specifiche su cui si intende intervenire, facendo prevalere una valenza strutturale dell'idea di comunità<sup>2</sup> come «contenitore» (area territoriale o popolazione) con confini precisi e demarcati. Gli altri due modi (focus su cultura e atteggiamenti e focus multilivello), invece, sembra abbiano il pregio di visualizzare le dimensioni su cui l'intervento si colloca e possano orientare meglio i percorsi di valutazione. In essi sembra prevalere la valenza funzionale del termine comunità<sup>2</sup> di cui vengono colti prevalentemente gli aspetti organizzativi, di condivisione del sistema di riferimento socioculturale e di costruzione del legame sociale.<sup>13</sup>

### Problemi di valutazione

Le due revisioni Cochrane che si sono occupate di valutare l'efficacia degli IC rivolti alla prevenzione del fumo di sigaretta fra i giovani<sup>37</sup> e alla diminuzione della prevalenza di fumatori fra gli adulti<sup>38</sup> affermano esserci evidenze di efficacia nulle (nel caso della cessazione tra gli adulti) o limitate (nel caso della prevenzione del fumo tra gli adolescenti).

Per spiegare la dimensione limitata dell'effetto di cambiamento sui comportamenti a rischio della popolazione, a fronte di trial ben disegnati e di ampiezza notevole, sono stati evidenziati e discussi i problemi e i potenziali limiti metodologici dei *randomized controlled trials* (RCT) nell'ambito della valutazione degli interventi comunitari.<sup>39-41</sup>

L'assunto dei RCT è che il ricercatore, in presenza o meno di altri fattori ambientali che possono modificare l'effetto dell'intervento, allochi l'esposizione randomizzando individui o gruppi d'individui all'intervento in studio, in modo che i fattori ambientali siano uniformemente distribuiti tra esposti e non esposti. Il risultato in condizioni analoghe può essere replicato. Ma la generalizzazione dei risultati ad altri setting è sempre difficile e dipende dalla plausibilità del risultato, dalla disponibilità di risultati consistenti generati in altri studi indipendenti, dalla forza della associazione eccetera. Tali condizioni, rispetto alla ricerca clinica, sono forse meno facili da soddisfare in sanità pubblica. Inoltre, negli IC la somministrazione degli interventi è più spesso fatta per gruppi, anziché per individui. La disponibilità di cluster sufficientemente numerosi per garantire la validità del confron-

to e la possibile contaminazione rendono a volte difficile disegnare e condurre trial per la valutazione di IC.

Vari autori hanno evidenziato difficoltà e limiti nei trial riguardanti gli IC che richiedono di essere attentamente presi in considerazione nel disegno e nella fattibilità di questi studi.

L'intensità di somministrazione dell'intervento può variare molto e la catena causale tra intervento e outcome biologico è lunga e complessa e comprende sia fattori biologici sia comportamentali. Per dimostrare una sequenza logica tra interventi e outcome, i vari passaggi di questa catena vanno compresi e misurati tenendo conto delle molteplici possibilità di modificazioni di effetto, che rendono non facilmente generalizzabile il risultato estrapolandolo da un setting a un altro.<sup>39</sup> Le coorti sono spesso affette da perdite notevoli al follow-up che limitano la rappresentatività, mentre le indagini trasversali ripetute comportano un errore di campionamento ed escludere i nuovi residenti, non esposti all'intervento, può essere complesso.

Nel valutare l'efficacia degli IC è necessario, inoltre, riconsiderare il significato dei trend secolari nei comportamenti di salute. L'attitudine della società a migliorare le proprie condizioni di salute nel corso degli anni Settanta e Ottanta ha determinato, per esempio, una riduzione dell'abitudine al fumo sia nelle comunità sperimentali sia in quelle di controllo nel COMMIT trial, come se fosse in atto un cambiamento a livello sociale dell'accettabilità del fumo. Problemi di generalizzabilità per i *community intervention trials* possono derivare anche dal successo di altre forme di interventi sociali legati alla variazione nel tempo dei comportamenti relativi alla salute.<sup>40,41</sup>

