

Fumo di tabacco

Introduzione



Punti chiave

- Il fumo condiziona le abitudini, causa dipendenza fisica e provoca decessi da cancro del polmone, BPCO, patologia cardiovascolare e una serie di altri disturbi come asma e tubercolosi.
- Anche se si è verificato il declino della prevalenza del fumo in Europa, il tabacco rimane un problema enorme, dato che almeno un quarto degli adulti europei fuma; questa quota eccede addirittura il 40% in alcune nazioni.
- Gli interventi di cessazione del fumo, mediante farmaci o attraverso l'informazione e il supporto, sono delle misure molto efficaci in rapporto ai costi, nei fumatori attivi.
- Le politiche di prevenzione del fumo, come l'informazione, il divieto di vendita e la tassazione elevata, giocano un ruolo inestimabile nella prevenzione del fumo giovanile: la società coglierà il benefici di queste politiche nelle decadi future.

Il fumo di tabacco è la causa principale di morbosità e mortalità da cancro del polmone, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e patologia cardiaca coronarica; rimane il più importante pericolo per la salute in Europa.

Attualmente abbiamo a disposizione strumenti efficaci nel rapporto costi-benefici per aiutare i fumatori a smettere e, grazie all'azione politica, abbiamo una legislazione efficace, anche se perfezionabile, che consente di ridurre la prevalenza del fumo.

L'effetto più grande sulla riduzione di morbosità e mortalità nei prossimi 10 – 20 anni verrà dalla cessazione dal fumo da parte di coloro che ne hanno l'abitudine, mentre l'intervento finalizzato alla prevenzione primaria – impedire alla gente di prenderne l'abitudine – avrà principalmente l'effetto di ridurre i disturbi indotti dal fumo tra più di 20 anni. In ogni caso i due tipi di intervento sono complementari.

Epidemiologia



Il capitolo 1 illustra l'andamento a lungo termine della prevalenza del fumo giornaliero nelle nazioni europee, che ne abbiano fornito i dati. Nel complesso il fumo costituisce ancora un problema imponente e ci sono grandi differenze regionali nella prevalenza del fumo.

“

Il fumo è la causa principale prevenibile di morbosità e mortalità dovute al cancro del polmone, alla BPCO e alla patologia cardiovascolare

”

La figura 1 mostra le quote nazionali del fumo in Europa nel 2010, basate sui dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). È da rilevare che la prevalenza del fumo non viene definita sempre nello stesso modo: in molte nazioni i dati sono basati sul “fumo giornaliero di qualsiasi prodotto del tabacco”, mentre in altre si descrive come il “fumo attuale di ogni prodotto del tabacco”. Con questi distinguo in base alle due definizioni, nel 2010 la prevalenza del fumo nelle 28 nazioni dell'Unione Europea (EU) è stata 27.8% nelle donne e 41.4% negli uomini, mentre nel complesso delle nazioni europee che appartengono a WHO, le medie sono state 24.1% nelle donne e 47.3% negli uomini.

I dati più recenti sulla prevalenza del fumo provengono dall'indagine di European Commission's /EC's Eurobarometer, e sono basati su 26.751 interviste espletate nel 2012 in 27 nazioni dell'EU. La prevalenza totale del fumo è stata 28% (32% nei maschi e 24% nelle femmine), essendo soggetta a variazioni notevoli con l'età (29% nella fascia 15 – 24 anni; 37% in quella 25–39 anni; 34% in quella 40–45 anni; 17% in quella 55 anni e oltre).

L'uso del tabacco non è diffuso allo stesso modo: secondo i dati 2011 da Organisation of Economic Co-operation and Development (OECD), la prevalenza del fumo in Islanda è notevolmente bassa, il 14% nei due sessi. A lungo raggio, la legislazione californiana volta a strutturare una comunità senza fumo ha permesso di ottenere una prevalenza di meno del 10%, con un significativo risparmio della spesa sanitaria, un esempio degli obiettivi che si possono ottenere con la giusta volontà politica.

La lotta contro l'uso del tabacco sta facendo progressi. I dati OECD del 2011, provenienti da 26 nazioni europee, mostrano che la prevalenza del fumo è diminuita in media del 36% nelle femmine e del 32% nei maschi tra il 1979 e il 2010, ma con ampie variazioni tra le nazioni da 0% a 71% (vedi il capitolo 1, figura 10). Tra gli uomini la tendenza globale nelle nazioni europee mostra un declino graduale della prevalenza del fumo, livellatosi negli ultimi 10 anni. Anche tra le femmine si è verificato un declino complessivo, ma in una minoranza di nazioni la prevalenza del fumo è rimasta ostinatamente costante negli ultimi 30–40 anni.

La riduzione dell'onere costituito dal tabacco coinvolge sia il trattamento che la prevenzione. Per diminuire la morbosità e la mortalità dovuta al fumo nei prossimi 20 anni, il tipo di intervento più efficace è persuadere i fumatori a smettere oggi. Infatti dato che lo sviluppo delle malattie causate dal fumo richiede 20 o più anni, il modo più efficace di ridurre morbosità e mortalità oltre quel periodo è legiferare ora per diminuire il fumo tra i giovani. In pratica i nostri obiettivi devono essere sia cessazione che prevenzione.

