

LA STRATEGIA EUROPEA DELL'OMS DELLA POLITICA DI DISASSUEFAZIONE DAL FUMO

WHO Europe

ESTC Series- Paper I

WHO- 2003

- traduzione dall'originale inglese di Stefano Nardini- che si assume la responsabilità della accuratezza della traduzione

- translation into Italian by Stefano Nardini The translator of this document is responsible for the accuracy of the translation

sommario breve

la strategia europea della OMS per la politica di disassuefazione dal fumo intende fornire linee guida e supporto agli stati membri per metterli in grado di rinforzare le loro attività di disassuefazione dal fumo. Questa è la prima pubblicazione della nuova serie di documenti di strategia che seguono l'adozione della strategia europea per il controllo del fumo. Sebbene questo documento sia focalizzato sugli interventi organizzati per aiutare fumatori a smettere all'interno dei sistemi sanitari, questi interventi dovrebbero comunque essere compresi all'interno di una strategia completa di controllo del fumo in grado di utilizzare un gran numero di politiche.

Il documento descrive l'efficacia delle misure che influenzano la domanda di prodotti derivati dal tabacco e dei differenti interventi volti a facilitare i cambiamenti nel comportamento e negli atteggiamenti dei fumatori. Questo documento propone priorità nella politica di disassuefazione dal fumo sia per i paesi che si trovino nella fase iniziale o di transizione delle politiche di controllo del fumo sia per quei paesi che hanno o stanno già sviluppando programmi completi di controllo del fumo. Presenta i differenti elementi per costruire un sistema nazionale di politica di disassuefazione dal fumo e sottolinea la necessità di una sua valutazione e di una collaborazione internazionale descrivendo, in particolare, di ruolo dell' OMS.

parole chiave

Fumo- prevenzione e controllo
Disassuefazione dal fumo
Tabacco- legislazione
Politica pubblica
Fumo- terapia
Pianificazione strategica
Linee guida
Programmi sanitari nazionali
Cooperazione internazionale
Europa

Indice

Riassunto

pg.

1. Introduzione

- Obiettivi e sviluppi recenti
- Il rationale per la politica di disassuefazione dal fumo

2. L'efficacia della politica per la disassuefazione dal fumo

- Interventi di massa sulla popolazione
- Interventi progettati per aiutare fumatori motivati a combattere la loro dipendenza

3. L'efficacia rispetto al costo delle politiche di disassuefazione dal fumo

4. Stabilire le priorità nella politica di disassuefazione dal fumo secondo i differenti approcci al controllo del fumo

- Paesi nella fase iniziale che di transizione della politica di controllo del fumo
- Paesi che già hanno o stanno sviluppando programmi di controllo del fumo onnicomprensivi
- il regno unito come un caso da studiare

5. Costruire la politica per la disassuefazione dal fumo

- Le persone e le organizzazioni: sviluppo delle risorse umane
- Sviluppare i contenuti: cosa può essere fatto. (e da chi)?
- Preparare la formazione
- Raggiungere i gruppi prioritari
- Rendere la politica di disassuefazione dal fumo più attenta alle differenze di genere
- Integrare i trattamenti nei sistemi sanitari nazionali
- Regolamentazione
- supportare la ricerca
- opportunità e sfide

6 Valutazione della politica di disassuefazione dal fumo

7. La collaborazione internazionale e il ruolo della OMS

Bibliografia e letture consigliate

Ringraziamenti

Riassunto

La strategia europea per la politica di disassuefazione dal fumo della organizzazione mondiale della sanità si propone di fornire linee guida e supporto agli stati membri della regione europea della OMS per metterli in grado di rinforzare le loro attività di disassuefazione dal fumo. Questa è la prima pubblicazione di una nuova serie di documenti strategici che seguono l'adozione della strategia europea per il controllo del fumo. Sebbene questo documento sia focalizzato sugli interventi nell'ambito del sistema sanitario volti a aiutare i fumatori a smettere, questi interventi dovrebbero comunque essere compresi all'interno di una strategia completa di controllo del fumo comprendente un largo spettro di politiche.

La disassuefazione dal fumo è uno dei più importanti componenti di una politica completa di controllo del fumo, che è in grado, come enfatizzato dalla dichiarazione di Varsavia per una Europa libera dal fumo e dalla strategia europea per il controllo del fumo, contribuisce in maniera decisiva alla riduzione della prevalenza di fumatori. La convenzione quadro sul controllo del fumo (FCTC) stabilisce obblighi generali per sviluppare e disseminare linee guida basate sulle evidenze scientifiche e sulla migliore pratica clinica e per implementare programmi efficaci e servizi efficaci per trattare la dipendenza da fumo.

Il razionale per la politica di disassuefazione dal fumo parte dalla constatazione che la grande maggioranza delle morti stimate causate dal fumo di tabacco nel prossimo quarto di secolo avverranno fra persone che sono attualmente fumatori o che comunque usano prodotti derivati dal tabacco. Così il numero di morti salirà comunque se nessun adulto deciderà di smettere o se ci sarà soltanto una riduzione nei giovani che iniziano fumare. La disassuefazione del fumo degli adulti è perciò essenziale che per migliorare la salute della comunità in modo relativamente veloce.

Il documento descrive l'efficacia delle misure che influenzano la domanda dei prodotti derivati dal tabacco (in particolare la tassazione e la legislazione) e dei differenti interventi (come campagne di informazione e educazione basate sui mezzi di comunicazione di massa, i concorsi del tipo "Quit and win", le linee telefoniche di aiuto per smettere, e i trattamenti di disassuefazione) direttamente volti a facilitare un cambiamento nel comportamento dei fumatori ovvero nelle loro attitudini.

In termini di costo efficacia, i dati mostrano che la tassazione ha il maggiore impatto. Se ci si limita a considerazioni esclusivamente di salute, maggiore è la tassazione, maggiore la riduzione nella prevalenza di fumatori. Per ottenere ancora maggiori miglioramenti, la combinazione di tassazione, legislazione e informazione sanitaria è utilizzabile ed è estremamente costo efficace nei differenti strati di mortalità della regione europea. Aggiungere la terapia sostitutiva con nicotina (NRT) certamente aumenta il costo delle politiche di disassuefazione dal fumo ma ne aumenta altrettanto l'efficacia.

Questo documento propone delle priorità nella politica di disassuefazione dal fumo per i paesi che si trovano sia nella fase iniziale che nella fase di transizione delle politiche di controllo del fumo e anche per i paesi che hanno, oppure stanno sviluppando, programmi completi di controllo del fumo. Esso presenta gli elementi per costruire una politica nazionale di disassuefazione dal fumo basata sull'esperienza di paesi come il Regno Unito che ha una competenza in questa area ben sviluppata e consolidata da lungo tempo. Il documento esamina importanti questioni come ad esempio lo sviluppo delle risorse umane, il contenuto dei programmi di sviluppo, la possibilità di formazione e addestramento, la capacità di raggiungere i gruppi a maggiore priorità di intervento, e di rendere le politiche di disassuefazione dal fumo più genere-specifiche, l'integrazione dei trattamenti nel sistema sanitario nazionale, la ricerca, la regolazione del mercato della nicotina, le opportunità e le sfide.

Al termine, il documento sottolinea la necessità della continua valutazione del programma e della collaborazione internazionale, descrivendo in particolare ruolo della organizzazione mondiale della sanità. Questo documento è in particolare indirizzato ai decisori politici, ai professionisti della salute, agli amministratori del sistema sanitario, alle organizzazioni e alle associazioni professionali.

1. Introduzione

Questo documento si propone di fornire supporto e linee guida agli stati membri della regione europea della organizzazione mondiale della sanità per metterli in condizione di rinforzare le loro attività di disassuefazione dal fumo. La disassuefazione dal fumo è una delle più importanti componenti di una politica completa di controllo del fumo che, come enfatizzato dalla dichiarazione di Varsavia per una Europa libera dal fumo (1) e dalla strategia europea per il controllo del fumo (2), contribuisce in maniera determinante alla riduzione della prevalenza di fumatori. La convenzione quadro sul controllo del fumo stabilisce delle obbligazioni di carattere generale per sviluppare e disseminare linee guida basate sulle evidenze scientifiche e sulle migliori pratiche cliniche al fine di implementare efficaci programmi e servizi per il trattamento della dipendenza da fumo (3).

Molte sono le politiche in grado di influenzare la motivazione dei fumatori a smettere di fumare e il loro successo nel tentativo di smettere. Le misure di controllo del fumo come per esempio la tassazione, l'abolizione della pubblicità, le aree libere da fumo e le campagne di informazione ed educazione sanitaria aumentano la motivazione dei fumatori a smettere e li incoraggiano a fare tentativi per smettere e a sottoporsi a trattamenti medici se questi sono disponibili. Contribuiscono anche a creare un clima che rende più semplice all'ex fumatore rimanere astinente.

