



# Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

## STUDI DAL TERRITORIO

### I COMPORTAMENTI E GLI ATTEGGIAMENTI RIGUARDO AL FUMO TRA I DIPENDENTI DELL'OSPEDALE BUFALINI DI CESENA: ANALISI DELLA SITUAZIONE E PROSPETTIVE DI INTERVENTO

Nicoletta Bertozzi, Elizabeth Bakken, Francesca Righi, Patrizia Vitali, Mauro Palazzi e il Gruppo Epidemiologia in Azione\*  
Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena

Il fumo è stato individuato dall'OMS come principale causa di mortalità evitabile: a esso sono attribuibili circa il 15% di tutti i decessi, l'80% dei tumori polmonari e il 30% di infarti del miocardio e di bronchiti croniche (1). Esiste, attualmente, anche una sufficiente evidenza scientifica degli effetti nocivi del fumo passivo sulla salute (2, 3). L'ospedale e gli altri luoghi di cura della salute sono gli ambienti ideali in cui promuovere stili di vita sani, sia riducendo l'abitudine al fumo da parte dei dipendenti sia eliminando l'esposizione al fumo passivo negli operatori e nei pazienti/utenti della struttura (4). L'azienda USL di Cesena è da tempo impegnata ad attuare strategie efficaci per mantenere gli ambienti sanitari liberi dal fumo e promuovere nel personale sanitario una consapevolezza sempre maggiore rispetto a questo problema, al fine di migliorare la salute.

Con l'intento di offrire nuovi stimoli per la verifica dei risultati degli interventi già in atto da diversi anni e spunti per il loro successivo sviluppo, è stata realizzata un'indagine conoscitiva sull'abitudine al fumo e la percezione del rischio a questa correlato tra i dipendenti dell'Ospedale Bufalini

di Cesena, coordinata dal Servizio di Epidemiologia e Comunicazione della USL di Cesena. Gli obiettivi specifici dell'indagine trasversale condotta comprendevano: descrivere i comportamenti rispetto al fumo tra i dipendenti ospedalieri, gli atteggiamenti nei confronti del divieto di fumo nei luoghi di lavoro, la volontà di smettere di fumare tra i fumatori e i fattori che hanno contribuito a far smettere di fumare gli ex-fumatori. Un ulteriore obiettivo era quello di delineare gli atteggiamenti del personale sanitario verso i pazienti fumatori e le necessità di formazione per attuare interventi efficaci per la disassuefazione dal fumo all'interno dell'ASL.

La ricerca ha coinvolto un campione casuale semplice di 204 dei 1.876 dipendenti dell'Ospedale Bufalini, estratto dalla lista informatizzata dei dipendenti dell'Azienda USL di Cesena. Nella giornata del 1 dicembre 2005, ai dipendenti selezionati è stato somministrato un questionario standardizzato da parte dei 24 partecipanti a un corso di formazione in epidemiologia applicata organizzato dall'Azienda sanitaria. Nel corso della rilevazione si è reso necessario procedere a 20 sostituzioni (10%), effettuate in base a sesso e profilo

professionale, delle quali 16 per mancato reperimento, 2 per rifiuto e 1 rispettivamente per impegni lavorativi e mancanza di interesse. In base al confronto condotto valutando sesso, classi d'età e qualifiche professionali, il campione selezionato è risultato essere rappresentativo della popolazione dei dipendenti dell'Ospedale Bufalini. Tra gli intervistati sono prevalsi i dipendenti giovani (66% nella fascia di 18-44 anni vs 34% in quella 45-64 anni) e le donne (72% vs 28%). Il titolo di studio rilevato con maggior frequenza è risultato il diploma di scuola media superiore (47%), seguito da laurea (38%) e diploma di scuola media inferiore (15%). Il 43% degli intervistati ricopriva un ruolo professionale di infermiere od ostetrico, il 19% di operatore di supporto, il 16% di medico, il 12% di tecnico sanitario, il 7% di amministrativo e il rimanente 3% dichiarava altre qualifiche.