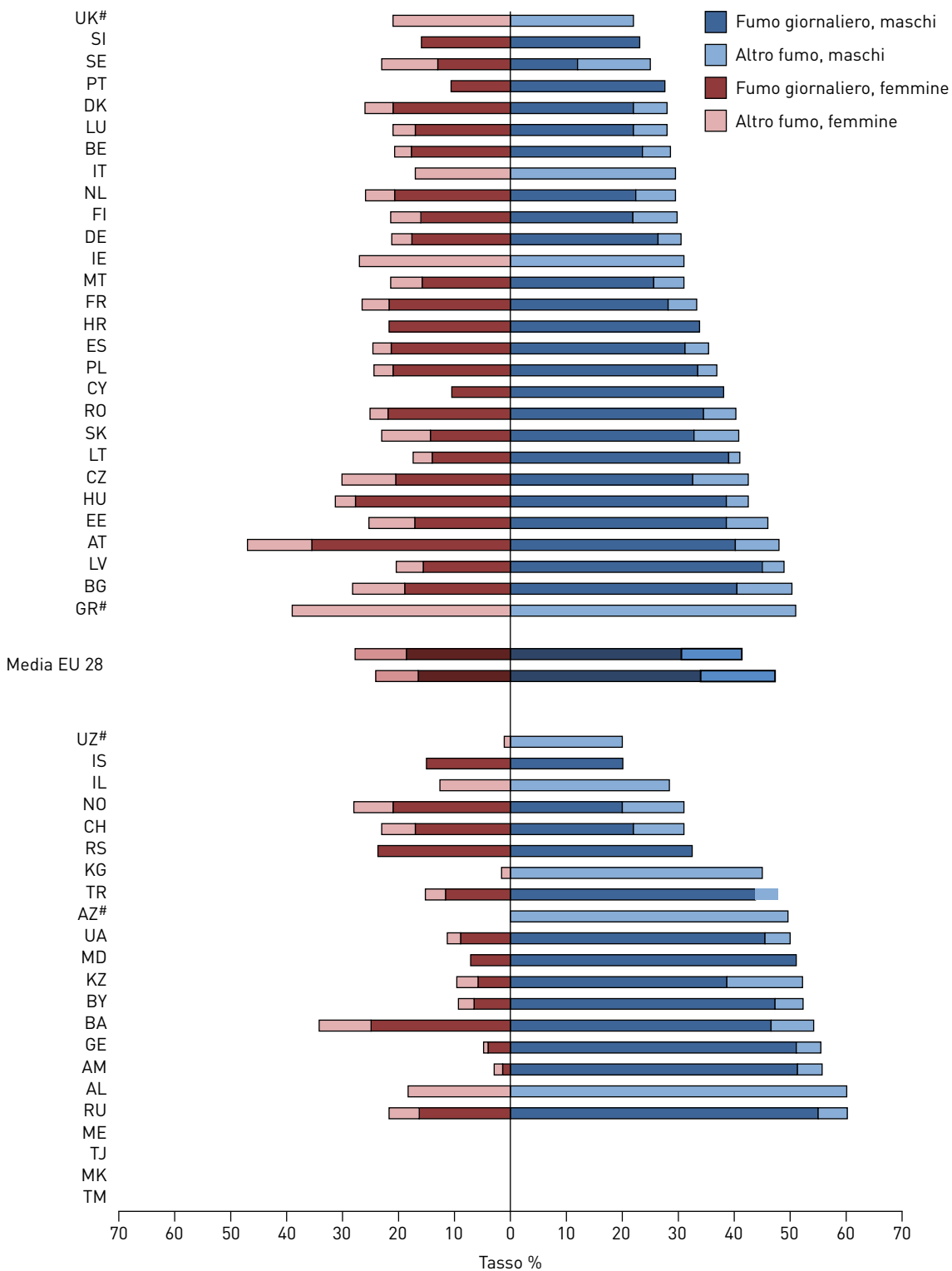


Figura 1 – Prevalenza del fumo giornaliero e di altro tipo negli adulti, 2010. #: fumo attuale di sigaretta. Fonte: World Health Organization Global Health Observatory.

Gli effetti tossici del fumo di tabacco

Il fumo di tabacco contiene più di 4000 componenti, compresi carcinogeni come N-nitrosamine e idrocarburi aromatici, e anche sostanze tossiche come ammoniaca, ossido di azoto, cianuro di idrogeno, monossido di carbonio e nicotina. I carcinogeni sono la causa principale di cancro indotto dal fumo: del polmone, della laringe e della vescica; inoltre il monossido di carbonio ha un ruolo importante nell'eziologia della patologia cardiovascolare. Comunque non si sa di preciso quali componenti del fumo siano responsabili della BPCO. La nicotina non riveste nessun ruolo riguardo al cancro e alla BPCO; inoltre, il suo ruolo per lo sviluppo della BPCO è minore. La tabella 1 riassume i componenti del fumo implicati nel causare malattie non maligne, mentre nel capitolo 8 sono passati in rassegna più dettagliatamente gli effetti tossici del fumo.

