- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:21:30

Il fumo nelle strutture sanitarie

Rosastella Principe

III U.O. di Pneumologia, Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini, Roma

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 110-112)

© 2001 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Rosastella Principe

III U.O. di Pneumologia
Azienda Ospedaliera
S. Camillo-Forlanini
Via Portuense, 332
00149 Roma
E-mail:
rprincipe@interfree.it

Oltre a svolgere specifiche attività di assistenza, diagnosi, cura, formazione professionale, le strutture sanitarie, quali ospedali, ambulatori, studi di medicina generale, farmacie, rappresentano la sede ideale per interventi di prevenzione a livello di popolazione considerato l'elevato numero di individui che possono essere raggiunti da messaggi di promozione della salute (pazienti, parenti, visitatori, ecc.). Non vi è dubbio però che, per garantire l'efficacia di tali messaggi, il personale sanitario deve a sua volta adottare comportamenti conformi. Questo vale in modo particolare per l'abitudine al fumo di sigaretta, un comportamento palese e carico di valenze sociali.

Le dimensioni del problema

La diffusione del tabagismo tra il personale medico e paramedico nel nostro Paese è decisamente allarmante: l'Italia è infatti tra i tre paesi europei (insieme a Grecia e Spagna) con la più alta incidenza di medici fumatori (circa il 40%)[1]. Una situazione ben diversa da quella di altri paesi[2] dove da molti anni vengono regolarmente condotte campagne educazionali sui danni da fumo: nel Regno Unito fuma il 10% dei medici e negli Stati Uniti solo il 2% dei medici sono fumatori (Fig. 1).

Anche negli ospedali, dove dal 1975 la legge proibisce il fumo, la situazione non è certo migliore: uno studio multicentrico italiano, promosso dall'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), condotto su 10 000 sanitari, ha mostrato che il fumo in ospedale è pratica comune, anche negli spazi aperti al pubblico (sale d'attesa, corridoi), e le percentuali di fumatori (poco più del 34%) non si differenziano molto da quelle della popolazione generale[3]. Per quanto riguarda il personale paramedico, da un'indagine condotta dall'Associazione Sanità Senza Fumo, anche tra infermieri e caposala i fumatori sono circa il 40%[3].

Il progetto "Ospedali senza fumo"

In considerazione di questi dati allarmanti, l'AIPO ha istituito un gruppo di studio che si occupa del tabagismo su vari fron-

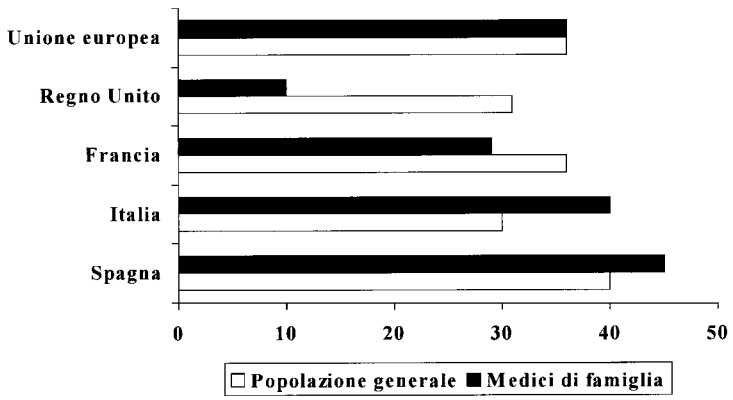

Figura 1. *Tabagismo tra i medici di famiglia e popolazione generale in alcuni paesi europei. Da Bollijer e Fagerström[2], modificata.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:21:30

ti ed ha iniziato un progetto nazionale, chiamato "Ospedali senza fumo"[4], coinvolgendo 58 ospedali in tutta Italia. Tale programma è diffuso anche in Europa essendo stato approvato dalla Comunità Europea.

All'estero progetti di questo tipo hanno consentito di ottenere risultati significativi in termini di riduzione del numero di fumatori: in circa 3 anni di esperienza Offord et al.[5] hanno rilevato in oltre 10 000 partecipanti un tasso di disassuefazione del 22.5% ed un cambiamento nell'atteggiamento verso il fumo (il 37.5% tra coloro che continuavano a fumare aveva fatto un serio tentativo di smettere). Ulteriori vantaggi sono rappresentati dalla riduzione dell'esposizione al fumo passivo e dal potenziamento delle probabilità che i pazienti traggano vantaggio dal ricovero per smettere di fumare

In Italia questo tipo di politica è stato accolto da diversi ospedali e istituzioni.

