

Parole chiave:

fumo passivo, abitudini al fumo,
conoscenze sul fumo,
fumatori indoor,
sigaretta elettronica

autore responsabile della corrispondenza:

Curcio Felice - felice.curcio@aousassari.it

ARTICOLO**Info Autori :**

¹ Docente a contratto, Università degli studi di Sassari - UNISS

² Azienda ospedaliero Universitaria di Sassari - AOU SS

³ Azienda Regionale Emergenza Urgenza Sardegna- AREUS

⁴ Ospedale Mater Olbia

⁵ Dottorando di ricerca in Biomedicina, Universidad de Cordoba

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi

FINANZIAMENTI ALLO STUDIO

Gli autori dichiarano di non avere ricevuto nessun finanziamento per il presente studio

Zicchi Maria¹⁻², **Cominu Claudia**³, **Ez zinabi Oumaima**⁴, **Curcio Felice**¹⁻²⁻⁵,

CONOSCENZE E CONSAPEVOLEZZA SUL FUMO DI TERZA MANO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

RIASSUNTO

INTRODUZIONE

Il fumo di tabacco risulta essere con tutta probabilità, la forma di abuso di sostanza più diffusa e antica del mondo. Esso risulta essere una vera e propria miscela di circa 12.000 sostanze chimiche di cui solo 4.000 sono state individuate con assoluta certezza. Dal punto di vista tossicologico i componenti più importanti si suddividono in sostanze tossiche, sostanze cancerogene e sostanze irritanti ed ossidanti.

Oggigiorno il 40% dei bambini, il 33% dei non fumatori e il 35% delle donne non fumatrici, è esposto al fumo passivo responsabile della morte di circa 600.000 persone all'anno.

Il fumo passivo, ossia l'inalazione involontaria di fumo di tabacco disperso nell'ambiente, che comprende il fumo prodotto sia dalla combustione della sigaretta o di altro prodotto del tabacco da fumo sia dall'espiazione del fumo dal fumatore, diluito con aria dell'ambiente, è a tutt'oggi una delle esposizioni più importanti e più diffuse nell'ambiente confinato.

Le sostanze emesse vengono assorbite anche dagli arredi che le rilasciano lentamente (fenomeno detto "fumo di terza mano"), cosicché l'esposizione al fumo passivo dura per un tempo di gran lunga superiore rispetto a quando sono state esalate.

L'esposizione al fumo di terza mano comporta l'inalazione involontaria di sostanze cancerogene e di altri componenti tossici e nocivi per la salute,

umentando il rischio di gravi patologie. I neonati e i bambini risultano essere maggiormente sottoposti ai rischi correlati al fumo di terza mano.

Ciò è favorito dal diretto contatto sia con le superfici contaminate, sia con eventuali adulti fumatori che si accingono a prenderli in braccio. Inoltre, nei neonati il fumo passivo si rivela anche un importante fattore di rischio di Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), ossia il decesso improvviso ed inaspettato di un lattante inferiore all'anno di vita senza cause accertate; oltre ad essere associato ad un incremento di otiti, infezioni respiratorie, disturbi del neurosviluppo, deficit dell'attenzione e iperattività.

La sigaretta elettronica nasce come un incentivo a smettere di fumare; tuttavia, non vi è evidenza scientifica di tale beneficio né garanzia sulla sicurezza d'uso.

Indagini governative hanno rilevato quantità di nicotina diverse rispetto a quanto dichiarato dalle case produttrici, oltre alla presenza di tracce di metalli pesanti, composti organici volatili, particolato, idrocarburi e nitrosamine.

Esiste dunque un evidente rischio di esposizione al fumo passivo associato anche alla sigaretta elettronica.

OBIETTIVI

Lo scopo di questo studio è quello di analizzare il grado di consapevolezza legato al fumo di terza mano, al fine di individuare strategie per fronteggiare le ripercussioni di tale problema sociale e sanitario.

METODI

È stato condotto uno studio osservazionale mediante la somministrazione on line di un questionario strutturato autosomministrato volto ad indagare le conoscenze e la consapevolezza legata al fumo di terza mano. I partecipanti erano studenti dell'area sanitaria, professionisti sanitari e soggetti estranei al lavoro sanitario residenti nel territorio italiano. La raccolta dei dati è avvenuta tra Aprile e Luglio 2018.

RISULTATI

Un totale di 3795 soggetti ha partecipato allo studio compilando il questionario on line.

Tra gli intervistati, il 68.6% (n=2603) ha dichiarato di non fumare; il restante 31.4% (n=1192) invece ha affermato di fumare sigarette tradizionali, sigarette elettroniche, sigaro, marijuana o altri dispositivi per il fumo. La maggior parte (60.3%; n=1244) degli intervistati ha iniziato a fumare tra i 16 e i 20 anni, mentre nel 20.8% (n=429) dei soggetti l'esordio al tabagismo ha avuto luogo tra i 10 e i 15 anni.

I fumatori indoor e in presenza di bambini e/o donne gravide sono il 3,3 % (n=126), mentre coloro che dichiarano di non fumare in presenza di bambini e donne gravide sono il 36.3% (n=1377). Inoltre, il 15% (n=570) degli intervistati afferma di fumare nei locali interni come auto e/o appartamento.

Più della metà degli intervistati, 55.8% (n=2118), riferisce di aver convissuto durante l'infanzia con parenti e conviventi che avevano l'abitudine di fumare in appartamento.

Solo il 31.2% (n=1184) degli intervistati dichiarano di sapere cosa sia il fumo di terza mano. Di fatti, il 53.7% (n=2038) dei rispondenti afferma di essere inconsapevole che un fumatore dopo aver spento una sigaretta esala sostanze nocive per diversi minuti.

Tuttavia, il 60% (n=2277) del campione dichiara di essere consapevole che numerose sostanze nocive originate dal fumo di sigaretta resistono e si depositano per molti mesi su oggetti, vetri e piastrelle. Inoltre, l'85% degli intervistati è consapevole anche del deposito delle sostanze nocive del fumo sulla pelle, nei vestiti, nei capelli e che aumentano il rischio di tumori, malattie dell'apparato respiratorio e molte altre patologie.

Per quando riguarda la consapevolezza che fumare indoor aumenta il rischio di morte improvvisa nel neonato ed infezione delle vie respiratorie nel bambino è confermata dal 70.4% (n=2672) del campione.