Le teorie di riferimento più utilizzate nei trial IC derivano soprattutto dalla psicologia comportamentale con programmi di promozione della salute che tendono a focalizzarsi di più su cambiamenti a livello individuale, piuttosto che sui cambiamenti nella normativa a livello di comunità (*policy interventions*) che possono contribuire molto nel cambiare l'accettabilità sociale di determinati comportamenti a rischio.<sup>40,41</sup> Peraltro, gli interventi spesso non sono disegnati in modo da riflettere le reali condizioni della comunità e tali da raggiungere segmenti diversi della comunità.<sup>40</sup>

Ciò che questo contributo vuole suggerire è che una ragione della difficoltà di valutazione dell'efficacia degli IC deriva proprio dal fatto che vengono conglobati in una stessa categoria interventi cosiddetti comunitari che hanno però focus di lavoro molto differenti. Una limitazione importante, e frequentemente sottovalutata, deriverebbe dal fatto che spesso gli studi e/o gli interventi messi a confronto sono stati pensati e implementati in ambiti e paradigmi eterogenei. Tuttavia, le revisioni sistematiche e la valutazione delle evidenze scientifiche si basano sugli studi disponibili, nonostante i loro limiti. Gli stessi revisori Cochrane sottolineano come l'eterogeneità degli studi presi in considerazione renda inappropriato mettere a confronto i risultati<sup>37</sup> e preclu-

da qualsiasi comparazione statistica formale o meta-analisi.<sup>38</sup>

Gli autori riconoscono come parte di questa eterogeneità sia dovuta ai diversi approcci utilizzati negli IC e parte ai metodi con cui i risultati sono riportati.

Se questa ipotesi fosse vera, si potrebbe supporre che mettere a confronto interventi comunitari simili, vale a dire condotti a partire da ipotesi teoriche e metodologiche simili e in ambiti e/o su fattori omogenei, potrebbe portare da un lato a verificare meglio l'efficacia di tali interventi e, dall'altro, a individuare più precisamente le variabili di processo e di contenuto che condizionano il successo o il fallimento di tali interventi. Si pensi, per esempio, agli IC per la prevenzione e la riduzione delle infezioni da HIV<sup>40</sup> e alle revisioni Cochrane sugli interventi di contrasto al fumo di sigaretta in ambito scolastico.<sup>20</sup> In entrambi i casi gli studi hanno evidenziato una buona efficacia degli IC in questi ambiti e sono stati in grado di individuare i fattori e le variabili di mediazione in gioco. Ciò è quanto avviene anche nella valutazione delle leggi antifumo in Europa: Italia,<sup>42-45</sup> Norvegia,<sup>46-47</sup> Irlanda,<sup>48-51</sup> Scozia.<sup>52-56</sup>

Raggruppare e mettere a confronto in ambito valutativo IC simili potrebbe aumentare la sensibilità alle dimensioni qualitative e ai processi attraverso cui ciascun intervento comunitario viene implementato. Ciò contribuirebbe, inoltre, a rendere più visibili e a valorizzare le caratteristiche specifiche dei contesti in cui ciascun intervento viene realizzato,<sup>57</sup> offrendo elementi di conoscenza utili per la progettazione e l'implementazione di altri interventi comunitari in contesti simili o diversi.

D'altronde, tali criticità non sembrano mettere in discussione la centralità degli interventi comunitari nelle strategie di contrasto al consumo di tabacco,<sup>1</sup> ma piuttosto spingono a suggerire nuove direzioni di lavoro e miglioramenti nei processi di valutazione. Per esempio, per fornire informazioni sui processi di cambiamento della comunità sono idonei studi osservazionali, così come ricerche qualitative sono adatte per definire obiettivi e priorità dei programmi, selezionare il target, identificare i canali appropriati di realizzazione e costruire materiali educativi. La ricerca-azione è un mezzo per incorporare i partecipanti nei processi di ricerca e la ricerca sulla disseminazione e la durata permette di verificare quali caratteristiche dell'intervento contribuiscono a sostenere programmi che possono istituzionalizzarsi all'interno delle comunità e delle organizzazioni.<sup>58</sup> Sul versante della valutazione possono essere utili studi che valutano un trend di cambiamento senza gruppo di controllo (come la valutazione d'impatto del California Tobacco Control Program),<sup>59</sup> studi che valutano un trend di cambiamento con gruppo di controllo (come ASSIST),<sup>34</sup> studi di coorti prospettiche parallele come l'International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project,<sup>60</sup> strategie di valutazione degli interventi più ampie e meno mirate,<sup>61,63</sup> fino a percorsi di valutazione partecipata che prevedano il coinvolgimento attivo dei cittadini anche attraverso metodologie qualitative.<sup>64</sup>

