

Strategie volte a ridurre l'esposizione al fumo di tabacco, incoraggiare i fumatori a smettere di fumare e ridurre il numero di persone che iniziano a fumare, da attuare in contesti comunitari e presso strutture del sistema sanitario

Sommario

Ridurre la morbilità e la mortalità dovute al fumo rappresenta una delle sfide attuali per gli operatori sanitari, per il sistema sanitario e i programmi di sanità pubblica. Sono attuabili provvedimenti volti a: a) ridurre l'esposizione al fumo di tabacco, b) ridurre il numero di persone che inizia a consumare tabacco*, c) aumentare il numero di persone che cessa di consumare tabacco^f. La *Task Force on Community Preventive Services* ha condotto revisioni sistematiche su 14 interventi selezionati, idonei ad essere attuati a livello di comunità e delle strutture del sistema sanitario e ha formulato una serie di raccomandazioni sul loro utilizzo. La presente relazione espone in sintesi le raccomandazioni, cita le fonti presso le quali sono consultabili le revisioni complete degli interventi esaminati, fornisce ulteriori informazioni per l'applicazione degli interventi a livello locale e aggiornamenti sul lavoro svolto dalla *Task Force*.

Premessa

Negli Stati Uniti, il consumo di tabacco è la principale causa di morte¹⁻³ che può essere prevenuta e l'esposizione al fumo passivo è una causa, anch'essa prevenibile, di morbilità e mortalità elevate tra i non fumatori.⁴⁻⁶ La riduzione del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo passivo rappresentano obiettivi di cruciale importanza per la sanità pubblica.⁷ Nell'ambito dell'iniziativa *Healthy People 2010*,⁷ sono stati stabiliti alcuni obiettivi al fine di ridurre la morbilità e la mortalità associate al consumo di tabacco limitando l'esposizione al fumo passivo, riducendo il numero di persone che iniziano a fumare e aumentando il numero di fumatori che smettono di fumare (Tabella 1).

Attuando gli interventi di provata efficacia, i responsabili decisionali e gli operatori sanitari pubblici possono aiutare i propri servizi sul territorio a raggiungere gli obiettivi sanitari prefissati assicurando un impiego efficiente delle risorse della collettività. La presente pubblicazione, insieme ad altre ad essa collegate, espone gli orientamenti formulati dalla *Task Force on Community Preventive Services (Task Force)* rivolti al personale che opera presso i dipartimenti sanitari statali e locali, alle organizzazioni di *managed care*, agli utenti del servizio sanitario, ai responsabili del finanziamento dei programmi di sanità pubblica e a tutti coloro che sono interessati o responsabili della diminuzione dell'uso del tabacco e dell'esposizione al fumo passivo in tutte le fasce della popolazione.

Introduzione

La presente relazione è la seconda prevista per la *Guide to Community Preventive Services* e offre una visione d'insieme del procedimento adottato dalla *Task Force* per selezionare e recensire i dati sperimentali e riassume le raccomandazioni formulate dalla *Task Force* sugli interventi attuabili in contesti comunitari per ridurre l'esposizione al fumo passivo e il consumo di tabacco. L'esposizione completa delle raccomanda-

zioni, dei dati di supporto e dei quesiti ancora aperti nell'ambito della ricerca è stata pubblicata sul numero di febbraio 2001 dell'*American Journal of Preventive Medicine*.

Per ulteriori informazioni su questa relazione, si prega di telefonare all'*Office on Smoking and Health (OSH)* (770-488-5493). Si possono ricevere copie della relazione consultando il sito dell'OSH <<http://www.cdc.gov/tobacco>> o telefonando al numero 770-488-5705 (premere 3 per parlare con un operatore del servizio informazioni).

Metodi

I metodi adottati nella *Community Guide* per effettuare le revisioni sistematiche della letteratura e per collegare le evidenze sperimentali alle raccomandazioni verranno descritti in altra sede¹². In sintesi, per ciascun capitolo della Guida, un gruppo di lavoro multidisciplinare effettua le revisioni utilizzando il seguente approccio:

- sviluppo di un protocollo per organizzare, classificare e selezionare gli interventi oggetto di revisione;
- ricerca sistematica e catalogazione delle prove sperimentali;
- valutazione della qualità delle prove di efficacia relative agli interventi e classificazione della forza del corpus di prove;
- sintesi di informazioni relative ad altri dati (quali ad esempio: applicabilità di un determinato intervento a contesti e popolazioni diversi, ulteriori vantaggi, rischi potenziali, ostacoli all'attuazione e considerazioni di ordine economico);
- identificazione e segnalazione in breve di eventuali punti deboli nei protocolli di ricerca.

