

Efficacia della prevenzione del tabagismo

Project evaluation in smoking prevention

B. Tinghino

Riassunto

Molti fattori sono stati esaminati in letteratura scientifica e giudicati efficaci nella prevenzione del tabagismo. Caratteristiche socio-demografiche, influenze genitoriali, livello di autostima, età di inizio al fumo, pratica di attività sportive, attitudine ai comportamenti a rischio, uso di alcol o droghe e altri aspetti psicologici devono essere tenuti in considerazione. Ci sono pochi studi controllati e randomizzati sulla prevenzione del tabagismo. I principali items di valutazione riguardano il livello di informazione sulle malattie correlate al fumo, le attitudini nei confronti del fumo, le abitudini tabagiche. Alla luce delle esperienze passate in rassegna, i programmi di prevenzione dovrebbero dunque essere iniziati precocemente (a 9-10 anni), dovrebbero essere continuati per un tempo lungo (fino a 13-14 anni), dovrebbero coinvolgere le famiglie, i genitori, gli insegnanti, la popolazione generale e i gruppi di pari in età adolescenziale.

Parole chiave: Fumo, programmi di prevenzione, valutazione

Astract

Many factors have been evaluated in scientific literature as effective in smoking prevention. Sociodemographic characteristics, parental influence, degree of self-esteem, age of smoking initiation, sports participations, risk attitude behaviour, drug or alcohol abuse and others psychological aspects have been taken into account. There are only few controlled and randomized studies on smoking prevention and in many cases the conclusions are not significantly positive. The principal items of evaluation consist on testing the degree of information on tobacco related diseases, attitude level to smoke, and smoking behaviours. Based on reviewed experiences, tobacco use prevention programs should begin early (9-10 years old people), be continued for a long time (up to 13-14 years age), involve families, parents, teachers, general population and peer groups in the adolescence age.

Key words: Smoke, prevention programs, evaluation

Introduzione

Una buona premessa all'argomento della valutazione nella prevenzione è costituita dal concetto che i progetti per la prevenzione non contribuiscono automaticamente a migliorare la salute della gente. Talvolta possono anche sortire l'effetto inverso oppure, più semplicemente, essere inefficaci. Dal momento che ogni intervento comporta un costo, è quanto meno corretto interrogarsi sull'utilità di ciò che si fa, al di là delle gratificazioni che possono derivare agli operatori da ritorni di immagine o di altro genere.

Valutare significa attribuire dei valori agli "oggetti" o "eventi" della valutazione e dis-

tribuirli lungo una scala, rispetto ad un riferimento standard. La misurazione di questi eventi od oggetti permette di orientare i processi decisionali, anche presi a livello istituzionale. Per fare ciò è necessario che nella progettualità siano definiti in modo chiaro sin dall'inizio sia gli obiettivi che si intendono raggiungere, sia gli indicatori da andare a misurare per descrivere e monitorare il fenomeno. Sono pensabili diversi ordini di valutazione, alcuni legati al processo o all'efficienza, altri legati all'efficacia.

Naturalmente non è possibile pensare sempre a progetti in cui gli unici indicatori proposti siano di gradimento o di efficacia e non è possibile puntualmente

rimandare all'infinito una verifica di efficacia, in termini di cambiamento di stile di vita o di comportamento a rischio (nel nostro caso il fumo di tabacco). Da un punto di vista epistemologico ci troveremo così davanti a ipotesi non falsificabili e quindi, proprio per questo, non scientifiche

In ambito preventivo, come per altro in ogni campo della scienza, il buon senso non basta. Un problema, per fortuna ormai sempre meno frequente, è costituito dall'idea che l'informazione possa da sola cambiare i comportamenti. Per quanto questo concetto possa sembrare intuitivo, non è sempre veritiero. Di fatto sono pochi gli individui che adottano uno stile di vita

Biagio Tinghino (btinghi@tin.it)

Direttivo Consulta Nazionale sul Tabagismo - Segreteria Nazionale SITAB, - Società Italiana di Tabaccologia
Gruppo per la Prevenzione del Tabagismo - Regione Lombardia - Centro per il Trattamento del Tabagismo, - ASL provincia di MI 3, MONZA

sbagliato dopo aver esaminato razionalmente i pro ed i contro della loro scelta. In genere sono i fattori emotivi, sociali, culturali, relazionali che spingono verso un'abitudine piuttosto che verso un'altra. E' noto, per esempio, che molti medici fumano, ma è anche vero che i medici sono coloro che ne sanno di più rispetto ai danni della sigaretta. Il fatto che continuano a fumare dimostra che le informazioni quasi mai cambiano i comportamenti, a meno che queste non siano supportate da stimoli che incidano su aspetti più profondi della dinamica psichica.

