



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

SORVEGLIANZE NAZIONALI

ABITUDINE AL FUMO: I DATI DELLE 123 ASL DELLO STUDIO "PASSI"

Carla Bietta^{1,2}, Nancy Binkin¹, Nicoletta Bertozzi^{1,3}, Alberto Perra¹, Giovanna De Giacomi^{1,4}, Pirous Fateh-Moghadam^{1,5}
 Tolinda Gallo^{1,6}, Paola Scardetta¹, Francesco Sconza^{1,7}, Massimo Trinito^{1,8}

¹Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata,
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

²U.O. Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia

³Dipartimento di Sanità pubblica AUSL, Cesena

⁴Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

⁵Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

⁶Dipartimento Prevenzione ASS4 "Medio Friuli", Udine

⁷Dipartimento Prevenzione ASL 4, Cosenza

⁸U.O. Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C, Roma

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce (1). L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune fasce di età valori paragonabili a quelli degli uomini; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano. Evidenze scientifiche mostrano che l'interruzione dell'abitudine al fumo porta al dimezzamento del rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore (2). I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei

successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose; la recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei lo-

cali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione a questo problema (3).

Per ottenere informazioni relative al fumo di tabacco sia in termini di prevalenza dell'abitudine, riferita anche ad ambienti di vita e di lavoro, sia di azioni preventive messe in atto, una serie di domande sul fumo sono state

Tabella - Caratteristiche dei fumatori in 123 ASL (n.= 15.296) - Studio PASSI, 2005

Fumatori		%		
Totale		26,5 (IC 95%:25,8-27,2)		
Caratteristica		uomini	donne	totale
Età ^(a)	18 - 24 anni	31,5	21,7	26,5
	25 - 34 anni	35,4	24,7	30,2
	35 - 49 anni	38,8	23,0	30,6
	50 - 69 anni	33,4	25,2	29,1
Istruzione	bassa ^(b)	25,0	14,4	19,1
	alta ^(c)	33,0 ^(a)	18,3 ^(a)	25,0
		30,2 ^(a)	22,2 ^(a)	26,1

^(a) le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

^(b) nessun titolo, licenza elementare o media inferiore

^(c) scuola media superiore o laurea

incluse nello Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

L'indagine è stata realizzata mediante interviste telefoniche a un campione di cittadini, di età compresa tra i 18 e i 69 anni, estratto con metodo casuale semplice dalle anagrafi degli assistiti di 123 ASL partecipanti allo Studio e appartenenti a tutte le regioni italiane (4). Le interviste sono state effettuate tra aprile e luglio 2005. L'analisi è stata condotta sul pool dei dati ottenuti dalle 15.296 persone intervistate.

Per la descrizione dell'abitudine al fumo sono state utilizzate le seguenti definizioni: fumatore (chi dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno); ex-fumatore (chi dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi); non fumatore (chi dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma).

Dall'analisi dei dati emerge che i fumatori sono pari al 26%, gli ex-fumatori al 20% e i non-fumatori al 54%. La percentuale di fumatori è maggiore negli uomini rispetto alle donne (31% *vs* 22%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono invece le donne (64% *vs* 43%).

Per quanto riguarda la categoria dei fumatori (Tabella), le percentuali più alte si osservano tra le classi di età più giovani e tra gli uomini, sempre con differenze statisticamente significative.

L'analisi per livello di istruzione invece mostra un diverso andamento nei due sessi: tra gli uomini si osserva una maggior percentuale di persone con istruzione bassa, contrariamente alle donne per le quali c'è una predominanza di istruzione alta. Queste differenze sono in entrambi i casi statisticamente significative. Inoltre, l'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni e il numero di sigarette fu-

mate al giorno è in media 14.

Per quanto riguarda l'atteggiamento degli operatori sanitari relativamente all'abitudine al fumo, un intervistato su tre (39%) dichiara di aver ricevuto domande dal proprio medico in relazione alla eventuale abitudine al fumo. In particolare, riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 65% dei fumatori, oltre il 38% degli ex-fumatori ed il 26% dei non-fumatori.

Tra i fumatori, il 62% riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte del proprio medico o di un altro operatore sanitario e che il consiglio è stato dato perlopiù a scopo preventivo (30%). Il 38% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

L'interruzione dell'abitudine al fumo riferita dagli ex-fumatori mette in evidenza la predominante tendenza a risolvere il problema autonomamente. Infatti il 94% di essi dichiara di aver smesso di fumare da solo, mentre circa il 4% è ricorso complessivamente all'aiuto di un medico, a gruppi di aiuto, all'uso di farmaci o a terapie non convenzionali.

Rispetto all'esposizione al fumo in ambito domestico, gli intervistati dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 62% dei casi: in particolare, nel 37% non è permesso e nel 25% nessuno fuma. Nel restante 38% dei casi si fuma ovunque o in alcuni luoghi della casa.