Sebbene questo documento sia focalizzato sull' inserimento degli interventi progettati per aiutare i fumatori a smettere all'interno del sistema sanitario, questi interventi dovrebbero comunque essere inseriti all'interno di una strategia complessiva di controllo del fumo che impieghi un largo spettro di politiche. Nel caso ciò non fosse, allora è verosimile che la richiesta di trattamenti per smettere rimanga bassa, dal momento che prima di tutto i fumatori debbono essere motivati a smettere prima che cerchino aiuto per questo.

In più gli interventi dovrebbero essere basati su forti evidenze di efficacia il modo da fare il miglior uso di risorse che sono già scarse. Così, considerando quali interventi introdurre, un paese dovrebbe prendere in considerazione la forza delle evidenze a supporto dei singoli interventi e come questi possono essere influenzati da fattori culturali specifici una volta introdotti nei sistemi sanitari caratteristici dei singoli paesi. Così, ad esempio, una campagna pubblicitaria è improbabile che sia efficace se è semplicemente importata da un altro paese; essa dovrebbe essere dapprima sperimentata, per valutare il suo impatto e adattata se necessario al nuovo paese.

Obiettivi e sviluppi recenti

L'obiettivo generale di questo documento è fornire ai decisori nazionali e locali, agli amministratori del sistema sanitario e ai professionisti sanitari nuove opportunità per sviluppare politiche e interventi di disassuefazione dal fumo veramente efficaci nel ridurre la morbilità e la mortalità fumo correlate.

Questo documento evidenzia gli ostacoli che si frappongono allo sviluppo e alla implementazione di politiche ed interventi efficaci- principalmente la mancanza di conoscenze sulla efficacia e sulla efficacia rispetto al costo dei differenti tipi di intervento di disassuefazione dal fumo, la mancanza di una adeguata cornice e di supporto nella implementazione delle attività e delle politiche di disassuefazione dal fumo.

Gli interventi analizzati sono quelli direttamente rivolti ai fumatori, particolarmente attraverso il sistema sanitario nazionale (come ad esempio le campagne di comunicazione di massa, i concorsi "Quit & Win", le linee telefoniche di assistenza e i trattamenti per la disassuefazione dal fumo). Un'ulteriore attenzione è posta alle politiche e agli interventi che influenzano più generalmente la domanda di prodotti derivati dal tabacco (in particolare, la tassazione e la legislazione).

La strategia della organizzazione mondiale della sanità per la politica di disassuefazione dal fumo prende in considerazione le conoscenze esistenti e i loro più recenti sviluppi:

-l'accordo quadro per il controllo del fumo, nella parte relativa alla dipendenza da fumo e alla disassuefazione (3).

-le raccomandazioni della strategia europea per il controllo del fumo, che sono state adottate dalla 52esima sessione del comitato regionale per l'Europa (2). Questa ha raccomandato che un documento sulla disassuefazione dal fumo fosse il primo a essere pubblicato nella nuova serie di documenti di strategia della organizzazione mondiale della sanità dopo la pubblicazione della strategia europea per il controllo del fumo.

-le raccomandazioni basate sulle evidenze di efficacia europee della organizzazione mondiale della sanità per il trattamento della dipendenza da fumo pubblicate nel 2001 (4, 5).

-la più recente revisione dell'efficacia dei trattamenti disponibili (6) così come le strategie raccomandate per ridurre il rischi per la salute e presentate ne: The World health report (7).

Lo sviluppo della strategia ha seguito un processo ripetuto di stesura di bozza, revisione e discussione. Martin Raw e Ann Mc Neill, riconosciuti esperti internazionali in questo campo, hanno preparato una bozza del documento, e un comitato formato da controparti nazionali della organizzazione mondiale della sanità e da una rete selezionata di esperti lo ha revisionato. Dopo che nel documento sono stati inclusi i commenti e i suggerimenti, una seconda bozza è stata visionata da un centro di collaborazione dell'OMS e da altri esperti. La bozza finale è stata revisionata da una diversa rete di controparti nazionali europee della OMS che hanno agito come un gruppo di consiglieri internazionali della strategia europea per il controllo del fumo. Il processo di orientamento e di sviluppo sono stati seguiti dalla direzione generale del programma "Europa senza fumo" (Tabacco-free Europe) dell'ufficio regionale della organizzazione mondiale della sanità per l'Europa, in cooperazione con altri uffici.

La forza delle evidenze è stata valutata sulla base di una scala che parte dalla evidenza più forte per arrivare al consenso degli esperti o lo studio di casi.

I termini utilizzati in questo documento rispondono alle seguenti definizioni.

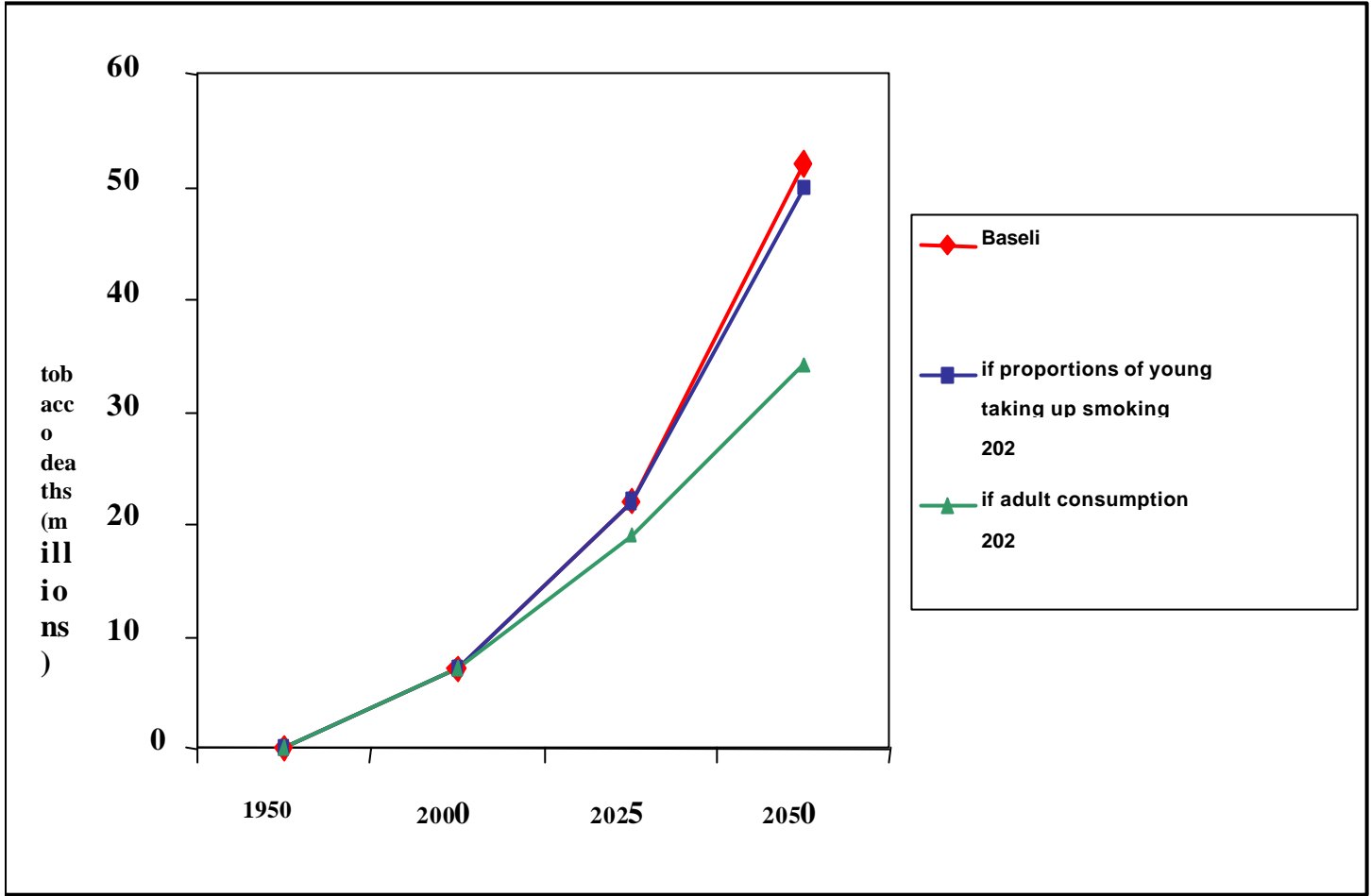
La dipendenza da fumo è una condizione patologica che tende a recidivare cronicamente. Una minoranza dei fumatori o dei consumatori di prodotti derivati dal tabacco-cioè sia di coloro che fumano sia di coloro che utilizzano derivati dal tabacco "smokeless"- riesce a raggiungere una astinenza permanente dopo un iniziale tentativo di smettere. Invece la maggior parte di coloro che vogliono smettere passano attraverso periodi ripetuti di recidive e di remissioni. Come per qualsiasi altra malattia cronica, anche a coloro che sono affetti da dipendenza da fumo dovrebbe essere offerto adeguato ed efficace trattamento.

