



Approfondimenti e note per la riprogrammazione degli interventi di lotta al tabagismo: 10 anni di studio PASSI

Dipartimento di Prevenzione ULSS 7 Pedemontana – Regione del Veneto

Direttore dr. Paolo Coin

UOSD Epidemiologia

Dr.ssa Alessandra dal Zotto, dr. Mario Saugo

Team Studio PASSI ULSS 7

Dr. ssa Maria Caterina Bonotto, dr.ssa Alessandra Dal Zotto

ASV Elena Alessio, ASV Lucia Amadio, ASV Maddalena Berti, ASV Silvia Chimello,

Inf Raffaella Conforto ASV Lucia Costa, ASV Elisa Dal Mas, ASV Anna Maria Dal Zotto,

ASV Rita Dal Zotto, Inf. Lorenza Faccio, ASV Sonia Refosco, ASV Rosella Rigoni,

ASV Beatrice Romare, ASV Debora Rigon, ASV Elena Scalco, ASV Matilde Tomasi, ASV Marilena Vellar

UOSD prevenzione malattie croniche non trasmissibili e promozione della salute

Dr.ssa Fabrizia Polo, Ed. Annamaria Vezzano, Inf. Lucio Basso,

IP Giorgio Dal Santo, Inf. Clara Giacon, Inf. Lorenza Faccio

Referenti Piano di Prevenzione Aziendale per la lotta al tabagismo

Dr.ssa Annacatia Miola, ASV Silvia Fietta, Dr. Alberto Mortaro

Alcuni sottogruppi di popolazione di interesse per la lotta al tabagismo

Secondo i dati 2008-2017 del sistema di sorveglianza PASSI (6.382 interviste), nell'Ulss 7 Pedemontana il 23.3% degli adulti 18-69 anni fuma sigarette. Il 21.6% è invece ex fumatore e il 55.1% non ha mai fumato. L'abitudine al fumo è più frequente negli uomini (26.7% vs. 19.8%), nei giovani (il 37.2% nei maschi ed 31.5% nelle femmine), nelle persone che hanno fatto meno anni di scuola (24.2% vs. 16.5% nei laureati), nelle persone che hanno difficoltà economiche. Queste caratteristiche interagiscono fortemente tra di loro, e tra i giovani di 18-34 che hanno conseguito soltanto la licenza media inferiore la percentuale dei fumatori è del 50.6% nei maschi e del 31.8% nelle femmine. Inoltre, ci sono più fumatrici nei Comuni montani (Altopiano e valli del Brenta, dell'Astico e del Leogra). Risultano di particolare interesse come fumatrici le donne italiane di 35-49 anni dei comuni montani (24.1% vs. 17.9%): anche a parità di altri fattori la percentuale di fumatrici di 35-49 anni risulta più alta nei Comuni montani. Una delle spiegazioni possibili è il fatto che la maggiore distanza dai luoghi di lavoro rende più difficile – specialmente per le donne - trovare e mantenere un lavoro e/o conciliarne i tempi con quelli della famiglia: questa situazione può rappresentare una situazione di maggiore stress. L'abitudine al fumo è inoltre più bassa nelle donne straniere considerate nel loro complesso (9.6% vs. 20.4%). Tra le persone con 65+ anni viene condotta anche l'indagine campionaria "Passi d'Argento".

Tab 1. Prevalenza dell'abitudine al fumo nelle residenti italiane, per età e zona altimetrica. ULSS 7, anni 2008-2017. (fonte: studio PASSI ULSS 7)

	18-34	35-49	50-69	T
Pianura/Collina	28.1%	17.9%	16.7%	19.9%
Montagna	29.9%	24.1%	16.7%	22.6%

Nella Regione Veneto nel 2008 si registrava una percentuale di fumatori più elevata (26% nel 2008 vs. 23.2% nell'ULSS 7), che è stata seguita, nel periodo 2008-2016, da una riduzione dell'abitudine al fumo nel corso degli anni, che ha riguardato entrambi i sessi ed in particolar modo le persone giovani ed adulte e le persone senza difficoltà economiche; questo trend in diminuzione si conferma anche negli adolescenti veneti di 11-15 anni, che hanno partecipato allo studio HBSC (report 2014). Nell'ULSS7 Pedemontana, che partiva da un prevalenza più bassa di fumatori regolari la percentuale di fumatori è invece rimasta stabile. Questo stile di vita quindi merita particolare attenzione.