Disturbi indotti dal fumo di tabacco

Il fumo è la causa principale di malattie respiratorie e uno dei fattori di rischio principali della patologia cardiovascolare, del cancro di vari organi e di molte altre condizioni patologiche. In base a stime correnti circa 1/3 di tutti i casi di cancro sono causati dall'abitudine al fumo. Fra questi il cancro del polmone è il più importante: nella maggior parte delle società 80–90% di tutti i casi di cancro del polmone sono attribuibili al tabacco. Quello del polmone uccide più persone in UE che ogni altro tipo di cancro. Il fumo di tabacco gioca anche un ruolo causale nel cancro della bocca, della laringe, della faringe, del naso, dei seni cranici, dell'esofago,

Effetti non cancerogeni	Costituenti del fumo	NCRI
Effetti respiratori	Acroleina	172
	Acetaldeide	3.78
	Formaldeide	0.83
	Cadmio	0.52
	Cromo (esavalente)	0.26
	Acronitrile	0.22
	Nichel	0.011
	Ammoniaca	0.006
Effetti cardiovascolari	Acido cianidrico	1.97
	Arsenico	1.17
	m + p Cresolo	0.18
	O-Cresolo	0.071
	Monossido di carbonio	0.068
	Benzene	0.039
	Fenolo	0.0022

Tabella 1 – Indici di rischio per patologia non cancerosa (NCRI) per i costituenti chimici individuali nel fumo di sigaretta diretto, basato su una singola sigaretta per giorno. I livelli di esposizione di riferimento (REL) sono una guida per proteggere gli individui sensibili dagli effetti cronici per un lungo periodo di esposizione continua. NCRI è uguale alla concentrazione, definita come frazione di REL, assumendo che il volume totale di aria respirata ogni giorno sia uguale a 20 m³. I numeri in grassetto indicano un valore di NCRI maggiore di 1.0, che indica il possibile raggiungimento della soglia critica per eventi avversi anche per persone che fumino una sola sigaretta al giorno. Riprodotto da Fowles et al., 2003, con il permesso dell'editore.

“
*In Europa
 il fumo provoca
 oltre 650.000
 decessi
 prematuri
 ogni anno*
 ”

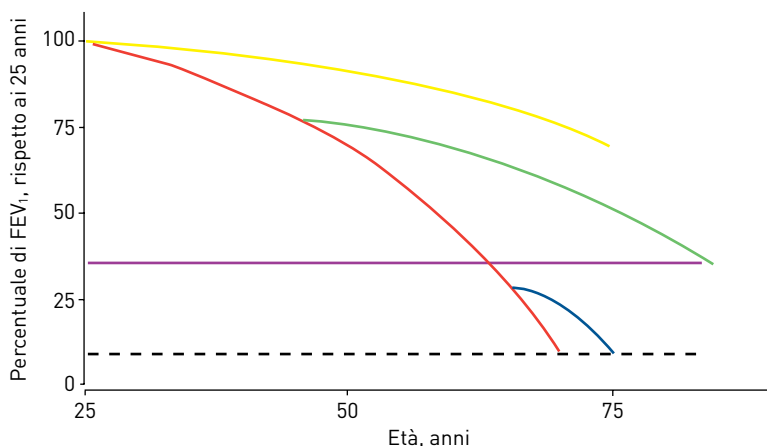


Figura 2 – Diagramma schematico del declino della funzionalità respiratoria con l'età in non fumatori, fumatori e in coloro che smettono. Nero: non fumatori (mai) o non suscettibili al fumo; rosso: fumatori attivi e suscettibili al fumo; verde: ex fumatori dall'età di 45 anni; blu: ex fumatori dall'età di 65 anni. FEV₁: volume espiratorio forzato a 1 s. La linea rosa orizzontale indica il livello per cui i sintomi sono verosimilmente invalidanti, la linea nera intermittente il livello per cui è probabile il decesso. Notare che la cessazione del fumo rallenta il declino della funzionalità respiratoria.

dello stomaco, del fegato del pancreas, del rene, della cistifellea, della cervice uterina e della vescica, così come un tipo di cancro dell'ovaio e alcuni tipi di leucemia. Il fumo è la causa principale di BPCO, principalmente in Europa (in alcune altre parti del mondo l'esposizione ai combustibili da biomasse è relativamente più importante). Il fumo riduce lo sviluppo della funzionalità respiratoria durante l'adolescenza, che si traduce nella riduzione del volume espiratorio forzato al primo secondo (FEV₁) alla maturità - il FEV₁ è misura chiave della funzionalità respiratoria. Il fumo ne accelera poi il declino nella maturità e nella vecchiaia. La figura 2 mostra schematicamente gli effetti del fumo sul FEV₁ in non fumatori sani e in fumatori sensibili, come anche gli effetti dello smettere di fumare.

Il fumo è anche causa dell'asma nei bambini e un fattore di rischio per lo sviluppo dell'asma negli adulti e si associa con l'aumento del rischio di mortalità, di attacchi di asma, di riacutizzazioni, di gravità e di maggiore difficoltà nel controllo della malattia. Predisporre alle infezioni ed è un fattore di aggravamento della tubercolosi.

Oltre per l'apparato respiratorio il fumo di sigaretta è un fattore di rischio per l'osteoporosi, disturbi dell'apparato riproduttivo, complicazioni postoperatorie e ritardata guarigione delle ferite, ulcera gastrica e duodenale, patologia del periodonto e diabete. Costituisce un rischio maggiore e modificabile di patologia cardiovascolare, compresa la coronaropatia, ictus, malattia vascolare periferica e scompenso cardiaco congestizio. Il risultati di studi sulle relazioni tra fumo di sigaretta e malattia cardiovascolare mostrano che questo è associato con maggiori livelli serici di colesterolo, vasospasmo coronarico, aggregazione piastrinica e stato protrombotico.