Infine, in relazione alle sigarette elettroniche (E-Cig), il 56% (n=2125) degli intervistati è consapevole che queste producono emissioni di particelle fini ed ultra-fini che raggiungono le zone più profonde dell'apparato respiratorio.

DISCUSSIONI

Nonostante le numerose evidenze scientifiche dimostrino che il fumo rappresenta il principale fattore di rischio per i tumori e per le malattie respiratorie non neoplastiche, ad oggi in Italia ed in tutto il mondo, sono ancora tanti, troppi, i soggetti con dipendenza da nicotina e altre componenti del tabacco. Inoltre, nonostante la collettività sia a conoscenza dei danni che il fumo provoca, gran parte di essa ha un grado di consapevolezza legato al fumo passivo deficitario.

In molti fumatori è presente una distorsione dell'immagine del proprio io: un fumatore di sigarette tradizionali riconosce di essere un fumatore, mentre un fumatore di sigarette elettroniche, difficilmente si riconosce come tale.

Infine, in Italia è in vigore la Legge n° 3 del 16/01/2003-art.51. che persegue il fine primario della "tutela della salute dei non fumatori"; ciò nonostante, molti fumatori continuano a fumare nei luoghi chiusi, anche in presenza di bambini o donne in gravidanza, non curanti dell'aumentato rischio e dei danni derivanti dall'inalazione involontaria di sostanze cancerogene e di altri componenti tossici e nocivi per la salute.

CONCLUSIONI

Il grado di consapevolezza legato al fumo di terza mano risulta essere, a tutt'oggi ancora deficitario. Per tanto, si rendono necessarie azioni di educazione sanitaria rivolti all'intera collettività, oltre a provvedimenti legislativi atti a vietare l'uso delle sigarette elettroniche negli ambienti pubblici chiusi.

INTRODUZIONE

Agli albori delle civiltà umane, il fumo, risultava essere un'esclusiva dei sacerdoti Maya e Aztechi. L'immaterialità del fumo, proprio come lo spirito, sembrava essere la chiave di comunicazione con le divinità. Nel corso della storia, il concetto di fumo fu sottoposto a numerose modifiche: anticamente veniva utilizzato come una presunta sostanza curativa, successivamente, il suo significato mutò con il rappresentare l'emblema del peccato e trasgressione sino ad arrivare al 1600 in cui iniziò ad essere inteso definitivamente come un atto voluttuario e consumistico ⁽¹⁾.

I primi studi sulla pericolosità del fumo furono condotti a partire dal XIX secolo, ma solo nella seconda metà del 1900 fu provata la responsabilità diretta del fumo sulla genesi di gravi patologie e sull'insorgenza di numerose tipologie di tumori. Nel 1938 Raymond Pearl appurò che il fumo di tabacco fosse in grado di influire sulla longevità, proporzionalmente al numero di sigarette fumate quotidianamente. Dallo studio di Pearl emerse che il 45% dei fumatori aveva un'aspettativa di vita media di 60 anni ⁽²⁾.

Tra i principali studi sul fumo passivo ricordiamo quello di Pattemore, il quale si concentrò sui soggetti esposti durante la vita intrauterina, pediatrica e adolescenziale.

In relazione all'esposizione precoce prenatale, vennero riportate diverse alterazioni della crescita intrauterina e dello sviluppo fetale, nonché ritardo nelle capacità di apprendimento, patologie respiratorie, disturbi comportamentali e obesità. Per ciò che invece concerne l'esposizione post-natale, si parlò di alto rischio di patologie respiratorie e di cancro sia nell'infanzia che nell'età adulta ⁽³⁾.

Il fumo di tabacco risulta essere con tutta probabilità, la forma di abuso di sostanza più diffusa e antica del mondo. Al giorno d'oggi, che il fumo nuoccia gravemente alla salute deve ritenersi una nozione comune e un'evidenza scientificamente provata.

Il fumo di tabacco risulta essere una vera e propria miscela di circa 12.000 sostanze chimiche di cui solo 4.000 sono state individuate con assoluta certezza.

Tale miscela si può dividere in una componente gassosa e in una componente solida (particolato). Dal punto di vista tossicologico i componenti più importanti si suddividono in tre categorie: sostanze tossiche, sostanze cancerogene e sostanze irritanti ed ossidanti.

Numerosi studi hanno confermato che il rischio radioattivo del Po 210 in un fumatore di 20 sigarette al giorno per un anno è pari a 300 radiografie toraciche con una stimata capacità oncogena di quattro tumori al polmone ogni 10.000 fumatori ⁽⁴⁾.

Diversi studi comparativi hanno evidenziato come l'abitudine al tabacco, in Italia, sia incrementata del 13% rispetto al decennio precedente.

Inoltre, sulla base dei dati dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OSSFAD) del Centro Nazionale Dipendenza e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Belpaese è costituito da un alto tasso di giovani fumatori: un minore su dieci è consumatore abituale, di cui, più della metà afferma di fumare anche cannabis. L'avvento della sigaretta elettronica può essere una causa scatenante, trasformata in un facile incentivo giovanile ad iniziare a fumare. Oggigiorno il 40% dei bambini, il 33% dei non fumatori e il 35% delle donne non fumatrici, è esposto al fumo passivo responsabile della morte di circa 600.000 persone all'anno ⁽⁵⁾.

Il convivere con fumatori attivi determina:

- Soventi cefalee, riniti e infiammazioni oculari;
- Cancro al polmone nel 25% dei casi;
- BPCO, enfisemi e bronchite cronica;
- Crisi asmatiche resistenti alle terapie e spasmi coronarici nei soggetti che soffrono di malattie cardiovascolari;
- Aumentato rischio di sviluppare malattie dell'apparato cardiocircolatorio nei soggetti ipertesi;
- Importante fattore di rischio per la «morte in culla».

Ricordiamo inoltre che la crescita polmonare del bambino piccolo si distribuisce nei primi tre anni di vita, durante i quali, si attiva capillarmente il processo di formazione di nuovi alveoli e il contemporaneo aumento del volume polmonare.

Va da sé, che l'esposizione prematura al fumo passivo, potrebbe danneggiare gravemente il relativo sviluppo e accrescimento d'organo.

