

ARTICOLO ORIGINALE
ORIGINAL ARTICLE

Il progetto obiettivo AIPO "Ospedali senza fumo": risultati descrittivi della prima fase epidemiologica

The AIPO target project "No-smoking hospitals": results of the first epidemiological phase

S. NARDINI*, L. CARROZZI**, R. BERTOLETTI***, G. MATTEELLI**, E. SABATO****, M. DEL DONNO*****

*Divisione di Pneumotisiologia, Ospedale Civile di Vittorio Veneto, ASL-7

**U.O. di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedaliera Pisana ed Università di Pisa

***Servizio del Medico Competente, Az. Osp. "Morelli", Sondalo (SO)

****Servizio di Pneumologia, ASL di Mesagne, Brindisi

*****Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Università di Parma

Hanno partecipato allo studio:

Coordinamento: V. Nastari, Vittorio Veneto (TV)

V. Ahanonu, Ospedale Civile "S. Andrea", La Spezia; A. Altieri, Ospedale "C. Forlanini", IRCCS "Spallanzani", Roma; A.M. Arduino, Ospedale Civile Chivasso, ASL, Chivasso (TO); A. Aufiero, Casa di Cura "L'Eremo di Miazzina", Cambiasca (VB); G.P. Benetti, Osp. "Predabissi", Melegnano (MI); R. Bertolotti, Ospedale "Morelli", Sondalo (SO); A.I. Bin, O.C. Conegliano (TV); M. Bonavia, Ospedale "La Colletta", Arenzano (GE); S. Briatore, ASL 16, Mondovi (CN); G. Cacciani, Az. Osp. di Parma, Padiglione Rasori, Parma; L. Carrozzi, A.O. Pisana, Pisa; C. Cattaneo, ASL Pavia, Voghera (PV); V. Cilenti, Istituto "Regina Elena", Roma; P. Ciurliuni, A.O. "S. Camillo-Forlanini", Roma; E. Clini, Fondazione "Maugeri", IRCCS c/o Ospedale "Richiedei", Gussago (BS); M. Consiglio, ASL 42, Pavia; P. Conti, AR. USL 2, Ospedale "S. Andrea", Vercelli; A. D'Alfonso, USL 4, Osp. "Giovanni Bosco", Torino; G. De Angelis, Ospedale "C. Forlanini", Roma; D. Degli Innocenti, A.O. di Prato; M. Del Donno, Ospedale "Rasori", Parma; M. Desperati, A.O. "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo", Alessandria; T. Di Rosa, Az. Osp. "V. Cervello", Palermo; F. Dolcet, Ospedale "S. Maria della Misericordia", Udine; C.F. Donner, Centro Medico di Riabilitazione, Veruno (NO); M. Fontana, Ospedale Civile, Padova; M.G. Foschino, A.O. "Di Venere-Giovanni XXIII", Bari; M.P. Foschino, Azienda Policlinico, Bari; C. Franco, Ospedale Civile Grosseto; C. Frigeri, ASL 18 Alba; G. Galbarini, A.I.O. di Cremona, Presidio Pneumopatie; P. Giovannetti, Azienda USL 2, Ospedale "Campo di Marte", Lucca; E. Giua, Osp. "Binaghi" ASL 8, Cagliari; G. Grande, Casa di Cura "Villa delle Magnolie", Castelmorrone (CE); M. Liberati, USL 04 L'Aquila, Ospedale "Collemaggio", L'Aquila; C. Logroscino, Fondazione "S. Maugeri" Centro Med. di Riabil., Cassano Murge (BA); P. Martucci, A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli; A.S. Melani, A.O. Senese, Policlin. "Le Scotte", Lotto 3/S, Siena; P. Menozzi, Presidio Ospedaliero di Fidenza (PR); A. Muzzi, A.O. "Osp. Riuniti", Trieste; S. Nardini, Ospedale Civile di Vittorio Veneto (TV); S. Nutini, Az. Osp. Careggi, Firenze; L. Occhionero, O.C. Canelli (AT), Ospedale Civile di Asti, Ospedale "S. Spirito", Nizza Monferrato (AT); G. Parovina, ASL 21 Casale, Osp. "S. Spirito", Casale Monferrato (AL); N. Partipilo, ASL BA 5, Casamassima (BA); P. Pederzoli, USL 23, A.O. "Castel S. Pietro Terme", Imola (BO); R. Pela, Presidio Ospedaliero Osimo, Az. USL 7, Osimo (AN); M. Piacentini, Ospedale "Villa Marini", Piombino (LI); G. Pierucci, Az. Osp. Policlinico, Bari; A. Potena, Arcispedale "S. Anna", Ferrara; R. Principe, Osp. "C. Forlanini", Roma; F. Romano, Az. Osp. Cosenza, Osp. "Mariano Santo", Cosenza; E. Sabato, P.O. di Mesagne (BR); A. Santoro, USL 2 Torino, Osp. "Martini Nuovo", Torino; A. Sena, A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli; C. Sturani, A.O. Osp. "C. Poma", Mantova; C. Valenzano, A.S.O. "San Giovanni Battista", Torino

Parole chiave

Controllo del fumo • Ospedali e servizi sanitari senza fumo • Abitudine al fumo • Personale sanitario

Key words

Smoking control • Smoke-free hospitals and health premises • Smoking habit • Health staff

Riassunto

Scopo

Per verificare il grado di adesione agli standard esistenti per il controllo del fumo, nell'ambito del progetto obiettivo "AIPO-ospedali senza fumo", è stata eseguita una indagine epidemiologica mediante questionario anonimo autosomministrato.

Summary

Aim

In Italy there are International and National standards for smoking control in Hospitals and health premises. To audit the compliance of Health staff in Italian Hospitals to these standards, a survey was carried out with an anonymous, self-administered questionnaire.

Metodi

Sono stati raccolti i dati relativi a un campione di operatori sanitari (n. 9843) appartenenti a 58 ospedali italiani e di pazienti ricoverati (n. 6044). I dati comprendevano notizie anagrafiche, professionali e – per quanto riguarda il fumo – le abitudini, la conoscenza dei danni attribuibili al fumo e le attitudini dei fumatori (compreso anche il test di Fagerstroem).

Risultati

Gli operatori sanitari fumatori sono più che nella popolazione generale, particolarmente le femmine: il 33,3% (maschi 30,8% e femmine 34,9% contro una prevalenza di fumatori nella popolazione generale nel 1997 rispettivamente del 33,1% e del 17,3%) in particolare le donne (34,9%). La prevalenza appare diminuire con il crescere della istruzione sia per i maschi che per le femmine (medici totale 24,7%; maschi 23,7%, femmine 27,5%; infermieri totale: 36,2%, maschi 36,6%, femmine 36,1%). Tale andamento si osserva anche nella popolazione generale, ma solo per i maschi. La conoscenza dei danni attribuibili al fumo e conoscenze generali sui danni del fumo alla salute risultano sovrapponibili a e, in qualche caso, meno precise di, quelle degli stessi pazienti. I danni dovuti al fumo risultano sottostimati, soprattutto dai fumatori. I fumatori disattendono ampiamente il divieto di fumo in ospedale esistente nel nostro paese e tuttavia manifestano il desiderio di smettere di fumare in percentuale notevole, più elevata della popolazione generale italiana. In generale è ben presente la coscienza dei danni da fumo passivo.