Il trattamento della dipendenza da fumo comprende (da soli o in combinazione) interventi sia comportamentali che farmacologici come ad esempio il trattamento breve e il counselling, il trattamento intensivo e la somministrazione di farmaci che contribuiscono a ridurre o a invertire la tendenza della dipendenza da fumo nei soggetti e nella popolazione in generale (4, 5). Gli Interventi descritti sono pertinenti alle differenti forme di uso del tabacco (fumato o no).

Il razionale per la politica di disassuefazione dal fumo

La regione europea della organizzazione mondiale della sanità, con solo il 15% della popolazione mondiale, ha circa un terzo del numero globale di malattie correlate al fumo. Il rapporto sulla salute e nel mondo del 2002 (7) ha presentato nuove cifre che fissano a 1,6 milioni i morti per l'anno 2000 e mostrano un sostanziale incremento negli anni recenti. La grande maggioranza delle morti stimate causate dall'uso del fumo nel prossimo quarto di secolo avverranno fra le persone che sono attualmente fumatori o usano i prodotti derivati dal tabacco. Secondo Peto e Lopez (8), se si riuscisse a ridurre della metà il consumo totale di sigarette per adulti adesso nell'anno 2020 verrebbero prevenuti almeno un terzo delle morti correlate al fumo e, nel secondo quarto di questo secolo, tali morti si dimezzerebbero. Tali cambiamenti potrebbero evitare fra i sette i dieci milioni di morti per l'anno 2025 nella regione europea.

Aumentare i tassi di disassuefazione dal fumo negli adulti è l'elemento critico per migliorare la salute della comunità nel breve e medio periodo. Ciò perché i fumatori muoiono di malattie correlate al fumo nella mezza età (definita dagli epidemiologi come compresa fra i 35 e i 69 anni) come risultato dell'intervallo compreso fra i 25 e i 30 anni che intercorre fra l'inizio del fumo e lo sviluppo di una malattia grave. Così, misure che tendono a persuadere i giovani a non iniziare a fumare non avranno effetto fin quando costoro non saranno arrivati alla mezza età, -dai 30 a 50 anni dopo l'intervento. I fumatori adulti al contrario, sono prossimi a contrarre malattie fumo correlate. Così il numero di morti crescerà se nessun adulto smetterà o se ci sarà soltanto una riduzione nel numero di giovani che cominciano fumare. La disassuefazione dal fumo degli adulti è perciò essenziale per migliorare la salute pubblica in modo relativamente veloce. questo è illustrato nella figura 1, che mostra come il numero di morti nel mondo crescerà nei primi cinquant'anni di questo secolo se nessun adulto smetterà nei prossimi vent'anni o se ci sarà soltanto una riduzione nel numero di giovani che iniziano a fumare.



Una enorme quantità di ricerche internazionali dimostra che le politiche di disassuefazione dal fumo e i relativi interventi sono efficaci e costo-efficaci (9). Essi includono due ampie categorie di attività:

-politiche di interventi di massa di attività volte a persuadere i fumatori a smettere di fumare, come prezzi più alti attraverso la tassazione, restrizione del diritto di fumare nei luoghi pubblici e campagne di educazione sanitaria di massa; e

-politiche e attività progettate per aiutare i fumatori dipendenti che sono già motivati a smettere.

Questi approcci non dovrebbero essere considerati alternativi ma complementari poiché di essi raggiungono differenti strati di popolazione e poiché, senza un più ampio approccio orientato alla popolazione, i fumatori non sarebbero motivati a tentare di smettere.

La prima categoria di interventi porta un importante contributo per incoraggiare i fumatori a smettere. Queste politiche aiutano a convertire i fumatori che non sono interessati a smettere in fumatori che sono interessati a un tentativo (10).

Gli approcci che offrono un trattamento aiutano i fumatori a vincere la loro dipendenza. Il fumo è sostanzialmente un modo di auto-somministrarsi nicotina che l'organizzazione mondiale della sanità (11) e l'associazione psichiatrica americana (12) hanno riconosciuto essere una sostanza additiva che provoca dipendenza, cioè una malattia cronicamente recidivante. Questa è la ragione principale per cui solo una piccola percentuale di fumatori ogni anno (0,5-5%) riescono a raggiungere l'astinenza duratura senza l'aiuto di un supporto, anche in paesi nei quali le politiche di controllo del fumo sono avanzate e dove le conseguenze sulla salute dell'uso dei prodotti derivati dal tabacco sono ampiamente conosciute (13).

2. L'efficacia della politica per la disassuefazione dal fumo

Numerose esperienze dimostrano che gli interventi progettati per aiutare i fumatori dipendenti dalla nicotina sono maggiormente efficaci quando fanno parte di una strategia di controllo del fumo complessiva in grado di utilizzare insieme un largo spettro di politiche e attività.

Interventi di massa sulla popolazione

Aumentare le tasse sui prodotti derivati dal tabacco è una delle più efficaci componenti di una politica complessiva di controllo del fumo. Aumentare costantemente i prezzi reali riduce il consumo e la prevalenza dell'uso dei prodotti derivati dal tabacco. Secondo la Banca Mondiale, in media, per ogni aumento dei prezzi di un pacchetto di sigarette di circa il 10%, la domanda di sigarette si riduce di circa il 4% nei paesi industrializzati e di circa l'8% nei paesi a basso o medio tasso di sviluppo. I ricercatori stimano che metà dell'effetto dell'aumento dei prezzi sia sulla prevalenza: una riduzione del 2% di prevalenza nei paesi industrializzati e una riduzione del 4% nei paesi a basso e medio reddito. L'altra metà della riduzione si otterrebbe sul numero di sigarette fumate dai fumatori che (9).

La legislazione sull'esposizione al fumo passivo ambientale può anche contribuire a ridurre il consumo medio di prodotti derivati dal tabacco e la prevalenza di fumatori. Tuttavia, l'efficacia delle restrizioni sul fumo dipende dalla loro forza e dalla mobilitazione della opinione pubblica attraverso campagne complete di informazione. Negli Stati Uniti, diverse stime hanno evidenziato che lo sviluppo di una legislazione tesa ad eliminare il fumo nei luoghi pubblici e la sua totale applicazione hanno potuto ridurre il consumo medio dei prodotti derivati dal tabacco di una percentuale compresa fra il 4 e il 10% e indurre un significativo numero di fumatori a smettere (9).

Le campagne di massa possono aumentare le conoscenze sugli effetti del fumo sulla salute e sui benefici dello smettere, cambiare e rafforzare le attitudini verso la disassuefazione, aumentare l'accettazione sociale delle misure decise (come ad esempio sulla tassazione e sul fumo passivo ambientale) e fornire stimoli per azioni locali (14). Le campagne sui mezzi di comunicazione di massa possono anche promuovere e supportare la fornitura di- e facilitare l'accesso a- servizi di disassuefazione dal fumo.

Interventi di comunità costituiti da concorsi per smettere di fumare come ad esempio " Smetti e vinci" volti a motivare fumatori a smettere sono attualmente disponibili in vari paesi del mondo.. Nella regione europea della organizzazione mondiale della sanità, 33 paesi hanno partecipato alla campagna del 2000. Degli studi di controllo hanno dimostrato che dopo un anno, in media il 20% dei partecipanti è rimasto astinente, sebbene le strategie di reclutamento, i tassi di partecipazione, i tassi di astinenza e quindi gli effetti sulla popolazione siano grandemente variabili da paese a paese (15).

Interventi progettati per aiutare fumatori motivati a combattere la loro dipendenza

Le linee telefoniche di aiuto usano due approcci principali: quello reattivo- nel quale i fumatori possono semplicemente telefonare al numero segnalato, e quello proattivo- nel quale i consulenti richiamano e forniscono supporto telefonico continuato. Il counselling telefonico proattivo è efficace a confronto con un altro tipo di intervento che non include il contatto personale. Ci sono delle evidenze che suggeriscono che le linee telefoniche di aiuto sono una parte utile del servizio di trattamento per i fumatori (16).

Il Trattamento della dipendenza da fumo

Le evidenze della letteratura scientifica supportano tre principali tipologie di intervento: l'intervento minimo e opportunistico per smettere di fumare fornito da un operatore sanitario, il supporto comportamentale del tipo faccia a faccia, la farmaco terapia, in particolare la terapia sostitutiva con nicotina (NRT) e il bupropione.

L'intervento minimo opportunistico fornito da un medico è efficace ed estremamente vantaggioso dal punto di vista della salute pubblica. C'è una forte evidenza che il supporto comportamentale faccia a faccia, in forma individuale o in gruppi, sia efficace di per sé, così come la farmaco terapia. L'evidenza mostra una correlazione fra la intensità dell'intervento e i tassi di successo raggiunti (intesi come astinenza nel lungo periodo). In termini generali, interventi meno intensi raggiungono tassi di successo inferiore. Essi potenzialmente però riescono usualmente a raggiungere un numero maggiore di persone. Le evidenze raccolte fino questo momento suggeriscono che il supporto comportamentale di gruppo e quello individuale hanno la stessa efficacia (5, 17, 18).