Oltre a ciò, diversi studi, hanno messo in evidenza che il fumo passivo svolge un ruolo di sensibilizzazione sia agli allergeni alimentari sia agli aero-allergeni ⁽⁶⁾.

Nei neonati, il fumo passivo rappresenta un importante fattore di rischio per la Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) meglio conosciuta come la "morte in culla", ossia il decesso improvviso ed inaspettato di un lattante inferiore all'anno di vita senza cause accertate.

Essa si presenta quando le malattie virali sono più diffuse, specie nei mesi invernali.

Diversi studi hanno evidenziato che se si riducesse l'esposizione pre e post-natale al fumo, a sua volta, si abbasserebbe in maniera considerevole il rischio di SIDS. È stato stimato che l'eliminazione completa del fumo passivo porterebbe ad un decremento di circa un terzo delle morti in culla ⁽⁷⁾.

Esiste, inoltre, un'evidente correlazione tra il fumo materno in gravidanza e la riduzione della funzione respiratoria del bambino, che si esprime con un'iniziale comparsa di wheezing e successive manifestazioni asmatiche.

È significativo ricordare inoltre, che il decremento della funzionalità polmonare nel lattante, esposto al fumo passivo, non migliora nel tempo ma persiste sia nell'infanzia sia in età adolescenziale ⁽⁸⁾.

Il fumo in gravidanza comporta numerose conseguenze sulla salute del nascituro ⁽⁹⁾, come diminuito peso alla nascita, prematurità, nascita del bambino senza vita, predisposizione ad una fertilità ridotta, aumentato rischio di problemi psicomotori e di condizioni metaboliche sfavorevoli, compromissioni funzionali a carico del fegato.

Le evidenze scientifiche hanno messo in luce che all'esposizione postnatale è associato un incremento di otiti e di infezioni respiratorie in quanto verrebbe a determinarsi una soppressione della difesa immunitaria innata con una conseguente alterazione della clearance mucociliare a favore dell'adesione e colonizzazione batterica ⁽¹⁰⁾.

Tra le principali infezioni ricordiamo le polmoniti, le bronchioliti e le bronchiti.

La gravità delle manifestazioni fumo-correlate nel bambino, pare essere associata sia alla quantità delle sigarette fumate dai genitori, sia all'eventualità in cui la condizione di genitore fumatore riguardi la madre.

In questo caso, il rischio di tosse e catarro persistente, ad esempio, risulterebbe significativamente aumentato del 50% circa.

In aggiunta a ciò, diversi studi hanno confermato come l'abitudine al fumo dei genitori fosse associata ad una maggiore incidenza di fumatori attivi tra i giovani ⁽¹¹⁾. Delle indagini epidemiologiche, inoltre, hanno dimostrato come il fumo materno, durante la gestazione e nel periodo post-natale, possa comportare disturbi del neurosviluppo, deficit dell'attenzione e iperattività ⁽¹²⁾.

Il fumo passivo può essere definito come il connubio tra due fenomeni: il fumo di seconda mano (6/7) e il fumo di terza mano (1/7).

Il primo, si compone a sua volta in mainstream smoke, ovvero il fumo che viene esalato dal fumatore dopo la boccata di sigaretta, e il sidestream smoke, definito come il prodotto della combustione della sigaretta lasciata bruciare tra una boccata di fumo e l'altra.

Il fumo di terza mano invece è l'assunzione per via inalatoria, dermica e digestiva delle sostanze tossiche generate dall'interazione tra le particelle di fumo e quelle ambientali, nei locali frequentati dai fumatori.

I composti nocivi prodotti dal fumo hanno la capacità di condensarsi e depositarsi a lungo su tutti gli oggetti circostanti, in particolare sui vetri, piastrelle, tende e tappeti presenti negli ambienti indoor. La contaminazione riguarda anche i capelli, oggetti personali e vestiti dei soggetti presenti nei locali frequentati dai fumatori. L'esposizione al fumo di terza mano avviene dunque in maniera del tutto involontaria. È importante sottolineare che non basta un'attenta igiene o dei frequenti cambi d'aria per neutralizzare tali sostanze, per tanto l'unico modo per eliminare questo tipo di inquinamento continuo è smettere di fumare.

In aggiunta, è considerato fumo di terza mano anche il fumo residuo che, per definizione, permane nei polmoni dei fumatori per diversi minuti dopo l'ultima boccata di sigaretta.

La pulizia totale delle polveri nocive presenti nell'albero respiratorio avviene attraverso le esalazioni in modo tutt'altro che immediato; per tanto è ragionevole consigliare ai fumatori di non avvicinarsi troppo ai propri interlocutori né di entrare subito in auto dopo aver fumato, attendendo quindi qualche minuto per proteggere i passeggeri trasportati, specie se bambini.

Di fatto, i neonati e i bambini risultano essere maggiormente sottoposti ai rischi correlati al fumo di terza mano. Ciò è favorito dal diretto contatto sia con le superfici contaminate, sia con eventuali adulti fumatori che si accingono a prenderli in braccio. I bambini, per di più, sono soliti gattonare per terra e giocare sui tappeti, portandosi abitualmente alla bocca qualsiasi oggetto, compresa la polvere.

Essa, per definizione, contiene un maggiore residuo di particolato e composti chimici modificatisi nell'ambiente. In questo modo, le sostanze nocive vengono facilmente assunte attraverso la sottile epidermide dell'infante e per mezzo dell'apparato digerente.

Inoltre, i bambini producono con maggiore frequenza, veloci atti respiratori e anche per questo motivo risultano essere, in maggior misura, esposti a concentrazioni superiori di particolato rispetto agli adulti. Le cause inerenti alla superiore vulnerabilità infantile potrebbero essere riassunte mediante i seguenti punti ⁽¹³⁾:

- I bambini ingeriscono una quantità raddoppiata di polveri nocive rispetto agli adulti;
- Neonati, lattanti e bambini esplorano il mondo circostante attraverso la loro bocca, la quale diventa inevitabilmente l'organo di senso principalmente utilizzato;
- Lo sviluppo cerebrale dei più piccoli risulta essere maggiormente suscettibile alle tossine e alle sostanze nocive ambientali.

La sigaretta elettronica nasce come un incentivo a smettere di fumare ma non vi è evidenza scientifica di tale beneficio né garanzia sulla sicurezza d'uso.