Conclusioni

Per ottenere la completa adesione agli standard per il controllo del fumo negli ospedali italiani risulta necessaria un'ampia azione specifica sugli operatori sanitari fumatori che affianchi alla educazione sanitaria la possibilità di accedere a programmi di disassuefazione dal fumo ovvero di astensione dal fumo durante l'orario di lavoro mediante assunzione della nicotina con modalità diverse dalle sigarette.

Introduzione

Nei paesi industrializzati il fumo di tabacco è la più importante causa di morte prevenibile e in Italia essa è responsabile di un numero di morti compreso fra 80.000 e 100.000 all'anno¹.

Nel 1993 l'organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha individuato i servizi sanitari come il punto centrale nell'azione per ottenere un mondo senza fumo². La conferenza di Ottawa ha stabilito che gli ospedali debbono essere luoghi dove non soltanto le malattie vengono curate ma vengono anche insegnati i principi attraverso i quali ottenere la buona salute: i cosiddetti "Ospedali per la promozione della salute"³.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha individuato il controllo del fumo di sigaretta come uno degli obiettivi primari e prioritari.

I servizi sanitari italiani sono in grado di diffondere il messaggio di salute associato alla raccomandazione di non fumare? Gli Ospedali italiani possono effettivamente porsi come luoghi e istituzioni per la promozione della salute? Il personale sanitario è in

Methods

Data about personal history, professional role, smoking history (including the Fagerstroem test for active smokers) or exposure to environmental tobacco smoke and clinical practice on smoker patients were collected from a sample of 9,843 health professionals and 6,044 hospitalised patients from 58 Italian Hospitals.

Results

Smoking prevalence among Italian health staff is higher than the general population, especially for women: 33,3% (males 30,8% e females 34,9% while the prevalence among general population in 1997 was 33,1% and 17,3%). The prevalence decreases with education (physicians total 24,7%; males 23,7%, females 27,5%; nurses total: 36,2%, males 36,6%, females 36,1%). A similar trend is observed in the general population, but only among males. The knowledge about smoking related health hazards is almost the same (and in some instances worse) in health staff than in their patients. These hazards are substantially underestimated, especially by smokers. The existing smoking ban in Italian hospitals is widely disregarded by smoker staff, however their desire to quit is much higher than in Italian general population and damages from ETS are fully recognised.

Conclusions

A satisfactory compliance to existing standards for tobacco control in Italian Hospitals cannot be reached unless a specific action on smokers health staff is carried out, which includes health education as well the possibility of smoking cessation treatment or, if necessary, of substitution with Nicotine Replacement Therapy while on duty.

grado di rispondere alle richieste del Piano Sanitario Nazionale?

In altri termini, perché servizi e operatori sanitari possano rispondere agli standard individuati dal Piano sanitario nazionale e dalle Agenzie internazionali è necessario che il fumo sia controllato all'interno degli ospedali italiani.

Per ottenere questo controllo, l'AIPO ha iniziato uno studio denominato "progetto AIPO-Ospedali senza fumo". Questo progetto prevede più fasi⁴ e in questo articolo vengono illustrati i risultati della prima di queste fasi, relativi alla prevalenza dell'abitudine al fumo, in particolare di sigaretta, agli atteggiamenti prevalenti tra gli operatori sanitari nei confronti del fumo e alla distribuzione di queste variabili in differenti aree e U.O. all'interno degli ospedali.

Materiali e metodi

Organizzazione generale dello studio

L'organizzazione ed il disegno generale dello studio

sono stati illustrati in un precedente lavoro ⁴. Brevemente: il progetto è articolato in tre fasi:

1. una prima fase epidemiologica volta ad ottenere informazioni sulle abitudini di fumo del personale sanitario e dei degenti negli stessi reparti, sulla loro attitudine nei confronti del fumo e sulla distribuzione dell'abitudine al fumo all'interno dei presidi ospedalieri;
2. una seconda fase di intervento che prevede azioni di livello crescente di impegno: campagne di sensibilizzazione ed educazione del personale sanitario nei confronti del problema fumo, costituzione di ambulatori per la cessazione del fumo rivolti al personale sanitario operante all'interno degli ospedali o anche ai degenti ed agli utenti esterni;
3. una terza fase valutativa, sostanzialmente analoga alla prima, finalizzata a rilevare eventuali cambiamenti nell'abitudine al fumo tra il personale sanitario ed a comprendere se tali cambiamenti siano percepiti dai pazienti presenti in reparto.

La prima fase dello studio è conclusa ed in questo lavoro ne vengono illustrati i risultati descrittivi.

Organizzazione della fase epidemiologica

La fase epidemiologica ha coinvolto reparti ospedalieri e universitari di 58 nosocomi, operanti sull'intero territorio italiano, reclutati sulla base della volontà o della possibilità di alcuni operatori a partecipare. In ogni ospedale era presente un responsabile del progetto.

Negli ospedali con meno di 300 posti letto sono stati selezionati tutto il personale e tutti i degenti; negli ospedali con oltre 300 posti letto sono stati reclutati il personale ed i degenti di reparti "campione" scelti tra quelli che si occupano di patologie direttamente fumo-correlate (ad esempio Pneumologia) e quelli che trattano patologie meno direttamente correlate al fumo, (ad esempio Ortopedia) comprese le Direzioni Sanitarie (reparti "controllo").

Lo strumento di raccolta dei dati è stato un questionario ⁴ autosomministrato ed anonimo, volto ad indagare le abitudini di fumo personali, il grado di conoscenza delle problematiche connesse al tabagismo, l'atteggiamento verso il fumo e la distribuzione del fumo all'interno degli ospedali. Il questionario è stato distribuito ai diversi operatori sanitari (medici, infermieri, ausiliari, tecnici, personale amministrativo) ed ai degenti ricoverati negli stessi Reparti. A ciascun operatore sanitario è stato consegnato il questionario con la raccomandazione di riconsegnarlo compilato entro una settimana. Trascorsi 15 giorni, il questionario è stato ritenuto perso. Nella stessa settimana è stato consegnato un analogo questionario (le domande erano identiche, ma in numero inferiore) ai pazienti, presenti in quel momento nel reparto ed in grado di rispondere, con l'indicazione di riconsegnarlo dopo tre giorni. Il periodo di rilevazione dei

dati si è concentrato nella prima quindicina del mese di Giugno 1998.