Per quanto attiene al rispetto del divieto di fumo nel luogo di lavoro, coloro che lavorano riferiscono solo nel 58% dei casi che il divieto di fumare è rispettato sempre. Desti qualche perplessità e merita ulteriore riflessione la risposta data dal 26% dei lavoratori di non sapere se il divieto di fumo venga rispettato o meno.

Il 37,5% dei fumatori dichiara che il divieto ha influenzato la loro abitudine comportando una ridu-

zione del numero di sigarette fumate ogni giorno, e tra le persone che hanno smesso dopo l'entrata in vigore della legge, il 7,5% dichiara che la legge è stata uno dei fattori considerati nella decisione di smettere, e il 7,5% che ha giocato un ruolo decisivo.

Dall'analisi dell'insieme dei dati ottenuti dalle ASL partecipanti allo Studio PASSI, emergono informazioni sulla prevalenza dell'abitudine al fumo che confermano i dati già resi disponibili da altre indagini (5-7): la maggior prevalenza di fumatori tra gli uomini, la consistenza dell'abitudine tra le donne, la preoccupante situazione tra i giovani (1 su 3 riferisce di essere un fumatore), la correlazione con il livello di istruzione diversa nei due sessi. Questo conferma la bontà e la versatilità dello Studio PASSI.

Informazioni altrimenti non disponibili sono invece quelle relative al comportamento degli operatori sanitari: più della metà dei fumatori intervistati dichiara di aver ricevuto da un medico il consiglio di smettere di fumare, evidenziando un buon livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie ad un medico, all'ausilio di farmaci o a gruppi di aiuto. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare le diverse offerte di opportunità di smettere di fumare presenti sul territorio.

Nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge, l'argomento merita ulteriori sforzi operativi da parte dei servizi di prevenzione, soprattutto riguardo all'esposizione nei luoghi di lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Garattini S, La Vecchia C. *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
2. Sanguinetti CM, Marchesani F. *Prevenzione primaria del fumo*.

- In: Nardini S, Donner CF (eds). *L'epidemia del fumo in Italia*. Pisa: Edi-Aipo Scientifica; 2000.
3. Legge n. 3 16 gennaio 2003, art. 51.
 4. De Giacomi GV, Perra A, Bertozzi N et al. La valutazione nello Studio "PASSI"- Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. *BEN- Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2005;18(11): i-ii.
 5. Istituto Superiore di Sanità. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia - 2005 (consultabile all'indirizzo <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/Pacifici.1118407792.pdf>).
 6. Sistema Statistico Nazionale. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". ISTAT; 2003 (consultabile all'indirizzo <http://www.istat.it/dati/catalogo/20051118000/>).
 7. Sistema Statistico Nazionale. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie.
 8. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (consultabile all'indirizzo <http://www.istat.it/sanita/sociosan>).

STUDI DAL TERRITORIO

ANALISI DELLA QUALITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI MORTE ISTAT. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO (ANNI 1996-2004)

Silva Franchini, Pirous Fateh-Moghadam, Silvano Piffer

Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

La rilevazione delle cause di morte rappresenta uno dei più importanti e consolidati flussi informativi correnti finalizzati a descrivere lo stato di salute della popolazione e viene attuata attraverso la compilazione da parte dei medici (curanti e/o necroscopi) delle schede ISTAT D4-D5 e D4bis-D5bis.

La disponibilità di certificazioni di buona qualità è fondamentale per garantirne l'accuratezza e la completezza della codifica e delle conseguenti statistiche di mortalità. Questa necessità assume valore aggiunto nel contesto attuale in cui l'Italia sta iniziando ad adeguarsi ai criteri di codifica seguiti dagli altri Paesi, con l'introduzione della X versione della Classificazione Internazionale delle Malattie e Cause di Morte (1).

La nuova versione rispetto alla precedente prevede nuove e più articolate sezioni che consentono un maggior dettaglio nella codifica, la qual cosa

implica in ogni caso una maggior attenzione nella compilazione della scheda di morte da parte del medico certificatore. L'applicazione di tale sistema è prevista a partire dalle schede di morte relative all'anno 2003.

Dal 1998 la codifica delle schede di morte effettuata dall'Osservatorio Epidemiologico di Trento è accettata come tale dall'ISTAT. Ciò ha portato il Servizio a definire degli interventi tesi al miglioramento della qualità delle schede di morte. Si è proceduto in un primo momento alla redazione di una brochure di facile consultazione distribuita nel 1997-98 a tutti i medici certificatori della provincia e consegnata tuttora all'atto dell'iscrizione all'ordine dei medici provinciale (2). Nel contempo sono stati realizzati interventi informativo-formativi rivolti ai medici certificatori, ospedalieri e del territorio.

A distanza di alcuni anni e in prosimità dell'adozione anche nella provincia di Trento del nuovo sistema di

codifica si è ritenuto opportuno analizzare complessivamente i dati di qualità disponibili per le schede ISTAT e valutare l'opportunità di intraprendere nuovi interventi di sensibilizzazione/formazione.