Indagini governative su due marche popolari, hanno rilevato quantità di nicotina diverse rispetto a quanto dichiarato dalle case produttrici.

In aggiunta a ciò, sono state trovate tracce di metalli pesanti, composti organici volatili, particolato,

idrocarburi e nitrosamine ⁽¹⁴⁾.

Esiste dunque un evidente rischio di esposizione al fumo passivo associato anche alla sigaretta elettronica.

Matteo Vitali ha condotto uno studio di tipo comparativo tra la sigaretta elettronica e gli altri dispositivi designati al fumo ⁽¹⁵⁾.

Nello specifico, si possono desumere due importanti concetti:

- 1) La sigaretta tradizionale porta ad una maggiore produzione di particolato rispetto alla sigaretta elettronica;
- 2) Nonostante il primo dato, la sigaretta elettronica produce del particolato tale per cui le emissioni associate sono in grado di pervadere, con maggiore facilità, sia le alte che le basse vie aeree.

▼ OBIETTIVI

Nella più profonda convinzione che un cambiamento dello stile di vita da parte della popolazione possa essere portato avanti solo in seguito ad una appropriata diffusione di conoscenze; lo scopo del nostro studio era analizzare il grado di consapevolezza reale ed individuale legato al fumo di terza mano, al fine di porre le basi per interventi ad hoc sulle strategie per fronteggiare adeguatamente le ripercussioni di tale problema sociale e sanitario.

▼ MATERIALI E METODI

Questo studio è stato condotto attraverso la somministrazione on line di un questionario strutturato autosomministrato che ha coinvolto un campione di convenienza di cittadini italiani, rappresentato da:

1. Studenti dell'area sanitaria;
2. Professionisti sanitari;
3. Soggetti estranei al lavoro sanitario.

Il questionario è stato somministrato utilizzando l'applicazione Google Forms ad accesso libero. Esso era in forma anonima e il trattamento dei dati è stato condotto nel rispetto della privacy, secondo

la normativa vigente. Tutti i partecipanti hanno aderito volontariamente allo studio.

La raccolta dei dati è avvenuta dal 01 Aprile al 30 Luglio 2018.

Strumento

Il questionario strutturato a scelta multipla comprendeva 15 domande e consisteva in 4 sezioni (ALLEGATO 1 - Questionario raccolta dati sulla conoscenza e la consapevolezza legata al fumo passivo e di terza mano).

La prima sezione conteneva domande finalizzate alla raccolta di dati demografici quali età, titolo di studio e categoria professionale di appartenenza.

La seconda sezione conteneva domande atte ad indagare se il rispondente fosse un fumatore, cosa fumasse abitualmente e quale fosse l'età di esordio al tabagismo.

La terza sezione, invece, indagava le abitudini al fumo chiedendo se i rispondenti fossero fumatori outdoor o indoor; se fumassero in presenza di bambini e/o donne gravide; se avessero fumato durante la gravidanza e/o l'allattamento; oltre ad indagare la presenza di conviventi fumatori indoor durante l'infanzia dell'intervistato.

Infine, la quarta sezione conteneva domande riguardanti la conoscenza dei rispondenti sul fumo di terza mano; se fossero consapevoli delle esalazioni del fumatore dopo aver spento la sigaretta; se fossero a conoscenza che numerose sostanze nocive originate dal fumo di sigaretta resistono e si depositano per molti mesi su oggetti, vetri e piastrelle; e che tali sostanze nocive si depositano sulla pelle, nei vestiti, nei capelli aumentando il rischio di tumori, malattie dell'apparato respiratorio e molte altre patologie; inoltre, veniva chiesto se fossero a conoscenza che le sigarette elettroniche producono emissioni di particelle fini ed ultra-fini che raggiungono le zone più profonde dell'apparato respiratorio; e che fumare in appartamento aumenta il rischio di morte improvvisa nel neonato, infezione delle vie respiratorie nel bambino e patologie relative all'orecchio medio.

ALLEGATO 1

Questionario: raccolta dati sulla conoscenza e la consapevolezza legata al fumo passivo e di terza mano

1. Qual è la sua età? _____ anni
2. Che titolo di studio possiede?
 - Laurea
 - Diploma
 - Licenza media
 - Licenza elementare
3. A quale categoria professionale appartiene?
 - Professionista Sanitario
 - Soggetto estraneo al lavoro sanitario
 - Studente Medicina e Chirurgia
 - Studente Infermieristica
 - Studente Odontoiatria e Protesi Dentaria
 - Studente Ostetricia
 - Studente Tecniche di Laboratorio Biomedico
 - Studente Tecniche di Radiologia Medica
 - Studente Igiene Dentaria
 - Studente Logopedia
 - Studente Tecniche di Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro
4. E' attualmente un fumatore? Quale dispositivo per il fumo utilizza?
 - Non fumatore
 - Sigarette
 - Sigarette Elettroniche
 - Marijuana
 - Sigaro
 - Altri dispositivi per il fumo
5. A che età ha iniziato a fumare? _____ anni
6. Lei fuma indoor (ambienti chiusi) e in presenza di bambini e/o donne gravide?
 - Sì
 - No
 - Non fumo
7. Lei fuma in auto e/o in appartamento?
 - Sì
 - No
 - Non fumo

8. Erano presenti conviventi che fumavano in ambienti chiusi durante la sua infanzia?

- Si
- No

9. Conosce cosa sia il fumo di terza mano?

- Si
- No

10. Fuma o ha fumato durante la gravidanza e/o l'allattamento?

- Si
- No
- Non ho avuto nessuna gravidanza
- Non sono una donna

11. E' consapevole che un fumatore dopo aver spento una sigaretta esala sostanze nocive per diversi minuti?

- Si
- No

12. E' consapevole che numerose sostanze nocive originate dal fumo di sigaretta resistono e si depositano per molti mesi su oggetti, vetri e piastrelle?

- Si
- No

13. E' consapevole che le sostanze nocive del fumo si depositano sulla pelle, nei vestiti, nei capelli e che aumentano il rischio di tumori, malattie dell'apparato respiratorio e molte altre patologie.

- Si
- No

14. E' consapevole che le sigarette elettroniche producono emissioni di particelle fini ed ultra-fini che raggiungono le zone più profonde dell'apparato respiratorio?