Al termine della fase di raccolta dei dati, i responsabili del progetto all'interno degli ospedali hanno inviato la copia cartacea dei questionari raccolti ad un centro di coordinamento centralizzato che ha provveduto al controllo dei dati ed alla computerizzazione dei dati stessi. I questionari che contenevano più del 50% di dati mancanti o che non avevano informazioni relativamente al sesso, all'età o all'abitudine al fumo degli intervistati (tra gli operatori l'11%, tra i pazienti il 14% dei questionari distribuiti) sono stati esclusi dalle presenti analisi.

Popolazione

Tra gli operatori, sono stati distribuiti 14.348 questionari; di questi 11.067 (77%) sono stati riconsegnati, mentre 9.843 (68% dei questionari distribuiti) sono stati analizzati. Tra i pazienti, i questionari distribuiti sono stati 9.056, 7.033 (80%) sono stati riconsegnati e 6.044 (67%) sono stati analizzati. Sia tra gli operatori, sia tra i pazienti, il tasso di partecipazione netto (intendendosi il rapporto tra i questionari analizzati, che hanno rappresentato il campione da cui sono stati tratti i risultati definitivi, e quelli distribuiti) è stato variabile. In 6 centri questo è stato inferiore o uguale al 50% per gli operatori (per un totale di 303 soggetti), mentre tra i pazienti la partecipazione è stata inferiore o uguale al 50% in 7 diversi centri (per un totale di 649 soggetti). Gli operatori ed i pazienti appartenenti ai centri con partecipazione inferiore al 50% non differivano per età, sesso e reparto di provenienza dal resto del campione. La distribuzione del fumo tra i reparti con bassa partecipazione era lievemente, ma significativamente, diversa: a causa della bassa numerosità di questo gruppo, tuttavia la prevalenza globale, calcolata escludendo tale gruppo di soggetti, non subiva variazioni ed è stato pertanto deciso di non escludere nessun centro dalle analisi.

Analisi statistica

Le presenti analisi sono state realizzate utilizzando il pacchetto statistico SPSS-H (versione SPSS-H Win 9.0). Sono state effettuate distribuzioni di frequenza, calcolo di prevalenze (ed intervalli di confidenza) ed analisi bivariate (chi-quadrato) (SPSS/PC + Update for v 3.0 and 3.1. Chicago: SPSS inc. 1989).

L'abitudine al fumo di sigaretta è stata analizzata considerando una variabile che identifica: fumatori (correnti ed occasionali), mai fumatori (coloro che non hanno mai fumato nel corso della vita) ed ex-fumatori (coloro che hanno dichiarato di non essere fumatori attuali, ma di avere fumato in passato).

La percentuale di risposte mancanti nei questionari analizzati è stata variabile: dallo 0,4% (domanda relativa alla qualifica professionale) al 13% (domanda

Tab. 1. Caratteristiche dei soggetti studiati. *Characteristics of the study subjects.*

		Operatori n = 9.843			
		n		%	
Maschi		3.905		39,7	
Femmine		5.938		60,3	
Medico		2.169		22,1	
Infermiere		5.033		51,3	
Ausiliario		1.081		11,0	
Tecnico/Amm.vo		1.523		15,5	
Età	media	mediana	DS	min	max
	40,2	40,0	9,3	18	71
		Pazienti n = 6.044			
		n		%	
Maschi		3.185		52,7	
Femmine		2.859		47,3	
Dirig./Ins./Comm.		1.176		19,6	
Operai/Agric./Art.		1.014		16,9	
Casalinghe		932		15,5	
Pensionati/Inv.		2.731		45,5	
Studenti		153		2,5	
Età	Media	mediana	DS	min	max
	59,0	63,0	17,9	12	99

relativa alla quantità di sigarette fumate dagli ex fumatori); solo per alcune variabili (che verranno segnalate anche nei risultati) esso è stato più elevato. I tassi di prevalenza riportati nel testo sono calcolati considerando al denominatore le sole risposte valide (escludendo quindi quelle mancanti).

Risultati

Descrizione del campione

La distribuzione del campione per area geografica risulta abbastanza omogenea rispetto al territorio nazionale: il Nord Est è rappresentato dal 18% del campione, il Nord Ovest dal 33 %, il Centro dal 22%, il Sud e le isole dal 27%.

Il campione degli operatori è costituito (Tab. 1) per il 60% da personale femminile e per la metà da infermieri; i medici ne rappresentano poco più del 20%, seguiti dal personale amministrativo e da quello ausiliario. L'età media e mediana degli operatori partecipanti è di 40 anni.

Il campione di pazienti (Tab. 1) è risultato più omogeneamente distribuito per sesso, costituito quasi per la metà da pensionati o invalidi, mentre le diverse categorie di lavoratori attivi sono abbastanza equamente presenti; l'età media è moderatamente elevata (59 anni), ma la distribuzione per età appare fortemente spostata verso le età più anziane (mediana 63 anni). La distribuzione del campione per reparto di appartenenza dimostra che il 36% degli operatori ed il 41% dei pazienti proviene da reparti di Medicina, la disciplina sempre presente anche negli ospedali di piccole dimensioni e spesso comprendente al suo interno alcune sezioni specialistiche (pneumologia). Nell'ordine seguono poi, sia tra gli operatori sia tra i pazienti, Chirurgie specialistiche e non, Pneumologie e Fisiopatologie Respiratorie, Cardiologie, Direzioni Sanitarie e Uffici Amministrativi (quest'ultimo solo per gli operatori) e, infine, Altri Reparti.

Abitudine di fumo di sigaretta

Nella Tabella 2 sono riportati i dati di prevalenza dell'abitudine al fumo di sigaretta ottenuti tra gli operatori: i dati sono mostrati per il totale del campione,

Tab. 2. Prevalenza % (intervalli di confidenza 95%) dell'abitudine al fumo tra gli operatori, per età e per sesso. % *Prevalence (confidence interval 95%) of smoking habit among personnel, by age and sex.*

	< 40 aa n = 5.124	> 40 aa n = 4.719	Totale n = 9.843
Fumatori			
Maschi	33,6 (31,1-36,1)	29,3 (27,4-31,1)	30,8 (29,4-32,2)
Femmine	36,7 (35,2-38,2)	32,0 (30,0-34,0)	34,9 (33,7-36,1)
Totale	35,8 (34,4-37,1)	30,6 (31,9-29,2)	33,3 (32,4-34,2)
Ex fumatori			
Maschi	25,1 (22,8-27,4)	41,5 (39,6-43,4)	35,7 (34,2-37,2)
Femmine	22,5 (21,2-23,8)	29,2 (27,3-31,1)	25,0 (23,9-26,1)
Totale	23,2 (22,0-24,3)	35,8 (34,2-36,9)	29,2 (28,3-30,1)
Non fumatori			
Maschi	41,3 (38,7-43,9)	29,2 (27,4-31,0)	33,4 (31,9-34,9)
Femmine	40,8 (39,2-42,4)	38,8 (36,8-40,8)	40,1 (38,9-41,3)
Totale	41,0 (39,6-42,3)	33,7 (32,3-35,0)	37,5 (36,5-38,5)