Per il capitolo dedicato al consumo di tabacco, il gruppo di lavoro si è concentrato su interventi tesi a diminuire l'esposizione al fumo passivo, a limitare il numero di persone che inizia a fumare e a incrementare il numero di fumatori che smette di fumare. Il gruppo di lavoro ha indicato una serie completa di strategie e stilato un elenco degli interventi oggetto

TABELLA 1. Obiettivi selezionati per ridurre l'uso del tabacco e l'esposizione al fumo passivo — Healthy People 2010

Condizione considerata	Popolazione	Percentuale della popolazione	
		Dato di partenza*	Obiettivo 2010
Fumo di sigaretta	Adulti	24% (1997)	Riduzione al 12%
Consumo di tabacco (nel mese precedente)	Adolescenti (9-12)	43% (1997)	Riduzione al 21%
Astensione dal fumo	Donne in gravidanza	12% (1997)	Aumento fino al 30%
Tentativi di smettere di fumare	Fumatori adulti	73% (1997)	Aumento fino al 75%
Tentativi di smettere di fumare	Fumatori adolescenti	43% (1997)	Aumento fino all'84%
Esposizione al fumo passivo	Non fumatori	65% (1994)	Riduzione al 45%
Esposizione al fumo passivo nell'ambiente domestico	Bambini	27%	Riduzione al 10%

*Gli anni indicano il periodo in cui sono stati analizzati i dati per stabilire le stime di partenza, alcune delle quali sono state aggiustate per età alla popolazione standard del 2000.

Fonte: US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 (conference ed, in 2 vols). Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2000.

di revisione in ordine di priorità in base alla propria valutazione dell'importanza e della misura in cui detti interventi erano stati attuati negli Stati Uniti. Il poco tempo a disposizione e le risorse limitate non hanno consentito di prendere in esame alcuni interventi (per esempio lo screening e il counseling di fattori di rischio a livello di comunità).

Gli interventi analizzati erano a componente singolo (ossia prevedevano solo un tipo di azione per raggiungere gli obiettivi auspicati) oppure a componenti multiple (ossia prevedevano più azioni correlate). Gli interventi sono stati suddivisi in base al loro grado di similarità. Alcuni studi hanno fornito dati sperimentali relativi a più interventi. In questi casi, gli studi sono stati valutati in base ad ogni singola azione attuabile. Le classificazioni e la nomenclatura adottate nella presente relazione sono finalizzate ad assicurare la confrontabilità nel processo di revisione e pertanto si discostano talvolta da quelle usate negli studi originali.

Per poter essere inclusi nelle revisioni relative all'efficacia, gli studi dovevano rispondere ai seguenti requisiti: a) essere lavori originali di ricerca sugli interventi selezionati in vista della valutazione; b) essere stati pubblicati in lingua inglese tra gennaio 1980 e maggio 2000; c) essere stati condotti in paesi industrializzati; d) porre a confronto i risultati ottenuti in gruppi di persone sottoposti all'intervento considerato con i risultati raccolti in gruppi non sottoposti, oppure sottoposti in misura minore, allo stesso intervento (sia che il confronto riguardasse gruppi distinti o lo stesso gruppo prima e dopo l'intervento).

Per ciascuno degli interventi valutati, il gruppo di lavoro ha elaborato uno schema analitico in grado di evidenziare le possibili relazioni causali tra l'intervento preso in esame e i risultati auspicati, definiti in precedenza. La *Task Force* è giunta, per esempio, alle seguenti conclusioni:

- il consumo di tabacco è causa di morbilità (malattia e disabilità) e di morte;^{2, 3, 13}
- la cessazione del consumo di tabacco riduce la morbilità e mortalità ad esso correlate;^{2, 14}

■ il consiglio da parte di un operatore sanitario di smettere di fumare ha un effetto piccolo ma significativo nell'indurre i pazienti a smettere di fumare;^{15, 16}

■ tanto più bassa è l'età in cui il soggetto inizia a fumare tanto maggiore è la probabilità di diventare un assiduo fumatore da adulto, a conferma del fatto che si può ridurre il numero di fumatori adulti con interventi tesi a ritardare o prevenire il fumo tra i bambini e gli adolescenti;¹⁷

■ poiché l'esposizione al fumo passivo è causa di morbilità e mortalità⁴⁻⁶ si può presumere che riducendo i livelli di esposizione al fumo passivo possono essere ridotte la morbilità e la mortalità ad esso associate.