- Si
- No

15. E' consapevole che fumare in appartamento aumenta il rischio di morte improvvisa nel neonato, infezione delle vie respiratorie nel bambino e patologie relative all'orecchio medio?

- Si
- No

RISULTATI

Un totale di 3795 soggetti ha partecipato allo studio compilando il questionario on line tra Aprile e Luglio 2018.

Dati demografici

All'indagine hanno principalmente aderito soggetti di sesso femminile (n= 3063; 80.7%) contro i 732 (19.3%) appartenenti al genere maschile. La maggior parte del campione (n=942; 24.8%) ha un'età che va dai 20 ai 25 anni, 726 partecipanti (19.1%) rientra nella fascia di età tra i 26 ai 30 anni, mentre 506 (13.3%) soggetti rientrano nel range 31-35 anni.

A seguire, 368 (9.7%) degli intervistati hanno ha un'età tra i 41 e i 45 anni, 357 (9.4%) soggetti appartiene al gruppo dei 36-40enni; mentre, una percentuale più bassa, l'8% (n=303), rientra nella fascia di età che va dai 46 ai 50 anni, il 7.8% (n=296) rientra nel gruppo 51-55 anni, ed in fine, il 7.8% (n= 296) del campione è rappresentato dagli over 55 anni.

In relazione al titolo di studio, il campione d'indagine è costituito prevalentemente da soggetti in possesso di una laurea (n=2057; 54,2%), il 41% (1556) dichiara di essere in possesso di un diploma e il 4.5% (n=171) afferma di aver conseguito la licenza media. Infine, lo 0.3% (n=11) degli intervistati è in possesso della sola licenza elementare (**TABELLA 1**- Caratteristiche demografiche del campione).

Per quanto riguarda la categoria professionale di appartenenza, la maggior parte dei soggetti intervistati (n=1871; 49.3%) sono professionisti dell'area sanitaria, il 30.6% (1160 persone estranee al lavoro sanitario ed il restante 20,1 % (764) dei partecipanti è composto da studenti dell'area medico-sanitaria (**FIGURA 1**- Categoria professionale di appartenenza).

**TABELLA 1 -
CARATTERISTICHE
DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE**

	N	%
Intero campione	3795	
Genere		
Maschio	3063	80.7
Femmina	732	19.3
Età		
20 ai 25 anni	942	24.8
26 ai 30 anni	726	19.1
31 ai 35 anni	506	13.3
36 ai 40 anni	357	9.4
41 ai 45 anni	368	9.7
46 ai 50 anni	303	8
51 ai 55 anni	296	7.8
over 55 anni	296	7.8
Titolo di studio	3063	80.7
Laurea	2057	54.2
Diploma	1556	41
Licenza media	171	4.5
Licenza elementare	11	0.7

Tabagismo ed età di esordio

Tra gli intervistati, il 68.6% (n=2603) ha dichiarato di non fumare; il restante 31.4% (n=1192) invece ha affermato di fumare sigarette tradizionali e sigarette elettroniche, rispettivamente, il 25.6% (n=971) ed il 3% (n=114); mentre, lo 0.2% (n=8) del campione fuma il sigaro. Infine, i consumatori di marijuana invece rappresentano l'1.3% (n=50) del campione insieme ai consumatori di altri dispositivi per il fumo diversi dai precedenti (1.3%; n=50) (FIGURA 2 - Fumatori e dispositivi per il fumo utilizzati).

In relazione all'esordio al tabagismo, il quesito è stato rivolto solo ai fumatori- ex fumatori con un totale di 2063 feedback.

La stragrande maggioranza (60.3%; n=1244) degli intervistati ha iniziato a fumare tra i 16 e i 20 anni ed un'altra buona fetta è costituita dal 20.8% (n=429) di soggetti il cui esordio al tabagismo ha avuto luogo tra i 10 e i 15 anni.

Nella fascia di età tra i 21 e i 25 anni ha iniziato a fumare il 15.1% (n=312) dei soggetti mentre risulta solo una piccola percentuale quella costituita da individui la cui iniziazione al fumo è avvenuta oltre i 25 anni di età (3.8%; n=78)

(FIGURA 3 - Età di esordio al tabagismo).