In base alle definizioni utilizzate dai Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) di Atlanta (5), è stato considerato fumatore chi ha fumato almeno 100 sigarette nel corso della vita ed ex fumatore chi non fuma più da almeno 6 mesi. Due dipendenti, che avevano smesso di fumare da meno di 6 mesi, non sono stati pertanto considerati nelle elaborazioni relative all'abitudine al fumo. Circa un intervistato su tre ha dichiarato di essere "fumatore" (31%), uno su quattro "ex fumatore" (23%) e la restante parte "non fumatore" (46%). La percentuale di fumatori più elevata si è ri- ►

\* Gruppo Epidemiologia in Azione: Maria Grazia Aloï, Elisa Ambrogiani, Antonella Bazzocchi, Giampiero Battistini, Derena Beccari, Claudio Bissi, Barbara Bondi, Giuseppe Brighi, Annita Caminati, Federica Castellazzi, Paola Ceccarelli, Roberta Cecchetti, Giovanni De Paoli, Francesco Domeniconi, Cristina Fabbri, Alessandro Filoni, Marinella Franceschini, Marina Fridel, Antonia Gallo, Sabrina Guidi, Gisberto Maltoni, Manuela Minghetti, Patrizia Pagliarani, Maria Francesca Pandolfi, Chiara Reali, Gregorio Reggiani, Silvio SanMartino, Paolo Ugolini e Manuela Zavalloni

scontrata tra i dipendenti più giovani (34% nella fascia 18-44 anni vs 25% nella fascia 45-64 anni) e tra le donne (32% vs 27%). Valutando le categorie professionali, la percentuale di fumatori più elevata (42%) si è registrata tra gli operatori di supporto, a seguire infermieri e ostetriche (36%), medici (22%), amministrativi (21%) e infine tecnici sanitari (17%). L'abitudine al fumo è risultata significativamente maggiore negli operatori che effettuano turni di lavoro notturni (38% vs 23%).

Rispetto ai 62 fumatori intervistati, il 70% ha dichiarato di fumare sul luogo di lavoro; relativamente agli ambienti, il 64% dei fumatori ha riferito di fumare in spazi esterni (terrazze, scale, ecc.), il 43% in spazi in cui non accedono pazienti e il 20% in spazi comuni (bagni, corridoi, scale, ecc.). Un non trascurabile 16% dei fumatori ha dichiarato di fumare anche nei luoghi in cui hanno possibilità di accesso i pazienti.

Il 65% dei fumatori ha dichiarato di aver provato almeno una volta a smettere di fumare; il 61% ha inoltre riferito di aver ridotto il numero di sigarette fumate a seguito dell'entrata in vigore della legge di divieto di fumo nei locali pubblici (Legge n. 3 del 2003). Tra gli ex fumatori la modalità più utilizzata per smettere di fumare è stata quella di provarci "da soli" (92% dei casi), senza ricorrere a farmaci, corsi per smettere di fumare o altri metodi, in linea con quanto riscontrato nella popolazione generale cesenate (studio PASSI, 2005) (6). Il 29% degli intervistati ha dichiarato di essere stato esposto almeno in un'occasione al fumo passivo in ambiente lavorativo nell'ultima settimana.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi la percezione del rischio sui danni da fumo, tutto il personale intervistato ha dichiarato che il "fumo diretto" fa male, mentre un 14% ha presentato dubbi sulla nocività del fumo passivo; in questo non sono emerse differenze rilevanti in base al profilo professionale (15% tra gli infermieri e ostetriche, 14% tra gli amministrativi, 13% tra i medici, 12% tra i tecnici sanitari e 11% tra gli operatori di supporto). Nonostante si sia riscontrato un diffuso buon livello di informazione rispetto all'associazione tra fumo e malattie rilevanti quali neoplasie del polmone e malattie cardiovascolari, la relazione tra fumo e altre patologie (osteoporosi,

tumore della mammella e tumore della vescica) è spesso sottostimata e meno del 40% di operatori sanitari può essere considerato ben informato. Il livello di informazione non sembra essere influenzato dallo status di fumatore, ex fumatore e non fumatore. Solo nel caso del tumore mammario tra gli ex fumatori si registra una maggior percentuale di persone consapevoli dell'associazione con il fumo (37% vs 26 e 25% rispettivamente di fumatori e non fumatori).

Un'alta percentuale di dipendenti intervistati (94%) si è detto convinto che il personale sanitario debba fare promozione della salute rivolta in maniera prevalente ai pazienti fumatori e supportarli nella decisione di smettere di fumare, ma solo un 16% si sente qualificato per assolvere questo compito. Più della metà degli intervistati (57%) ha riferito la propria disponibilità e il proprio interesse a partecipare ad iniziative di formazione con l'obiettivo di acquisire conoscenze e competenze per la prevenzione del tabagismo. Tra gli interventi per fronteggiare il problema della diffusione dell'abitudine al fumo tra i dipendenti sono stati proposti: l'attivazione di corsi/sostegno psicologico, interventi di informazione e promozione della salute e il ricorso a sanzioni per favorire il rispetto del divieto di fumo.