Infine un ostacolo rilevante ad una prevenzione efficace (uno dei tanti) è il fatto che essa possa venire influenzata dalle "ondate" emotive del consenso sociale. L'attenzione dei mass-media è mutevole. Talvolta l'enfasi è messa sul problema dell'AIDS, la volta successiva sui danni da fumo, poi ancora sul problema delle malattie da prioni ("la mucca pazza"). Con la stessa irregolarità, spesso, si alternano gli interventi politici e i finanziamenti, per cui - di fatto - la continuità degli interventi viene messa in pericolo. Questo è il motivo per cui la prevenzione deve rendersi autonoma dalle mode del momento e contare sull'impegno di professionisti che siano in grado di portare avanti il loro lavoro con risorse certe, dotate di una certa continuità e sulla base di progetti verificati o quantomeno verificabili. Insomma di persone qualificate capaci di pensare ed agire sul "lungo termine".

L'NMHA (National Mental Health Association) americana ha individuato una serie di fasi fondamentali nella progettazione di interventi preventivi, di cui la definizione degli indicatori e la valutazione rappresentano le tappe cruciali.

Pianificazione degli interventi preventivi

1. Studio dei bisogni
2. Elaborazione degli obiettivi della prevenzione
3. Definizione degli indicatori
4. Lista delle risorse necessarie
5. Identificazione delle fonti di finanziamento
6. Ripartizione dei compiti
7. Messa in opera
8. Valutazione
9. Aggiustamento del programma

Individuazione dei bisogni e definizione degli obiettivi

Nell'ambito della lotta al tabagismo può essere relativamente facile considerare la fase della individuazione dei bisogni in ambito preventivo come scontata. Che il fumo fa male è ormai accertato. Che ci sia bisogno di prevenire l'inizio al fumo è anch'essa cosa evidente. Occorre però considerare che questi sono dati "teorici", argomentati a tavolino, dedotti da una necessità clinica, che rischiano di sovrastimare la richiesta di prestazioni. Si deve quindi associare una analisi della "percezione" del bisogno, pena il trovarsi davanti alla discrepanza - per fare un esempio - tra operatori motivatissimi e ragazzi totalmente disinteressati.

La prevenzione del tabagismo può far propri obiettivi a più livelli. Non necessariamente il bersaglio deve essere costituito da un effetto diretto al cambiamento dell'abitudine al fumo o una prevenzione dell'abitudine tabagica. Il grado di coinvolgimento della famiglia, l'attivazione delle istituzioni, il numero di accessi ad un servizio possono essere tutti obiettivi legittimi. Importante è che questi obiettivi siano esplicitati nel progetto e non vengano confusi con altri. Anche nel proporre obiettivi intermedi o di tipo procedurale andrebbero evidenziati aspetti misurabili. Un progetto per fasce di età molto basse difficilmente può prendere in considerazione un cambiamento di comportamenti specifici (per es. sarà difficile valutare l'abitudine al fumo di bambini trattati nelle scuole materne o l'attitudine al rischio di malattie sessualmente trasmesse). In questo caso possono essere posti obiettivi intermedi, come quello di intervenire sulle famiglie, elevando il livello di attenzione verso un'area più generica (la salute, la cura di sé, il benessere). Nell'ambito della definizione degli obiettivi non vanno trascurati quelli di tipo economico, ossia la valutazione del rapporto costi/benefici dello smettere di fumare o del non cominciare. E' interessante sapere, che, per esempio, un importante progetto di prevenzione (TNT, project Toward No Tobacco Use) monitorato dal CDC di Atlanta ha dimostrato un'alta efficacia rispetto ad altri interventi grazie ad una analisi di due parametri (LYs: Lifer Years saved e QALYs: Quality-Adjusted Life Year) che sono fondamentalmente di tipo economico.