Costi del fumo per la società

L'onere che le malattie correlate al fumo costituisce per la società è enorme. È stato stimato che circa 100 milioni di persone nel mondo siano state uccise dal tabacco nel XX secolo e che il numero si incrementerà fino a un miliardo nel XXI secolo. Si ritiene che nel 2000 vi siano stati circa 4.83 milioni di decessi nel mondo attribuibili al fumo (12% della mortalità totale tra gli adulti di età superiore o uguale a 30 anni). Le cause principali di morte a causa del tabacco sono state dovute alle malattie cardiovascolari (1.69 milioni), BPCO (0.97 milioni) e cancro del polmone (0.85 milioni). In Europa il fumo è la causa di oltre 650.000 decessi prematuri ogni anno. Solo il 15% della popolazione mondiale vive in Europa, tuttavia circa un terzo delle malattie dovute al tabacco si verifica lì.

Il fumo costituisce un onere economico tremendo per le società in tutto il mondo. L'WHO stima che il salasso sull'economia mondiale sia così importante da eccedere la spesa totale per la salute da parte di tutte le nazioni a reddito medio e basso. Il costo economico del tabacco riduce la ricchezza nazionale, espressa come prodotto interno lordo (PIL) del 3.6%. In Europa l'onere del fumo, secondo una relazione sottoposta a EC nel 2012, ha provocato un costo in termini economici di € 544 miliardi nel 2009, equivalenti a circa 4.6% del PIL dell'EU.

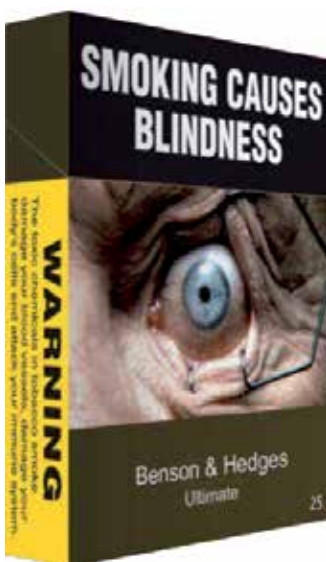
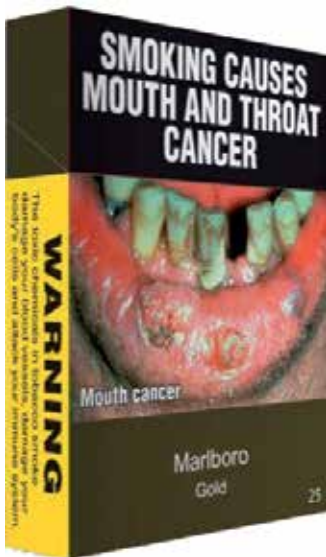
Secondo l'WHO, il peso economico del tabacco è particolarmente elevato nei Paesi in via di sviluppo; entro il 2030 i quattro quinti dei decessi che ne sono correlati avverranno in queste nazioni. I poveri ne sono sproporzionatamente colpiti perché l'acquisto del tabacco storna le risorse da necessità quali cibo, protezione, educazione e assistenza sanitaria.

Il prezzo economico del fumo si estende oltre i costi diretti dovuti alle malattie e ai decessi che ne sono collegati e può essere attribuito a quattro elementi:

- 1) spesa dell'assistenza sanitaria attribuibile al trattamento delle malattie collegate al fumo nei fumatori attivi e in quelli interessati dal fumo di seconda mano.
- 2) Perdita di entrate, assenze dal lavoro e riduzione della produttività lavorativa.
- 3) Il costo monetizzato della mortalità prematura e dell'invalidità, valutato dall'indicatore attesa di vita corretta per la disabilità.
- 4) Altri costi indiretti come il danno da incendi dovuti al fumo e i costi correlati alle pulizie dopo il fumo. Il fumo è la causa principale della produzione di rifiuti in molte città. La coltivazione del tabacco provoca estesi danni all'ambiente per la deforestazione e la contaminazione ambientale da pesticidi e fertilizzanti.

Dipendenza dal tabacco

Il fumo di sigaretta è una patologia che cronicamente si ripete. È definita come disturbo o malattia in WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Uno dei problemi più importanti per il fumo a lungo termine è la dipendenza fisica da nicotina, anche se sono coinvolte componenti psicologiche, abitudini e influenze genetiche. Sono stati identificati nel cervello recettori specifici per la nicotina; inoltre è stato accertato che ratti resi dipendenti alla nicotina cessano la dipendenza, qualora questi recettori vengano distrutti. Il legame della nicotina ai recettori causa il rilascio di dopamina. Dato che la dipendenza dalla nicotina gioca un ruolo importante nel continuare a fumare, non è semplice smettere; tra coloro che tentano di farlo è di regola osservare a un anno una



percentuale di successo di 10–35%. Si può identificare un fumatore dipendente attraverso due semplici domande: 1) fuma oltre 8–10 sigarette al giorno; 2) fuma la prima sigaretta entro 30 minuti dal risveglio. È importante realizzare che il fumo non costituisce una semplice scelta di vita, ma un disturbo, e che smettere non è solo una questione di volontà, anche se la motivazione è un fattore di successo significativo.