L'indagine condotta offre alcuni spunti di riflessione utili sia per la valutazione degli interventi già in atto a livello locale sia per supportare il loro ulteriore sviluppo. Particolarmente elevata appare la percentuale di fumatrici tra le dipendenti nella fascia di 18-44 anni (34%), ben ampiamente superiore a quella rilevata attraverso lo Studio PASSI 2005 (6) nelle donne residenti nel territorio cesenate nella stessa fascia d'età (21%) (6). Questo dato, insieme alle maggiori prevalenze rilevate in alcune categorie professionali (operatori di supporto, infermieri e ostetriche) e nel personale che effettua turni di lavoro notturni, contribuisce a caratterizzare fasce di dipendenti particolarmente vulnerabili rispetto al fattore di rischio indagato, alle quali appare opportuno prestare particolare attenzione e rivolgere eventuali interventi mirati. L'applicazione della legge sul divieto di fumo nei luoghi di lavoro ha avuto effetti positivi, ma

restano ancora operatori che continuano a fumare in ambienti nei quali non è consentito. Per intervenire su questo problema, pare opportuno da un lato aumentare la vigilanza già prevista all'interno della struttura, e dall'altro proseguire nell'opera di informazione e di sensibilizzazione rispetto all'importanza di un ambiente (e di un personale) sanitario "libero dal fumo". Importante è inoltre offrire, anche all'interno dell'ambiente di lavoro, adeguato sostegno ai dipendenti fumatori che vogliono essere aiutati a smettere. Le carenze informative evidenziate sulla nocività del fumo passivo e sulla correlazione tra fumo e alcune rilevanti patologie rappresentano un forte richiamo alla necessità di formazione, così come il bisogno dichiarato di acquisire competenze e abilità per affrontare il problema tabagismo nei rapporti con i pazienti/utenti dell'ospedale. ■

#### Riferimenti bibliografici

1. Cerms, Cpo Piemonte e Università di Torino. Epidemiologia dei Tumori (consultabile all'indirizzo: [www.snop.it](http://www.snop.it); ultima consultazione 11 maggio 2006).
2. Forestiere F, Lo Presti E, Agabiti N *et al.* Impatto Sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione* 2002;26:18-29.
3. US Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington, DC; US Environmental Protection Agency, Office for research and development, Office of Air and Radiation. 1992. Publications. EPA/600/6-90/006F.
4. Principe R. Il fumo nelle strutture sanitarie. *Ital Heart J* 2001;2(Suppl 1):110-2.
5. National Center for Health Statistics. Definitions: cigarette smoking (consultabile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/nchs/dataawh/nchsdefs/cigarettesmoking.htm>; ultima consultazione: 22 novembre 2006).
6. Studio PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia - Azienda Sanitaria di Cesena. Maggio 2006. Bertozzi N, Bakken E, Vitali P *et al.* La pubblicazione sarà presto disponibile sul sito <http://www.ausl-cesena.emr.it>

## STUDI DAL TERRITORIO

# VETUS A ORVIETO UN'INDAGINE SULLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON PIÙ DI 64 ANNI NEL COMUNE DI ORVIETO

Silvia Colitti<sup>1</sup>, Marco Cristofori<sup>2</sup>, Vincenzo Casaccia<sup>2</sup>, Antonino Bella<sup>1</sup>, Alberto Perra<sup>1</sup> e Nancy Binkin<sup>1</sup>

per il Gruppo Epidemiologia in Azione\*

<sup>1</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

<sup>2</sup>Dipartimento di Prevenzione, Unità Operativa di Epidemiologia e Biostatistica, AUSL 4, Terni

La classifica dei Paesi più vecchi stilata dall'ONU in occasione della seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento, tenutasi a Madrid nel 2002, vede al primo posto l'Italia (1). Negli ultimi anni, infatti, in Italia, come nel complesso dei Paesi occidentali, la proporzione di anziani è andata progressivamente aumentando: nel 1990 gli ultrasessantacinquenni erano il 15% (2), oggi rappresentano circa il 25% della popolazione (3) e la proiezione al 2050 è che un italiano su tre sarà anziano (4).

L'invecchiamento della popolazione ha delle conseguenze non solo dal punto di vista sociale, ma anche economico; dopo i 64 anni, progressivamente all'aumentare dell'età, aumenta il rischio di malattia, la disabilità con perdita dell'autonomia e l'isolamento sociale. A questo allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età diminuisce l'autosufficienza aggravata dalla presenza di pluri-patologie. Gli anziani, infatti, assorbono nei Paesi industrializzati circa il 65% delle risorse del servizio sanitario nazionale, più della metà dei ricoveri ospedalieri e circa il 70% della spesa farmaceutica. Di non secondaria importanza poi, il costo sociale, soprattutto degli anziani non autosufficienti, che ricade spesso sulla famiglia, alla quale spetta l'onere dell'assistenza nella maggior parte dei casi.

