

QUANTO È DIFFUSA L'ABITUDINE AL FUMO TRA I PROFESSIONISTI SANITARI? IL CONTRIBUTO INFORMATIVO DEI DATI DI SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE



Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Logo Sorveglianza PASSI

Valentina Minardi¹, Valentina Possenti¹, Benedetta Contoli¹, Paolo D'Argenio² e Maria Masocco¹

¹Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS

²Tobacco Endgame Alleanza per un'Italia senza tabacco

RIASSUNTO - Da uno studio sull'abitudine al fumo tra i professionisti sanitari condotto sui dati PASSI 2014-2018, emerge che, in Italia, la prevalenza di fumatori tra i medici è del 16% e, in questa categoria, l'inizio del trend in diminuzione è stato anticipato rispetto alla popolazione generale. La percentuale di operatori sanitari non medici che fumano è più alta (25%) e in lenta riduzione. Questa analisi rappresenta solo un esempio di studi *ad hoc* a partire dai dati dei Sistemi di sorveglianza. Tali approfondimenti costituiscono un ulteriore valore aggiunto alla luce dell'impatto che la pandemia può aver avuto sull'andamento del comportamento tabagico.

Parole chiave: fumo; sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali; epidemiologia

SUMMARY (*How widespread is smoking among health professionals? The informative contribution from population surveillance data*) - A study on smoking among health professionals based on PASSI data 2014-2018 shows that, in Italy, the prevalence of doctors who smoke is 16% and, in this category, the decreasing trend anticipated the smoking reduction in the general population. The percentage of smokers among non-medical health personnel is higher (25%) and slowly decreasing. This analysis represents just an example of spot-on studies starting from surveillance systems data. Such in-depth investigations provide further informative value in the light of the impact that the pandemic might have had on smoking trends.

Key words: smoke; behavioural risk factor surveillance; epidemiology

valentina.minardi@iss.it

In Italia negli ultimi due decenni la prevalenza di fumatori è, in generale, progressivamente diminuita. Tale diminuzione consistente è confermata anche tra i medici. In questa categoria, anzi, l'inizio del trend in riduzione dell'abitudine al fumo è stato anticipato rispetto agli altri operatori sanitari e ai lavoratori di altri settori in cui la prevalenza resta più alta e appena in lenta riduzione rispetto i medici. È questo uno dei maggiori risultati di uno studio sull'abitudine al fumo tra gli operatori sanitari sui dati 2014-2018 generati dal Sistema di sorveglianza PASSI (1).

Più nel dettaglio, nel periodo in studio, il 23% degli operatori sanitari si dichiarava fumatore. Sono risultati fumatori il 16% dei medici e il 25% di operatori sanitari non medici. All'interno del gruppo dei

medici la prevalenza del fumo varia in base alle caratteristiche demografiche: per genere (le donne fumano meno degli uomini), in base alla classe di età (gli ultra 50enni fumano meno dei più giovani) e all'area geografica di residenza (i medici del Nord fumano meno di quelli del Sud Italia). Tra gli operatori sanitari non medici, invece la prevalenza non varia con l'età e il genere, ma dipende dalle variabili socioeconomiche: una migliore condizione economica e un miglior livello di istruzione sono, infatti, fattori protettivi.

Il dato relativo ai medici è in forte diminuzione dal 2014 ma, osservando l'andamento nel tempo della prevalenza di fumo per genere, si vede che la diminuzione si è verificata quasi esclusivamente tra gli uomini, mentre tra le donne il dato è piuttosto stabile al punto che, nel 2018, le due curve quasi si



incontrano. C'è inoltre da rilevare che, tra i medici più giovani (nella fascia di età 25-34 anni) l'abitudine al fumo tende addirittura ad aumentare.

Dall'osservazione dell'evoluzione nel tempo del dato tra i professionisti sanitari non medici, si rileva invece una riduzione di fumatori di lieve entità. Si nota inoltre che rimane costante un gap tra chi riporta difficoltà economiche rispetto a chi non le dichiara, analogamente a quanto si riscontra per il basso livello di istruzione rispetto ai livelli più alti.

A differenza dei medici, gli operatori sanitari non medici costituiscono un gruppo non omogeneo dal punto di vista socioeconomico, in quanto include sia infermieri, assistenti sanitari e ausiliari, sia profili tecnici tra cui chimici, biologi e fisici. Certamente, la quota più rilevante è quella degli infermieri ed è grave registrare ad esempio come in questo sottogruppo le donne fumino quanto gli uomini.