Legislazione e prevenzione del fumo

Il The 2005 WHO Framework Convention for Tobacco Control è stato il primo accordo internazionale negoziato da WHO a offrire un progetto per il controllo del tabacco. Tutti i membri della EU fanno parte delle 176 nazioni che lo hanno siglato, ma un rinforzo efficace del FFCTC richiede che vi siano scelte politiche determinate, per poter raggiungere l'obiettivo della WHO, cioè la riduzione del 40% della prevalenza globale del fumo tra il 2010 e il 2025.

Le imposte come mezzo per prevenire il consumo del tabacco

Il prezzo è probabilmente il mezzo più potente per ridurre il consumo di tabacco. Vi è una relazione tra aumento del prezzo e la riduzione della domanda per il fumo (elasticità della domanda rispetto al prezzo). In generale si verifica una caduta del consumo equivalente a 3–4% per ogni aumento del 10% del prezzo. Un'indagine recente eseguita in 11 nazioni della EU a cura del progetto Pricing Policy and Control of Tobacco (PPACTE) ha confermato che questa relazione è molto forte nel complesso, e ha inoltre individuato numerosi aspetti importanti. Per esempio, la parte di popolazione con un livello socioeconomico inferiore e i giovani sono molto sensibili all'aumento dei prezzi, mentre l'aumento delle disponibilità economiche riduce l'elasticità della domanda rispetto al prezzo.

Le industrie del tabacco si oppongono all'incremento delle tasse e spesso riescono a persuadere i ministri delle finanze che l'aumento del prezzo diminuirebbe le entrate a causa del contrabbando. L'evidenza, come si ricava da molti studi, compreso il PPACTE, conclude invece per il contrario. Il prezzo non è la sola causa dell'aumento del contrabbando (nemmeno la principale).

Quest'ultimo dipende da altri fattori, come la presenza di reti di distribuzione, alti livelli di corruzione, coinvolgimento del crimine organizzato, basse sanzioni penali e scarsa probabilità di detenzione, in presenza di controlli non efficienti. Un fattore importante nei paesi della EU è anche la prossimità delle frontiere con nazioni ove un alto volume di sigarette a buon mercato è disponibile per il contrabbando.

Vietare il tabacco ai minori

È stato spesso affermato che la vendita del tabacco dovrebbe essere completamente vietata. Alcune nazioni, come la Finlandia, prevedono di essere in grado di vietarla nel 2040, senza che vi sia la possibilità di farlo oggi completamente. Invece sembra molto più possibile e utile vietare la vendita del tabacco ai minori e ad applicare provvedimenti restrittivi per ridurre il fumo negli adolescenti. L'importanza di queste misure è attestata dal fatto che l'abitudine al fumo comincia in circa l'85% dei casi nell'adolescenza.

Direttive EU sui prodotti del tabacco

Il divieto di pubblicità, patrocinio e promozione è ovviamente un aspetto importante del controllo sul tabacco. Questo tipo di provvedimenti sono diffusi in Europa, sostenuti da una direttiva di EC sulla pubblicità. Questa direttiva non riscuote un'adesione unanime e, naturalmente, non è applicabile fuori della EU. Nelle nazioni in via di sviluppo la pubblicità del tabacco è ancora capillare. Nella EU la lotta si è focalizzata sul confezionamento del tabacco. Attualmente la Direttiva 2001/37/EC (la Direttiva sui Prodotti del Tabacco) è stata sottoposta a revisione, con un ulteriore irrigidimento della normativa. La stampa di avvertimenti sanitari e, più recentemente, di immagini grafiche di malattie causate dal tabacco sui pacchetti delle sigarette è diventata una pratica comune in molte nazioni. Tra le immagini più usate vi sono spesso quelle di malattie cancerose in stato avanzato. Queste immagini sono ritenute efficaci nel modificare le abitudini al fumo. L'Australia è stata la prima nazione a introdurre quello che è stato definito "impacchettamento semplice": le immagini caratteristiche delle varie ditte produttrici di tabacco vengono sostituite da una semplice descrizione della marca; nello stesso tempo vengono aggiunte note e immagini di prevenzione sanitaria. In Australia è stata approvata per legge la cessazione della libera vendita delle sigarette nel 2035. Dopo questa data saranno disponibili in farmacia solo con la ricetta. Nel campo della prevenzione del fumo si è dimostrata molto attiva la European Respiratory Society (ERS); il suo organo Tobacco Control Committee è stato indirizzato sugli aspetti legislativi e di prevenzione relativi al controllo del tabacco, svolgendo un'azione di pressione politica in questo ambito.

Variazioni in Europa

Nonostante sia stato ratificato da tutti i componenti della EU il "Framework Convention of Tobacco Control", la legislazione relativa al controllo del tabacco varia ampiamente entro le diverse nazioni. Nel 2011 l'Association of European Cancer Leagues ha pubblicato una relazione sull'attività di controllo del tabacco, che riguardava 31 Paesi. In questo modo è stata stilata una statistica secondo una scala a 100 punti, secondo la rispettiva legislazione su prezzi, protezione ambientale, pubblicità e promozione e confezionamento, prendendo anche in considerazione l'esecuzione di campagne di pubblica informazione e di servizi per la cessazione del fumo. Solo cinque nazioni hanno raggiunto oltre 60 punti (figura 3), con in testa il Regno Unito. Otto paesi hanno raggiunto 40 punti o meno, di questi Austria e Grecia hanno ottenuto l'ultimo posto dal punto di vista delle misure di controllo.