Le valutazioni degli interventi contenute nella presente relazione, pertanto, si basano sulle prove di efficacia nella riduzione dell'esposizione al fumo passivo, diminuzione del numero di persone che iniziano a fumare e aumento del numero di fumatori che smettono di fumare (ivi compreso l'aumento del numero di pazienti ai quali viene consigliato di smettere di fumare da parte di operatori sanitari).

Tutti gli studi conformi ai criteri di inclusione sono stati esaminati utilizzando un modulo standardizzato di valutazione e giudicati in base alla validità del disegno sperimentale ed alla presenza di incongruenze interne. A seconda del numero di incongruenze, la qualità di esecuzione degli studi è stata classificata come buona, discreta o scarsa.¹² Le prove di efficacia degli interventi sono state classificate come forti, sufficienti od insufficienti sulla base del numero di studi disponibili, della validità del disegno sperimentale utilizzato per la valutazione dell'efficacia, della qualità di esecuzione degli studi, della coerenza dei risultati e dell'entità dell'effetto ottenuto.¹²

Nella *Community Guide* i dati sperimentali sono collegati sistematicamente alle raccomandazioni.¹² La forza delle prove di efficacia corrisponde in modo diretto all'intensità delle raccomandazioni (ossia un intervento viene qualificato come «fortemente raccomandato» se si hanno prove considerevoli della sua efficacia oppure viene qualificato come «raccomandato» quando le evidenze sperimentali sono sufficienti). Il tenore delle raccomandazioni può essere influenzato anche da altri tipi di risultati sperimentali. Per esempio, in presenza di dati che attestano danni derivanti da un determinato intervento si può raccomandare di astenersi dall'intervento, nonostante esso possa risultare efficace nel migliorare alcuni esiti. In generale, la *Task Force* non utilizza informazioni economiche per modificare le raccomandazioni.

TABELLA 2 – Raccomandazioni relative a interventi selezionati per ridurre l'esposizione al fumo passivo e il consumo di tabacco. Task Force on Community Preventive Services 2000

Intervento (n. di studi qualificanti)	Raccomandazione della Task Force	Descrizione dell'intervento	Risultati principali
Strategie per ridurre l'esposizione al fumo passivo			
Divieti e restrizioni di fumare (n = 10)	Fortemente raccomandati	<ul style="list-style-type: none"> Imposizione di divieti o limitazioni nei luoghi di lavoro e in luoghi pubblici (politiche, regolamenti e leggi) 	<ul style="list-style-type: none"> Efficaci nel ridurre l'esposizione al fumo passivo sul luogo di lavoro in numerosi contesti e settori della popolazione. Otto studi hanno documentato riduzioni nel consumo quotidiano di tabacco fra i fumatori abituali. Tre studi hanno registrato un aumento del numero di persone che smettono di fumare a seguito dell'applicazione del divieto di fumare.
Interventi di tipo educativo in contesti comunitari per ridurre l'esposizione al fumo nell'ambiente domestico (n=1)	Prove insufficienti*	<ul style="list-style-type: none"> Vengono fornite informazioni su come ridurre l'esposizione al fumo passivo nelle abitazioni. 	<ul style="list-style-type: none"> Il numero di studi che hanno valutato l'impatto degli interventi di tipo educativo nel ridurre l'esposizione al fumo passivo nell'ambiente domestico è insufficiente.
Strategie per scoraggiare le persone che iniziano a fumare			
Aumento del prezzo unitario dei prodotti del tabacco (n=8)	Fortemente raccomandato	<ul style="list-style-type: none"> Aumento delle accise sulle sigarette (legislazione statale) 	<ul style="list-style-type: none"> Efficace nel limitare il numero di adolescenti che inizia a fumare e il consumo di tabacco in tale fascia d'età. Tre studi hanno documentato un effetto sul consumo e l'uso fra i giovani adulti (18-25 anni).
Campagne di educazione effettuate attraverso i mass media per scoraggiare le persone a iniziare a fumare e per ridurre il consumo di tabacco (n=12)	Fortemente raccomandato	<ul style="list-style-type: none"> Campagne intensive e a lungo termine di controinformazione rivolte agli utenti dei mezzi di comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> Efficaci nel ridurre il consumo di tabacco fra gli adolescenti se associati ad altri interventi quali l'aumento del prezzo dei prodotti del tabacco, attività educative svolte in ambito scolastico o in contesti comunitari. La maggior parte degli studi qualificanti ha valutato i risultati presso le popolazioni studentesche.
Strategie per incoraggiare i fumatori a smettere di fumare idonee ad essere attuate in contesti comunitari			
Aumento del prezzo unitario dei prodotti del tabacco (n=17)	Fortemente raccomandato	<ul style="list-style-type: none"> Aumento delle accise sulle sigarette (legislazione statale) 	<ul style="list-style-type: none"> Efficace con o senza altri provvedimenti quali campagne d'informazione sui mass media. Efficace nel ridurre il consumo di tabacco a livello di popolazione. Efficace nell'aumentare il numero di persone che smette di fumare in numerosi settori della popolazione.
Campagne di educazione condotte attraverso i mass media per incoraggiare i fumatori a smettere di fumare (n=15)	Fortemente raccomandate	<ul style="list-style-type: none"> Campagne intensive e a lungo termine di controinformazione rivolte agli utenti dei mezzi di comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> Efficace nel ridurre il consumo di tabacco a livello della popolazione se integrato all'interno di un programma multifattoriale. Le valutazioni più rigorose dell'efficacia hanno misurato l'impatto di programmi statali antifumo a componenti multiple (condotti in California, Oregon, Massachusetts) che prevedevano l'aumento delle accise e attività di tipo educativo svolte in ambito scolastico e comunitario. Efficace nell'aumentare la cessazione in numerosi settori della popolazione.
Campagne educative sui mass media per incoraggiare i fumatori a smettere di fumare sotto forma di serie radiotelevisive (n=9)	Prove insufficienti*	<ul style="list-style-type: none"> Gli utenti dei mass media vengono sollecitati e motivati a smettere di fumare nel corso di brevi serie radiotelevisive sull'argomento. 	<ul style="list-style-type: none"> L'efficacia nell'aumentare il numero di fumatori che smette di fumare non è suffragata da prove sufficienti. Pochi studi disponevano di gruppi di controllo adeguati.