Nell'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini[6], il progetto è stato avviato con un'inchiesta epidemiologica tra gli operatori sanitari ed i pazienti ricoverati, in una settimana campione. I risultati sono riportati nelle tabelle I-III. È facile evincere, oltre al notevole numero di fumatori tra il personale sanitario, che questi si comportano in ospedale da fumatori e non da operatori causando ai pazienti un duplice danno: fisico, a causa dell'esposizione al fumo passivo, ed educativo. D'altra parte le cognizioni sui danni da fumo non sembrano differire sostanzialmente tra medici, infermieri e pazienti[7]. Questa osservazione, confermando la "resistenza" del fumatore a riconoscere i problemi connessi con il suo comportamento, solleva il problema della formazione e della carenza, nei corsi di studio, di nozioni cliniche ed educazionali sul tabagismo[8,9].

Partendo da queste osservazioni, la seconda fase che l'azienda sta attuando prevede interventi per far rispettare le leggi antifumo fornendo al personale sanitario informazioni ed un'adeguata preparazione scientifica sull'argomento. Inoltre abbiamo invitato i responsabili dei servizi sanitari ed amministrativi a nominare dei referenti per ogni reparto ed ufficio con i quali riunirsi periodicamente ed affrontare i problemi contingenti al fumo nel rispettivo settore. Tali referenti, opportunamente preparati ed incaricati nominativamente dalla Direzione, dovranno far uso di provvedimenti legali per chi si ostina a non rispettare il divieto di fumo all'interno dell'ospedale.

Tabella I. Caratteristiche dei soggetti studiati.

	N.	%
Personale sanitario (n=9843)		
Maschi	3905	39.7
Femmine	5938	60.3
Medico	2169	22.0
Infermiere	5033	51.3
Ausiliario	1081	11.5
Tecnico/amministrativo	1523	15.2
Età media (anni)	40.2	
Pazienti (n=6044)		
Maschi	3185	52.7
Femmine	2859	47.3
Professionisti, insegnanti, commercianti	1176	19.5
Operai/agricoltori, artigiani	1014	17.0
Casalinghe	932	16.0
Pensionati	2731	45.0
Studenti	153	2.5
Età media (anni)	59.0	

Tabella II. Prevalenza dell'abitudine al fumo tra il personale sanitario.

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale
Fumatori			3278 (33.3%)
Medici	23.7	27.5	
Infermieri	36.6	36.1	
Ausiliari	42.8	36.4	
Tecnici/amministrativi	30.5	33.4	
Ex-fumatori			2878 (29.2%)
Medici	38.6	29.2	
Infermieri	33.9	24.7	
Ausiliari	30.7	21.3	
Tecnici/amministrativi	34.9	26.9	
Non fumatori			3687 (37.5%)
Medici	37.7	43.4	
Infermieri	29.5	39.2	
Ausiliari	26.5	42.3	
Tecnici/amministrativi	34.6	39.6	

Le differenze tra i due sessi sono statisticamente significative.

Tabella III. Prevalenza dell'abitudine al fumo tra i pazienti.

	Maschi (%)			Femmine (%)			Totale
	< 40 anni	40-65 anni	> 65 anni	< 40 anni	40-65 anni	> 65 anni	
Fumatori	42.1	33.3	14.1	25.6	22.3	5.1	1278 (21%)
Ex-fumatori	23.3	44.9	64.8	23.4	20.5	16.1	2139 (35%)
Non fumatori	34.6	22.1	21.1	51.0	57.2	78.8	2627 (43%)

Le differenze tra i due sessi sono statisticamente significative.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:21:30

Tutto ciò per far prendere progressivamente coscienza al personale sanitario non solo dell'obbligo a rispettare il divieto imposto dalla legge, ma della necessità di assumere un comportamento coerente con la deontologia professionale.