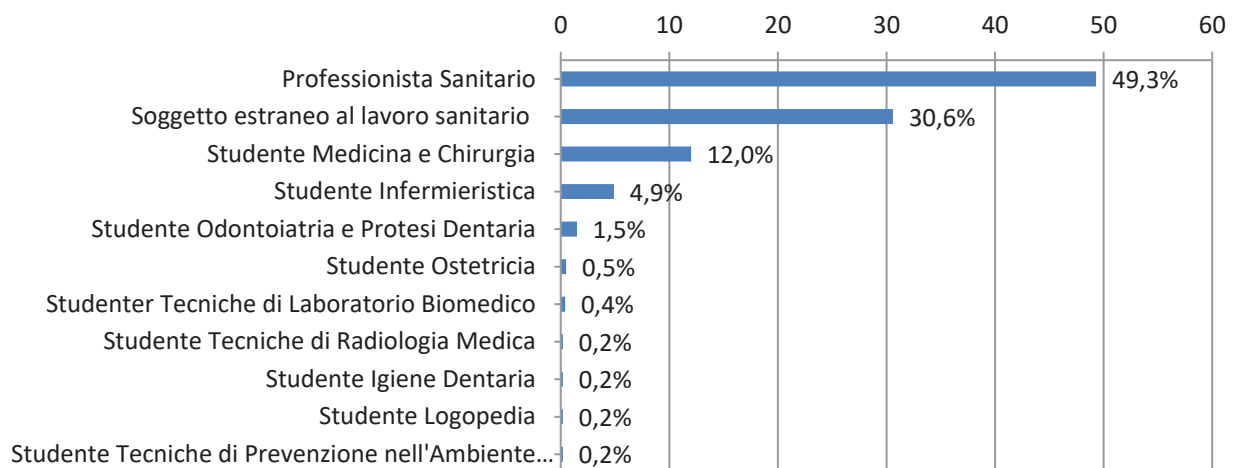


FIGURA 1

Categoria professionale di appartenenza

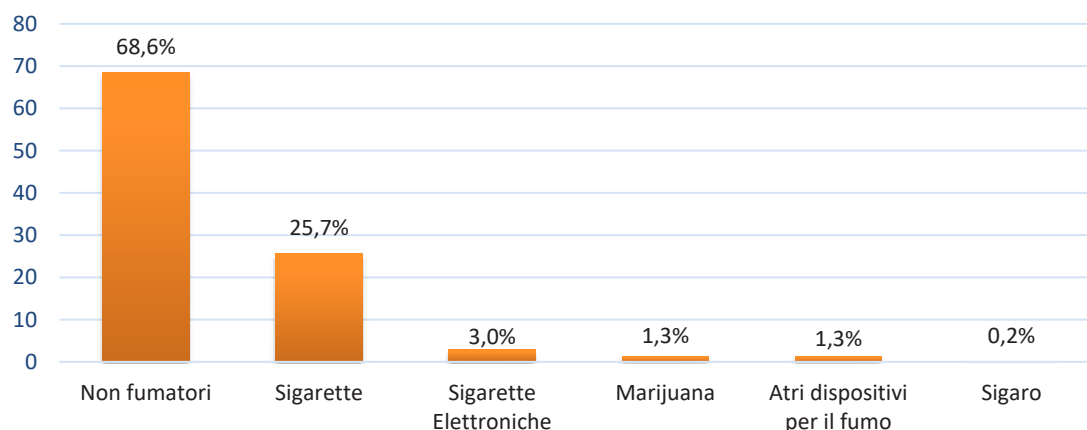


FIGURA 2

Fumatori e dispositivi per il fumo utilizzati

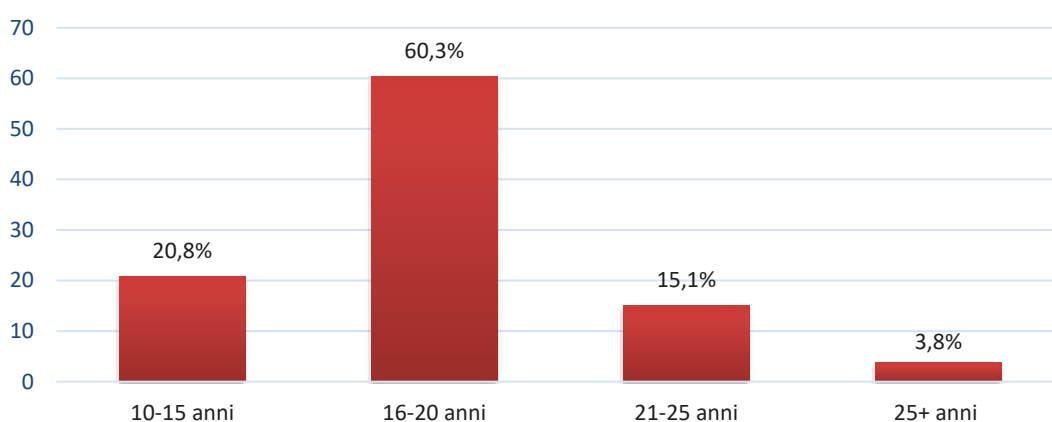


FIGURA 3

Età di esordio del tabagismo

Fumo ed abitudini

Per quanto riguarda coloro che fumano indoor e in presenza di bambini e/o donne gravide, il 3,3% (n=126) degli intervistati ha l'abitudine di fumare indoor anche al cospetto delle suddette fasce vulnerabili, il 36,3% (n=1377) % si dichiara fumatore ma afferma di non fumare nei luoghi chiusi in presenza di bambini e donne gravide; mentre il restante 60,4% (n=2292) del campione si dichiara non fumatore.

Per quanto riguarda i fumatori in auto e/o in appartamento, il 62,2% (n=2360) si dichiara non fumatore, il 15% (n=570) afferma di fumare negli ambienti chiusi, mentre il 22,8% (n=865) non ha l'abitudine di fumare nei locali interni come auto e/o appartamento.

Per quanto riguarda, invece, la presenza di conviventi fumatori indoor durante l'infanzia, il 55,8% (n=2118)

degli intervistati riferisce di aver convissuto durante l'infanzia con parenti e conviventi che avevano l'abitudine di fumare in appartamento; mentre, il restante 44,2% (n=1677) ha invece dichiarato di non essere stato esposto al fumo passivo domiciliare (Tabella 2 - Fumo ed abitudini).

Conoscenze sul fumo di terza mano

Solo il 31,2% (n=1184) degli intervistati dichiarano di sapere cosa sia il fumo di terza mano.

In relazione al fumo in gravidanza e/o durante l'allattamento, il 44,3% (n=1681) del campione non ha avuto pregresse gravidanze, mentre chi ha già sperimentato almeno una gravidanza ha dichiarato di non aver mai fumato durante l'allattamento e la gestazione con una percentuale pari al 31,7% (n=1203). Il 4,7% (n=179) degli intervistati ha ammesso di essere stata una fumatrice durante la maternità e l'allattamento, mentre, il restante

campione (19.3%; n=732) è rappresentato da soggetti di sesso maschile.

Per quanto riguarda la consapevolezza che un fumatore dopo aver spento una sigaretta esala sostanze nocive per diversi minuti, la maggior parte degli intervistati (53.7%; n=2038) si dichiara inconsapevole, mentre il 46.3% (n=1757) afferma di esserne a conoscenza.

Il 60% (n=2277) del campione dichiara di essere consapevole che numerose sostanze nocive originate dal fumo di sigaretta resistono e si depositano per molti mesi su oggetti, vetri e piastrelle, mentre il 40% (n=1518) dichiara di non essere a conoscenza di tale fenomeno.

Anche del deposito delle sostanze nocive del fumo sulla pelle, nei vestiti, nei capelli e che tali sostanze aumentano il rischio di tumori, malattie dell'apparato respiratorio e molte altre patologie, la stragrande maggioranza del campione (85.8%; n=3256) dichiara di esserne consapevole, contrariamente il 14.2% (n=539) del campione dichiara di non saperlo.

In relazione alle sigarette elettroniche (E-Cig), il 56% (n=2125) degli intervistati è consapevole che queste producono emissioni di particelle fini ed ultra-fini che raggiungono le zone più profonde dell'apparato respiratorio, mentre il 44% (n=1370) degli intervistati dichiara di non essere a conoscenza di ciò.