TABELLA 2 – Raccomandazioni relative a interventi selezionati per ridurre l'esposizione al fumo passivo e il consumo di tabacco. Task Force on Community Preventive Services 2000

Intervento (n. di studi qualificanti)	Raccomandazione della Task Force	Descrizione dell'intervento	Risultati principali
Campagne educative sui mass media per incoraggiare i fumatori a smettere di fumare sotto forma di gare (n=1)	Prove insufficienti*	<ul style="list-style-type: none"> Gli utenti dei mass media vengono sollecitati e motivati a smettere di fumare entro una data prestabilita. Si avvale di messaggi a breve termine sui mass media per promuovere la gara e raccogliere partecipanti 	<ul style="list-style-type: none"> L'efficacia nell'aumentare il numero di fumatori che smette di fumare non è suffragata da prove sufficienti a livello di comunità. Pochi studi disponevano di gruppi di controllo adeguati.
Strategie per aumentare il numero di fumatori che decide di smettere di fumare idonee ad essere attuate presso strutture del sistema sanitario			
Interventi a componenti multiple finalizzati ad aumentare il numero di fumatori che decide di smettere di fumare che prevedono un servizio di sostegno telefonico (n=32)	Fortemente raccomandati	<ul style="list-style-type: none"> I fumatori ricevono informazioni e vengono motivati a smettere di fumare attraverso contatti telefonici. Il sostegno telefonico attivo prevede che i contatti siano mantenuti dal personale che fornisce il servizio. Il sostegno telefonico reattivo prevede che i contatti vengano presi su iniziativa dell'utente. 	<ul style="list-style-type: none"> Interventi efficaci se integrati in un programma a componenti multiple in contesti sia clinici che comunitari. Combinazione minima efficace: sostegno telefonico attivo più materiale informativo destinato agli utenti. Le campagne condotte attraverso i mass media sono risultate efficaci nell'aumentare il ricorso ai servizi telefonici educativi e ai servizi telefonici di sostegno
Programma a componenti multiple che prevede un sistema di promemoria per l'operatore sanitario in aggiunta a un programma di formazione rivolto agli operatori stessi associato o meno a un intervento di educazione dei pazienti (n=31) †	Raccomandato	<ul style="list-style-type: none"> Gli operatori sanitari vengono formati e sollecitati a individuare i pazienti fumatori e a fornire loro consigli e assistenza nell'intento di smettere di fumare. 	<ul style="list-style-type: none"> E' la combinazione valutata più frequentemente negli studi qualificanti. Efficace nell'aumentare il numero di pazienti a cui viene consigliato di smettere di fumare da parte degli operatori sanitari e il numero di fumatori che smettono di fumare Efficace in numerosi contesti clinici diversi e settori della popolazione
Sistemi di promemoria per gli operatori sanitari (n=7)	Raccomandato	<ul style="list-style-type: none"> Gli operatori sanitari vengono informati o sollecitati ad appurare se il paziente fuma o meno e/o a consigliare di smettere. 	<ul style="list-style-type: none"> Efficace nell'aumentare il numero di pazienti ai quali viene consigliato di smettere di fumare da parte di operatori sanitari. L'intervento è efficace quando viene attuato in contesti clinici individuali e presso strutture del sistema sanitario.