Fig. 1 Trend storico dell'abitudine al fumo. Regione Veneto, anni 2008-2017
(fonte: studio PASSI Regione del Veneto. Dati provvisori per il 2017)
http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2017/Serie_2008_2016.pdf

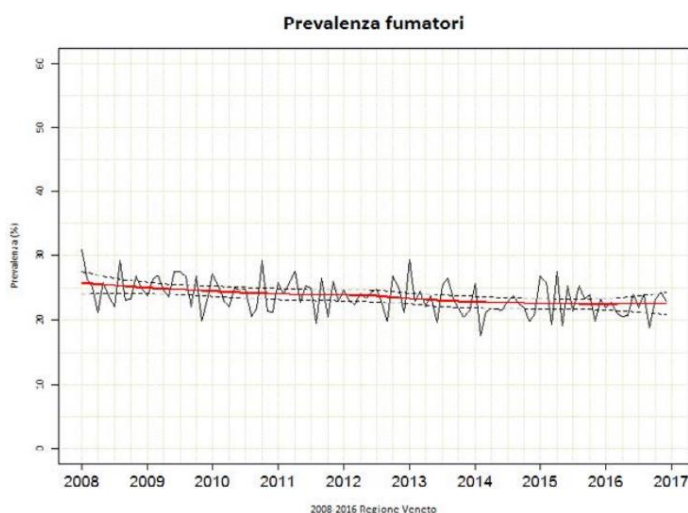
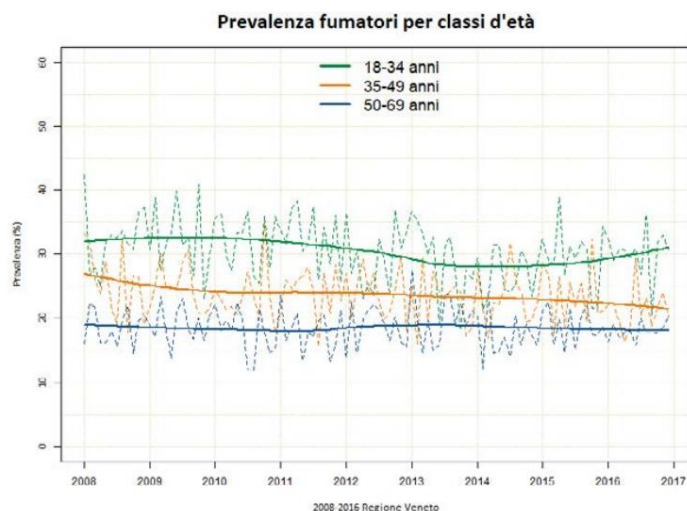


Fig. 2 Trend storico dell'abitudine al fumo, per classe d'età. Regione Veneto, anni 2008-2017
(Fonte: studio PASSI Regione del Veneto. Dati provvisori per il 2017)
http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2017/Serie_2008_2016.pdf



Va anche segnalato a livello regionale un recentissimo trend di ripresa dell'abitudine al fumo tra i giovani (anno 2017), che va monitorizzato strettamente.

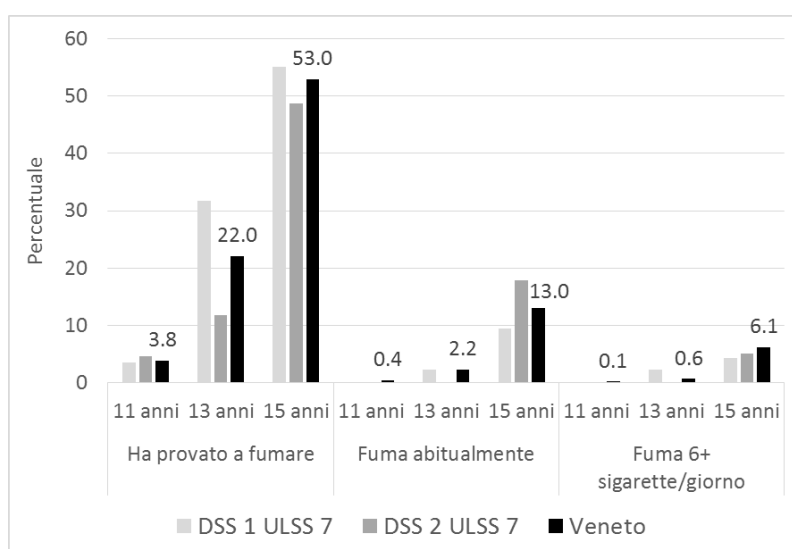
Annotazioni per la riprogrammazione degli interventi

Il target principale della lotta al fumo di tabacco è costituito dai giovanissimi, e mira a contrastare la sperimentazione di uno stile di vita che viene appreso socialmente già nei primi anni dell'adolescenza.

Lo studio HBSC Veneto evidenzia che a 15 anni la metà dei ragazzi e delle ragazze ha provato a fumare almeno una volta; la sperimentazione può più facilmente consolidarsi in un ruolo, un'abitudine ed una dipendenza specialmente tra coloro che hanno uno status socio-culturale più basso o provengono da famiglie di fumatori o hanno come modelli di riferimento pari età o adulti che fumano. A 15 anni il 13% dei ragazzi fuma, ed il 6% fuma più di 6 sigarette al giorno; anche i dati delle Scuole Media campionate in ULSS 7 (*) sono analoghi.