Possibili end-points valutabili nella prevenzione del tabagismo

- N° di soggetti che non iniziano a fumare
- N° di fumatori occasionali
- Quantità di sigarette fumate
- Qualità e correttezza delle informazioni possedute
- Numero di accessi ai servizi
- Relazione tra intervento ed evento atteso
- Quantificazione degli effetti in una situazione sperimentale
- Quantificazione del rapporto costo/beneficio
- Effetti di altri interventi (per es. precedenti)
- Studio della relazione tra la selezione del campione e gli effetti
- Riduzione di fattori di rischio (per es. parametri clinici di funzione respiratoria)
- LYs (Life Years saved)
- QALYs (Quality-Adjusted Life Years)

Nel caso in cui l'obiettivo consista nel raggiungimento di una "tappa" del percorso che porta alla scelta di non fumare (per esempio, attivazione degli insegnanti) occorre far riferimento comunque ad un presupposto di efficacia finale (per es.: "è utile ottenere una più alta attivazione degli insegnanti"). Qualcun altro cioè ha dimostrato - o dovrà dimostrare - che il coinvolgimento del mondo della scuola è un fattore positivo per il raggiungimento del risultato finale. Senza questo passaggio non ha molto senso un obiettivo di tipo intermedio.

Fattori di rischio per l'inizio dell'abitudine tabagica

Esistono in letteratura dei dati che indicano alcuni fattori, di ordine sociale, familiare, personale che risultano essere predittori efficaci del rischio di diventare fumatori o di non diventarlo. Nell'impostazione dei programmi di prevenzione occorrerà dunque tener conto di questi elementi emersi dagli studi scientifici. E' nota l'influenza della pubblicità indiretta, per esempio derivante da immagini cinematografiche di personaggi famosi che fumano (1). La precocità di inizio al fumo predice una maggior tendenza a diventare fumatori abituali (2), così come l'instaurarsi di abitudine tabagica è inver-

samente correlata allo stato socio-economico dei genitori e i ragazzi provenienti da famiglie in cui i genitori fumano sono più predisposti a diventare essi stessi fumatori (3). L'integrità del nucleo familiare risulta protettiva rispetto alle famiglie con un solo genitore o con genitori separati. Il comportamento dei genitori è protettivo quando viene esercitato in senso normativo e di opposizione rispetto all'uso di tabacco da parte dei figli, così come il frequentare un gruppo di pari che fumano predispone a diventare fumatori cronici (4). Da una nostra indagine in corso di pubblicazione è emerso che i giovani fumatori hanno un livello più alto di ansia da prestazione, attingono meno a risorse di socializzazione e benessere personale (pratica di sports, momenti di incontro etc...), hanno una stima di sé più bassa rispetto ai controlli, e più frequentemente assumono sostanze stupefacenti di vario tipo (incidenza variabile di assunzione hanno la cannabis, la cocaina, l'alcol, l'eroina, l'LSD). I giovani fumatori hanno inoltre un'attitudine al rischio superiore ai controlli e dimostrano una più alta prevalenza di disturbi del comportamento alimentare o, comunque, legati alla percezione del se corporeo.

Fattori di efficacia nella prevenzione del tabagismo

I principali studi valutativi della prevenzione confermano l'efficacia degli interventi quando questi tengono conto dei fattori di rischio specifici, come quelli elencati nel paragrafo precedente. In altri termini, si evince che gli interventi devono essere iniziati precocemente (prima dell'età media di inizio del fumo), devono coinvolgere le famiglie, gli insegnanti e devono poter contare sul supporto delle istituzioni che mediano anche la parte normativa (5).