Le differenze tra i sessi sono statisticamente significative (chi-quadrato)

Tab. 3. Prevalenza % (intervalli di confidenza 95%) dell'abitudine al fumo tra gli operatori, per categorie professionali e per sesso. % *Prevalence (confidence interval 95%) of smoking habit among personnel, by professional category and sex.*

	Maschi n = 3.891	Femmine n = 5.915	Totale n = 9.806
Fumatori			
Medici	23,7 (21,6-25,8)	27,5 (23,7-31,3)	24,7 (22,9-26,5)
Infermieri	36,6 (34,0-39,2)	36,1 (34,6-37,6)	36,2 (34,9-37,5)
Ausiliari	42,8 (37,5-48,1)	36,4 (32,9-39,9)	38,4 (35,5-41,3)
Tecnici/Amm.vi	30,5 (26,8-34,2)	33,4 (30,4-36,4)	32,3 (30,0-34,6)
Ex fumatori			
Medici	38,6 (36,2-41,0)	29,2 (25,3-33,1)	36,2 (34,2-38,2)
Infermieri	33,9 (31,4-36,4)	24,7 (23,3-26,1)	27,1 (25,9-28,3)
Ausiliari	30,7 (25,8-35,6)	21,3 (18,4-24,2)	24,2 (21,6-26,8)
Tecnici/Amm.vi	34,9 (31,0-38,8)	26,9 (24,1-29,7)	30,0 (27,7-32,3)
Non fumatori			
Medici	37,7 (35,4-40,0)	43,4 (39,2-47,6)	39,1 (37,0-41,2)
Infermieri	29,5 (27,0-32,0)	39,2 (37,6-40,8)	36,6 (35,3-37,9)
Ausiliari	26,5 (21,8-31,2)	42,3 (38,7-45,9)	37,4 (34,5-40,3)
Tecnici/Amm.vi	34,6 (30,8-38,4)	39,6 (36,5-42,7)	37,7 (35,3-40,1)

Le differenze tra i sessi sono statisticamente significative (chi-quadrato)

per sesso e per età (maggiore o minore di 40 anni). Circa un terzo degli operatori risulta essere fumatore, per la restante parte i non fumatori appaiono essere lievemente prevalenti (38% del campione totale) rispetto agli ex fumatori (29%). Il fumo attivo è mag-

giore tra le donne rispetto agli uomini, dove invece è prevalente la quota di ex fumatori; le donne rimangono ancora maggiormente mai fumatrici rispetto agli uomini. Differenze nella distribuzione della prevalenza di fumo si osservano anche per età: global-

Tab. 4. Prevalenza % (intervalli di confidenza 95%) dell'abitudine al fumo tra i pazienti, per età e sesso. % Prevalence (confidence interval 95%) of smoking habit among patients, by age and sex.

	< 40 aa n = 1.076	40-65 aa n = 2.341	> 65 aa n = 2.627	Totale n = 6.044
Fumatori				
Maschi	42,1 (37,7-46,5)	33,0 (30,5-35,5)	14,1 (12,2-16,0)	26,3 (24,8-27,8)
Femmine	25,6 (22,1-29,1)	22,3 (19,7-24,9)	5,1 (4,0-6,2)	15,4 (14,1-16,7)
Totale	33,2 (30,3-36,0)	28,4 (26,5-30,2)	9,7 (8,6-10,8)	21,1 (20,1-22,1)
Ex fumatori				
Maschi	23,3 (19,6-27,0)	44,9 (42,2-47,6)	64,8 (62,3-67,3)	50,0 (48,3-51,7)
Femmine	23,4 (20,0-26,8)	20,5 (18,0-23,0)	16,1 (14,1-18,1)	19,1 (17,7-20,5)
Totale	23,3 (20,7-25,8)	34,4 (32,4-36,3)	41,2 (39,3-43,0)	35,4 (34,2-36,6)
Non fumatori				
Maschi	34,6 (30,4-38,8)	22,1 (21,0-23,2)	21,1 (18,9-23,3)	23,6 (22,1-25,1)
Femmine	51,0 (46,9-55,1)	57,2 (54,1-60,3)	78,8 (76,6-81,0)	65,5 (63,8-67,2)
Totale	43,5 (40,5-46,4)	37,2 (35,2-39,1)	49,0 (47,0-50,9)	43,5 (42,3-44,7)

Le differenze tra i sessi sono statisticamente significative (chi-quadrato)

mente, al di sotto dei 40 anni si osserva la maggior quota di mai fumatori (41% del globale rispetto al 34% che si osserva al di sopra dei 40 anni) ed una minor quota di ex fumatori (23% rispetto a 36%); i più giovani sono più fumatori correnti (36% verso 31%). Le differenze tra i sessi osservate nel campione totale assumono un diverso andamento se osservate all'interno delle due classi d'età: la maggiore quota di fumo attivo tra le femmine è più evidente nella classe più giovane, mentre nella stessa classe i non fumatori sono ugualmente distribuiti nei due sessi; è inoltre da segnalare l'elevata quota di ex fumatori (42%) nel soggetti maschi, maggiori di 40 anni.

Nella Tabella 3 la prevalenza di abitudine al fumo è riportata per categorie di operatori sanitari: la prevalenza di fumo corrente appare maggiore tra il personale ausiliario (38%), seguita da quello infermieristico (36%) e tecnico-amministrativo (32%), mentre tra i medici la prevalenza è più bassa (25%). Tra questi ultimi è, per converso, più elevata sia la quota di mai fumatori (39%) sia quella di ex fumatori (36%). Anche in questo caso sono evidenti diversi comportamenti tra maschi e femmine: tra i medici e gli amministrativi fumano di più le donne, mentre il contrario accade tra le altre categorie di operatori, gli ex fumatori sono invece sempre maggiormente rappresentati tra i maschi ed i mai fumatori tra le femmine.

Il numero medio di sigarette fumate è risultato globalmente di 13,9 (D.S. 8,9) al giorno. L'età di inizio è risultata essere di 18,1 anni (D.S. 4). Gli ex-fumatori avevano iniziato a fumare mediamente a 17,6 (D.S. 3,9) anni e smesso mediamente a 29,4 (D.S.

9,4) anni, fumavano mediamente 12,5 (D.S. 10,7) sigarette/die.

I fumatori fumano anche in ospedale nell'82% dei casi; il 57% vuole smettere e pensa di riuscirci il 60,1% dei soggetti; il 67% è riuscito a smettere di fumare, per almeno 15 giorni, una o più volte nel corso della loro vita.