Farmacoterapia per smettere di fumare

Sono state eseguite numerose metanalisi riguardo agli studi sugli interventi farmacologici di cessazione del fumo, le cui linee guida sono state pubblicate da numerose organizzazioni. I farmaci di prima linea sono i prodotti che sostituiscono la nicotina (cerotti, gomme da masticare, inalanti, spray nasali, pastiglie e spray orali), vareniclina e bupropione, l'efficacia dei

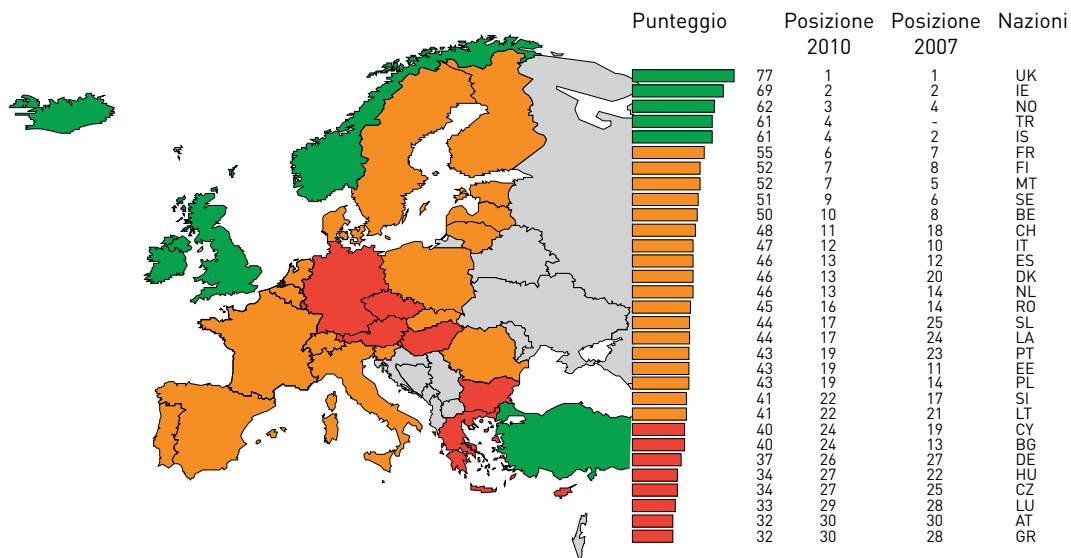


Figura 3 – Tobacco Control Scale 2010. Le nazioni sono classificate a partire da un valore di 100 sulla base della rigidità dei rispettivi provvedimenti legislativi sul controllo del tabacco. Un punteggio più elevato indica leggi più severe. Riprodotto da Association of European Cancer Leagues. 2011, con permesso dell'editore.

quali è stata scientificamente ben documentata, quando usati per 2–3 mesi. I loro effetti collaterali sono lievi e, comparati al placebo, sono in grado come minimo di raddoppiare le quote di cessazione a un anno (tabella 2). In ogni caso il risultato del 100% non è raggiungibile; nella maggior parte degli studi viene generalmente osservato un rapporto di cessazione di circa 25–35%, simile a quello di altre dipendenze come alcol e oppiacei. Smettere di fumare significa spezzare una rete complessa di abitudine e dipendenza; per ottenere risultati tangibili è necessario integrare il supporto psicologico con i farmaci.

Attività di supporto per smettere di fumare

Se l'intervento è minimale - tipo la fornitura di materiale per stimolare l'autodecisione - l'effetto è per lo più scarso. Il supporto telefonico è efficace e può trovare impiego sia insieme che in alternativa al contatto personale, in aggiunta a interventi di auto aiuto. Un breve intervento informativo (meno di 3 minuti) a cura del medico di famiglia o di personale infermieristico provoca l'incremento piccolo, ma significativo, delle quote di cessazione, intorno al 2 – 3%. In ogni caso c'è un'efficacia dose – risposta nel caso di supporto da persona a persona, che dipende dalla durata e dalla frequenza degli interventi. La terapia di gruppo sembra avere la stessa efficacia degli interventi individuali.

	OR (95% CI)	Rapporto % di interruzione a 1 anno
Placebo	1.0	13.6
Monoterapia		
Vareniclina	3.1 (2.5–3.8)	33.2
Cerotti alla nicotina ad alto dosaggio	2.3 (1.7–3.0)	26.5
Gomme alla nicotina (per più di 14 settimane)	2.2 (1.5–3.2)	26.1
Bupropione SR	2.0 (1.8–2.2)	24.2
Terapia di combinazione		
Cerotto + terapia sostitutiva della nicotina a piacere	3.6 (2.5–5.2)	36.5
Cerotto + Bupropione SR	2.5 (1.9–3.4)	28.9
Cerotto + inhaler	2.2 (1.3–3.6)	25.8

Tabella 2 – Efficacia dei farmaci di prima linea per la cessazione del fumo. Metanalisi di dati da studi sulla cessazione del fumo, verso placebo, controllati, che riportano le quote di interruzione a un anno, utilizzando i farmaci sopra indicati per 3 mesi, insieme con attività di supporto. Il paragone è dato dal braccio del placebo, che non prevede i farmaci, ma il supporto. I risultati sono mostrati come odds ratio (OR) con il 95% di intervallo di confidenza (CI) e come % dei soggetti che non fumano a 1 anno; OR esprime l'incremento proporzionale della quota di interruzione in paragone al placebo (per esempio, con vareniclina la quota di interruzione è stata 3.1 volte rispetto al placebo). Modificato da: Fiore et al., 2008.