Gli interventi più efficaci coinvolgono in modo attivo il gruppo dei pari, sono basati su metodi interattivi e tendono ad elevare la consapevolezza dei ragazzi rispetto alle pressioni sociali, pubblicità compresa (6). Alcuni di questi interventi tendono a ribaltare la pressione dei pari, offrendo degli stimoli perché essa diventi positiva (per es. il progetto "Smoke free class competition"). È ritenuto importante operare attraverso interventi di training dell'assertività, role playing e attivazioni dirette degli studenti coinvolti, comunque per mezzo di programmi multi-componenti e multi-livello (7) e di attività di classe, effettuate con un coinvolgimento importante degli insegnanti sono dei fattori predittivi di efficacia importanti (8). In poche parole, un progetto efficace deve basarsi su tre

livelli teorici di intervento, che vanno coinvolti in modo integrato: il livello personale, il livello sociale e il livello di comunicazione.

È accertato che le campagne antifumo condotte attraverso i mezzi di comunicazione di massa sono efficaci, ma solo nei confronti dei ragazzi fino all'età di 12-13 anni. Superati i 14 anni la informazione televisiva da sola, nell'ambito della prevenzione del tabagismo, perde quasi completamente la sua efficacia (13).

Metodi generali della valutazione

La maggior parte delle esperienze di valutazione a livello internazionale ha utilizzato il metodo dell'arruolamento di almeno 2 gruppi di studenti (trattati, controllo) e di somministrazione di test (test-retest) prima, dopo l'intervento e a distanza di 1,2,3 anni. Alcuni studi arrivano ad una verifica a 5 o addirittura 8 anni. L'assegnazione ai gruppi è randomizzata (9). Le griglie di valutazione sono ovviamente diversificate, ma ci sono degli indicatori che vengono sempre tenuti in considerazione e sono costituiti dal numero di giovani che iniziano a fumare e dal numero di sigarette fumate. Nell'esperienza monzese è stato scelto, per esempio, di testare 3 aree: quella delle conoscenze/informazioni, quella delle attitudini al fumo e quella dei comportamenti.

Le informazioni sul fumo e sui danni che provoca sono gli elementi che più facilmente possono essere portate nelle scuole e costituiscono sicuramente la base sulla quale costruire poi il percorso di cambiamento delle attitudini e dei comportamenti. Occorre tenere presente, però, che da sole le informazioni rimangono inefficaci e vengono facilmente perdute. Gli studenti tendono abitualmente a sopravvalutare altri fattori di rischio per la salute (per es. l'infezione da virus HIV o gli incidenti stradali) rispetto al fumo. Una correzione di queste convinzioni errate è un primo step significativo, che può costituire un indicatore del progetto di prevenzione.

Le attitudini esprimono la propensione ad acquisire un certo comportamento nel tempo. In questo caso abbiamo ritenuto utile cercare di far collocare nel tempo all'intervistato la sua eventuale intenzione di iniziare a fumare ("Nel caso in cui hai deciso di fumare, credi che fumerai nella prossima settimana, nel prossimo mese, nel prossimo anno o in futuro?"). La collocazione ravvicinata e specifica dell'idea di iniziare a fumare è significativa di una con-

cretezza dell'attitudine. Stessa domanda veniva posta a quanti già fumavano e avrebbero voluto smettere di fumare. Chi ha già preso seriamente in considerazione l'idea di smettere riesce a collocare abbastanza bene nel tempo il suo progetto. Chi si rifugia in un "futuro" generico difficilmente inizierà a fare delle cose concrete per allontanarsi dalla sigaretta. Risulta importante verificare l'attendibilità interna del test con domande che ripropongono, in altra forma, contenuti simili, in modo da avere una valutazione di eventuali tentativi di falsificazione. Gli items sui comportamenti costituiscono un passo cruciale della valutazione. È però importante chiedere da quanto tempo è iniziata l'abitudine al fumo (se è iniziata), quanto tempo è trascorso tra la prima sigaretta e l'instaurarsi dell'abitudine e soprattutto quantificare il numero di sigarette fumate. Molti ragazzi dichiarano di aver fumato la prima sigaretta già a 8 o 9 anni, ma ad una indagine più specifica dichiarano di non aver ripetuto l'esperienza o di aver cessato di fumare. Altri ancora sono fumatori occasionali. Una distinzione tra queste categorie sembra quanto mai opportuna.