Riduzione delle spese vive sostenute dai pazienti per terapie antifumo efficaci	Raccomandato	<ul style="list-style-type: none"> Rimborsa completamente o in parte le spese sostenute dai pazienti per terapie antifumo efficaci. 	<ul style="list-style-type: none"> E' efficace nell'aumentare il ricorso da parte dei pazienti a terapie antifumo (terapia farmacologica associata o meno a metodi comportamentali) e nell'aumentare il numero totale di pazienti che smettono di fumare.
Attività di formazione rivolte solo agli operatori sanitari (n=16)	Prove insufficienti*	<ul style="list-style-type: none"> Gli operatori sanitari vengono informati dell'importanza che i pazienti fumatori smettano di fumare. 	<ul style="list-style-type: none"> L'efficacia dei soli interventi di formazione degli operatori sanitari non è suffragata da prove sufficienti. Le prove dell'efficacia nell'aumentare il numero di pazienti a cui viene consigliato di smettere di fumare da parte degli operatori sanitari non sono valutabili in modo univoco.
Interventi di feed-back per gli operatori sanitari. (n=3)	Prove insufficienti*	<ul style="list-style-type: none"> Fornisce una valutazione retrospettiva della prestazione degli operatori sanitari nel consigliare e assistere i pazienti nello smettere di fumare. 	<ul style="list-style-type: none"> Il numero di studi che hanno evidenziato i cambiamenti intervenuti nel consigliare ai pazienti di smettere di fumare da parte degli operatori e nello smettere di fumare da parte dei pazienti sono insufficienti. I tre studi qualificanti hanno valutato l'effetto del feed-back sull'accetamento da parte degli operatori sanitari dello status di fumatore o non fumatore del paziente.
Restrizioni all'accesso per gli adolescenti.	In via di valutazione.	<ul style="list-style-type: none"> Vengono disciplinati e applicati divieti di acquisto o di consumo dei prodotti del tabacco per i bambini e gli adolescenti (norme giuridiche). 	In via di valutazione.

TABELLA 2 - Raccomandazioni relative a interventi selezionati per ridurre l'esposizione al fumo passivo e il consumo di tabacco. Task Force on Community Preventive Services 2000

Intervento (n. di studi qualificanti)	Raccomandazione della Task Force	Descrizione dell'intervento	Risultati principali
Attività educative in ambito scolastico.	In via di valutazione.	• Bambini e adolescenti vengono informati e motivati a non cominciare a fumare.	• In via di valutazione.
Restrizioni all'industria del tabacco.	In via di valutazione.	• Vengono regolamentati il contenuto e l'etichettatura dei prodotti del tabacco, nonché le attività promozionali e pubblicitarie dell'industria del settore (norme giuridiche).	• In via di valutazione.

* Evidenze sperimentali insufficienti non dovrebbero essere considerate come prove di inefficacia. La constatazione che le prove sono insufficienti consente infatti di mettere a fuoco a) ambiti di incertezza riguardo all'efficacia e b) specifiche esigenze di ricerca. Al contrario, prove sperimentali che dimostrino l'inefficacia di un determinato intervento inducono a raccomandare di non attuare l'intervento in questione.