Tabella 1- Tassi di disassuefazione dal fumo ottenuti con differenti interventi

Tipo di intervento	Popolazione oggetto di intervento	Tasso di cessazione (intervallo di confidenza del 95%)
Consiglio breve opportunistico a smettere da parte di un medico	Fumatori che accedono a un ambulatorio di medicina generale	2% (1-3%)
Supporto comportamentale intensivo faccia-a-faccia da parte di uno specialista	Fumatori moderati o forti motivati a cercare aiuto per smettere	7% (3-10%)
Supporto comportamentale intensivo faccia-a-faccia da parte di uno specialista	Fumatori ricoverati in ospedale	4% (0-8%)
NRT con supporto comportamentale limitato	Fumatori moderati o forti motivati a cercare aiuto per smettere	5% (4-7%)
NRT con supporto comportamentale intensivo	Fumatori moderati o forti motivati a cercare aiuto per smettere	8% (6-12%)
Bupropione	Fumatori moderati o forti oggetto di trattamento comportamentale intensivo	9% (5-14%)
Aiuto telefonico pro-attivo	Fumatori motivati a cercare aiuto per smettere ma che non ricevono un supporto faccia-a-faccia	2% (1-4%)
Opuscoli a stampa di auto-aiuto	Fumatori motivati a cercare aiuto per smettere	1% (0-2%)

Fonte: <http://www.treatobacco.net/efficacy/efficacy.cfm>, consultato il 19 marzo 2003

Una recente rassegna delle evidenze internazionali mostra che tutti i prodotti commercialmente disponibili di NRT sono efficaci come parte di una strategia per promuovere la disassuefazione dal fumo, aumentando di circa una e mezza e fino a due volte i tassi di successo a sei mesi (19, 20).

3. L'efficacia rispetto al costo delle politiche di disassuefazione dal fumo

Le politiche di disassuefazione dal fumo e gli interventi relativi sono efficaci, ma introdurli nell'ambito del sistema sanitario comporta comunque l'utilizzo di risorse, e la competizione per tali risorse, sia nei sistemi sanitari finanziati pubblicamente sia in quelli finanziati privatamente, significa che la applicazione continuata di nuovi trattamenti dipende sempre più dalla dimostrazione della loro efficacia in rapporto al costo. In ciascun paese sarà essenziale discutere i benefici degli interventi per la disassuefazione dal fumo in termini di efficacia rispetto i costi. Diventa quindi critico spiegare la differenza fra l'efficacia in assoluto e l'efficacia rispetto il costo a coloro i quali gestiscono e pagano i servizi sanitari. Diversi studi dimostrano quanto i trattamenti della dipendenza da fumo siano efficaci rispetto il costo.

Un rapporto del 2000 dell' US Surgeon General sottolinea che la disassuefazione dal fumo è uno dei trattamenti sanitari più costo efficaci in assoluto (21). I dati sottolineano che la disassuefazione dal fumo è di gran lunga più costo-efficace della maggior parte degli interventi sanitari. Ciò significa che nel tempo, introdurre trattamenti di disassuefazione dal fumo nel sistema sanitario nazionale libererà risorse per altre necessità.

Una analisi dell'efficacia rispetto al costo delle implementazione delle linee guida e di clinica pratica del 1996 prodotte dalla Agency for Health Care Policy and Research “*Smoking Cessation*” ha dimostrato che il costo per anno di vita salvato aggiustato per la qualità, andava da 1100 a 4500 dollari americani rispetto ai 23.300 dollari spesi per lo screening dell'ipertensione arteriosa fra i quarantenni e ai 61.700 per la mammografia annuale delle donne di età compresa fra i 40 e i 49 anni. Una stima simile nel regno unito ha mostrato che il costo per un anno di vita aggiunto con l'introduzione di un sistema completo per il trattamento della dipendenza da fumo andava da 210 sterline (315 dollari americani) a 870 sterline (1300 dollari americani). In più questo è stato confrontato da una rassegna internazionale con una serie di 310 trattamenti medici, i quali costavano in media 25.500 dollari americani per ogni anno di vita guadagnato (22). Inoltre, servizi di trattamento onnicomprensivo per fumatori nell'ambito del servizio sanitario nazionale sono ormai operativi da più di tre anni in molte zone del regno unito, e la loro effettiva efficacia rispetto al costo è stata attentamente valutata. Usando delle stive assolutamente conservative, l'efficacia rispetto al costo dei nuovi servizi è stata stimata di circa 600 sterline (960 dollari americani) per anno di vita guadagnato per il trattamento di fumatori di età compresa fra i 35 e i 44 anni, e di 750 sterline (1200 dollari americani) per quelli di età compresa fra i 45 e i 54 anni (23). La valutazione della efficacia nella federazione russa ha mostrato che programmi di disassuefazione di tipo estensivo e possono aumentare la speranza di vita in media di tre anni, riducendo contemporaneamente il rischio di mortalità prematura (24).

La banca mondiale ha stimato che l'efficacia rispetto al costo di un trattamento con NRT finanziato con soldi pubblici, con una copertura del 25% è al di sotto dei 250 dollari americani per ogni anno di vita guadagnato aggiustato per la disabilità, nell'Europa orientale e nell'Asia centrale ed è di poco sotto i 300 dollari americani per ogni anno di vita aggiustato per la disabilità nei paesi a basso e medio reddito (9).

Il progetto CHOICE della OMS (25) è stato sviluppato per fornire un insieme di metodi e di strumenti standardizzati che possa essere utilizzato per analizzare i costi e gli effetti sulla salute della popolazione degli attuali e possibilmente dei futuri interventi per far fronte ai fattori di rischio più importanti. Le stime sui benefici degli interventi di disassuefazione dal fumo sono stati calcolati per tre strati di mortalità nella regione europea della organizzazione mondiale della sanità. La tabella 2 riporta l'analisi di costo efficacia in termini di dollari americani (aggiustati a parità di potere d'acquisto) per ogni anno di vita guadagnato aggiustato per la disabilità per ciascun intervento.

Tabella 2- Analisi della efficacia rispetto al costo (in Dollari- Stati Uniti per anni di vita aggiustati per l' invalidità) di differenti interventi di disassuefazione dal fumo secondo lo "strato di mortalità"^(a) della Regione Europea dell' OMS.

Intervento	EURO A	EURO B	EURO C
A1 Tassa globale media del 40% del prezzo finale	44	70	43
A2 Aumento delle tasse fino al 75% del prezzo finale	18	37	22
A3 Aumento delle tasse fino all' 89% del prezzo finale	13	31	18
A4 Produzione o rafforzamento delle leggi sulla qualità dell' aria interna	35	283	201
A5 Divieto totale alla pubblicità	189	198	129
A6 Disseminazione delle informazioni	337	327	243
A7 Terapia sostitutiva con nicotina (NRT) (b)	2164	2476	3689
A8 Combinazione 1 (A3+A6)	45	91	55
A9 Combinazione 2 (A3+A4+ A6)	79	135	84
A10 Combinazione 3 (A3+A5+ A6)	58	108	64
A11 Combinazione 4 (A3+A5)	28	60	34
A12 Combinazione 5 (A3+A4+A5)	63	112	67
A13 Combinazione 6 (A3+A4+A5+A6)	90	146	90
A14 Combinazione 7 (A3+A4+A5+A6+A7)	274	453	488

Fonte: WHOSIS database, 2002

(a) strato di mortalità: per aiutare ad analizzare i dati relativi alle morti, gli stati membri della OMS sono stati suddivisi in differenti strati di mortalità in base ai loro livelli di mortalità per le persone sotto i cinque anni di età e per quelli nella fascia di età compresa fra i 15 e i 59 anni. Per la regione europea gli stati membri sono così suddivisi:

EURO A (mortalità molto bassa sia per i bambini che per gli adulti): Andorra, Austria, Belgio, Croazia, repubblica CECA, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Islanda, Irlanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Malta, Monaco, paesi bassi, Norvegia, Portogallo, San marino, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, regno unito.

EURO B (mortalità bassa per i bambini per gli adulti): Albania, Armenia, Azerbaigian, Bosnia e Erzegovina, Bulgaria, Georgia, Kirghisistan, Polonia, Romania, Serbia e Montenegro, Slovacchia, Tagikistan, repubblica di macedonia, Turchia, Turkmenis tan, Uzbekistan.

EURO C (mortalità bassa per i bambini alta per gli adulti): Bielorussia, Estonia, Ungheria, Kazakistan, Lettonia, Lituania, repubblica di Moldavia, federazione russa, Ucraina.

(b) terapia sostitutiva con nicotina: trattamento con gomma da masticare alla nicotina (20 milligrammi al giorno) per tre mesi, comprendente una visita periodica a un medico di medicina generale o un ambulatorio (una al mese) e un trattamento di counselling da parte di un'infermiera (1,5 al mese).