Benefici dalla cessazione del fumo

In paragone a coloro che non hanno mai fumato i fumatori abituali a lungo termine di sigarette soffrono di una maggiore mortalità a causa delle malattie indotte dal fumo. Gli ex fumatori hanno una sopravvivenza media più lunga dei fumatori attivi. L'evidenza che proviene da uno studio longitudinale effettuato nel Regno Unito in dottori maschi è particolarmente convincente: la mortalità nei fumatori è risultata quasi il doppio rispetto a coloro che non avevano mai fumato, la BPCO ha manifestato una prevalenza superiore di 13 volte e il cancro del polmone di 15 volte.

Dopo un periodo di osservazione di 50 anni le conclusioni sono state che i fumatori muoiono 10 anni prima rispetto i non fumatori. Smettere di fumare a 60, 50, 40 o 30 anni di età garantisce circa 3, 6, 9 o 10 anni di aspettativa di vita, rispettivamente. La figura 2 illustra schematicamente l'effetto della cessazione sulla percentuale di diminuzione del FEV₁.

È necessario istituire uno studio di intervento nel quale i fumatori smettono e ne viene osservato l'esito, per stabilire un nesso causale tra cessazione del fumo e benefici per la salute. Uno degli studi migliori è US Lung Health Study, ampio, randomizzato e controllato, eseguito in 5587 pazienti con BPCO lieve: i suoi risultati hanno evidenziato come interventi ripetuti durante 5 anni abbiano provocato un rapporto di cessazione dal fumo del 37%. Dopo 14.5 anni la funzionalità respiratoria era sensibilmente migliore in coloro che avevano smesso; costoro avevano inoltre un rapporto di sopravvivenza maggiore rispetto coloro che avevano continuato a fumare.

In un altro studio la qualità della vita di pazienti BPCO, moderata o grave, era significativamente migliore un anno dopo la cessazione del fumo rispetto ai fumatori attivi.

Costo – efficacia della cessazione del fumo

“
*Gli interventi
di cessazione
del fumo sono
efficaci in
termini di costi
– benefici:
£ 1.100 – 2.800
per QALY
garantito*
”

La cessazione del fumo mediante supporto e farmaci è uno degli interventi più efficaci in medicina per ridurre la patologia e prolungare la vita. Questa affermazione è confermata da oltre 200 studi scientifici; inoltre più intensivo è l'intervento più è elevato il rapporto costo – efficacia. La valutazione costo – efficacia di una serie di interventi di assistenza sanitaria, sulla base dell'attesa di vita corretta per la disabilità (QALYs), ha permesso di verificare come la rinuncia a fumare, in seguito a colloquio con il medico di famiglia, sia al terzo posto della scala, che comprende 21 interventi di tipo medico e chirurgico, destinati a prevenire o curare malattie. Gli interventi di cessazione del fumo hanno avuto un elevato rapporto costo – beneficio, circa £1.120 – 2.800 per il miglioramento di QALYs, sulla base di una relazione del UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Analogamente, una recente metanalisi olandese, effettuata su pazienti con BPCO, ha rilevato un miglioramento di QALY di solo € 2.400, in seguito a supporto intensivo più terapia farmacologica.

Una ricerca USA ha rilevato come la copertura assicurativa di interventi di cessazione del fumo migliori l'attività di supporto basata sull'evidenza e l'apporto di farmaci: ne consegue che la quota di popolazione che smette di fumare è superiore.

Dal 2000 l'UK National Health Service ha offerto supporto e farmaci gratuiti; il tema del rimborso è materia di dibattito nella maggior parte degli altri Paesi europei. Infatti il rimborso delle spese per il supporto e le medicine sembra aumentare l'adesione alle linee guida e i risultati che conseguono i fumatori coinvolti nel programma di cessazione del fumo.

Linee guida ERS sulla cessazione del fumo

Nel 2007 l'ERS ha pubblicato le linee guida relative alla cessazione del fumo in pazienti con patologia respiratoria. Le conclusioni più importanti sono:

- 1) Pazienti affetti da malattie respiratorie hanno un bisogno di smettere di fumare maggiore e più urgente, rispetto alla media dei fumatori.
- 2) Il trattamento di cessazione del fumo dovrebbe essere integrato con la cura delle condizioni respiratorie.

- 3) La terapia dovrebbe includere l'impiego di farmaci (terapia sostitutiva della nicotina, bupropione o vareniclina) insieme con il supporto motivazionale.
- 4) I medici che si occupano di malattie dell'apparato respiratorio dovrebbero essere addestrati per fornire loro le conoscenze, l'attitudine e le competenze per fornire questi interventi o per individuare lo specialista appropriato.

Secondo una relazione da "Europe Quitting: Progress and Pathways", oltre 78 milioni di fumatori europei vorrebbero smettere, ma la metà di coloro che abbiano tentato di farlo giudicano i servizi di cessazione del fumo inadeguati, scarsi e inaccettabili. I curricula di tutti

Sviluppi futuri



La priorità dovrebbe essere la prevenzione primaria. Inoltre è importante rendere gli interventi di cessazione del fumo disponibili per tutti i fumatori con patologia respiratoria. Vi sono interventi con un buon rapporto costo – efficacia, ma sono sottoutilizzati. Gli amministratori ospedalieri e le società respiratorie nazionali hanno un loro ruolo nel tentare di migliorare la qualità dell'assistenza, in questo ambito. Inoltre è necessario che l'ERS continui a guidare questo processo di miglioramento.