Fig. 2: Sperimentazione del fumo di tabacco, Abitudine al fumo, Forte consumo di sigarette, per età.
(Fonte: elaborazioni UOSD Epidemiologia ULSS 7 su risultati Studio HBSC Regione del Veneto, 2014)

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/hbhc>



La recente unificazione dei Distretti Bassano e Alto Vicentino offre l'opportunità per un apprendimento reciproco ed un confronto sui principali programmi in essere (organizzazione, punti di forza, partecipazione, prospettive). Per quanto riguarda i giovanissimi, i percorsi scolastici attivati sono: a) i Laboratori di Ca' Dotta, b) Smoke free class, c) Peer Educator scuola secondaria secondo grado. Questi percorsi fumo sono presenti in tutti e due i Distretti, ma risultano aderenti poche classi. Esistono altri percorsi incentrati sullo sviluppo dei life skills ("competenze per la vita"), in cui il fumo non è un focus particolare.

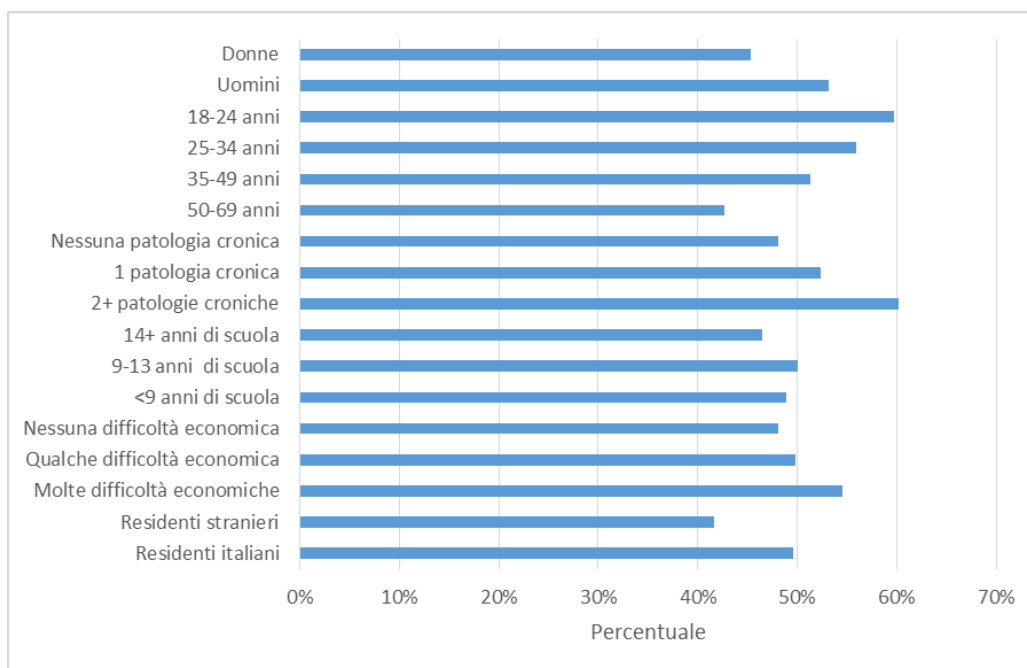
A seguito dei recenti *refresh* formativi degli operatori sanitari come Promotori della Salute, risulta particolarmente interessante l'azione di rinforzo in particolare per la popolazione femminile all'interno del programma di screening. Tra le persone partecipanti allo screening cervicale, mammografico, coloretale la prevalenza di fumatori non è trascurabile (rispettivamente 18%, 15%, 19%); l'invito o l'incontro diretto con un operatore sanitario (screening cervicale e mammografico) offrono un'opportunità di dialogo da esplorare.

(*) "Fabris" - Zugliano, "Milani" - Zanè, "Goldoni" - Villaverla, "Ferrarin" - Thiene, "Boldù" - Schio, "Monte Grappa" - Romano d'Ezzelino, "Giardino" - Mussolente, "Manzoni" - Monte di Malo, "Dalle laste" - Marostica, "Pittarini" - Fara Vicentino, "Girardi" - Conco, "English International School" - Bassano del Grappa, "Graziani" - Bassano del Grappa, "Vittorelli" - Bassano del Grappa