In termini di interventi di disassuefazione dal fumo, il modello CHOICE dell'OMS, mostra che la tassazione ha l'impatto maggiore. La tabella 2 presenta l'efficacia rispetto al costo di differenti tassi di aumento delle imposte programmati per raggiungere rispettivamente: il 44%, il 75%, e l'89% del prezzo finale di vendita dei prodotti derivati dal tabacco. Se si prendono in considerazione soltanto i fattori legati alla salute, maggiore è la tassazione, migliore il risultato.

Per ottenere ancora maggiori miglioramenti, la combinazione di tassazione legislazione e informazione sanitaria è facilmente raggiungibile ed è estremamente costo efficace nei differenti strati di mortalità della regione europea. Aggiungere la NRT certamente aumenta il costo delle politiche di disassuefazione ma ne

aumenta altrettanto sicuramente l'efficacia. La spesa aggiuntiva risulta pienamente giustificata sulla base dell'analisi dell'efficacia rispetto al costo (7).

Tutti queste cifre sottolineano che le politiche di disassuefazione dal fumo e i relativi interventi sono costo efficaci e consentono a qualsiasi sistema sanitario considerevoli risparmi evitando alcuni dei costi del trattamento del cancro del polmone e delle malattie cardiache nonché di altre malattie legata al fumo nel futuro immediato e prossimo. L'esperienza suggerisce che le analisi di costo efficacia, così come le evidenze di efficacia, sono essenziali per persuadere i governi della necessità di allocare fondi alle politiche e agli interventi di disassuefazione dal fumo.

4. Stabilire le priorità nella politica di disassuefazione dal fumo secondo i differenti approcci al controllo del fumo

L'accordo quadro per il controllo del fumo (Framework Convention on Tobacco Control- FCTC) prevede obblighi specifici concernenti il trattamento della dipendenza da fumo. Esso impone alle parti firmatarie l'accordo quadro di:

- a) progettare e implementare programmi efficaci volti a promuovere la cessazione dell'uso del tabacco, in ambienti particolari come ad esempio le scuole, gli ospedali e servizi sanitari, gli ambienti di lavoro e gli ambienti sportivi;
- b) includere la diagnosi e la terapia della dipendenza da fumo e i servizi di counselling per la disassuefazione dal fumo nei piani sanitari nazionali, nei piani di studio universitari, con la partecipazione degli operatori sanitari, che gli operatori di comunità e degli assistenti sociali ciascuno per le proprie competenze;
- c) assicurarsi della disponibilità di programmi per diagnosticare, curare e prevenire la dipendenza da fumo negli ospedali e nei servizi sanitari e nei centri di riabilitazione; e
- d) collaborare con le varie parti di coinvolte in modo da rendere semplice l'accessibilità e la fruibilità dei trattamenti della dipendenza dal fumo includendovi i prodotti farmacologici compresi nell'articolo 22. Vanno inclusi tra questi prodotti e i loro costituenti i farmaci, i prodotti usati per somministrare i farmaci e le sostanze a utilizzo diagnostico ogni volta che siano necessari.

La strategia europea per il controllo del fumo ha classificato gli approcci di controllo del fumo degli stati membri in relazione alla loro comprensibilità, sostenibilità, progressività, durata e storia dell'implementazione e impatto nel ridurre la prevalenza di fumo. Per ridurre significativamente la prevalenza di fumo in tutti i gruppi di popolazione, la maggior parte dei paesi sono sollecitati ad andare oltre il loro approccio attuale al controllo del fumo: paesi che hanno adottato approcci generalmente considerati come in grado di influenzare debolmente la riduzione dell'utilizzo del fumo debbono ora essere incoraggiati ad adottare gli approcci di transizione più efficaci. Coloro che attualmente si trovano nella fase di transizione dovrebbero adottare gli approcci più forti che si sono dimostrati generalmente efficaci nel ridurre l'utilizzo del fumo, e infine i paesi che sono già avanzati nel controllo del fumo dovrebbero sostenere e rinforzare i loro sforzi.

Generalmente parlando tuttavia, per motivare i fumatori a smettere, i paesi nella fase di transizione hanno necessità di sviluppare e rinforzare un programma di controllo del fumo ad ampio spettro con approcci di massa (che comprendono la tassazione, la restrizione del fumo nei luoghi pubblici e campagne di educazione e informazione sanitaria) prima di sviluppare i servizi comprensivi per trattare la dipendenza dal fumo. Quando i servizi per il trattamento del fumo sono sviluppati, essi devono essere supportati da campagne di pubblicità sui mezzi di comunicazione di massa che spingano i fumatori a cercare e ottenere l'aiuto che possono ricevere dai servizi predisposti.

Paesi nella fase iniziale che di transizione della politica di controllo del fumo

Per i paesi che si trovano nelle fasi iniziali e di transizione della politica di controllo del fumo, i governi dovrebbero considerare l'aumento delle tasse e il divieto di pubblicità di prodotti derivati dal tabacco come la loro maggiore priorità. Queste misure sono relativamente poco costose da mettere in atto e sono

forti segnali dell'impegno del governo verso il controllo del fumo. Queste politiche aiutano anche a sottolineare la importanza degli effetti sulla salute del fumo presso l'opinione pubblica.

Per la cessazione questi paesi dovrebbero cominciare con campagne di educazione sanitaria e progetti a livello di comunità per migliorare le conoscenze dei rischi del fumo. Finché questo non è stato fatto, i fumatori probabilmente faranno scarseggiare la domanda di aiuto per smettere. Possono essere utilizzate oltre alla pubblicità pagata, qualora ovviamente le risorse a disposizione lo permettano, tecniche di comunicazione e di sensibilizzazione non pagate. Tutto ciò aiuterà informare il pubblico sui pericoli del fumo e potrà anche agire come contenitore per altre attività di disassuefazione come ad esempio le linee telefoniche di aiuto o i concorsi " smetti e Vinci ".

Una priorità maggiore dovrebbe essere riservata anche a formare i medici e gli altri professionisti sanitari che probabilmente guideranno le campagne di controllo del fumo, o almeno le inizieranno. Questo può essere fatto attraverso le associazioni professionali come ad esempio le società scientifiche. Il corso di studi dei professionisti sanitari dovrebbe includere anche il fumo e la disassuefazione dal fumo, e gli operatori sanitari che fumano dovrebbero essere i primi a usufruire dell'offerta di supporti per smettere. I medici sono molto credibili e la loro opinione è tenuta in grande considerazione in molti paesi, ed è estremamente importante che siano loro a dare l'esempio di una vita senza fumo. In relazione a questo si deve anche tener conto del problema del fumo fra gli operatori sanitari, la prevalenza del quale è molto elevata in molti paesi. Nella metà degli anni 90 il 35% dei medici generici nell'unione europea erano fumatori (26). Gli operatori sanitari dovrebbero essere formati sui rischi del fumo e incoraggiati e aiutati a smettere con appropriate linee guida (27), probabilmente attraverso le loro organizzazioni professionali, sebbene questo possa essere differente da paese a paese. Essi dovrebbero essere anche incoraggiati a domandare notizie sull'abitudine al fumo dei pazienti almeno una volta l'anno e a consigliare i fumatori a smettere. Ospedali e servizi sanitari dovrebbero essere completamente liberi dal fumo: questa deve essere una priorità, sebbene l'implementazione possa essere difficile. La mobilitazione di organizzazioni non governative è anche importante (vedi sotto). Discutere e presentare le evidenze che dimostrano che il fumo è una dipendenza (11, 12) è probabilmente molto importante nel coinvolgere gli operatori sanitari ai primissimi stadi della politica di disassuefazione. Questo aiuterà sia gli operatori sanitari che il pubblico in generale a capire che il trattamento deve essere offerto routinariamente a tutti i fumatori e che i fumatori non sono necessariamente privi di volontà se necessitano di un trattamento che li aiuti a smettere. In qualche paese, confrontare la dipendenza da nicotina con la dipendenza da altre droghe può aiutare, dal momento che molti paesi offrono un trattamento alle persone con problemi di dipendenza alcolica e con persone dipendenti da droghe non legali attraverso lo stesso sistema sanitario nazionale.

Paesi che già hanno o stanno sviluppando programmi di controllo del fumo onnicomprensivi

In questi paesi, dal momento che i fumatori cominciano a diventare più motivati a smettere, diventa molto importante essere in grado di offrire loro un supporto per il trattamento. Molti interventi diversi per la disassuefazione possono essere impiegati, secondo le risorse a disposizione e l'esperienza maturata.

Incoraggiare e addestrare gli operatori sanitari delle cure primarie a intervenire. Gli operatori sanitari debbono essere fortemente incoraggiati e motivati a chiedere ai pazienti ad ogni possibile occasione se sono fumatori e a consigliare ai fumatori di smettere.