Nella Tabella 4 si osserva la distribuzione del fumo tra i pazienti, globalmente e suddivisa per sesso ed età; in questo caso, sulla base della distribuzione e per ottenere dati confrontabili per età con gli operatori, sono state considerate tre categorie di età: < 40 anni, tra 40 e 65 anni, > di 65 anni. La quota maggiore (44%) è qui costituita da non fumatori, seguita da ex fumatori (35%) e fumatori (21%). Le differenze tra i sessi sono molto evidenti e, in parte almeno, diverse rispetto a quanto osservato tra gli operatori. I maschi sono infatti per la metà ex fumatori, mentre il 66% delle femmine non ha mai fumato. Tra i maschi, la quota di fumatori è molto elevata (42%) sotto i 40 anni e bassa nei più anziani (14%); la prevalenza di ex fumatori, pari al 45% tra i pazienti di età compresa tra i 40 ed i 65 anni è elevatissima nel più anziani (65%). Tra le femmine, la quota di mai fumatrici è sempre superiore al 50% e raggiunge il 79% tra le pazienti più anziane dove è bassissima (5%) la prevalenza di fumatrici correnti; le ex fumatrici sono rappresentate, per una quota è intorno al 20% nelle pazienti fino a 65 anni d'età.

Il numero medio di sigarette fumate è risultato di 16,7 (D.S. 10,9) mentre l'età di inizio risulta essere di 18,2 (D.S. 5,9) anni.

Tab. 5. Prevalenza % di fumo dichiarato all'interno dell'ambiente ospedaliero. % *Prevalence of smoking inside the hospital.*

	In ospedale:	
	Secondo operatori	Secondo i pazienti
Chi fuma**		
Medici	91,7	20,6
Infermieri	94,4	27,1
Visitatori	83,8	38,5
Pazienti	89,0	38,9
Dove si fuma**		
Cucine	84,6	-°
Bagni	83,3	45,8
Infermerie	55,7	17,3
Sale d'attesa	70,9	50,5
Corridoi	51,8	36,1

*Il numero di risposte mancanti per queste variabili è stato elevato (per gli operatori: min 4,3% max 38,1; per i pazienti: min. 23,5, max. 57,9); °I dati sono relativi alle risposte: "qualche volta" o "spesso"; °La domanda non era prevista per i pazienti

Gli ex-fumatori avevano iniziato a fumare mediamente a 18,5 (D.S. 5,7) anni e smesso a 47,9 (D.S. 16,5) anni fumando in media 19,5 (D. S. 14,3) sigarette/die.

Atteggiamento verso il fumo

Nella Figura 1 sono riportate le prevalenze alle risposte relative alle più significative domande del questionario che indagavano sulla conoscenza del problema fumo da parte degli operatori. Più del 30% (A) degli operatori ritiene che il fumo non sia la principale causa prevenibile di morte nei Paesi industrializzati; il 51% (B) degli operatori ritiene il fumo meno dannoso dell'inquinamento atmosferico e quasi la metà del campione di operatori (C) ritiene che lo stile di vita del personale sanitario non sia modello di comportamento per i pazienti. Per contro (dati non mostrati in Figura), quasi la totalità (92%) dichiara l'esposizione al fumo passivo dannosa per la salute ed è favorevole al divieto di fumo in ospedale (83%). È da rilevare che una quota variabile, ma non trascurabile (dal 3 all'11%) ritiene di non essere in grado di esprimere un parere positivo o negativo sulle questioni poste. Nella Figura 1 i dati sono analizzati anche per categorie di fumo: in generale, si osserva una associazione tra la distribuzione delle risposte e l'abitudine al fumo. I fumatori sottostimano i danni del fumo, rispetto, nell'ordine agli ex fumatori ed ai mai fumatori: meno del 50% dei fumatori fornisce risposte positive alle domande sopraelencate, solo il 23%

di essi ritiene il fumo più dannoso dell'inquinamento atmosferico. Anche tra i fumatori è più consistente la quota di soggetti che ritengono dannosa l'esposizione al fumo passivo (84%) e sono favorevoli al divieto di fumo in ospedale (61%).

L'andamento delle risposte per categorie lavorative dimostra che una maggiore quota di medici, rispetto alle altre tre categorie considerate, attribuisce al fumo di sigaretta il ruolo di causa prevenibile di morte (71% medici, 59% infermieri, 56% ausiliari, 54% tecnici ed amministrativi); una differenza si osserva anche per la domanda relativa agli effetti del fumo rispetto a quelli dell'inquinamento atmosferico (medici 53%, infermieri 35%, ausiliari 34%, tecnici ed amministrativi 33%) o per l'importanza dello stile di vita come esempio per i pazienti (medici 58%, infermieri 46%, ausiliari 50%, altri 47%). Anche all'interno delle diverse posizioni professionali si dimostra un'associazione significativa tra abitudine al fumo e tipo di risposta ed anche in questo caso gli effetti del fumo da parte dei fumatori sono sottostimati rispetto agli ex fumatori ed ai mai-fumatori.

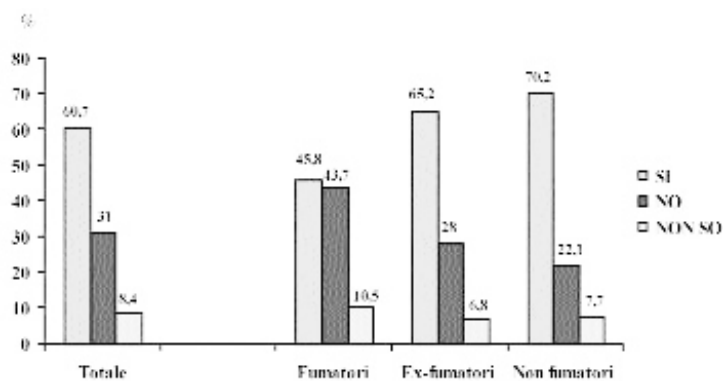
Nella Figura 2 si osserva l'andamento della prevalenza di queste risposte tra i pazienti. Le quote percentuali di risposta non si discostano molto da quelle degli operatori, in genere è addirittura maggiore, rispetto agli operatori, la quota di pazienti che attribuiscono effetti destruenti al fumo: ad esempio, nel caso della domanda relativa al confronto degli effetti tra fumo di sigaretta ed inquinamento atmosferico il 45% dei pazienti (rispetto al 39% degli operatori), risponde positivamente. Le quote percentuali di risposte che sono sempre superiori tra i pazienti sono quelle di incertezza ("non so"), che variano dal 15 al 22%. È inoltre ben evidente anche tra i pazienti un'associazione (quasi di tipo lineare) tra il tipo di risposta e l'abitudine al fumo, anche in questo caso, la percentuale di risposte positive è maggiore tra i pazienti che tra gli operatori fumatori.