L'atteggiamento degli operatori sanitari

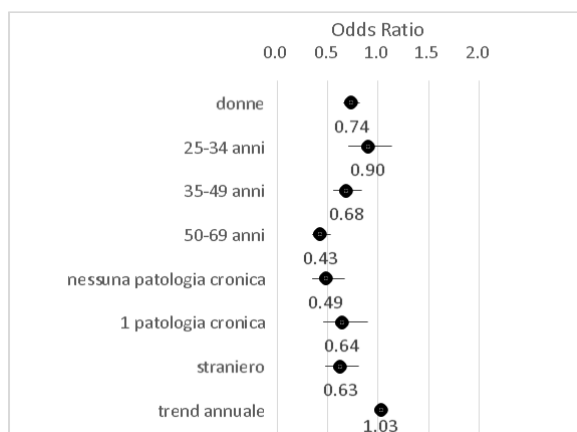
Complessivamente tra i 5433 intervistati che avevano avuto un contatto con un sanitario nei 12 mesi precedenti soltanto alla metà è stato **esplicitamente richiesto se fumavano**. Alcuni gruppi di fumatori ricevono apparentemente meno attenzione da parte degli operatori sanitari: le donne, le persone adulte ed anziane, le persone che non hanno ancora sviluppato alcuna problema di salute cronico (il più frequente è l'ipertensione arteriosa), le persone laureate ed in generale quelle che non hanno problemi di carattere economico, i residenti stranieri.

Fig. 3: Percentuale di assistiti a cui un medico o un operatore sanitario ha chiesto se fuma nei 12 mesi precedenti. (Fonte: Studio PASSI ULSS 7, anni 2008-2017)



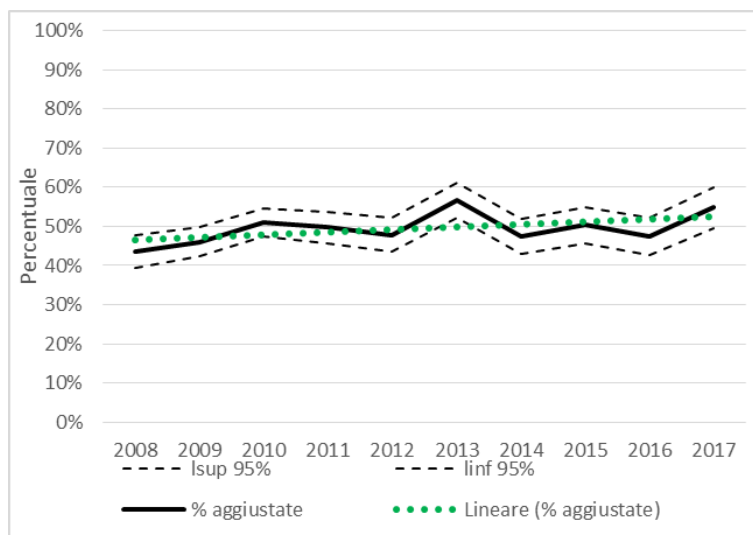
Dato che una medesima persona può presentare più di una di queste caratteristiche e per poter valutare correttamente il "peso relativo" di questi fattori ciascuna caratteristica va valutata "al netto delle altre" assumendo per la categoria di riferimento un valore pari a uno.

Fig. 4 Fattori che determinano l'atteggiamento degli operatori sanitari nel chiedere ad un assistito se fuma. Analisi di regressione logistica multivariata. (Fonte: Studio PASSI ULSS 7, anni 2008-2017)



I fattori che “pesano di più” in senso negativo sono: il sesso femminile (-26%), l’età (-57% negli assistiti che hanno più di 50 anni), l’assenza di una patologia cronica (--51%) e la cittadinanza straniera (-37%). Gli operatori sanitari – in particolare i medici e gli infermieri delle cure primarie, che hanno maggiori opportunità di incontro con l’assistito – sembrano quindi operare una sorta di selezione, di rinuncia oppure (nel caso di fumatori già noti) di desistenza nei confronti di assistiti che sono ritenuti più o meno interessati o disponibili a comunicare, discutere e cambiare la loro abitudine al fumo di tabacco.

Fig. 5 Trend di richiesta sull’abitudine al fumo da parte degli operatori sanitari, tra gli assistiti che hanno consultato un medico nei 12 mesi precedenti, anni 2008-2017. In verde: trend lineare. (Fonte: Studio PASSI ULSS 7)



Una notazione molto positiva viene dal fatto che – a parità di tutti gli altri fattori considerati – l’atteggiamento degli operatori sanitari verso l’abitudine al fumo dei loro assistiti è significativamente migliorato nel corso degli anni (43.4% nel 2008 vs. 54.7% nel 2017).

In alcune forme associative della Medicina Generale (Zugliano, Arsiero, Malo) sono stati sperimentati negli scorsi anni dei programmi pilota di prevenzione cardiovascolare primaria nella popolazione di 40-69 anni. Si tratta di esperienze importanti, che hanno fatto da apripista sia per il contratto di esercizio-tipo delle Medicine di Gruppo Integrate, sia per il programma regionale di prevenzione cardiovascolare nei 50enni Cardio50 ed hanno consentito di sperimentare un modo “nuovo” di lavorare in team e negli anni più recenti si sono incentrate sulla figura dell’infermiere di cure primarie.