Nel Comune di Orvieto, gli anziani

rappresentano una parte rilevante della popolazione, avendo il tasso di invecchiamento tra i più alti della Regione Umbria e dell'Italia (circa il 27% della popolazione over 65 nel 2003, che passa al 29% nel 2006, secondo l'ISTAT) (5). Negli ultimi anni, il Comune ha promosso un approccio positivo alla popolazione anziana, basata sul concepire l'anziano non come un peso sociale od economico, ma come una potenziale risorsa. Ne è risultato un programma di azioni socio-assistenziali, anche in collaborazione con organizzazioni ed associazioni di volontariato, rivolto soprattutto all'assistenza domiciliare integrata, in modo da eliminare, per quanto possibile, l'emarginazione e l'inserimento in strutture residenziali e mantenere invece gli anziani nel loro tessuto e contesto socio-familiare. In tal modo è garantita una migliore qualità della vita, un maggior benessere e una maggiore partecipazione attiva nella comunità.

In questo contesto in evoluzione, nell'ambito del corso "Epidemiologia in Azione", organizzato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e svoltosi a Orvieto dall'8 al 19 maggio 2006, è stata realizzata un'indagine trasversale conoscitiva sulla qualità della vita della popolazione anziana del Comune di Orvieto. L'obiettivo dell'indagine, che è stata condotta in collaborazione con la ASL locale, è

stato la raccolta di informazioni utili per indirizzare in modo più efficiente ed efficace gli interventi in corso e previsti per i prossimi anni.

A tale scopo, è stato estratto dalle liste dell'anagrafe sanitaria del Comune di Orvieto un campione casuale di 200 residenti con età ≥ 65 anni e un campione di 200 sostituti, appaiati per sesso e classe di età (65-74, 75-84, 85-94 e più anni). Il rimpiazzo è stato eseguito in caso di rifiuto, nel caso in cui non è stato possibile rintracciare il titolare o nel caso in cui è stato impossibile rilevare i dati direttamente o tramite proxy (familiari o badanti dell'anziano campionato), a causa delle condizioni dell'intervistato.

Al campione selezionato di titolari e sostituti è stata inviata una lettera preliminare nella quale venivano descritti i motivi e le modalità dell'indagine e contemporaneamente sono stati avvisati anche i loro medici di medicina generale. Il 17 maggio i corsisti hanno somministrato a domicilio al campione selezionato un questionario standardizzato sullo stato di salute e la qualità della vita percepita, l'autosufficienza e l'assistenza familiare, le abitudini di vita e l'isolamento sociale, i servizi di assistenza comunale, le vaccinazioni. I dati sono stati analizzati con EPI-Info 3.3.2 per calcolare le prevalenze e i relativi intervalli di confidenza al 95%.

Delle 200 persone campionate, 19 (9,5%) non sono state rintracciate, 14 persone (7%) hanno rifiutato l'intervista e 3 (1,5%) non sono state intervistate per altri motivi; per 29 di queste, sono stati selezionati i sostituti, per una numerosità totale del campione pari a 193. Il campione è risultato costituito dal 70% di donne e dal 30% di uomini; questa distri- ►

\* Gruppo Epidemiologia in Azione 2006: Elisa Ambrogiani, Elisa Baioni, Vincenza Bianchimoni, Salvatore Bongiorno, Vincenzo Casaccia, Maria Ines Crescio, Marina D'Antonio, Rosanna Desiato, Maria Di Fabio, Susi Epifani, Martina Escher, Daniela Felicioni, Nicola Filippin, Anna Rita Fusco, Antonella Guidi, Giandomenico Losacco, Fabrizio Mancini, Lidia Marino Merlo, Giorgia Mirabella, Fabio Motta, Maria Teresa Padovan, Antonio Angelo Papagni, Vincenza Pede, Pasquale Domenico Pedote, Claudio Poggi, Maria Portesi, Elena Prati, Daniela Sarasino, Francesca Scolamacchia, Maria Sodano, Silvio Tafuri, Monica Tiberi, Margarete Tockner, Rosita Verteramo e Vanessa Zirilli

**Tabella** - Media dei giorni in cattiva salute percepita dalle persone con età  $\geq 65$ . Studio VETUS, Orvieto - maggio 2006