## Conclusione

Nonostante restino aperti enormi problemi di valutazione, rimane forte la convinzione che gli IC rappresentino una strada irrinunciabile per affrontare il problema del fumo di sigaretta, poiché tentano di comprenderlo nelle sue diverse articolazioni e assumono coerentemente la prospettiva che non esista «un proiettile magico» con cui colpire definitivamente il problema.<sup>65</sup> In questo senso riteniamo che l'approccio che considera gli IC come interventi multilivello (in cui prevale un'ottica multidisciplinare e integrata) sia il più idoneo. Su questa linea si colloca anche la definizione dei CDC,<sup>1</sup> secondo cui operare a livello comunitario in ambito antitabagico significherebbe «lavorare attraverso le organizzazioni, i sistemi e le reti sociali per promuovere un ambiente che faciliti le scelte salutari dell'individuo e in cui l'astinenza dal tabacco sia la norma». Un approccio di questo genere prende in considerazione varie articolazioni della comunità (organizzazioni, sistemi, reti sociali) e guarda al cambiamento come a una variabile sia individuale (un soggetto attivo nell'operare scelte salutari), sia ambientale (un ambiente promotore di tali scelte) e culturale (l'astinenza dal tabacco come «norma»).

Gli IC multi-livello rientrano in tal modo a pieno titolo nella cosiddetta promozione della salute (*health promotion*), nell'ambito della quale grande importanza riveste l'ottica dell'*empowerment*.<sup>66</sup> Esso va inteso come processo che tenta di mettere gli individui in grado di proteggere la propria salute e prevede interventi rivolti non più esclusivamente ai singoli (in un'ottica classica in cui la prevenzione e l'educazione sono orientate alla modificazione dei comportamenti individuali), ma anche a piccole o grandi organizzazioni e alle interazioni fra di esse, attraverso la mobilitazione contemporanea di risorse umane e materiali. Si potrebbe arrivare a dire che lavorare attraverso la comunità significhi avere «un modello che non mira direttamente al cambiamento sugli individui, ma a costruire il teatro, il tessuto, la trama entro cui qualcosa può accadere»<sup>67</sup> e che progettare significhi in questo senso «disegnare l'ambiente» attraverso connessioni mirate ma ad ampio raggio fra istituzioni, associazioni e rappresentanze di interessi locali.

Alla luce di quanto detto finora emerge chiaramente come gli IC (in particolare quelli definiti multilivello) esigano uno sforzo sempre più esplicito di chiarificazione delle ipotesi di riferimento e dei diversi linguaggi utilizzati, proprio perché partono da una visione multidisciplinare e integrata del problema del fumo di sigaretta. Il nostro tentativo di chiarificazione può costituire una base di partenza in questa direzione, nello sforzo cioè di mettere insieme IC che condividono visioni della comunità simili, e favorirne la valutazione.

**Conflitti di interesse:** nessuno

Il lavoro è stato svolto dal Gruppo tecnico antitabacco del CPO Piemonte con un finanziamento della Fondazione compagnia di San Paolo nell'ambito del progetto «Oncologia 2000».