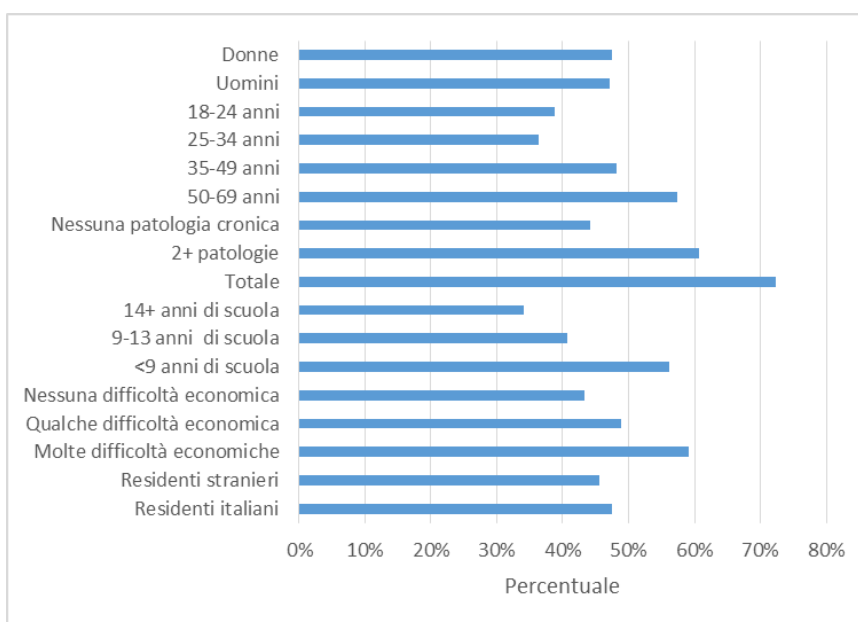
Si rileva un atteggiamento più attivo da parte degli infermieri e dei medici nei confronti dei 431 assistiti intervistati che risiedevano nei Comuni di afferenza delle MGI che hanno partecipato alla sperimentazione, mentre al momento non è ancora possibile tracciare le singole persone che hanno aderito al programma di prevenzione cardiovascolare primaria. A parità di altri fattori il progetto sperimentale delle MGI di Zugliano, Arsiero e Malo ha portato ad un incremento del 42% della valutazione e registrazione dell’abitudine al fumo tra gli assistiti, che è ancora più rilevante nelle donne (+66%).

Tab. 2 Percentuale di assistiti di 40-69 anni a cui un operatore sanitario ha chiesto se fuma nei 12 mesi precedenti, per forma associativa (Fonte: Studio PASSI ULSS 7, anni 2008-2017)

	M	F	T
altre forme associative	52.9%	43.8%	48.3%
MGI Zugliano, Arsiero, Malo	56.5%	55.7%	56.0%

Il consiglio di smettere di fumare è stato dato al 47% dei 1158 fumatori abituali che avevano consultato un MMG o un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti. Anche il consiglio di smettere di fumare è contraddistinto da un atteggiamento di attesa e di riduzione del danno piuttosto che di prevenzione, dal momento che esso viene proposto meno frequentemente ai giovani, ai fumatori occasionali ed a quelli moderati, alle persone che non hanno ancora sviluppato patologie croniche, alle persone con basso livello di istruzione o con problemi economici. Il trend annuale del consiglio di smettere di fumare da parte del medico/degli operatori sanitari riferito dagli intervistati è in calo a livello nazionale, regionale e locale (49.7% nel 2008 vs. 43.7% nel 2017).

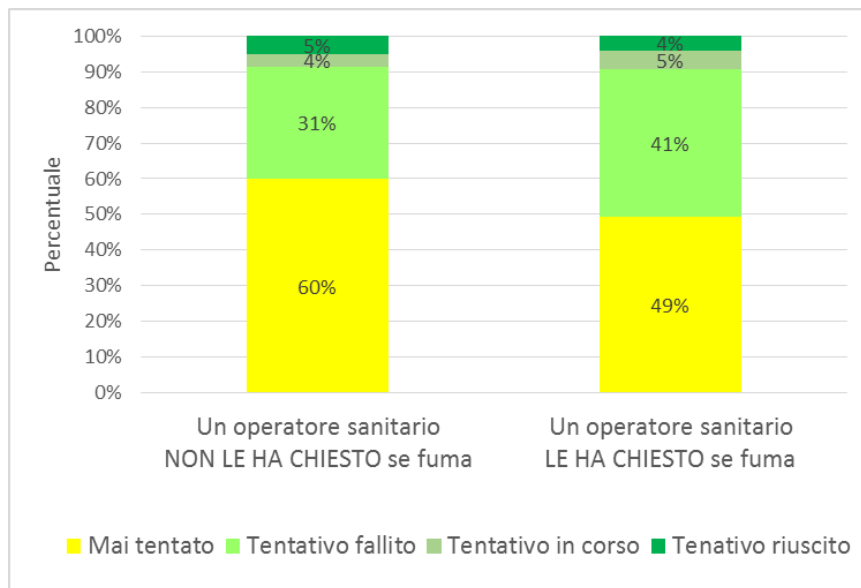
Fig. 6: Percentuale di fumatori abituali a cui un medico o un operatore sanitario ha sconsigliato di fumare nei 12 mesi precedenti. (Fonte: Studio PASSI ULSS 7, anni 2008-2017)