Comunque non è certo questa la finalità principale del progetto che prevede campagne informative tramite incontri, opuscoli e locandine rivolte sia al personale che ai pazienti-utenti. È inoltre previsto un ambulatorio[10] per la disassuefazione dal fumo rivolto sia al personale sanitario sia ai cittadini, gestito da specialisti che provvederanno alla valutazione clinico-funzionale del danno organico, del grado di dipendenza (mediante il questionario di Fagerström) ed alla prescrizione del trattamento adeguato in relazione ai risultati ed alla compliance del paziente (sostituti della nicotina e/o bupropione)[11,12]. Per alcuni soggetti che necessitano di un ulteriore supporto psicologico, può essere utile un approccio individuale o di gruppo.

Oltre ad attività di sostegno per coloro che vogliono smettere di fumare, compito dei medici sarà quello di incoraggiare tutti i fumatori a tentare di smettere. I medici sono sollecitati ad intervenire ad ogni incontro con i fumatori tramite il *counseling*, allo scopo di far prendere coscienza del problema, favorire la decisione e aiutare ad individuare e scegliere le possibili soluzioni. L'operatore dovrà essere preparato sui presupposti teorici e sulle fasi del cambiamento che il fumatore attraversa prima di arrivare alla sospensione.

Infine, il progetto AIPO "Ospedali senza fumo" prevede una valutazione dell'efficacia di tale programma antifumo mediante un questionario standardizzato sulla percezione del problema fumo e sui livelli di cessazione tra il personale sanitario e sull'opinione dei pazienti circa la politica sanitaria della struttura ospedaliera nei confronti del fumo.

Conclusioni

L'educazione alla salute in ambito ospedaliero è fondamentale per il controllo del tabagismo. La creazione di un ambiente libero da fumo nelle strutture sanitarie è fondamentale per proteggere la salute del paziente e del personale, costruire un modello di comportamento sano per la comunità, ridurre l'abitudine al fumo nella popolazione. Gli interventi devono essere rivolti alla più ampia gamma di soggetti, dai pazienti e visitatori agli stessi sanitari: attività educazionali per modificare gli atteggiamenti, *counseling* per incrementare la motivazione e programmi di sostegno per la disassuefazione. Basilare è la conoscenza della specifica realtà in cui si lavora e l'applicazione di strategie in grado di coinvolgere tutti gli operatori. È auspicabile che nel futuro questi programmi siano sempre più diffusi nella sanità pubblica e sostenuti da una chiara volontà della dirigenza e delle istituzioni.

Bibliografia

1. Masironi R. Smoking in European physicians. Schweiz Rundsch Med Prax 1991; 80: 483-5.
2. Bollijer CT, Fagerström K. The tobacco epidemic. Pro Respir Res 1997; 28: 169.
3. Nardini S, et al. Risultati sulla prima parte epidemiologica del progetto "Ospedali senza fumo". Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio, in press.
4. Nardini S. Il progetto obiettivo AIPO 1997. Ospedali senza fumo. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1998; 2: 201-5.
5. Offord KP, Hurt RD, Berge KG, Frusti DK, Schmidt L. Effects of the implementation of a smoke-free policy in a medical center. Chest 1992; 102: 1531-6.
6. Principe R, Alma MG, Puglisi G. Il fumo di tabacco nella nostra realtà ospedaliera: brevi cenni epidemiologici. Rivista della Tubercolosi e delle Malattie dell'Apparato Respiratorio 1998; 3: 127-9.
7. Bertolelli R, Rastrelli V, Mostachetti A, Fadda G, Papalla A, Nardini S. Il personale sanitario ospedaliero non è preparato a trattare il paziente fumatore. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1995; 19 (Suppl 1): 90.
8. Scaramuzzino C, Martella C. Abitudine al fumo nelle strutture ospedaliere italiane: possibili interventi antifumo per il personale infermieristico. In: Fumo e disassuefazione nelle strutture sanitarie. 5° Corso di Perfezionamento Universitario. Istituto Europeo di Oncologia, 1999.
9. Fiore MC, Jorenby D. Smoke-free hospitals. A time for universal action. Chest 1992; 102: 1317-8.
10. Nardini S, Bertoletti R, Carozzi L, Sabato E. Raccomandazioni per la attivazione e gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza dal fumo in ambito pneumologico. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2000; 15: 1-29.
11. Paoletti P, Fornai E, Maggiorelli F, Puntoni R, Viegi G, Carozzi L. Importance of baseline nicotine plasma values in smoking cessation: results from a double blind study with nicotine patch. Eur Respir J 1996; 9: 643-51.
12. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340: 685-91.