Le esperienze

Tra le esperienze più significative in campo preventivo citiamo la WHO's Tobacco Free Initiative, il "North Karelia Youth Project" (10), lo "Smokfree Class Competition" (11), e il progetto Waterloo. Una metanalisi (12) di interventi preventivi del tabagismo nella popolazione adulta basata sul registro della Cochrane Tobacco Addiction Group, su MEDLINE (1966-2001) ed EMBASE (1980-2001) ha raccolto trentadue studi, di cui però solo quattro avevano utilizzato la randomizzazione dei casi e la costituzione di gruppi di controllo. Allo stesso modo solo poche ricerche avevano testato e riportato il numero di sigarette fumate e la percentuale di cessazione dal fumo. I due studi più rigorosi (US COMMIT STUDY e il CART australiano) avevano evidenziato limitati effetti di efficacia. Questo indica come, anche nel panorama internazionale, sebbene vengano effettuati numerosi interventi preventivi, la questione della valutazione è ancora aperta e talvolta appare come un'area problematica sulla quale si arenano molti volenterosi tentativi.

Relativamente alle esperienze italiane occorre ricordare il progetto Waterloo, dapprima applicato in Canada e poi riformulato nel nostro paese con nomi che

variano a seconda delle regioni che lo hanno utilizzato (in Lombardia "La sigaretta non mi dona"). Il progetto - indirizzato alle scuole medie inferiori - si colloca sicuramente tra le esperienze più significative in Italia, soprattutto per la sua diffusione. I dati di efficacia ottenuti in Lombardia sono stati alquanto deludenti, nel senso che la valutazione effettuata su un campione di 2265 soggetti trattati e 692 controlli, testati a distanza di 3 anni, non ha dimostrato differenze significative in termini di abitudine al fumo tra trattati e controlli. Un progetto simile, però, applicato in Veneto e in Emilia Romagna ha dato risultati talvolta positivi, a seconda delle aree in cui veniva effettuato. In Emilia Romagna la valutazione a 3 anni, effettuata su 6300 studenti circa, ha mostrato - fra tutte le zone verificate - un'alta efficacia nell'area di Faenza (17,8% di fumatori tra i trattati versus 31,1% nei controlli), quasi nulla nell'area di Cesena (20,5% trattati versus 20,0% nei controlli). In questo caso si è visto che gli elementi discriminanti erano costituiti dalla percentuale di copertura del territorio scolastico, dalla consistenza dell'intervento effettuato sulla popolazione generale e dalla presenza di Centri di Trattamento per Fumatori sul territorio. In modo positivo è stato valutato il progetto Smoke Free-Class Competition, che sembra capace di innescare una competizione positiva nel gruppo dei pari, volta a prevenire l'abitudine tabagica.

Il progetto "Decido anch'io" per le scuole medie superiori applicato in Monza e Brianza, dopo una fase empirica di valutazione, ha testato 1048 studenti trattati e circa 500 di controllo. A distanza di un anno non ci sono state evidenze di efficacia nei trattati rispetto ai controlli.

Tutti questi progetti prevedevano un coinvolgimento degli studenti in lavori di gruppo, role-playing, discussioni. Altri progetti sono stati ovviamente portati avanti, ma non sempre è stata effettuata una valutazione completa, per cui i dati conosciuti sono solamente di gradimento o semi-quantitativi.

Discussione

I dati sopra esposti indicano in modo inequivocabile che fare prevenzione non è facile. Innanzi tutto perché occorrono risorse ingenti, poi perché è un campo in cui i risultati si vedono tardi e, quando ci sono veramente, sono di entità modesta. Il problema delle risorse per la prevenzione in Italia è sicuramente sottovalutato, se

non in alcuni casi ignorato dalle realtà istituzionali, spesso affidato a fonti estemporanee che non possono - per definizione - garantire la continuità, anche se la continuità è un fattore essenziale di efficacia. Gli entusiasmi sono frequenti, ma altrettanto le delusioni. Per evitare che l'impegno profuso si disperda è necessaria quindi una progettualità precisa, fondata sui criteri rigorosi, facente riferimento alle esperienze più accreditate a livello nazionale e internazionale. In questo senso anche le esperienze che hanno effettuato una valutazione e dimostrato scarsa efficacia sono importanti perché permettono di comprendere gli errori commessi e di modificare positivamente i nodi critici. Da queste considerazioni possiamo indicare gli elementi di efficacia emersi nei progetti di prevenzione del tabagismo:

Precocità di inizio (devono essere iniziati in una fascia di età ancora suscettibile all'intervento preventivo, meglio se a 10-11 anni)

Ripetizione e continuità negli anni possibilmente con progetti con un filo conduttore unico, il che è meglio rispetto a progetti diversi che si snodano attraverso la carriera dello studente.

Priorità della parte formativa ed educativa rispetto a quella informativa (le nozioni sui danni da fumo dovrebbero costituire solo una parte dell'attività svolta nelle scuole).

Interattività (i ragazzi siano protagonisti, in particolare a tecniche come il brainstorming, la discussione, il role-playing.)

Multidisciplinarietà (sarebbe meglio affidare la prevenzione ad equipe in cui siano presenti non solo operatori sanitari, ma anche psicologi ed educatori).

Globalità di approccio alla educazione alla salute. (Il problema va affrontato su un piano più complesso della semplice ricerca di modificazione del comportamento e lo inserisce nell'ambito di una più ampia ricerca del benessere psico-fisico.)

Inserimento curricolare e collaborazione degli insegnanti.

Coinvolgimento della famiglia e delle istituzioni scolastiche. In quest'ultimo caso è necessario un impegno da parte dei dirigenti perché la scuola venga dichiarata

libera dal fumo e la normativa vigente sia fatta rispettare.

Contesto di lotta al tabagismo con attività per la popolazione generale (in cui sono attivi anche i medici di medicina generale, le istituzioni sanitarie, i centri per il trattamento del tabagismo presenti sul territorio).

Influenza del gruppo dei pari e di opinion-leaders.

Bibliografia

1. Gina Escamilla, Angie L. Craddock, Ichiro Kawacki, Women and Smoking un Hollywood Movies: A Content Analysis; American J. Pub. Health, March 2000, vol. 90. N° 3. 412-414
2. Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D., Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. JAMA 1993; 269: 1391-1395
3. Stanton WR, Oei TPS, Silva PA, Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int. J. Addiction; 1994; 29: 913-925
4. Suzanne L. Tyas, Linda L. Pederson, Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature; Tobacco Control, 1998; 7: 409-420 (winter)
5. Fernandez S., Nebot M., Jane M., The evaluation of effectiveness of scholastic programs in the prevention of consumption of tobacco, alcohol and cannabis: what do meta-analyses tell us? Rev Esp Salud Publica 2002 May-Jun; 76 (3): 175-87
6. Spangler JG, George G, Foley KL, Crandall SJ. Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools. JAMA 2002 Sept 4; 288(9): 1102-9
7. Pentz MA Effective prevention programs for tobacco use. Nicotine Tob Res 1999; 1 Suppl 2:599-107
- (8) Barr JE, Tubman JG, Montgomery MJ, Soza-Vento RM, Amenability and implementation in secondary school antitobacco programs; Am J Health Behav 2002 Ja-Feb; 26(1): 3-15
8. Mahoney MC, Bauer JE, Tumiel L, Mc Mullen S, Schieder J, Pikuzinski D, Longitudinal impact of a youth tobacco education program; BCM Fam Pract 2002; 3(1):3 (6).
9. Vartiainen E., Paavola M., Mc Allister A., Puska P. Fifteen-year follow up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project; American J of Pub Health. 1998, (88); 81-5
10. Zagà, Monti, Gentilini, Capecchi, Tamang. Smokefree class competition. Prevenzione primaria del tabagismo nelle scuole; Prevenzione Respiratoria 2001, (1); 21
11. Secker-Walker RH., Gnich W., Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults; Cochrane database Syst rev 2002; (3): CD001745
12. Michael Siegel The impact of an Antismoking Media campaign on progression to established Smoking: results of a Longitudinal Youth Study; Am J Public Health 2000;90:380-386.