Tra i 1508 intervistati che erano fumatori abituali il 46.9% ha tentato per almeno un giorno di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi (l'8.8% ci è riuscito mentre il 9.8% risultava astinente da meno di 6 mesi). Anche a prescindere dall'esito, il **tentativo di smettere di fumare** rappresenta una decisione importante, che va incoraggiata riconosciuta e sostenuta da tutti gli operatori sanitari.

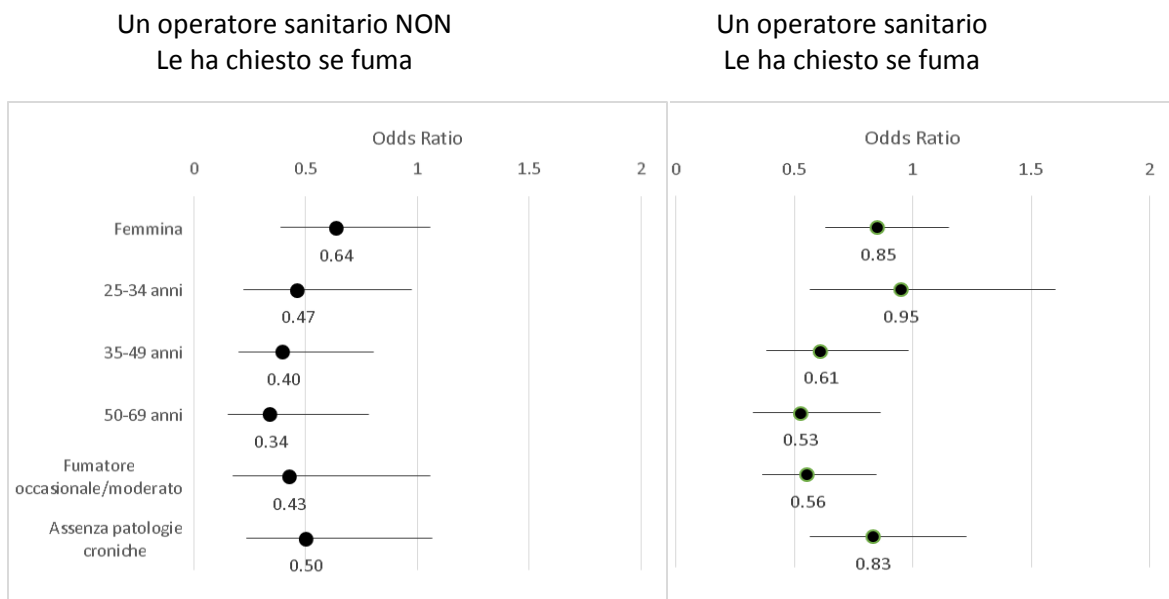
Essa è influenzata da diversi fattori che interagiscono tra di loro: l'età, il sesso, la presenza di malattie, la disponibilità economica, il livello socio-culturale. Al netto degli altri fattori, il "peso relativo" più importante lo ha la presenza di 2 o più malattie croniche (+129% rispetto alla categoria di riferimento, per cui si assume il valore 1), il consumo moderato di sigarette (+74%) e la presenza di molte difficoltà economiche (+59%), mentre è meno frequente negli adulti e negli anziani (-44% e -50% rispettivamente a 35-49 e 50-69 anni), nelle donne (-24%), nei forti fumatori in cui si è probabilmente instaurata una situazione di dipendenza psicologica e fisiologica più o meno marcata.

Fig. 7 Fumatori abituali che hanno consultato un operatore sanitario ed hanno effettuato un tentativo di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti, per atteggiamento degli operatori sanitari, anni 2008-2017. (Fonte: Studio PASSI, ULSS 7)



Anche l'atteggiamento degli operatori sanitari ha però una fortissima influenza nelle scelte dell'assistito e facilita la scelta di provare a smettere di fumare (+66%). Tra i fumatori intervistati che hanno riferito di avere ricevuto una domanda sulla loro abitudine al fumo da un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti la percentuale di coloro che avevano fatto un tentativo di smettere di fumare era pari al 60%, mentre era solo del 49% tra coloro che non avevano parlato di fumo di tabacco con un medico o un operatore sanitario.