## Bibliografia

1. U.S. Department of Health and Human Services. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
2. Green, LW, Kreuter, MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. Mayfield Publishing (McGraw-Hill), 3rd edition, 2005.
3. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med* 2001; 20(suppl 2): 16-66.
4. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE et al. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control* 2000; 9(1): 47-63.
5. Kaptein A, Weinman J. *Health Psychology*. BPS Blackwell, 2004.
6. World Health Organization. *Fact Sheet No. 159 - Revised*. Geneva, Governments for a Tobacco-Free World, 1998.
7. World Health Organization. *Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst Century: Building Blocks for Tobacco Control*. Geneva, Diseases and Mental Health Cluster, 2004.
8. Murray M (edited by). *Critical Health Psychology*. Palgrave Macmillan, 2004.
9. Orlandini D, Nardelli R, Bottignolo E. *Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione*. Venezia, Regione Veneta, Assessorato alle Politiche Sociali, 2002.
10. Zani B, Cicognani E. *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino, 2000.
11. Lemma P. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*. Milano, Edizioni Unicopli, 2005.
12. Amerio P. L'evoluzione del concetto di comunità. In: Zani B, Polmonari A (eds). *Manuale di psicologia di comunità*. Bologna, Il Mulino, 1996.
13. Gallino L. *Dizionario di Sociologia*. Milano, TEA Edizioni, 1993.
14. Mostashari F, Kerker BD, Hajat A et al. Smoking practices in New York City: the use of a population-based survey to guide policy-making and programming. *J Urban Health* 2005; 82(1): 58-70.
15. Charrier L, Coppo A, Piccinelli C et al. Interventi legislativi efficaci per il controllo del tabagismo: direttive dell'Unione Europea e applicazioni in Italia. *Epidemiol Prev* 2006; 30(6): 366-69.
16. The Help Programme 2005-2007 Moving Towards a smoking-free Europe -HELP- For a life without tobacco - An initiative of the European Union. <http://it.help-eu.com>.
17. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.
18. Elder JP, Litrownik AJ, Slymen DJ et al. Tobacco and alcohol use-prevention program for Hispanic migrant adolescents. *Am J Prev Med* 2002; 23(4): 269-75.
19. Tremblay M, Gervais A, Lacroix C et al. Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ* 2001; 165(5): 601-07.
20. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD001293.
21. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD003440.
22. Miller M, Wood L. Effectiveness of smoking cessation interventions: review of evidence and implications for best practice in Australian health care settings. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27(3): 300-09.
23. Winkleby MA, Feighery E, Dunn M et al. Effects of an advocacy intervention to reduce smoking among teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(3): 269-75.
24. Friend K, Levy DT. Reductions in smoking prevalence and cigarette consumption associated with mass-media campaigns. *Health Educ Res* 2002; 17(1): 850-98.
25. Silver MZ. Efficacy of anti-tobacco mass media campaigns on adolescent tobacco use. *Pediatr Nurs* 2001; 27(3): 293-96.
26. Minardi E. *Percorsi nella società del loisir*. Faenza, Homeless Book, 2003.
27. Rogers T, Feighery EC, Tencati EM et al. Community mobilization