Infine, per quanto riguarda la consapevolezza che fumare in appartamento aumenta il rischio di morte improvvisa nel neonato, infezione delle vie respiratorie nel bambino e patologie relative all'orecchio medio viene confermata dal 70.4% (n=2672) del campione, mentre il 29.6% (n=1423) dichiara di non essere consapevole di tali rischi (TABELLA 3 - Conoscenze sul fumo di terza mano).

**TABELLA 2 -
FUMO ED ABITUDINI**

	N	%
Fumatori indoor e in presenza di bambini e/o donne gravide		
Si	126	3.3
No	1377	36.3
Non fumatori	2292	60.4
Abitudine di fumare in auto e/o in appartamento		
Si	570	15
No	865	22.8
Non fumatori	2360	62.2
Presenza di conviventi fumatori indoor durante l'infanzia degli intervistati		
Si	2118	55.8
No	1677	44.2

**TABELLA 3 -
CONOSCENZE SUL FUMO DI TERZA MANO**

	N	%
Consapevolezza su cosa sia il fumo di terza mano		
Si	1184	31.2
No	2611	68.8
Fumatrici in gravidanza e/o durante l'allattamento		
Si	179	4.7
No	1203	31.7
Nessuna pregressa gravidanza	1681	44.3
Soggetto di sesso maschile	732	19.3
Consapevolezza che un fumatore dopo aver spento una sigaretta esala sostanze nocive per diversi minuti		
Si	1757	46.3
No	2038	53.7
Consapevolezza che numerose sostanze nocive originate dal fumo di sigaretta resistono e si depositano per molti mesi su oggetti, vetri e piastrelle		
Si	2277	60
No	1518	40
Consapevolezza che sostanze nocive del fumo si depositano sulla pelle, nei vestiti, nei capelli e che aumentano il rischio di tumori, malattie dell'apparato respiratorio e molte altre patologie		
Si	3256	85.8
No	539	14.2
Consapevolezza che sigarette elettroniche producono emissioni di particelle fini ed ultra-fini che raggiungono le zone più profonde dell'apparato respiratorio		
Si	2125	56
No	1370	44
Consapevolezza che fumare in appartamento aumenta il rischio di morte improvvisa nel neonato, infezione delle vie respiratorie nel bambino e patologie relative all'orecchio medio		
Si	2672	70.4
No	1423	29.6

DISCUSSIONI

Dallo studio è emerso che il grado di consapevolezza sull'argomento, risulta essere ancora deficitario; la gran parte dei partecipanti (68.8%) non è a conoscenza dell'esistenza del fumo di terza mano. Tuttavia, il 60% degli intervistati sa che il fumo si deposita sugli oggetti ma al contempo non risulta essere consapevole della nocività delle esalazioni del fumatore dopo aver spento la sigaretta.

Attualmente in Italia, è in vigore la Legge n° 3 del 16/01/2003-art.51. Essa persegue il fine primario della "tutela della salute dei non fumatori" e ha stabilito il divieto di fumare nei locali chiusi. Detta Legge è stata modificata nel 2014 con un ulteriore divieto di fumo, esteso anche alle spiagge attrezzate, parchi pubblici e auto private nel caso in cui quest'ultime presentino a bordo minori.

Nel nostro studio abbiamo analizzato l'abitudine tabagica individuale negli ambienti chiusi (indoor). È stato messo in luce che su 1435 fumatori (37.8% del campione) vi è una netta spaccatura: 570 (15%) persone hanno dichiarato di fumare giornalmente in appartamento e in auto, mentre 865 (22.8%) individui sono soliti fumare esclusivamente outdoor. Il dato, a favore del buon comportamento comunitario, non è tuttavia in grado di generare ottimismo poiché la differenza percentuale tra fumatori indoor e outdoor si rivela comunque minima ed il problema di inquinamento domestico risulta essere vigoroso.

Inoltre, dal nostro studio è emerso un dato allarmante, 2118 intervistati (55.8%) ha dichiarato di esser cresciuto con parenti fumatori i quali avevano l'abitudine di fumare regolarmente in casa nonostante la loro presenza. Ciò mette in evidenza che più della metà dei soggetti è stata esposta, durante l'infanzia, al fumo passivo.

Un ulteriore dato emerso dal nostro studio è rappresentato dall'abitudine tabagica nel genere femminile durante la gravidanza e/o l'allattamento. Tenendo ben presente che 2413 (63.3%) soggetti sono di sesso maschile o non hanno avuto pregresse gravidanze, delle restanti 1382 fumatrici (36.7%), 179

(4.7%) di loro hanno dichiarato di non aver smesso di fumare neanche durante queste delicatissime fasi della vita. Alla luce delle attuali conoscenze scientifiche sui danni provocati dal fumo durante la gravidanza e/o l'allattamento, il dato ricavato risulta essere notevolmente preoccupante ^{(6) (7) (8) (9)}.

Per tanto, sarebbe auspicabile mettere in atto interventi educativi rivolti alla collettività con l'obiettivo di sensibilizzare ulteriormente le fumatrici e ridurre i casi di fumo in gravidanza e/o durante l'allattamento.

Un attento sguardo avrà certamente notato l'incongruenza dei dati relativi alla percentuale dei fumatori dichiaratisi nei quesiti che indagavano, per l'appunto, se gli intervistati fossero dei fumatori. Diversi studi, evidenziano che i dati autoriferiti possono sottostimare la prevalenza vera di fumatori perché si tratta di un comportamento socialmente sconveniente e stigmatizzato, per cui il rispondente potrebbe voler nascondere il suo comportamento o semplicemente compiacere l'intervistatore ^{(16) (17)}.

Trattandosi di un'autovalutazione, inoltre, la ratio potrebbe essere radicata in una logica di immagine del proprio io: ciò significa che uno smoker abituale di sigarette tradizionali sa di essere un fumatore, mentre un fumatore di sigarette elettroniche, difficilmente si riconosce come tale. Il medesimo ragionamento risulterebbe valido anche per i consumatori di altri dispositivi deputati al fumo come le sigarette a riscaldamento del tabacco (sistema IQOS), ma anche per gli occasionali fumatori di sigaretta o di altre sostanze d'abuso come la marijuana.

Nel nostro studio, emerge che la percentuale di soggetti che hanno dichiarato di essere fumatori è del 31.4% (n=1192). Ciò risulta essere in contrasto con i dati forniti da Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità (Indicatori - PASSI 2016-2019) dove i fumatori in Italia rappresentano circa il 25% ⁽¹⁸⁾.