Fig. 8 Fumatori abituali che hanno consultato un medico nei 12 mesi precedenti ed hanno effettuato un tentativo di smettere di fumare anni 2008-2017. Analisi di regressione logistica multivariata, stratificata per atteggiamento degli operatori sanitari verso l'abitudine al fumo dell'assistito (Fonte: Studio PASSI, ULSS 7)



L'atteggiamento proattivo dei medici e degli operatori sanitari (in particolare, ma non solo, quelli che lavorano nell'ambito delle Cure Primarie) ha l'effetto importante di ridurre le disuguaglianze tra i fumatori:

anche le donne, gli adulti/anziani, le persone che fumano occasionalmente o in modo moderato e non hanno ancora sviluppato patologie croniche fumo-correlate –spontaneamente meno propense a farlo - possono essere efficacemente incoraggiati a preparare e attuare un tentativo serio di smettere di fumare.

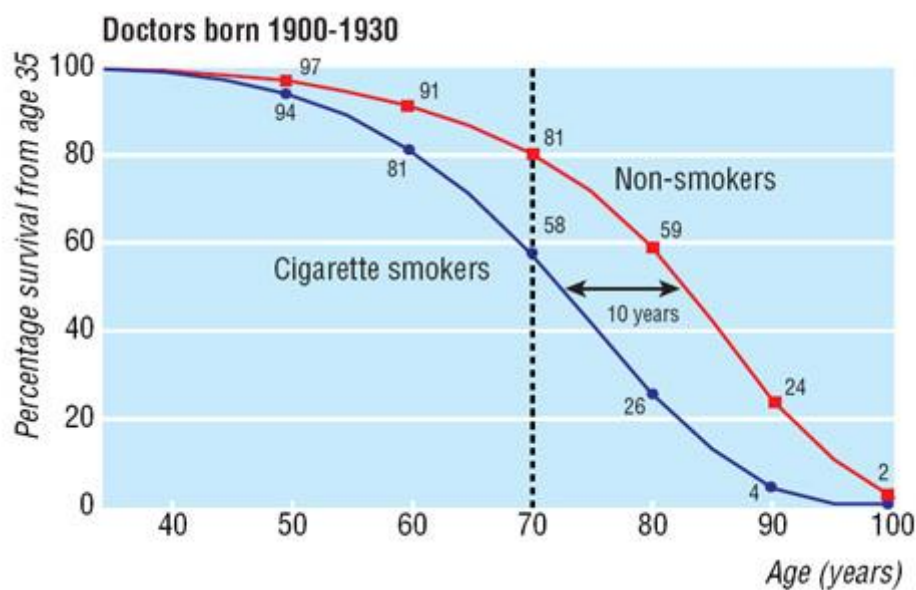
La cessazione dal fumo di tabacco non è una scelta ed un comportamento sempre facile da attuare; esso può richiedere più tentativi prima di arrivare all'astinenza. La maggior parte dei 558 fumatori abituali che hanno tentato di smettere di fumare riferiscono di averlo fatto da soli (91.3%), mentre il 1.6% lo ha fatto tramite i corsi per smettere di fumare organizzati dall'Azienda ULSS oppure facendo ricorso a farmaci; il resto ha frequentato corsi per smettere di fumare privati, ha provato (in anni recenti) la sigaretta elettronica o ha seguito altri metodi (es. agopuntura). Analogamente tra i 1.019 fumatori che hanno smesso di fumare il 94.6% lo ha fatto da solo, l'1.9% tramite corsi per smettere di fumare organizzati dall'Azienda ULSS o farmaci, il rimanente con altri mezzi. In termini assoluti, non va sottovalutata la domanda di supporto per smettere di fumare rivolta all'Azienda ULSS (corsi per smettere di fumare, accesso a farmaci), che riguarda un target stimabile in circa 700 fumatori abituali per anno.

Annotazioni per la riprogrammazione degli interventi

E' importante innanzitutto mantenere costante l'attenzione ai percorsi formativi di tutti gli operatori sanitari come Promotori della Salute, convogliando tutti gli interventi all'interno di un'unica azione formativa. Tradizionalmente gli operatori sanitari ed i servizi sanitari hanno dato poca importanza alla registrazione dell'abitudine al fumo degli assistiti malati e sani, anche se è ben documentato che l'abitudine al fumo comporta una riduzione dell'aspettativa di vita di almeno 10 anni.