Rendere facilmente accessibili i trattamenti farmacologici. La NRT raddoppia sostanzialmente le possibilità di riuscita e dovrebbe essere resa disponibile a tutti i fumatori. La NRT è sicura e offre comunque una forma di rilascio della nicotina per i fumatori che è più sicura della sigaretta. Per questa ragione la NRT dovrebbe essere disponibile almeno tanto quanto le sigarette. Tuttavia, in aggiunta,

potrebbero esserci paesi nei quali il costo della NRT viene finanziato attraverso il contributo statale. Ciò è stato fatto in paesi nei quali il fumo sta diventando un problema per le classi sociali più svantaggiate, come ad esempio nel regno unito, sebbene calibrare questi servizi alle necessità dei fumatori più svantaggiati e poveri sia una sfida per ogni paese. Questa è un'altra area nella quale sono necessarie future ricerche di costo efficacia di paesi a reddito medio e basso. Coinvolgere le autorità regolatorie in questo dibattito è molto importante, ed è da considerare prioritario incoraggiarle a rendere la NRT accessibile nel modo più ampio possibile.

Organizzare servizi specialistici. I servizi specialistici sono importanti per fornire supporto intensivo ai fumatori più dipendenti per aiutarli a smettere. Questi servizi sono organizzati e interventi sono forniti attraverso operatori sanitari dedicati che vengono stipendiati per fare questo come loro effettivo lavoro. La disponibilità di servizi specialistici significa anche che coloro i quali praticano l'intervento di primo livello hanno qualcuno cui riferire i pazienti che hanno bisogno di maggiore aiuto per smettere. Questo può essere specialmente utile per operatori sanitari di cure primarie, spesso molto impegnati, che possono trovare difficile ricavare lo spazio per fornire un supporto esteso ai fumatori. I servizi specialistici intensivi possono anche agire come centri di eccellenza in grado di fare ricerca e di fornire addestramento e formazione.

Mettere a disposizione linee telefoniche gratuite: linee telefoniche di supporto (28) possono essere attivate di maniera relativamente semplice ed economica, ma nella misura in cui la domanda cresce, è necessario offrire un supporto professionale, che fa inevitabilmente lievitare i costi.

Organizzare concorsi " Smetti e Vinci " : questi concorsi per smettere di fumare che sono aperti ad tutta la comunità oppure le strategie dirette a tutta la popolazione possono essere relativamente economici da porre in essere e variano secondo la strategia di reclutamento utilizzata. Il concorso " Smetti e Vinci " è supportato dalla OMS e ha numerosi partners internazionali.

Assicurare che la formazione e l'addestramento siano disponibili e che siano basati sulle migliori evidenze disponibili. Alcuni paesi industrializzati stanno ora concentrando le risorse in questa area, un esempio per tutti quello del regno unito. Altri paesi possono imparare dalle loro esperienze e sviluppare uno standard per la formazione e l'addestramento basato sulle prove di efficacia (30).

Sviluppare le ricerche: non c'è nessuna necessità che ogni paese ripeta studi volti a dimostrare l'impatto del fumo su certe malattie (sebbene questa necessità possa variare da paese a paese) oppure studi volti a dimostrare che un supporto intensivo aumenta i tassi di successo. Tuttavia in molti casi la priorità deve essere data alla ricerca su nuove forme di trattamento della dipendenza da fumo come rendere i supporti disponibili accessibili e attraenti per i fumatori, in particolare delle donne dei più giovani. Maggiori ricerche sono necessarie anche sul costo in rapporto all'efficacia della fornitura gratuita del trattamento (come ad esempio il supporto intensivo e la NRT) ai fumatori in condizioni sociali disagiate.

Inserire appropriatamente il trattamento della dipendenza del nicotina nel sistema sanitario nazionale. Questo dovrebbe essere parte di una politica nazionale di disassuefazione che preveda il finanziamento dedicato di servizi per la disassuefazione, in particolare addestrando tutti gli operatori sanitari a inserire nella loro attività quotidiana lo screening dei fumatori.

I suggerimenti sulle priorità che sono appena stati descritti non debbono essere applicati rigidamente, e ciascun paese dovrebbe prima di tutto fare il punto della situazione del suo programma di controllo del fumo e introdurre poi le misure necessarie secondo quanto è emerso dalla valutazione.

Il regno unito come un caso da studiare

Storicamente, nel regno unito, il supporto per far smettere i fumatori è iniziato prima delle campagne di educazione alla salute nazionali ma non è mai diventata parte del sistema sanitario nazionale finché le campagne di educazione sanitaria non hanno suscitato la sensibilità ai problemi e un gruppo di esperti ha prodotto delle linee guida per la disassuefazione basate sulle prove di efficacia (22, 31) che sono state fortemente supportate da tutte le professioni sanitarie. Le campagne di educazione sanitaria sono a loro volta iniziate dopo anni di attive campagne da parte delle professioni mediche (specialmente del collegio reale dei medici). Così la sequenza (semplificata) è stata:

- pubblicazione del lavoro originale sul fumo e sul cancro del polmone (anni 50);
- apertura del primo ambulatorio per smettere di fumare (1956);
- pubblicazione del primo rapporto del collegio reale dei medici nel 1962 (32);
- creazione della ASH (azione su tabacco e salute) da parte del collegio reale dei medici (1971);
- Pubblicazione di una ricerca che mostrava gli effetti dell'intervento minimo da parte dei medici di medicina generale (1979);
- unione dell'associazione medica britannica al movimento per il controllo del fumo (1984);
- accettazione da parte del governo di un aumento dei prezzi attraverso la tassazione delle sigarette come misura della promozione della salute (primi anni 90);
- sviluppo da parte del governo di una politica ufficiale di controllo del fumo (1998);
- pubblicazione di linee guida per il trattamento basata sulle prove di efficacia patrocinate dalle associazioni di professionisti sanitari (1998);
- sviluppo da parte del governo di una politica ufficiale per il trattamento dei fumatori dipendenti (1998);
- implementazione e finanziamento da parte del governo di un servizio nazionale per il trattamento dei fumatori dipendenti (2003); e
- divieto onnicomprensivo sulla pubblicità (2003).

5. Costruire la politica per la disassuefazione dal fumo

Le persone e le organizzazioni: sviluppo delle risorse umane

Sulla base dell'esperienza di paesi che hanno una ben sviluppata esperienza, da tempo stabilita, nella disassuefazione dal fumo, i seguenti gruppi di persone e organizzazioni sono importanti per porre al giusto posto nell'agenda politica la disassuefazione (questa non è una lista esauriente e localmente possono esserci delle variazioni).

Leadership. La leadership è assolutamente critica, sebbene possa provenire anche da coalizioni di organizzazioni fortemente motivate. In molti paesi la leadership è stata fornita da organizzazioni governative, in qualche caso dalle professioni mediche, da organizzazioni non governative (NGOs), da centri di ricerca e da singoli individui. La leadership è vitale e dovrebbe preferibilmente essere esercitata prima di tutto dal ministro della salute.

Scienziati. La pubblicazione di ricerche autorevoli può influenzare i decisori politici; tuttavia la ricerca da sola non è sufficiente, e le persone e le organizzazioni hanno necessità di renderla pubblica e di discutere delle sue implicazioni per la politica. Sebbene in teoria potrebbe esserle utile che ciascun paese pubblicasse le proprie ricerche, questo non è un fattore critico, e risorse come ad esempio GLOBALink rendono facile la capitalizzazione delle ricerche di altri paesi e lo sviluppo delle azioni nel proprio paese partendo da queste. Il lavoro locale sul costo in rapporto all'efficacia è importante, e un supporto esterno potrebbe aiutare a sviluppare abilità (per esempio, formando gli economisti) e ricerca.

Centri di eccellenza. Stabilendo centri ben finanziati, come ad esempio i centri di ricerca sulla dipendenza o centri di ricerca ed équipes specializzate per la disassuefazione dal fumo, può essere di grande aiuto se le risorse sono disponibili. Questa azione probabilmente richiede un individuo interessato e motivato per iniziarla.

Medici e altri professionisti sanitari. I professionisti sanitari sono cruciali per portare avanti le ricerche o per supportarle, per comunicarne i risultati e per fare azioni di lobby sui decisori, inclusi i politici di professione.

Organizzazioni professionali. Le organizzazioni professionali hanno un ruolo critico nella formazione e nel supporto dei professionisti sanitari così come nella promozione della causa del non fumo.

Organizzazioni non governative, (NGOs) organizzazioni para-governative e mezzi di comunicazione di massa. Un organismo radicale che faccia campagne di promozione, preferibilmente finanziato in modo indipendente può essere estremamente efficace non solo per sollevare in prima battuta il problema del fumo, ma anche per perorare l'adozione di misure più avanzate.

Governi. La volontà politica del governo è un fattore critico. I governi possono allocare e mantenere una parte significativa delle entrate fiscali, incluse quelle dalla tassazione del tabacco, per accrescere, stimolare e supportare la capacità dei programmi di disassuefazione dal fumo sia locali sia nazionali. Il ministro della salute dovrebbe stabilire un sistema di sorveglianza e valutazione per monitorare il raggiungimento degli obiettivi dei programmi e per controllarne l'aspetto finanziario.