† Il gruppo di lavoro che ha curato la stesura del presente capitolo non ha valutato le prove di efficacia di specifici metodi per smettere di fumare, sia individuali che di gruppo, quali le terapie farmacologiche, o le interazioni tra operatori sanitari e pazienti (in cui vengono forniti, ad esempio, consigli e counseling). Si è ritenuto che questo tipo di interventi esulasse dall'ambito della trattazione. Le linee guida sulla cessazione del fumo recentemente aggiornate dal Public Health Service forniscono una revisione suffragata da prove sperimentali di detti interventi (Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000). Dato che le linee guida sulla cessazione del fumo hanno valutato anche l'importanza dell'educazione del paziente, ivi compreso il materiale educativo supplementare, il gruppo di lavoro incaricato della stesura di questo capitolo non ha preso in esame le prove di efficacia degli interventi di educazione del paziente nei casi in cui essi siano stati attuati in combinazione o meno con consigli o counseling da parte dell'operatore sanitario.

In presenza di evidenze sperimentali insufficienti il ricorso a un determinato intervento non viene raccomandato. L'individuazione di interventi per i quali le prove di efficacia sono insufficienti è comunque importante per identificare aree di incertezza e spunti per ulteriori ricerche. Al contrario, prove sperimentali che dimostrino in modo consistente l'inefficacia di un intervento inducono a raccomandare di non attuare l'intervento in questione.

Risultati

A seguito di una ricerca sistematica sono stati individuati 243 studi sugli interventi nell'ambito della prevenzione dei danni del fumo che rispondevano ai criteri di inclusione. Dei 243 studi selezionati 77 sono stati esclusi perché presentavano limiti di esecuzione o di disegno sperimentale. In seguito non si è più tenuto conto degli studi esclusi. I rimanenti 166 studi sono stati considerati studi qualificanti. Le 14 valutazioni della *Task Force* espresse nella presente pubblicazione sono basate su tali studi che presentavano una qualità di esecuzione buona o accettabile.

Sulla base delle prove di efficacia, la *Task Force* ha «fortemente raccomandato» o «raccomandato» 9 delle 14 strategie prese in esame (Tabella 2). Fra queste nove figurano: un intervento per ridurre l'esposizione al fumo passivo (divieti o restrizioni al fumo), due interventi per scoraggiare l'inizio del consumo di tabacco (aumento del prezzo dei prodotti e campagne a componenti multiple sui mezzi d'informazione) e sei interventi per favorire la decisione di smettere di fumare (aumento del prezzo unitario dei prodotti del tabacco; campagne a componenti multiple sui mezzi d'informazione; sistemi di promemoria presso gli operatori sanitari; promemoria presso gli operatori sanitari in aggiunta ad attività di formazione rivolte agli operatori stessi, associati o meno a programmi di educazione dei pazienti; interventi a componenti multiple ivi

compreso un servizio di sostegno telefonico alle persone che vogliono smettere di fumare; riduzione delle spese vive sostenute dai pazienti per terapie anti-fumo efficaci). Oltre alle 14 valutazioni completate, sono allo studio altri 3 interventi di prevenzione: restrizioni all'accesso ai prodotti del tabacco per gli adolescenti, attività educative nel contesto scolastico e imposizione di limitazioni a livello di industria e di prodotti del tabacco.

Uso delle raccomandazioni in contesti comunitari e presso le strutture sanitarie

Visto che negli Stati Uniti il fumo rappresenta la principale causa di morte che si può prevenire, la riduzione del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo passivo dovrebbero costituire un obiettivo della massima importanza per la maggior parte delle comunità. Nella scelta e attuazione degli interventi, le comunità dovrebbero sforzarsi di elaborare una strategia complessiva volta a ridurre l'esposizione al fumo passivo, diminuire il numero di persone che inizia a fumare e aumentare il numero di fumatori che decide di smettere di fumare. I progressi conseguiti in ciascun settore di intervento contribuiranno alla riduzione della morbilità e mortalità dovute al fumo ed il successo in uno di tali ambiti potrebbe essere di impulso per ottenere risultati positivi anche in altri. Incoraggiando la cessazione del consumo del tabacco, per esempio, si contribuisce a ridurre l'esposizione al fumo passivo. Il divieto di fumare, efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo, può anche diminuire il consumo quotidiano di tabacco di alcuni fumatori e aiutare altri a smettere del tutto. La scelta di interventi efficaci ed adeguati alle esigenze e capacità a livello locale, così come la loro attuazione puntuale sono di fondamentale importanza per ridurre il consumo del tabacco e l'esposizione al fumo passivo. Nello stabilire le priorità per la selezione degli interventi atti a raggiungere obietti-