In base ai risultati generati dal Sistema di sorveglianza PASSI si può supporre che la differenza della prevalenza di fumo tra i medici, risultata di gran lunga inferiore a quella registrata nella popolazione occupata in altri settori lavorativi (29%), possa essere in parte spiegata dal migliore accesso dei medici all'informazione sui danni per la salute attribuibili al fumo. Come detto, tra gli operatori sanitari non medici, la prevalenza è invece tuttora troppo elevata e, in particolare, quelli con basso livello di istruzione hanno tassi che possono superare il 30%.

La prevalenza di fumo nel complesso degli operatori sanitari stimata da PASSI, pari al 23%, è migliore di quella stimata dagli studi effettuati in Italia nei primi anni 2000 o ad altri più recenti realizzati in contesti specifici, come ad esempio in setting ospedalieri. Una meta-analisi di studi effettuati, a livello globale,

nel periodo 2011-2015 ha stimato un dato aggregato di prevalenza del fumo tra i professionisti sanitari nei Paesi ad alto reddito pari al 19%. Tuttavia, nei Paesi guida per la prevenzione del tabagismo, come il Regno Unito, l'Australia, la Nuova Zelanda e gli Stati Uniti, le percentuali sono nettamente inferiori, attestandosi anche sotto il 10%.

Numerosi studi sul fumo tra i medici sono stati pubblicati in Italia, ma la maggior parte è di bassa qualità perché basati su campioni limitati per numerosità e/o campioni di convenienza, cioè campioni non probabilistici di soggetti più facilmente disponibili a partecipare agli studi, oppure per i tassi di risposta insufficienti, da cui si possono ottenere risultati non generalizzabili all'intera popolazione di riferimento. Considerando solo gli studi basati su campioni più solidi e abbastanza rappresentativi, si può osservare un trend in riduzione di prevalenza del fumo tra i medici che dura da due decenni, una tendenza che, in totale coerenza con il dato mostrato da PASSI, è molto più accentuata di quella registrata nella popolazione generale nello stesso periodo (2, 3).

Perché è stato fatto questo studio

Nella prevenzione del tabagismo, i medici e gli altri operatori sanitari svolgono un ruolo strategico sia nella diffusione del fumo sia nel contrasto, per diverse ragioni.

In quanto professionisti sanitari, essi rappresentano in primo luogo un modello di comportamento per i pazienti, per gli utenti dei servizi ma anche per le persone in generale con cui entrano in contatto. Nello specifico con i fumatori che intendono smettere, gli operatori sanitari rappresentano coloro che dovrebbero indicare e offrire i trattamenti efficaci di cessazione. C'è evidenza infatti che, rispetto a colleghi non fumatori, medici e infermieri che fumano sono più restii ad affrontare il problema del fumo con i loro pazienti e, di conseguenza, nel raccomandare loro metodi di disassuefazione. Ancora, proprio in virtù della consapevolezza del ruolo chiave che i professionisti sanitari giocano nelle politiche di contrasto e controllo del tabagismo gli operatori sanitari rappresentano, per le aziende del tabacco, un target privilegiato delle strategie di marketing.

Infine, guardando alla storia della diffusione epidemica del fumo di sigaretta dai primi del '900, c'è da rilevare che, nei vari Paesi, i medici sono tra i gruppi ►



sociali che hanno aderito per primi al comportamento tabagico, probabilmente per la maggiore disponibilità economica ma, in seguito, quando la prevalenza di fumatori ha cominciato a ridursi, sono stati il gruppo sociale che, prima degli altri, ha smesso di fumare, presumibilmente per un maggiore accesso alle informazioni sui danni per la salute. Sicché i medici assumono una specie di ruolo guida nella società, riguardo al tabagismo.

Da questo punto di vista, il dato stimato da PASSI di una prevalenza di fumatori tra i medici (16%) inferiore di sette punti percentuali rispetto alla popolazione generale suggerisce che è necessario creare “consapevolezza” negli stessi operatori sanitari sui danni del fumo fino all’attivazione di programmi che mettano in collegamento *stakeholder* di vario tipo includendo attori istituzionali, pianificatori, agenzie formative e ordini professionali, pertanto questo focus sul comportamento tabagico dei professionisti sanitari apre parecchi fronti di riflessione per la sanità pubblica.