Sviluppare i contenuti: cosa può essere fatto. (e da chi)?

Porre un programma di controllo del fumo e la disassuefazione dal fumo all'ordine del giorno nell' agenda politica richiede una molteplicità di attività. Senza voler essere direttivi, le attività che sono elencate di

seguito molto probabilmente possono giocare un ruolo importante, con i relativi possibili patrocinatori ed attori indicati tra parentesi:

-campagne di educazione sanitaria nazionale attraverso i mezzi di comunicazione di massa (governo e associazioni e di medicina pubblica);

-campagne basate sulla comunità, comprendenti concorsi del tipo " smetti e vinci" (governi locali e NGOs, guidati dai servizi sanitari locali ed altre organizzazioni di comunità);

-sensibilizzazione attraverso i mezzi di comunicazione di massa a titolo gratuito (organizzazioni non governative e organizzazioni professionali sanitarie);

-politiche e trattamenti di disassuefazione dal fumo sui luoghi di lavoro (aziende e organizzazioni);

-luoghi pubblici liberi dal fumo (governo e organizzazioni non governative);

-ospedali servizi sanitari senza fumo (governo, amministrazione della sanità e operatori);

-supporti scritti di auto aiuto per i fumatori (governo, operatori sanitari e imprese private);

-linee telefoniche di aiuto per i fumatori-e numeri verdi (governo e organizzazioni non governative);

-servizi di supporto intensivo specialistico che possono anche aiutare incoraggiare, facilitare e supportare l'intervento breve di routine di tutti gli operatori sanitari (operatori sanitari dedicati, amministratori della sanità e governi); e

-materiali per la formazione professionale (governo, servizi sanitari locali e imprese private).

Preparare la formazione

Per sviluppare un servizio per il trattamento di disassuefazione dal fumo, sarà necessario formare specialisti per la disassuefazione dal fumo che siano in grado di supportare le attività svolte nell'ambito delle cure primarie e comunque tutti gli operatori sanitari al fine di praticare lo screening dei fumatori, misurare il loro interesse a tentare di smettere e quindi fornire un consiglio breve e/o riferire a un trattamento specialistico. Le abilità che debbono essere possedute (a differenza delle informazioni specifiche per ogni paese, che includono anche aspetti di organizzazione dei sistemi di trattamento) sono universali così che i paesi con sistemi di trattamento ben sviluppati possono essere in grado di aiutare altri paesi a sviluppare la capacità di formazione. Ogni paese dovrebbe stabilire degli standard di base per la formazione e una adeguata capacità di formazione dovrebbe essere assicurata prima di sviluppare i servizi. Il servizio di sanità pubblica degli Stati Uniti (33) ha suggerito che conferenze, seminari e formazione interna dovrebbero essere forniti con regolarità nell'ambito delle ECM e/o di altri crediti formativi per il trattamento di dipendenza da fumo.

Tre fattori sono stati individuati come efficaci nel promuovere la formazione dei clinici nelle attività di intervento sul fumo:

-includere la formazione e l'addestramento nei trattamenti della dipendenza da fumo nel piano di studi obbligatorio di tutte le discipline cliniche;

-includere domande sui trattamenti veramente efficaci per la dipendenza da fumo negli esami di laurea o di certificazione per tutte le discipline chimiche; e

- raccomandare a tutte le società scientifiche professionali di adottare uno standard uniforme di competenze per tutti gli associati nel trattamento della dipendenza da fumo (32).

L'ufficio regionale europeo della OMS mette a disposizione un programma completo sulla disassuefazione dal fumo per i formatori; i formatori esperti possono adattarlo e utilizzarlo nei loro rispettivi paesi (30).

Raggiungere i gruppi prioritari

Molti paesi presentano una netta differenza nella prevalenza di fumatori tra le diverse classi sociali, con livelli più elevati tra le fasce sociali più povere. L'efficacia dei programmi di disassuefazione dal fumo rivolti ai fumatori appartenenti a classi sociali povere è stato studiato in modo insufficiente, tuttavia i servizi di disassuefazione dal fumo basati sulle prove di efficacia dovrebbero essere implementati in modo flessibile per far sì che siano accessibili a queste categorie di fumatori. In modo simile, gli interventi di disassuefazione dovrebbero essere accessibili allo stesso modo a tutti i fumatori, indipendentemente dalla loro età e dal loro sesso.

Rendere la politica di disassuefazione dal fumo più attenta alle differenze di sesso

Alcune evidenze indicano che gli stessi trattamenti sono efficaci sia per gli uomini che per le donne, sebbene la ricerca suggerisca che alcuni tipi di trattamento sono meno efficaci nelle donne che negli uomini.

Le donne gravide o quelle che vorrebbero diventarlo possano essere particolarmente disponibili per un trattamento di disassuefazione. Tuttavia il tasso di recidiva e nel periodo post parto è importante anche quando l'astinenza è stata mantenuta per sei mesi o anche più durante tutta la gravidanza (34).

Le politiche di disassuefazione dal fumo dovrebbero essere rese più sensibili alle differenze di sesso. Ulteriori ricerche sono perciò necessarie per aumentare l'efficacia dei trattamenti della dipendenza da fumo fra le donne, specialmente durante la gravidanza, e per prevenire le ricadute

Integrare i trattamenti nei sistemi sanitari nazionali

Integrare i trattamenti per la disassuefazione dal fumo nei sistemi sanitari è probabile richieda tempo e ripetuti confronti al fine di persuadere gli amministratori responsabili del finanziamento del sistema. Dal momento che i sistemi sanitari sono molto diversi nei differenti paesi della regione europea dell'OMS, non si può proporre alcun modello che possa essere valido per tutti nell'ottenere tale integrazione nei sistemi sanitari nazionali, ma l'esperienza suggerisce che gli argomenti basati sul costo in rapporto alla efficacia dei trattamenti sono cruciali e probabilmente debbono essere ripetuti molte volte e in molte occasioni per ottenere che vengano accettati. La maggior parte dei sistemi sanitari sono orientati verso il trattamento piuttosto che verso la prevenzione, e quindi l'importanza dei benefici di supportare fumatori nella disassuefazione in tutte le aree dei sistemi sanitari debbono essere sottolineati ripetutamente. In ogni sistema con fondi limitati e priorità che competono per affermarsi, tutto ciò probabilmente richiederà anni di tempo. Sarà anche cruciale a questo proposito l'impegno del governo- per finanziare e per sviluppare i meccanismi atti ad assicurare l'integrazione. Il regno unito offre un buon esempio di questo processo di integrazione.

Regolamentazione

La regolamentazione è estremamente importante per rendere accessibile il trattamento di disassuefazione nel modo più completo possibile ai fumatori, comprese le terapie farmacologica e queste ultime dovrebbero essere accessibili almeno tanto quanto lo sono le più pericolose forme di assunzione di nicotina: -le sigarette.

Tuttavia, il contesto nel quale le terapia farmacologica-particolarmente la NRT-sono regolate non tiene adeguatamente in considerazione allo stato attuale i rischi e i benefici della NRT in situazioni nelle quali il suo uso è indicato, ristretto, o contro indicato. Il quadro regolatorio considera i rischi del farmaco in se ma non i rischi di fallimento del tentativo di smettere di fumare (36, 37). Le autorità addette alla regolamentazione dovrebbero essere informate che l'uso della NRT da parte di un fumatore può migliorare le probabilità di cessazione definitiva riducendo quindi grandemente o addirittura eliminando molti rischi per la salute legati al fumo.

Supportare la ricerca

Non tutti i paesi hanno la capacità o le risorse per produrre molta ricerca, ed è importante l'utilizzo di ricerche provenienti da altri paesi, ogni volta che è possibile. In alcuni paesi le ricerche di costo efficacia possono essere state un fattore critico per persuadere il governo del valore della disassuefazione dal fumo. Tra le altre cose, i ricercatori hanno stabilito che la nicotina provoca dipendenza, cosa che ha avuto una enorme implicazione nel trattamento dei fumatori dipendenti e che ha dimostrato perché l'educazione alla salute e gli approcci orientati alla popolazione non ottengono grandi percentuali di disassuefazione tra molti fumatori. I sondaggi di opinione possono essere molto utili in per sapere se la popolazione conosce i danni derivanti alla salute dal fumo e i benefici dello smettere, e se i fumatori desiderano smettere, e se a loro vengono resi routinariamente disponibili gli interventi minimi, ecc.

Opportunità e sfide

I sistemi sanitari nella maggior parte dei paesi posseggono il materiale grezzo- le persone che per solito sollevano l'argomento ma spesso hanno necessità di un supporto dalla comunità internazionale per poter iniziare. Esistono sostanziali evidenze e ricerche di provenienza internazionale a disposizione degli operatori sanitari nei differenti paesi per incoraggiare i fumatori a smettere. La sfida fondamentale della comunità internazionale che si occupa di disassuefazione è di dare a questi operatori il supporto iniziale. Il finanziamento è un altro dei punti all'ordine del giorno delle NGOs e di altri organismi (vedi oltre).