Fig. 9 Sopravvivenza a partire dai 35 anni di età tra i medici inglesi fumatori abituali e non fumatori nati tra il 1900 ed il 1930.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC437139/pdf/bmj32801519.pdf>



Vanno quindi incoraggiate le esperienze di registrazione dell'abitudine al fumo (vedi anche il contratto di esercizio della medicina integrata, che è comprensivo anche del trasferimento del dato al fascicolo sanitario individuale, in modo da renderlo patrimonio anche per tutti gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri e per i servizi territoriali). Occorre quindi trovare metodi di registrazione e condivisione dell'informazione, veloci, facili, in un'ottica di coerenza e credibilità del sistema dei servizi dell'Azienda. E' importante che ad ogni incontro con il paziente ciascun operatore sanitario chieda al paziente se fuma e – ogniqualvolta si crea il necessario contesto relazionale - dia un chiaro consiglio per non fumare (interventi di primo livello) fornendo, se richiesto, le necessarie indicazioni operative per un percorso personalizzato (corsi Aziendali per smettere di fumare, ambulatori specialistici, prescrizione di farmaci di supporto), secondo lo schema "5": Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange). Il progetto regionale di riferimento è "Smettintempo"; tra le esperienze formative va segnalata anche l'importante corso sul avviso motivazionale condotto nell'Alto Vicentino dal Servizio Promozione della Salute in collaborazione con "Luoghi di Prevenzione". Anche in questo caso è importante confrontare le esperienze e rafforzare la collaborazione tra gli operatori dell'Azienda ULSS Pedemontana che si occupano di cessazione del fumo di tabacco.

Occorre quindi dare attenzione anche alla fase di concreta sperimentazione e alla messa a regime degli interventi possibili, cioè degli interventi fattibili di provata efficacia.

Un'attenzione specifica può essere dedicata ad una migliore integrazione tra Dipartimento di Prevenzione (Programma regionale di prevenzione attiva Cardio50) e Cure Primarie (PDTA, Carta del Rischio Cuore, Contratto di esercizio della MGI) ed alla registrazione nella cartella di Cure Primarie dei dati relativi allo stile di vita, alle proprie scelte di salute e dei principali parametri antropometrici: l'infermiere può accedere a queste aree della cartella clinica, annotandovi gli esiti dei suoi incontri (opportunistici o strutturati) con gli assistiti. Questo consentirebbe sia al paziente che al MMG di contestualizzare il problema di salute

dell'assistito o del paziente, rendendolo più partecipe e più responsabile verso una gestione efficace della propria salute. E' quindi importante non soltanto proseguire il monitoraggio epidemiologico degli stili di vita tramite i sistemi di sorveglianza gestiti dal Dipartimento di Prevenzione, ma anche misurare periodicamente la quantità e la qualità della registrazione degli stili di vita all'interno della cartella informatizzata delle Cure Primarie, compilata e aggiornata dall'infermiere e dal medico di base.

Nel breve termine, è importante dare larga diffusione presso i MMG e in generale presso li Operatori Sanitari della brochure contenente le varie possibilità per smettere di fumare ("smettere di fumare ...si può"), ed è utile un rinforzo rispetto ai gruppi di fumatori che ricevono meno attenzione e supporto da parte del MMG. In prospettiva, è senz'altro auspicabile che vada a sistema un intervento di valutazione e presa in carico dei soggetti con comportamenti a rischio nelle medicine di gruppo/Casa della Salute.

*Aiutare una persona a smettere di fumare è uno dei regali più grandi
che un operatore sanitario possa fare ad un proprio assistito!*

Nota metodologica

Lo studio PASSI dell'ULSS 7 si basa su 6382 interviste campionarie condotte tra il 2008 ed il 2017 dalle Assistenti Sanitarie e Infermiere del Dipartimento di Prevenzione. Si tratta di un impegno molto complesso e consistente (le interviste durano circa mezz'ora sono realizzate di regola in orario di pausa pranzo, pomeridiano o serale)*, particolarmente apprezzabile anche nel confronto con le indagini ISTAT, che sono fatte da rilevatori professionali: il PASSI è un'antenna attraverso cui gli operatori della prevenzione captano direttamente i segnali ed i cambiamenti che avvengono nel territorio, traendo indicazioni per la riprogrammazione delle proprie attività. Nell'Alto Vicentino sono state realizzate circa 500 interviste in più, proprio per valutare attraverso un sovracampionamento il possibile impatto dell'intervento di prevenzione cardiovascolare primaria condotto nelle MG di Zugliano, Arsiero e Malo.

Il disegno campionario (campionamento mensile stratificato proporzionale, con sostituzione) richiede in fase analitica di effettuare una pesatura del campione, al fine di assicurarne la rappresentatività rispetto alla popolazione dell'Azienda ULSS Pedemontana.

I risultati presentati nel testo sono tutti statisticamente significativi (analisi bivariate: Test F, design based $p < 0.05$). Le analisi multivariate sono pure design-based e si basano sulla distribuzione dell'Odds Ratio, su cui viene effettuato un Likelihood-ratio test con $p < 0.05$; nei grafici l'Odds Ratio non è significativo quando la barra dell'intervallo fiduciale incrocia il valore 1, che corrisponde alla categoria di riferimento.

*Considerando tutte le fasi del progetto: formazione, estrazione del campione, contatto con gli interessati, realizzazione dell'intervista, caricamento dei dati, controllo i qualità e analisi dei dati, valutazione epidemiologica e diffusione dei risultati si può considerare una stima grezza di un'ora per intervista.