Caratteristiche demografiche	Media giorni/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
Età			
65 - 74	9	8	5
75 +	10	11	8
Sesso			
M	8	6	5
F	11	12	6
Autosufficienza			
Totale	9	9	5
Parziale	16	17	16

buzione è risultata simile a quella della popolazione della stessa fascia di età residente nel Comune di Orvieto. Il 43% del totale delle persone campionate apparteneva alla fascia d'età dai 65 ai 74 anni, il 57% aveva un'età  $\geq 75$  anni; il 62% del campione era coniugato, mentre il restante 38% era vedovo o non coniugato. Il 15% del campione viveva in una zona rurale; del restante 85%, il 60% viveva in periferia e il 25% nel centro storico del Comune; più della metà (61%) aveva un livello di istruzione elementare, il 27% oltre la scuola elementare e il 12% non aveva nessun titolo di studio.

Il 72% degli intervistati definiva la propria qualità di vita in modo positivo (da discreta a molto buona), il 28% la giudicava in modo negativo (male o molto male). La percezione negativa era maggiore nelle donne (19% vs 9% degli uomini). Il malessere percepito aumentava con l'aumentare dell'età. È stato chiesto agli intervistati per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non si erano sentiti bene per motivi fisici, psicologici o perché limitati nello svolgimento delle attività quotidiane, con un risultato di 11 giorni di media in cattiva salute nell'ultimo mese per problemi fisici, 11 giorni per problemi psicologici e 8 giorni per limitazione nello svolgimento delle attività (Tabella). Il 14% del totale del campione lamentava disturbi visivi, il 16% uditivi e il 18% di masticazione. In particolare, il 52% delle persone che riportava disturbi della masticazione non si recava dal dentista perché non ne sentiva

il bisogno e uno su quattro per liste d'attesa troppo lunghe o per il costo eccessivo.

La misura dell'autosufficienza è stata calcolata utilizzando un set minimo di Activity Day Living (ADL) principali (muoversi da una stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, andare al bagno da solo, vestirsi, e mangiare) (6); si sono ottenute in questo modo misure adeguate del livello di dipendenza, classificandola come grave (persone non in grado di effettuare nessuna ADL), lieve (persone incapaci di effettuare almeno una ADL), o come autosufficienza (persone capaci di effettuare tutte le ADL). In questa popolazione non istituzionalizzata, il 90% delle persone intervistate era completamente autosufficiente, il 10% parzialmente dipendente e lo 0% completamente dipendente. Tra il 10% parzialmente dipendente, un quarto aveva meno di 75 anni e il 55% era rappresentato da donne. Il 70% veniva assistito da familiari, mentre il restante 30% si affidava a badanti. Inoltre, il 45% viveva in famiglia, il 40% con altri e il 15% da solo.

L'88% degli intervistati ha espresso alcune richieste nei confronti dell'assistenza sanitaria, principalmente per la diminuzione dei tempi d'attesa per i servizi (40%) e per il miglioramento dell'assistenza domiciliare (39%).

Nell'ultimo anno, la copertura vaccinale per l'influenza è stata del 71%, più elevata nella classe d'età  $\geq 75$  anni e negli abitanti delle zone urbane periferiche o centrali. Del 29% che non ha effettuato la vaccinazione, il 43% ha dichiarato di non averlo fatto perché non considerava l'influenza una malattia grave.

Come risultato di questa indagine, il Dipartimento di Prevenzione della ASL 4 di Terni, e in particolare dell'area territoriale di Orvieto, disporrà di alcuni dati non esistenti attualmente che si andranno ad integrare ai risultati delle ricerche già svolte o in atto. In particolare, si potrà rispondere in modo più efficiente ed efficace ai bisogni assistenziali della popolazione anziana, una delle più numerose di Italia.

Inoltre, questo studio potrà servire come progetto pilota da testare in tutta la Regione ed eventualmente in tutta Italia, per indirizzare strategie di intervento, ad esempio sostenendo le famiglie che si fanno carico degli anziani o potenziando l'intervento assistenziale pubblico o privato. ■

#### Riferimenti bibliografici

1. ONU. *Population aged 60 years or older*. 2002 (consultabile all'indirizzo: [www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf)).
2. ISTAT. *Anziani in Italia*. Bologna; Il Mulino. 1997.
3. ISTAT. *Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2005* (consultabile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/>).
4. ISTAT. *Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050* (consultabile all'indirizzo: [http://demo.istat.it/altridati/previsioni\\_naz/](http://demo.istat.it/altridati/previsioni_naz/)).
5. ISTAT. *Bilancio demografico e popolazione residente per sesso al 31 dicembre* (consultabile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/>).
6. Katz S, Downs TD *et al*. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.

#### Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,  
Marina Maggini, Stefania Salmaso  
e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)