Fumo in ospedale

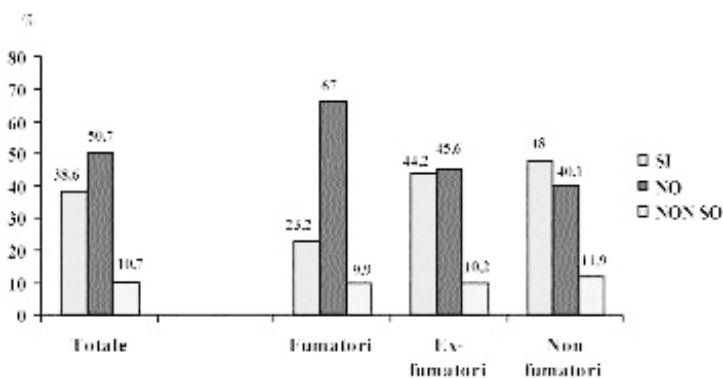
Nella Tabella 5 sono riportati i dati di prevalenza relativi alle risposte fornite, sia dagli operatori sia dai pazienti, alle domande che indagavano sulle persone viste fumare all'interno della struttura ospedaliera e sui luoghi dell'ospedale in cui tale abitudine era praticata. Le risposte mancanti a queste domande sono state particolarmente elevate, soprattutto per i pazienti; i dati, in particolare quelli relativi ai pazienti, vanno quindi interpretati con una certa cautela. Più del 90% degli operatori che hanno risposto ritiene che medici ed infermieri fumino in ospedale e la percentuale riferita ai visitatori ed ai pazienti è di poco inferiore. I pazienti percepiscono quantitativamente molto meno questa realtà, anche se il dato, considerando che potrebbe essere sottostimato per l'alta quota di dati mancanti, non è trascurabile (21 e 27% per

Fig. 1. Atteggiamento nei confronti del fumo. Operatori. *Attitude towards smoking. Hospital staff.*

A) *Ritiene che il fumo sia la principale causa di morte prevenibile?. Do you think cigarette smoking is the main preventable cause of death?*



B) *Ritiene che il fumo di sigaretta sia più dannoso dell'inquinamento industriale ed automobilistico?. Do you think cigarette smoking is more dangerous than air pollution?*



C) *Ritiene che lo stile di vita del personale sanitario sia modello di comportamento per i cittadini?. Do you think health staff life-style is a behaviour model for general population?*

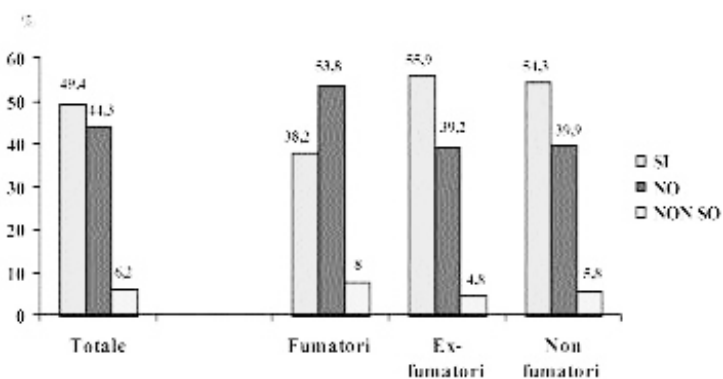
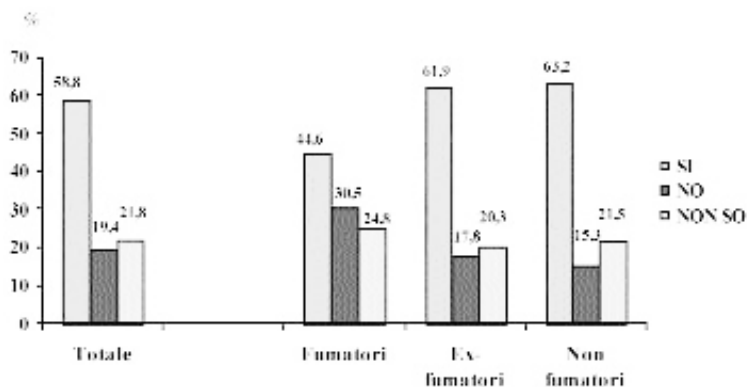
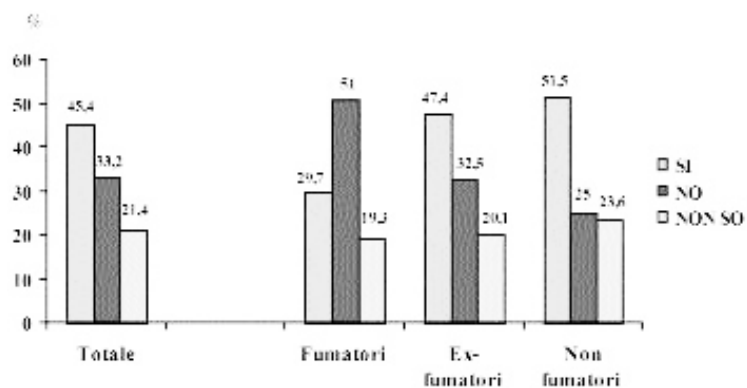


Fig. 2. Atteggiamento nei confronti del fumo. *Pazienti. Attitude towards smoking. Patients.*

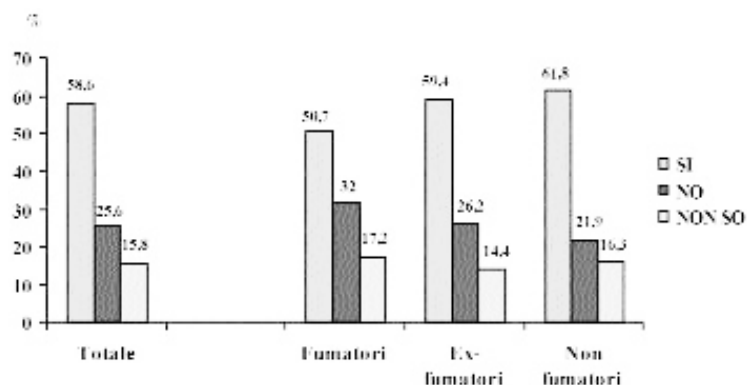
A) *Ritiene che il fumo sia la principale causa di morte prevenibile?. Do you think cigarette smoking is the main preventable cause of death?*



B) *Ritiene che il fumo di sigaretta sia più dannoso dell'inquinamento industriale ed automobilistico?. Do you think cigarette smoking is more dangerous than air pollution?*



C) *Ritiene che lo stile di vita del personale sanitario sia modello di comportamento per i cittadini?. Do you think health staff life-style is a behaviour model for general population?*



il personale medico ed infermieristico, circa 40% per visitatori e pazienti stessi). Si fuma praticamente ovunque in ospedale: secondo gli operatori più nei bagni e nelle cucine (83 e 85%), ma anche, ed in quota considerevole, nelle infermerie (56%); secondo quanto riferiscono e vedono i pazienti più nei corridoi e nei bagni (36 e 46% delle risposte valide). È da rilevare che anche la distribuzione di tali risposte è associata all'abitudine al fumo: i fumatori, sia operatori sia pazienti, riferiscono di vedere una maggior quota di fumatori e di luoghi in cui si fuma all'interno dell'ospedale.