Tale discordanza potrebbe essere associata alle caratteristiche dei soggetti del nostro campione, dove prevalentemente risultano arruolati soggetti giovani. Ciò risulta essere confermato dai dati ISTAT ⁽¹⁹⁾ dai quali emerge che l'abitudine al fumo di tabacco è più diffusa nelle fasce di età giovanili rispetto agli adulti.

All'indagine hanno principalmente aderito i professionisti sanitari (49.3%) e le donne, con una presenza di 3063 individui femminili contro i 732 appartenenti al genere maschile.

Più della metà degli intervistati (54,2%), ossia 2057 soggetti hanno dichiarato di essere in possesso di una laurea; per cui il campione in studio è rappresentato da soggetti prevalentemente istruiti ed eruditi.

Ciò si è rivelato una caratteristica importante per comprendere se effettivamente la mancata conoscenza relativa al fumo di terza mano, fosse correlata ad un'istruzione di base carente o se fosse tutto sommato legata ad una generalizzata mancata sensibilizzazione al problema verso la comunità.

Dai risultati da noi ottenuti emerge, infatti, una lucida necessità di informare e educare la popolazione al fine di favorire la promozione della salute ed un incoraggiamento al buon comportamento inteso anche come un incentivo a migliorare la qualità dei rapporti interpersonali e sociali.

L'interesse sanitario, dovrebbe essere quello di diffondere l'Empowerment individuale e di comunità al fine di condurre le masse ad acquisire un'incrementata consapevolezza di sé e del concetto di salute, nonché un maggiore controllo sulle proprie scelte, decisioni ed azioni.

CONCLUSIONI

Il fumo di terza mano è una realtà che non può essere trascurata, è un fantasma silente che contamina senza sosta i nostri ambienti.

Il grado di consapevolezza legato al fumo di terza mano risulta essere, a tutt'oggi ancora deficitario. Per tanto, si rendono necessarie azioni di educazione sanitaria rivolti all'intera collettività.

Emerge anche la necessità di adeguati provvedimenti legislativi in merito all'uso della sigaretta elettronica nei locali chiusi, al fine di tutelare e permettere, a chi sceglie di non fumare, di respirare aria non contaminata dalle numerose sostanze nocive generate dal fumo.

In conclusione, le strategie di miglioramento si potrebbero articolare in alcuni punti di spiccata rilevanza:

- Educazione nelle scuole e formazione specializzata dei professionisti sanitari;
- Realizzazione di locandine di prevenzione da diffondere nei luoghi pubblici;
- Regolamenti atti a vietare l'uso delle sigarette elettroniche negli ambienti pubblici chiusi;
- Campagne antifumo;
- Impegno personale.

BIBLIOGRAFIA

1. Capone F. Il fumo: storia di un vizio mortale. *Focus*, 2017. <https://www.focus.it/cultura/storia/il-fumo-storia-di-un-vizio-mortale-7319>.
2. Pearl R. Tobacco smoking and longevity. *Science*. 1938;87(2253):216-217. doi:10.1126/science.87.2253.216.
3. Pattemore PK. Tobacco or healthy children: the two cannot co-exist. *Front Pediatr*. 2013;1:20. Published 2013 Aug 23. doi:10.3389/fped.2013.00020.
4. Zagà V, Gattavecchia E. Polonium: the radioactive killer from tobacco smoke. *Pneumologia*. 2008;57(4):249-254.
5. Conti B, Puppo G, Pistelli F, et al. Epidemiologia ed effetti sulla salute del fumo di tabacco. *Riv Ital di Fisioterapia e Riabil Respir*. 2013; (3): 19-25.
6. Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2008;93(5):F351-F361. doi:10.1136/adc.2007.133553.
7. Rubino M. Fumo passivo, un bambino su cinque ne è vittima e soffre di problemi respiratori. *La Repubblica*. Maggio 2014. https://www.repubblica.it/salute/prevenzione/2014/05/30/news/fumo_passivo_un_bambino_su_cinque_ne_vittima_e_soffre_di_problemi_respiratori-87657334/.
8. Rusconi F, Galassi C, Bellasio M, et al. Risk factors in the pre-, perinatal and early life (first year) for wheezing in young children. *Epidemiol Prev*. 2005;29(2 Suppl):47-51.
9. Filis P, Nagrath N, Fraser M, et al. Maternal Smoking Dysregulates Protein Expression in Second Trimester Human Fetal Livers in a Sex-Specific Manner. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(6):E861-E870. doi:10.1210/jc.2014-3941
10. Csákányi Z, Czimmer A, Spangler J, Rogers T, Katona G. Relationship of environmental tobacco smoke to otitis media (OM) in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(7):989-993. doi:10.1016/j.ijporl.2012.03.017 *Nat Clin Pract Neurol* 2008;4:170-4.
11. La Grutta S, Rossi GA. I danni dell'esposizione al fumo di sigaretta: fisiopatogenesi, implicazioni cliniche, strategie di intervento in pediatria. *Primula Multimedia*; 2009.
12. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child*. 2003;88(12):1086-1090. doi:10.1136/adc.88.12.1086.
13. Lucas G. Third-hand smoke and children. *Sri Lanka Journal of Child Health*. 2011. 40. 10.4038/sljch.v40i3.3505.
14. Villano R. *Tabagismo: contributi scientifici, tecnici e legislativi*. Roma: Chiron. (QSAN 5/2017).
15. Protano C, Manigrasso M, Avino P, et al. Second-hand smoke exposure generated by new electronic devices (IQOS® and e-cigs) and traditional cigarettes: submicron particle behaviour in human respiratory system. *Ann Ig*. 2016;28(2):109-112. doi:10.7416/ai.2016.2089.
16. Yeager DS, Krosnick JA. The validity of self-reported nicotine product use in the 2001-2008 National Health and Nutrition Examination Survey. *Med Care*. 2010;48(12):1128-1132. doi:10.1097/MLR.0b013e3181ef9948.
17. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 1994;84(7):1086-1093. doi:10.2105/ajph.84.7.1086.
18. EpiCentro, sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) L'abitudine al fumo in Italia - Indicatori - PASSI 2016-2019. Istituto Superiore di Sanità. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo#dati>
19. ISTAT: <http://www.istat.it/it/files/2016/12/Asi-2016.pdf>