L'importanza di monitorare l'abitudine al fumo nella popolazione generale e nei sottogruppi specifici

I dati di prevalenza di fumatori tra gli operatori sanitari in Italia, prima di questa analisi, erano stati raccolti mediante studi basati su campioni piccoli numericamente in cui la popolazione osservata era rappresentata principalmente dal personale di singole realtà ospedaliere, oltretutto con bassi tassi di risposta. Grazie ai dati raccolti dalla sorveglianza PASSI, che è un Sistema di sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini cam-

pionarie, informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all’insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, è ora possibile disporre di una fotografia accurata del comportamento tabagico tra i professionisti sanitari, medici e non medici.

I campioni annuali di dati PASSI, stratificati per genere e classe di età, sono rappresentativi della popolazione adulta (18-69 anni) residente in Italia. Questo Sistema di sorveglianza in sanità pubblica nasce infatti in risposta all’esigenza di monitorare i più rilevanti comportamenti salute-correlati per contribuire efficacemente alla valutazione del Piano Nazionale della Prevenzione, poiché la conoscenza dei profili di salute e dei maggiori fattori di rischio della popolazione è requisito fondamentale per realizzare attività specifiche di prevenzione e mirate ai gruppi vulnerabili e stimare l’efficacia degli interventi attuati.

I dati sono raccolti attraverso un questionario standardizzato somministrato durante interviste telefoniche condotte da una rete di operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, opportunamente formati. I dati raccolti al livello locale sono processati come pool nazionale per stimare variazioni spazio-temporali dei diversi fattori di rischio sotto sorveglianza. Le stime vengono pubblicate annualmente sulle pagine web dedicate ai due sistemi di sorveglianza e ospitate all’interno di EpiCentro - Portale dell’epidemiologia per la Sanità Pubblica (4).

In Tabella si riporta l’elenco dei soli indicatori PASSI relativi sia all’abitudine all’uso di tabacco, dalla sigaretta ad altri prodotti da fumo, sia al fumo passivo, ma anche all’attenzione degli operatori sanitari alla disassuefazione e ai tentativi di cessazione posti in essere dai fumatori.

PASSI fa parte dell’elenco di Registri e Sorveglianze a rilevanza nazionale e regionale istituito con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12 maggio (5), coordinate dall’ISS. Per quanto riguarda il monitoraggio dell’uso del tabacco, oltre alla sorveglianza PASSI, l’ISS coordina centralmente sia PASSI d’Argento (6), sia Global Youth Tobacco Survey (GYTS) (7). PASSI d’Argento rileva, sempre in continuo dal 2016, più o meno gli stessi fattori di rischio comportamentali e quindi anche l’uso di sigaretta tradizionale nella popolazione ultrasessantacinquenne, mentre il GYTS è un’indagine

Tabella - Indicatori PASSI relativi al comportamento tabagico nella popolazione adulta residente in Italia

Dimensione	Indicatori	Link di riferimento
Abitudine al fumo di sigaretta	Non fumatore Fumatore Fumatore occasionale Fumatore quotidiano Fumatore in astensione Ex fumatore Numero medio di sigarette fumate	https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo#indicatori
Uso di altri prodotti da fumo	Uso prevalente (almeno la metà) di sigarette confezionate a mano Uso di sigarette elettroniche Uso di sigarette di tabacco senza combustione	
Attenzione degli operatori sanitari	Operatore sanitario negli ultimi 12 mesi ha chiesto se fuma Consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi	
Fumo passivo	Case libere dal fumo Case libere dal fumo in presenza di minori di 15 anni Rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumoPassivo#indicatori
Smettere di fumare	Tentativo di cessazione	https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo



che si svolge ogni quattro anni, specifica sull'uso del tabacco e sulle abitudini legate al fumo in ragazzi dai 13 ai 15 anni. Il monitoraggio dell'uso di tabacco tra i giovani può essere, infatti, uno strumento utile per guidare l'attuazione e la valutazione di programmi di prevenzione e promozione della salute e, in particolare, per supportare politiche di contrasto al fumo. Per facilitare il confronto dei dati relativi al consumo di tabacco ai diversi livelli - globale, nazionale e regionale - GYTS utilizza inoltre una metodologia standardizzata per la costruzione del campione e per la raccolta e analisi dei dati. In particolare, le aree indagate dalla sorveglianza GYTS sono: la prevalenza dell'abitudine al fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco fra i giovani; le conoscenze e attitudini dei ragazzi verso il fumo di sigaretta; il ruolo dei media e della pubblicità sull'uso di sigarette da parte dei giovani; l'accessibilità dei prodotti del tabacco; l'informazione scolastica sul tabacco; l'esposizione al fumo passivo; la cessazione dell'abitudine al ►

fumo. Anche in questa sorveglianza, vengono raccolte informazioni socio-economiche della famiglia di provenienza dell'intervistato, che consentiranno di indagare gli aspetti salienti dell'abitudine tabagica nei giovani alla luce degli effetti delle disuguaglianze sociali esistenti nel nostro Paese.