Discussione

Il campione osservato è un campione significativo sia per il numero assoluto di soggetti esaminati, sia per la distribuzione discretamente omogenea sul territorio nazionale degli ospedali oggetto di studio. Consente di trarre deduzioni attendibili sulle variabili esaminate. Vi sono due motivi per supporre che i dati ottenuti sottostimino leggermente la reale prevalenza: il primo è che a tali indagini partecipano prevalentemente non fumatori e il secondo è che i fumatori tendono in generale a riportare una situazione meno problematica della realtà (reticenza, sottostima: v. oltre)⁵.

D'altra parte, la consistenza del numero di questionari analizzabili ottenuti, la presenza di reticenza nel descriversi fumatori già evidenziata nella popolazione generale, il fatto che essendo questionari auto-somministrati la percentuale di false o reticenti risposte è verosimilmente più contenuta, e, infine, gli stessi risultati ottenuti che segnalano una prevalenza di fumo più elevata negli operatori sanitari rispetto alla totalità della popolazione generale, ci sembrano considerazioni che sottolineano la attendibilità del nostro studio.

In altre parole, se esiste un margine di errore nella valutazione quantitativa derivata dal nostro studio questo può essere di sottostima non di sovrastima.

La prevalenza di fumatori osservata nel campione (33,3%) è notevolmente superiore alla media della popolazione generale che infatti si attesta sul 24,2%⁵. Tuttavia se si confrontano le prevalenze tra gruppi di età omogenei, si nota che mentre per il sesso maschile la prevalenza è uguale o lievemente inferiore tra gli operatori, nel sesso femminile invece vi è una maggior prevalenza sia in assoluto (in ospedale fumano mediamente più le donne che gli uomini) sia rispetto alla popolazione generale. Nel nostro paese vi è una correlazione inversa per grado di istruzione e prevalenza di fumatori nel sesso maschile. Questa tendenza emerge confermata nel nostro campione, ove la prevalenza diminuisce all'aumentare della qualifica. Ciò si verifica anche nel sesso femminile, a

differenza di quanto osservato nella popolazione generale: infatti la prevalenza tra i medici di sesso femminile è notevolmente più bassa che tra le infermiere. La quantità media di sigarette fumate (16,7 al giorno) è risultata sostanzialmente sovrapponibile alla media della popolazione generale che è di 16,9 al dì⁵.

Nella generalità delle donne italiane si osserva una tendenza all'aumento della prevalenza di fumo in diretta proporzione con il grado di istruzione, al crescere di quest'ultimo cresce anche quella. Tuttavia, se si confrontano i dati del nostro campione di operatrici sanitarie ospedaliere con i dati provenienti dalla popolazione generale femminile di pari grado di istruzione e dello stesso gruppo di età si nota come il dato della maggiore prevalenza tra le operatrici sanitarie venga confermato.

In Italia, dunque, la professione di medico non protegge dal rischio fumo di tabacco e quella di infermiera ne rappresenta addirittura un fattore di rischio. Questo risultato è apparentemente paradossale e in passato ha portato alcuni ad affermare che il corso di studi di materie mediche (e quindi in generale l'informazione sanitaria sui danni da fumo) non sono in grado di modificare l'atteggiamento individuale sul fumo. Tale conclusione non è accettabile perché, data l'età adolescenziale in cui si verifica l'iniziazione al fumo, le materie sanitarie vengono studiate quando la maggioranza dei fumatori ha già acquisito l'abitudine al fumo.

Tuttavia i nostri dati dimostrano, almeno per quanto riguarda due acquisizioni ampiamente provati dalla letteratura scientifica sugli effetti della abitudine al fumo sulla salute (il suo ruolo rispetto ad altri fattori di rischio e la sua importanza quantitativa nella vita della nostra comunità) che le conoscenze del personale sanitario in generale non differiscono (quando non sono addirittura meno precise) da quelle espresse dai pazienti.

In Italia, gli studi condotti da alcuni di noi e da altri gruppi di ricerca su campioni più ridotti di personale sanitario hanno evidenziato che l'abitudine al fumo appare svincolata da apprendimento e esercizio della pratica sanitaria^{6,7}. Infermieri professionali mostrano che la prevalenza di fumo aumenta durante il corso di studi⁸. Tra i medici, la prevalenza di fumatori non è sostanzialmente diversa da quella nella popolazione generale, quando addirittura non superiore¹⁰. La prevalenza tra questi professionisti dipende più da un effetto coorte, cioè dalla classe di età di appartenenza, piuttosto che non dal corso di studi seguito e dalla pratica medica esercitata¹⁰.

Il presente studio conferma che l'atteggiamento nei confronti del fumo da parte del personale sanitario, espresso dalla prevalenza di fumatori nel campione esaminato rispecchia sostanzialmente l'atteggiamento della popolazione generale, senza alcuna specificità. Gli operatori sanitari cioè si comportano nei

confronti del fumo non da operatori sanitari ma da comuni cittadini.

Questa carenza di preparazione specifica e di coscienza delle problematiche sanitarie e educazionali connesse all'abitudine personale al fumo è probabilmente la motivazione alla base del fenomeno osservato di fumo all'interno dell'ospedale (ben l'82% dei fumatori fuma all'interno dell'ospedale). Non siamo in grado di trarre conclusioni sull'effetto che il fumo esibito dagli operatori nell'ambiente ospedaliero può avere sul trattamento del fumo dei pazienti, ma intuitivamente si tratta di un effetto devastante, anche considerando che la prevalenza di fumatori è più bassa fra i pazienti che fra gli operatori. Pertanto, nell'affrontare il problema del fumo in ospedale, dovranno essere messi insieme sia interventi mutuati da quanto è stato fatto in altri ambienti di lavoro (offerta di trattamento gratuito per smettere di fumare) sia interventi di tipo informativo-formativo, sia infine interventi di controllo basati sul rispetto delle regole e delle leggi vigenti. Questi interventi sembrerebbero essere comunque più facili dato che la nostra indagine ha messo in evidenza non soltanto una sensibilità elevata al problema del fumo passivo ma anche una quantità di fumatori che desidererebbero provare a smettere che è superiore a quella rilevata in campioni significativi della popolazione generale ¹¹.

Le domande che ci siamo posti all'inizio erano: i servizi sanitari italiani sono in grado di diffondere il messaggio di salute associato alla raccomandazione di non fumare? Gli Ospedali italiani possono effettivamente porsi come luoghi e istituzioni per la promozione della salute? Il personale sanitario è in grado di rispondere alle richieste del Piano Sanitario Nazionale?

I nostri risultati mostrano uno scostamento significativo dagli standard stabiliti dall'OMS. Partendo dal fatto che l'abitudine al fumo di sigaretta è una malattia e un fattore di rischio ^{12 13}, l'indicazione è che il fumo di sigaretta va trattato dal medico con metodiche diagnostiche e terapeutiche convalidate, in tutti i casi nei quali una persona fuma.