- to reduce point-of-purchase advertising of tobacco products. *Health Educ Q* 1995; 22: 427-42.
28. Bond L, Patton G, Glover S et al. The Gatehouse Project: can a multi-level school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(12): 997-1003.
  29. Biglan A, Ary DV, Smolkowski K et al. A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tob Control* 2000; 9(1): 24-32.
  30. Cummings KM. Community-wide interventions for tobacco control. *Nicotine Tob Res* 1999; 1(Suppl 1): S113-16.
  31. Pentz MA. Effective prevention programs for tobacco use. *Nicotine Tob Res* 1999; 1(Suppl 2): S99-107.
  32. Green LW, Orleans CT, Ottoson JM et al. Inferring Strategies for Disseminating Physical Activity Policies, Programs, and Practices from the Successes of Tobacco Control. *Am J Prev Med* 2006; 31(suppl 4): S66-S81.
  33. COMMIT. Community Intervention Trial for Smoking Cessation: summary of design and intervention. COMMIT Research Group. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83(22): 1620-28.
  34. Manley MW, Pierce JP, Gilpin EA et al. Impact of the American stop smoking intervention study on cigarette consumption. *Tob Control* 1997; 6(Suppl 2): S12-S16.
  35. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersinan A. Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research* 1993; 8(3): 315-30.
  36. Cramer ME, Mueller KJ, Harrop D. Evaluation informs coalition programming for environmental tobacco smoke reduction. *J Community Health Nurs* 2003; 20(4): 245-58.
  37. Sowden A, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 1: CD001291.
  38. Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; 2: CD001745.
  39. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials. *Am J Public Health* 2004; 94(3): 400-05.
  40. Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *Am J Public Health* 2003; 93(4): 557-74.
  41. Sorensen G, Emmons K, Hunt MK, Johnston D. Implications of the results of community intervention trials. *Annu Rev Public Health*. 1998; 19: 379-416.
  42. Gorini G, Gasparrini A, Fondelli MC et al. Environmental tobacco smoke (ets) exposure in Florence hospitality venues before and after the smoking ban in Italy. *J Occup Environ Med* 2005; 47(12): 1208-10.
  43. Ruprecht A, Boffi R, Mazza R et al. Un confronto tra la qualità dell'aria nei luoghi pubblici prima e dopo l'introduzione della legge sul fumo passivo in Italia. *Epidemiol Prev* 2006; 30(6): 334-37.
  44. Gasparrini A, Gorini G, Marcolina D et al. Esposizione a fumo passivo a Firenze e a Belluno prima e dopo l'entrata in vigore del divieto di fumo in Italia. *Epidemiol Prev* 2006; 30(6): 348-51.
  45. Tominz R, Murolo G, Montina G et al. Esposizione a fumo passivo nei locali di una ASL del Nord Italia prima e dopo l'entrata in vigore della legge sul fumo. *Epidemiol Prev* 2006; 30(6): 338-42.
  46. Skogstad M, Kjaerheim K, Fladseth G et al. Cross shift changes in lung function among bar and restaurant workers before and after implementation of a smoking ban. *Occup Environ Med* 2006; 63(7): 482-87.
  47. Ellingsen DG, Fladseth G, Daae HL et al. Airborne exposure and biological monitoring of bar and restaurant workers before and after the introduction of a smoking ban. *J Environ Monit* 2006; 8(3): 362-68.
  48. Allwright S, Paul G, Greiner B et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ* 2005; 331(7525): 1117-51.
  49. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tob Control* 2005; 14(6): 384-88.
  50. Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tobacco Control* 2006; 15(Suppl 3): 51-8.
  51. Goodman P, Agnew M, McCaffrey M et al. Effects of the Irish Smoking Ban on Respiratory Health of Bar Workers and Air Quality in Dublin Pubs. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 175(8): 840-45.
  52. Menzies D, Nair A, Williamson PA et al. Respiratory Symptoms, Pulmonary Function, and Markers of Inflammation Among Bar Workers Before and After a Legislative Ban on Smoking in Public Places *JAMA* 2006; 296(14): 1742-48.
  53. Haw SJ, Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ* 2007; 335(761): 549-52.
  54. Semple S, Creely KS, Naji A, Miller BG, Ayres JG. Secondhand smoke levels in Scottish pubs: the effect of smoke-free legislation. *Tob Control* 2007; 16(2): 127-32.
  55. Akhtar PC, Currie DB, Currie CE, Haw SJ. Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHETS) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ* 2007; 335(7619): 545-49.
  56. Phillips R, Amos A, Ritchie D et al. Smoking in the home after the smoke-free legislation in Scotland: qualitative study *BMJ* 2007; 335(7619): 553-57.
  57. Poland P, Frohlich K, Haines RJ et al. The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tob Cont* 2006; 15(1): 59-63.
  58. Green LW et al. Ricerca partecipata: storia e applicazione nella Sanità Pubblica. In: Biocca M (eds) *Promozione della salute e sanità pubblica*. Milano, Franco Angeli, 1997.
  59. Gilpin et al. *Tobacco Control Successes in California: a Focus on young people, Results from the California Tobacco Surveys, 1990-2002*. La Jolla, CA: University of California, San Diego, 2003.
  60. Fong GT, Cummings KM, Shopland DR; ITC Collaboration. Building the evidence base for effective tobacco control policies: the International Tobacco Control Policy Evaluation Project (the ITC Project). *Tob Control* 2006; 15(Suppl 3): 1-2.
  61. Ogilvie D, Petticrew M. Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study. *Tob Control* 2004; 13(2): 129-31.
  62. Ogilvie D, Hamilton V, Egan M, Petticrew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: Finding the evidence: how far should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(9): 804-08.
  63. Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Petticrew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: Best available evidence: how low should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(10): 886-92.
  64. Berti P, Antonelli S *La valutazione partecipata. Cittadini e operatori valutano i progetti del Piano per la Salute di Cesena*. Cesena, Società Editrice "Il Ponte Vecchio", 2006.
  65. Gotay CC. Behavior and Cancer Prevention. *Journal of Clinical Oncology*, 2005; 23(2): 301-10.
  66. WHO, *Health Promotion Glossary*, Geneva, 1998 (www.who.ch/hep).
  67. Ingresso M. Lettura sociale della salute e promozione della qualità della vita *Animazione Sociale*, 2000; 5: 9-19.