Molti paesi nella regione europea hanno risorse estremamente limitate per il controllo del fumo, e ottenere che lo sviluppo di attività di disassuefazione venga effettivamente posto in agenda può essere estremamente difficile. La sfida chiave è mobilitare all'interno e all'esterno di questi paesi i partners che possono aiutare a supportare l'organizzazione della politica di disassuefazione.

Ultimamente, attraverso argomentazioni relative al costo in rapporto alle efficacia, i governi dovrebbero essere in grado di dare priorità al finanziamento di queste attività attraverso il proprio bilancio. Un sistema per ottenere questo è quello dei dedicare una parte delle imposte prelevate dalla tassazione delle sigarette per supportare di servizi dedicati ai fumatori che vogliono smettere di fumare.

Un'altra sfida è quella di coinvolgere le autorità regolatorie in discussione sull'accessibilità del trattamento farmacologico.

6 Valutazione della politica di disassuefazione dal fumo

E' importante valutare l'effettiva disponibilità degli interventi per il trattamento, dal momento che questo fornisce l'evidenza per ulteriori investimenti di risorse nella disassuefazione. Ricerche sulla popolazione sono anche importanti per avere una misura di base sulla quale gli eventuali cambiamenti potranno essere misurati. Queste ultime attività possono essere molto costose se ottenute attraverso ricerche randomizzate, ma se le risorse sono limitate, sondaggi d'opinione periodici possono essere condotti modo relativamente economico, specialmente aggiungendo delle domande a un modello di questionario per ricerche di massa già esistente.

Le ricerche dovrebbero misurare le conoscenze relative agli effetti del fumo sulla salute e alla percezione del rischio, la motivazione dei fumatori a smettere, quanto frequentemente i fumatori cercano di smettere e che metodi i fumatori usano quando cercano di smettere. In uno stadio successivo, possono essere aggiunte misurazioni di parametri biologici come ad esempio la raccolta di campioni per dosare la cotinina, al fine di stabilire la prevalenza della dipendenza nella popolazione.

Queste ricerche nazionali possono anche aiutare a valutare le politiche nazionali come ad esempio quelle volte a migliorare la disponibilità di trattamenti farmacologici. Coloro i quali offrono supporto intensivo per smettere dovrebbero ricontrollare i fumatori per almeno tre mesi, ma preferibilmente un anno, per misurare se quanto rimangono estinti.

Coloro i quali gestiscono servizi di disassuefazione dal fumo dovrebbero anche misurare la loro efficacia. Sono stati suggeriti degli standard per valutare i metodi per smettere di fumare (38). Idealmente, la misurazione dovrebbe prendere in considerazione la proporzione delle persone che hanno iniziato il trattamento e che sono ancora astinenti a sei mesi e a un anno, contando come fumatori le persone che sono uscite dal trattamento o che non possono essere più rintracciate.

Preferibilmente, non si dovrebbero più utilizzare misurazioni di breve periodo come ad esempio quelle alla fine del corso. Si dovrebbero anche utilizzare misurazioni di parametri biochimici come ad esempio la misurazione del monossido di carbonio espirato per verificare le astinenze auto-referenziate (39).

È importante anche monitorare l'implementazione sul piano nazionale delle attività di disassuefazione dal fumo. Per quanto riguarda l'intervento breve, questo può essere fatto interrogando i fumatori, come è stato accennato precedentemente, o verificando le attività di disassuefazione dal fumo degli operatori sanitari. Il servizio di salute pubblica degli Stati Uniti (33) raccomanda che i dati provenienti dalle verifiche periodiche, dalle cartelle mediche informatizzate, oppure dagli archivi computerizzati di pazienti siano esaminate per valutare la percentuale con la quale i clinici identificano, documentano e trattano i pazienti fumatori. Viene anche raccomandato che l'informazione relativa alla loro performance sia restituita agli operatori sanitari. Infine suggerisce anche che i trattamenti di dipendenza da fumo siano inclusi nei profili tecnici delle offerte di lavoro nonché nelle schede per le valutazioni del rendimento dei dipendenti operatori e specialisti .

L'implementazione di servizi di disassuefazione dal fumo può essere valutata attraverso parecchi indicatori, come ad esempio:

- il numero di servizi specialistici disponibili;
- la copertura geografica o demografica offerta da tali servizi;
- la proporzione sul totale, dei servizi che praticano la valutazione della loro efficacia;

- il numero di specialisti di disassuefazione dal fumo correttamente addestrati; e
- il finanziamento dedicato alla fornitura di servizi per la disassuefazione dal fumo

7. La collaborazione internazionale e il ruolo della OMS

Nel 1999 è stato varato il progetto europeo di partnership per ridurre la dipendenza da fumo dell' OMS (WHO European Partnership Project to reduce Tobacco dependence) con lo scopo di ridurre le malattie e le morti legate al fumo fra i fumatori dipendenti dal tabacco. I partner del progetto comprendevano i governi e le NGOs a livello internazionale, europeo e nazionale, rappresentanti di organizzazioni professionali scientifiche, consulenti indipendenti e rappresentanti del settore farmaceutico. Nei successivi tre anni, il progetto ha prodotto parecchi strumenti per migliorare il trattamento della dipendenza da fumo, tra i quali: le tipologie di domande e di ricerca raccomandate dall' OMS per classificare le intenzioni dei fumatori a smettere; le linee guida e le raccomandazioni dell' OMS per la migliore pratica della regolamentazione dei prodotti per il trattamento della dipendenza da fumo (36); una analisi della regolamentazione esistente dei prodotti derivati dal tabacco in Europa; le raccomandazioni dell' OMS europea per implementare una politica di controllo totale del fumo in ambiente di lavoro (40, 41); le raccomandazioni dell' OMS europea per il trattamento della dipendenza da fumo (4) e l'intero pacchetto dell' OMS "Helping smokers change" dedicato ai formatori (30).

L' OMS ha costituito il comitato di consulenti scientifici per la regolazione dei prodotti derivati dal tabacco (Scientific advisory committee on tobacco product regulation) nel marzo 2000, per facilitare l'accesso all'informazione scientifica e per guidare lo sviluppo della politica internazionale sulla regolamentazione dei prodotti derivati dal tabacco (42). Fra le sue funzioni, il comitato opera controlli e fornisce raccomandazioni sul mercato dei prodotti per trattare la dipendenza da fumo.

La strategia europea per il controllo del fumo (European Strategy for tobacco control) adottata dal comitato regionale dell' OMS per l'Europa nel 2002, fornisce una cornice strategica per le azioni nella regione corrispondente, da realizzare attraverso politiche nazionali e cooperazione internazionale. In particolare, la strategia definisce le azioni necessarie nel campo della disassuefazione dal fumo, sottolineando la necessità di finanziamenti sufficienti per rendere disponibile il trattamento per i fumatori appartenenti alle classi sociali più disagiate.

Parecchi programmi dell'ufficio regionale, oltre quello per una Europa senza fumo (Tobacco-free Europe), contribuiscono a supportare la cooperazione internazionale nell'area delle politiche e degli interventi di disassuefazione dal fumo:

- il programma nazionale integrato degli interventi sulle malattie non trasmissibili (CINDI)
- il progetto "Città Sane" dell' OMS
- la rete europea delle scuole per la promozione della salute;
- il progetto degli ospedali per la promozione della salute dell'OMS (WHO -HPH), e
- il Forum Euro-Pharm.

L' OMS continuerà a fornire guida e supporto agli stati membri per rinforzare le loro politiche, particolarmente facilitando e coordinando lo sviluppo di strumenti e meccanismi per supportare la cooperazione internazionale delle politiche e gli interventi di disassuefazione dal fumo. Azioni, meccanismi e strumenti specifici internazionali comprendono:

- facilitare lo scambio periodico di informazioni e di documentazione sulle implicazioni tecniche, politiche e legali delle politiche per la disassuefazione dal fumo;

-la promozione della ricerca sugli effetti di differenti interventi sull'utilizzo del fumo e sui tassi di disassuefazione, specialmente nel lungo periodo e fra i giovani, le donne e i gruppi di più disagiate condizioni economiche;

-la promozione della migliore pratica e del coordinamento delle azioni, al fine di fornire una formazione internazionalmente standardizzata per sviluppare raccomandazioni basate sulle evidenze di efficacia della regione europea, particolarmente per le donne e i giovani e i gruppi di più disagiate condizioni economiche., e

-sviluppare un sistema di monitoraggio europeo, che comprenda strumenti standardizzati per la sorveglianza dell'uso, dei determinanti e dell'impatto del trattamento della dipendenza da fumo.

Bibliografia e letture consigliate= qui

Ringraziamenti = qui