Gli ospedali occuperebbero ovviamente un posto di rilievo in questo tipo di attività sanitaria: il paziente ricoverato, infatti, si trova nella situazione ideale per ricevere messaggi educazionali sulla salute; l'OMS ha definito gli ospedali luoghi "per la promozione della salute". Per quanto riguarda il fumo, il personale sanitario ha diverse motivazioni nel cercare di controllarlo e autocontrollarlo: per proteggere colleghi e pazienti dal fumo passivo, i cui danni dovrebbero essere più noti a questa che ad altre categorie di lavoratori, per diffondere il messaggio proprio degli ospedali per la promozione della salute, per miglio-

rare il trattamento medico di molti pazienti, ammalati perché fumatori.

Queste considerazioni non sono solo deontologiche: un ambiente ospedaliero "libero dal fumo" in Italia è disposto anche dalla legge 1975, dalla legge 626/94 e dal DM del 1995 ¹⁴.

Lo standard sarebbe dunque la completa scomparsa del fumo dagli ambienti ospedalieri: la nostra conclusione è che la realtà italiana non è adeguata a questo standard. Se l'osservazione e l'aneddotica quotidiana mostrano un quadro distante dagli standard richiesti, il nostro studio ha dimostrato che negli ospedali fumano non solo visitatori e pazienti, ma anche operatori sanitari, anzi, questi ultimi più degli altri. Infine, l'attuale situazione di ospedali italiani riguardo il controllo del fumo sicuramente non permette di raggiungere gli obiettivi delineati dal piano sanitario nazionale in materia di disassuefazione dal fumo ¹⁵.

Come si può rimediare a questa situazione? L'associazione italiana degli Pneumologi ospedalieri ha dato vita al progetto nazionale per gli ospedali senza fumo. I risultati qui presentati, ottenuti dalla prima fase di questo studio, confermano la validità delle ipotesi di partenza dello studio e del progetto di ricerca nel suo insieme. Attualmente è in corso la seconda fase che consiste nella offerta generale di strumenti informativi ed educazionali sul fumo e, in alcuni centri, di un trattamento di disassuefazione per il personale che lo volesse richiedere. A nostro avviso, tutto questo, associato alla offerta di trattamento sostitutivo con nicotina a coloro che non volessero smettere ¹⁶, purché unito a una azione di controllo esercitata dalle direzioni mediche nell'ambito delle legislazioni esistenti dovrebbe permettere di raggiungere l'obiettivo delineato degli ospedali senza fumo nel medio periodo.

Peraltro i nostri dati confermano, come già emerso in campioni più ridotti, che le cognizioni sul fumo di tabacco non sembrano differire sostanzialmente tra operatori e pazienti e questo è verosimilmente il risultato di corsi di studio, medici e infermieristici, che non affrontano il problema fumo dal punto di vista sanitario ^{17 18}. Anche se il progetto-obiettivo AIPO-Ospedali senza fumo potrà contribuire almeno in parte a risolvere il "buco" nella preparazione specifica sull'argomento, non vi è dubbio che altre istituzioni (Università e Ministero della Sanità, in primo luogo) dovranno farsi carico della messa a punto di programmi di preparazione durante i corsi di studi e di aggiornamento post-laurea ¹⁹ che consentano di adeguare la realtà italiana agli standard stabiliti dalle organizzazioni internazionali e dalle società scientifiche nazionali e internazionali.

Bibliografia

- ¹ Nardini S, Bertoletti R, Carrozzi L, Sabato E.
Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico.
Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2000;15:201-231.
- ² World Health Organization.
No tobacco day, 1993.
Tobacco Alert, May, 1993 Organization, 2000.
- ³ WHO. Carta di Ottawa per la promozione della salute.
Salute e territorio 1989 (64/65):14-17.
- ⁴ Nardini S, Carrozzi L, Bertoletti R, Donner CF.
Il progetto obiettivo AIPO 1997. Ospedali senza fumo.
Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1998;13:201-205.
- ⁵ Pagano R, La Vecchia C, Decarli A.
Smoking in Italy, 1995.
Tumori 1998;84:456-459.
- ⁶ Nardini S, Guetta B, Nastari V, Donner CF.
People and physicians in Italy do not consider tobacco smoking a medical problem.
Nicotine Tob Res 1999;1:200.
- ⁷ Arciti C, Persici P, Pistone M, Barbieri A, Robbiati S, Salvadori P, et al.
A report on the status of tobacco smoking among the health professionals in Italy.
IX Conference Mondiale sur le tabac et la santé. Paris, October 10-14, 1994.
- ⁸ Melani AS, Boccoli E, Federici A.
Consuetudini tabagiche e livelli di informazione circa gli effetti del fumo di tabacco sulla salute fra gli studenti della Scuola per Infermieri Professionali "Beatrice Portinari" di Firenze: uno studio prospettico longitudinale.
Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1997;12(5):613-617.
- ⁹ Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Ravelli L, Donner CF.
Personal smoking habit and attitude toward smoking among the health staff of a general hospital.
Monaldi Arch Chest Dis 1998;53(1):74-78.
- ¹⁰ Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Donner CF.
The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians.
Eur J respir Dis 1998;12:1450-1453.
- ¹¹ Boyle P, Fagerstoem, KO.
Epidemiologia del fumo in Europa.
Milanoncologia 2000: Milano, 25 febbraio 2000.
- ¹² World Health Organization.
International Classification of Disease.
Tenth Revision, Geneva, 1996.
- ¹³ American Psychiatric Association.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
DSM IV, Fourth Edition, 1994.
- ¹⁴ Sabato E.
La legislazione nazionale e regionale per il controllo del fumo in Italia.
Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1999;14(6):564-572.
- ¹⁵ Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.
- ¹⁶ Kunze M, Groman E.
La riduzione del fumo come riduzione del rischio.
In: Nardini S, Donner CF, eds. *L'epidemia di fumo in Italia.*
Pisa: EdiAipo Scientifica 2000, pp. 279-285.
- ¹⁷ Nardini S, Bertoletti R, Casali R, Quaranta A, Richmond R.
A survey on teaching tobacco issues (TI) in Italian medical schools.
Eur Respir J 1997;10(S25):465s.
- ¹⁸ Nardini S, Bertoletti R, Sanguinetti CM, Donner CF.
Smoking cessation skills among Italian chest physicians.
Eur Respir J 1997;10(S25):397s.
- ¹⁹ Nardini S, Casali L, Marino L, Donner CF, Richmond R.
Il programma AIPO per l'aggiornamento sui problemi medici legati al fumo.
Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1998;13:408-427.

Pervenuto il 11/04/2001

Accettato il 20/04/2001

Richiesta estratti: S. Nardini, Divisione di Pneumologia, Ospedale Civile, USL, Via Forlanini 71, 31029 Vittorio Veneto (TV).