vi fissati localmente occorre tenere conto delle raccomandazioni e di altri dati forniti dalla Guida, nonché di informazioni reperibili a livello locale, quali quelle relative alle risorse disponibili, alle strutture amministrative ed al quadro economico, sociale e normativo in cui operano le varie organizzazioni e i professionisti interessati. Si possono usare le informazioni relative all'applicabilità per stimare l'opportunità di un intervento in uno specifico ambito o presso una determinata popolazione. Sebbene siano piuttosto limitate attualmente, le informazioni relative agli aspetti economici – che verranno fornite nella versione completa della relazione – potrebbero essere utili per calcolare le risorse necessarie per gli interventi e per individuare le attività in grado di rispondere agli obiettivi di sanità pubblica in modo più efficiente rispetto ad altre possibili opzioni. Tenendo nella debita considerazione gli obiettivi e le disponibilità locali, sarebbe opportuno avviare o intensificare gli interventi *raccomandati* o *fortemente raccomandati*.

Le comunità e i sistemi sanitari dovrebbero dapprima procedere a una valutazione delle attività in corso di prevenzione e cessazione del fumo. Gli sforzi attualmente in corso dovrebbero essere confrontati con le raccomandazioni espresse nella presente relazione nonché con altre raccomandazioni attinenti contenute in altri programmi proposti dai CDC,¹⁸ dal *National Cancer Institute*,¹⁹ dal *Public Health Service*,¹⁶ dall' *U.S. Department of Health and Human Services*,^{17, 20, 21} e dall' *Institute of Medicine*.²² Oltre a valutare nel loro complesso i progressi conseguiti verso gli obiettivi auspicati e le strategie adottate per limitare il consumo di tabacco, i responsabili decisionali nel settore sanitario devono anche prendere in esame metodi adeguati per colmare le disparità dal punto di vista sanitario connesse all'uso del tabacco e all'esposizione al fumo passivo.

L'individuazione e la valutazione dei divari esistenti è di fondamentale importanza per selezionare e attuare gli interventi assistenziali rivolti a settori ad alto rischio della popolazione, ossia le fasce più svantaggiate sotto il profilo socio-economico e taluni gruppi etnici e razziali.^{14, 18, 20}

Nella presente relazione non sono state prese in esame le prove di efficacia di metodi clinici antifumo o di terapie per la dipendenza tabagica, che esulano dall'ambito di trattazione della Guida, ma sono stati oggetto di un'ampia revisione suffragata dai dati sperimentali disponibili, recentemente aggiornata dal *Public Health Service*.¹⁶ Le rassegne condotte per la Guida prendono in esame numerosi interventi che possono essere utili per gli operatori e le strutture sanitarie nell'individuare i pazienti fumatori, nonché nel fornire consulenza e assistenza per smettere di fumare. Le raccomandazioni della *Community Guide* sono complementari a quelle formulate nella relazione del *Public Health Service*¹⁶ e le due pubblicazioni offrono un'ampia gamma di valide possibilità per potenziare e migliorare i programmi tesi ad aiutare i pazienti a smettere di fumare.

IN ITALIA

IL FUMO

In Italia, come in tutto il mondo occidentale, il fumo attivo rimane la principale causa prevenibile di morbosità e mortalità: ad esso sono attribuibili 85 mila morti all'anno di cui il 25% alla fascia d'età 35-64 anni (Istat, «Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari» 1999-2000). Nel Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 il controllo del tabagismo compare fra gli obiettivi strategici della prevenzione e della comunicazione pubblica sulla salute (insieme a un miglioramento della qualità dell'alimentazione e promozione dell'attività fisica).

L'Osservatorio sul fumo (Oss-Fad (*)) dell'ISS ha stimato che nel 2000, nella popolazione italiana, i fumatori erano circa 12 milioni (circa il 24,9% della popolazione di età superiore a 14 anni, 31,5% e 17,2% rispettivamente negli uomini e nelle donne). Le proporzioni di ex fumatori e di coloro che non avevano mai fumato erano rispettivamente di circa il 20,5% e il 54,6%.

Dal 1980 al 2000 la prevalenza dei maschi fumatori è scesa dal 54,3% al 31,5%; mentre la prevalenza delle donne fumatrici è rimasta stazionaria attorno al 16-17%.