Dal 1996 è attivo un monitoraggio periodico della qualità di compilazione delle schede che prevede, oltre al controllo di qualità routinario in occasione della codifica, un controllo periodico (tutte le schede di morte complessivamente di 3 mesi/anno pari all'8-16% delle schede annuali) riferito ai seguenti criteri di buona qualità:

- completezza della compilazione per tutte le diverse sezioni della parte sanitaria della scheda (indicazione del luogo del decesso, categoria del certificatore, indicazione della richiesta autoptica e possibilità di identificare il certificatore)
- accuratezza dei dati riportati, sia in generale che in riferimento allo spe-

cifico nosologico (definita sulla base della presenza di sintomi anziché di una chiara e inequivocabile indicazione di diagnosi, di ridondanza ossia una descrizione eccessivamente dettagliata ancorché priva di valore aggiunto, ed infine della presenza di termini ambigui /non specificati)

- chiarezza grafica e concettuale, ossia utilizzo di termini non ambigui, precisi e chiaramente intelleggibili, firma leggibile e timbro del medico
- logica del concatenamento causale degli eventi che ha portato al decesso (logica temporale e della plausibilità biologica alla luce anche delle regole di codifica dell'ISTAT).

I dati raccolti tramite la griglia sono archiviati, in un data-base computerizzato. Sono stati analizzati gli andamenti dei vari criteri nel corso del periodo 1996-2004.

Sono state analizzate complessivamente 4.801 schede. La completezza delle schede è lievemente migliorata negli anni (+ 4% circa per ciascuna sezione). L'inaccuratezza, invece, aumenta sensibilmente negli anni (3,0% nel 1996, 6,9% nel 2004.)

La distribuzione percentuale dei motivi di mancata accuratezza ha un andamento oscillante negli anni; considerando gli estremi temporali si registra una maggiore prevalenza di termini ambigui/non specificati nel 2004 (38,0% nel 1996 vs 46,0% nel 2004), mentre nel medesimo anno si riduce la ridondanza (24,0% nel 1996 vs 18,0% nel 2004).

La mancanza di chiarezza grafica e concettuale è del tutto sovrapponibile nei diversi anni di osservazione ed è pari al 25% delle schede; nello specifico l'impossibilità di identificare il medico certificatore sulla base di quanto apposto sulla scheda è pari al 17%.

Anche il mancato concatenamento, indicatore fra i più importanti ai fini

della qualità, fa registrare un peggioramento negli anni (6,4% nel 1996, 18,8% nel 2001, 15,1% nel 2004). Inoltre, i criteri definiti per la valutazione delle schede riferite ai decessi avvenuti per cause violente registrano negli anni un progressivo peggioramento, più della metà delle schede sono compilate in modo incompleto e inaccurato (60/103).

In conclusione, si riconferma come il flusso di mortalità, pur essendo una delle principali fonti di dati statistico-epidemiologici, presenti dei problemi in fase di certificazione, relativi alla precisione, all'accuratezza ed alla completezza. Questi problemi si riflettono sulla codifica sia essa effettuata a livello regionale che a livello nazionale e quindi, infine, sui dati statistici. Tale criticità è in parte dovuta a una mancata attenzione da parte dei medici certificatori. Infatti quest'ultimi considerano generalmente la compilazione della scheda come un mero obbligo amministrativo privo di ricadute pratiche.

I dati elaborati per questo lavoro si riferiscono a un intervallo temporale all'inizio del quale è stato realizzato un percorso formativo finalizzato alla corretta compilazione della scheda e alla conoscenza dell'utilizzo di tali dati nei diversi ambiti sanitari. Nel corso

degli anni sono seguiti degli interventi a rinforzo del messaggio dato con vari seminari, ma lo strumento era limitato ad una divulgazione cartacea di materiale di supporto attraverso il Bollettino dell'Ordine dei Medici.

Il peggioramento nella compilazione della qualità delle schede che si è registrata negli anni è sicuramente da attribuire in parte all'ampio turnover che ha interessato in questi ultimi anni la categoria medica. Gran parte dei medici che certificano i decessi attualmente nella provincia di Trento non hanno avuto occasione di partecipare ai seminari svolti nel 1997-98.

Di qui la necessità di ripensare a un progetto formativo che possa soddisfare da un lato il bisogno di informazioni complete ed accurate che consentano una codifica certa e definitiva dall'altro far comprendere al medico certificatore l'importanza del suo contributo nell'ambito della ricerca sulle cause di morte.

Riferimenti bibliografici

1. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. X revisione. Ministero della Salute.
2. Piffer S, Filippetti F. *La rilevazione dei dati di mortalità in provincia di Trento. Collana Promosan. Provincia Autonoma di Trento. Anno 1996.*

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso

e-mail: ben@iss.it