Considerazioni finali

L'abitudine tabagica è uno dei maggiori comportamenti salute-correlati oggetto di indagine da parte dei sistemi di sorveglianza nelle diverse fasce di età di popolazione residente in Italia. L'importanza di monitorare come questo fattore di rischio muta nel tempo rappresenta uno degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals; SDGs) in quanto la riduzione dell'uso di tabacco gioca un ruolo cruciale a livello globale per la diminuzione di un terzo delle morti premature a causa di patologie croniche non trasmissibili entro il 2030 (8). Oltre all'SDG 3 (Target 3.a/Indicatore 3.a.1) che riguarda l'attuazione della Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco, altri Obiettivi hanno una relazione diretta o indiretta con il controllo del tabacco, ad esempio l'Obiettivo 1 (porre fine alla povertà) e l'Obiettivo 10 (ridurre le disuguaglianze), in quanto è noto che il fumo è diffuso soprattutto tra i gruppi più svantaggiati e che la spesa per il tabacco peggiora lo stato di povertà, ma anche l'Obiettivo 12, che riguarda la gestione ecocompatibile delle sostanze chimiche e dei rifiuti, per quanto riguarda i mozziconi di sigaretta, pericolosa fonte di inquinamento.

Pertanto, l'analisi dell'abitudine al fumo tra gli operatori sanitari condotta nell'ambito dei dati PASSI rappresenta solo un esempio di studi ad hoc che possono essere realizzati sull'argomento a partire dai dati di sorveglianza. Oltretutto, tali approfondimenti costituiscono un ulteriore valore aggiunto alla luce dell'impatto che il periodo pandemico può aver avuto sull'andamento del comportamento tabagico. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Minardi V, D'Argenio P, Gallo R, et al. Smoking prevalence among healthcare workers in Italy, PASSI surveillance system data, 2014-2018. *Ann Ist Super Sanita* 2021;57(2): 151-60.
2. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Prevalenza di Fumo tra gli Operatori Sanitari in Italia (<https://www.epicentro.iss.it/passi/focus/fumo-operatori-sanitari>).
3. Minardi V, Possenti V, D'Argenio P. Fumo e camici bianchi: uso della sigaretta e ruolo nella disassuefazione. *Respiro* n. 3; 2021.
4. EpiCentro. Il Portale dell'epidemiologia per la Sanità Pubblica, La Sorveglianza Passi (<http://www.epicentro.iss.it/passi/>).
5. Italia. Decreto Legge n. 179, 2012 - *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 109, 12 maggio 2017.
6. EpiCentro. Il Portale dell'epidemiologia per la Sanità Pubblica, La Sorveglianza Passi d'Argento (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>).
7. EpiCentro. Il Portale dell'epidemiologia per la Sanità Pubblica, La Sorveglianza Global Youth Tobacco Survey (Gyts) (<https://www.epicentro.iss.it/gyts/>).
8. United Nations, Tobacco control and the Sustainable Development Goals (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2017/tobacco-control-and-the-sustainable-development-goals>).

TAKE HOME MESSAGES

Perché questa ricerca è utile?

Fornisce dati epidemiologici aggiornati sulla prevalenza di fumo tra i professionisti sanitari in Italia, riportando una percentuale di fumatori nella categoria medica di gran lunga inferiore rispetto a quella riscontrata nella popolazione generale.

Che ricaduta avrà sulla salute?

Apri degli scenari di implementazione pratica in sanità pubblica tracciando la traiettoria del processo di consapevolezza che dovrebbe essere maturato dai professionisti sanitari rispetto al loro ruolo di sostenitori attivi nella lotta al tabagismo.

Quali indicazioni fornisce questo studio?

Sancisce l'importanza della metodologia della sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali per la salute nella popolazione e in suoi sottogruppi specifici anche in funzione della distribuzione dei determinanti sociali e delle disuguaglianze di salute.