Dal rapporto Oss-Fad (**) emerge che il problema del fumo di tabacco coinvolge sempre più i più giovani. Tra il 1993 e il 1999, fra i maschi di età 14-16 anni si è avuto un aumento dei fumatori pari al 33 per cento: la prevalenza si assesta sul 26,7% per i ragazzi in età 17-19. Invece, nelle età 23-25 e 26-28, la prevalenza di uomini fumatori è diminuita rispettivamente del 5% e dell'8,2%. Situazione ancora più accentuata fra le donne: nelle età 14-16, 17-19 e 20-22 la proporzione di fumatrici è lievitata rispettivamente del 69,7%, 40,5% e 20,5%, mentre in età 26-28 si è rilevata una diminuzione del 15,8 per cento.

Infine nel nostro paese ci sono circa 12,5 milioni di persone (circa il 21,9% della popolazione) che non fumano ma convivono con almeno un fumatore (dati Istat), e sono dunque potenzialmente esposti ai danni da fumo passivo.

(*) Pacifici, R. «Rapporto sul fumo in Italia 2001», IV Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, 31 Maggio 2002.

(**) Osservatorio OSS-FAD (Fumo, Alcol, Droga) – Istituto Superiore di Sanità <http://www.ossfad.iss.it>

A cura della redazione di *Epicentro*

Note:

• Per «inizio del consumo di tabacco» si intende il processo mediante il quale una persona comincia, sviluppa e acquisisce l'abitudine al consumo di tabacco.

† Per «cessazione del consumo di tabacco» si intende il processo che inizia con la decisione di smettere di fare uso di tabacco e termina con l'astensione a lungo termine dal consumo di tabacco.

** Ulteriori informazioni in merito agli studi qualificanti sono disponibili consultando il sito <http://www.thecommunityguide.org>

Bibliografia

1. McGinnis JM, Foegen WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993; 270: 2207–12.
2. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989; *DHHS* publication no. (CDC) 89–8411.
3. National Cancer Institute, Smoking and Tobacco Control Program. *Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1997; Smoking and Tobacco Control Monograph 8.
4. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1986; *DHHS* publication no. (CDC) 87–8398.
5. US Environmental Protection Agency. *Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders*. Washington, DC: US Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Air and Radiation, 1992; Publication no. EPA/600/6–90/006F.
6. California Environmental Protection Agency. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke – final report and appendices*. Sacramento, CA: California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997.
7. US Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010* (conference ed, in 2 vols). Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2000.
8. CDC. Vaccine – preventable diseases: improving vaccination coverage in children, adolescents, and adults. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR* 1999; 48(No. RR–8):1–15.
9. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med* 2000; 18(suppl 1): 92–96. Vol. 49 / No. RR–12 *MMWR* 11
10. Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, et al. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med* 2000; 18(suppl 1): 97–140.
11. Shefer A, Briss P, Rodewald L, et al. Improving immunization coverage rates: an evidencebased review of the literature. *Epidemiol Rev* 1999; 21:96–142.
12. Briss PA, Zaza S, Pappaioanou M, et al. Developing an evidence-based guide to community preventive services – methods. *Am J Prev Med* 2000; 18(suppl 1): 35–43.
13. US Department of Health, Education, and Welfare. Smoking and health. A report of the Surgeon General. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health, 1979; *DHEW* publication no. (PHS) 79–50066.
14. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990; *DHHS* publication no. (CDC) 90–8416.
15. National Institutes of Health. Tobacco and the clinician: interventions for medical and dental practice. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1994; Smoking and Tobacco Control Monograph 5; *NIH* publication no. 94–3693.
16. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000. Available at <<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>>. Accessed July 13, 2000.
17. US Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people*. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
18. CDC. *Best practices for comprehensive tobacco control programs – August 1999*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1999.
19. US Department of Health and Human Services. Strategies to control tobacco use in the United States: a blueprint for public health action in the 1990's. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1991; Smoking and Tobacco Control Monograph 1; *NIH* publication no. 92–3316.
20. US Department of Health and Human Services. *Tobacco use among US racial/ethnic minority groups – African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics*. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1998.
21. US Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use*. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
22. Institute of Medicine. *Growing up tobacco free: preventing nicotine addiction in children and youths*. Washington, DC: National Academy Press, 1994.

I riferimenti a siti Internet non appartenenti ai CDC vengono segnalati come servizio ai lettori e non implicano il sostegno o l'approvazione di tali organizzazioni da parte dei CDC o del Department of Health and Human Services. Il CDC non è responsabile del contenuto delle pubblicazioni contenute in tali siti. L'uso di nomi commerciali e di fonti commerciali è a puro scopo di identificazione e non implica alcuna approvazione da parte del Department of Health and Human Services.