Conclusioni

- 1) Per prevenire l'abitudine al fumo nei giovani è importante aumentare le aree pubbliche ove sia vietato il fumo e incrementare il prezzo delle sigarette, così da ridurre morbosità e mortalità a 20 anni e oltre.
- 2) Dovrebbero essere ulteriormente implementati gli interventi globali contro il fumo nelle comunità, nelle nazioni e in ambito EU, compreso la neutralizzazione delle confezioni e l'arresto graduale delle vendite.
- 3) Per ridurre l'onere della patologia respiratoria indotta dal tabacco, soprattutto BPCO e cancro del polmone, è importante incoraggiare tutti i fumatori attivi a smettere per ridurre la morbosità e la mortalità da fumo nel corso dei due decenni successivi.
- 4) La cessazione del fumo (supporto in combinazione con farmaci) è uno dei trattamenti medici più efficaci in termini di costi; dovrebbe essere impiegato più diffusamente e i suoi costi dovrebbero essere rimborsati completamente. Note di educazione e addestramento in questo campo dovrebbero essere incluse nei curricula di tutti gli operatori sanitari e degli studenti in medicina.
- 5) Il modello britannico, che prevede cliniche pubbliche per la cessazione del fumo ogni 150.000 persone e il rimborso della terapia relativa, potrebbe essere tale anche per le altre nazioni europee.
- 6) Le proposte contenute nel WHO Framework Convention of Tobacco Control dovrebbero essere ulteriormente implementate in ambito europeo.



Epidemiologia del fumo

- European Commission. Special Eurobarometer: Attitudes of Europeans Towards Tobacco. ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf
- Lightwood J, Glantz SA. The effect of the California Tobacco Control Program on smoking prevalence, cigarette consumption, and healthcare costs: 1998–2008. *PLoS One* 2013; 8: e47145.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3: e442.
- World Health Organization. Tobacco Factsheet. 2011. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
- World Health Organization Global Health Observatory. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning About the Dangers of Tobacco. Geneva, World Health Organization, 2011. whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf
- Zatoński W, Przewoźniak K, Sulkowska U, et al. Tobacco smoking in countries of the European Union. *Ann Agric Environ Med* 2012; 19: 181–192.

Malattie associate al fumo

- Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *Br J Cancer* 2005; 14: 426–429.
- Fowles JE, Dybing E Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituents of cigarette smoke. *Tob Control* 2003;12: 424–430
- GHK. A Study on Liability and the Health Costs of Smoking. DG SANCO (2008/C6/046). Updated Final Report, April 2012. ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_liability_final_en.pdf
- Peto R, Lopez A, Boreham J, et al. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000. 2nd Edn. New York, Oxford University Press, 2006.
- Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013; 381: 133–141.
- Schroeder SA. New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *N Engl J Med* 2013; 368: 389–390.
- Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368: 351–364.

Dipendenza dalla nicotina

- Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther* 2008; 83: 531–541.
- US Dept of Health and Human Services. Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Rockville, US Dept of Health and Human Services, 1998.

I benefici ottenuti dalla cessazione del fumo

- Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 675–679.
- Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, et al. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality. *Ann Intern Med* 2005; 142: 233–239.

Cessazione del fumo

- EQUIPP: Europe Quitting: Progress and Pathways. London, Bridgehead International, 2011. www.ensp.org/sites/default/files/uploads/EQUIPP_report.pdf
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD006103.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco use and Dependence: 2008 Update. Rockville, US Dept of Health and Human Services, 2008.
- Jha P, Ramasundaramhettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368: 341–350.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD000146.
- Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al. Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J* 2009; 34: 634–640.
- Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390–417.

Costi benefici della cessazione del fumo

- Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997; 278:1759–1766.
- NHS Centre for Reviews & Dissemination. A Rapid and Systematic Review of the Clinical and Cost Effectiveness of Bupropion SR and Nicotine Replacement Therapy (NRT) for Smoking Cessation. York, NHS Centre for Reviews & Dissemination, 2002.
- Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53: Suppl. 5, S1–S38.

Legislazione anti-tabacco

- Association of European Cancer Leagues. The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. Brussels, Association of European Cancer Leagues, 2011. www.europeancancerleagues.org/images/stories/The_TCS_2010_in_Europe_Final_4.pdf
- Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tob Control* 2012; 21: 172–180.
- Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Rep* 1998; 9: 39–49.
- Currie L, Townsend J, Leon Roux M, et al. Pricing Policies and Control of Tobacco in Europe. Policy Recommendations for Tobacco Taxation in the European Union. Dublin, TobaccoFree Research Institute, 2012. www.ppacte.eu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=194&Itemid=29
- DiFranza JR. Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected to reduce smoking? *Tob Control* 2012; 21: 436–442.
- Kemp FB. Smoke free policies in Europe. An overview. *Pneumologia* 2009; 58: 155–158.
- McRobbie H, Raw M, Chan S. Research priorities for Article 14 – demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. *Nicotine Tob Res* 2013; 15: 805–816.
- Raw M. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) Article 14 guidelines: a new era for tobacco dependence treatment. *Addiction* 2011; 106: 2055–2057.
- US Dept of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1994.
- World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf.111