

disabilità e perdita di giorni di lavoro), mentre in Cina ammonta a 156 milioni di dollari annui.

È possibile considerare la diffusione del tabacco nel mondo come un'epidemia. Tuttavia, come ogni patologia contagiosa è determinata da un vettore, sia esso un batterio o un virus, così il vettore della diffusione del fumo è rappresentato dalle industrie di tabacco e dalle loro strategie di guadagno. Le numerose multinazionali che vendono "fumo" si concentrano su specifici bersagli: gli adolescenti e le donne. Infatti, i ragazzi giovani sono il terreno fertile per rimpiazzare coloro che precocemente decidono o coloro che smettono di fumare e, più è precoce l'età di inizio del tabagismo, più facilmente diventeranno

dei "fumatori regolari" e più sarà difficile disassuefarsi dal fumo di tabacco. Le altre strategie adottate dalle multinazionali riguardano i rapporti con le istituzioni. Infatti, nei paesi in via di sviluppo, esse esercitano attraverso aiuti (il più delle volte economici), pressioni sulle istituzioni al fine di impedire le restrizioni della vendita o di impedire l'aumento delle tasse sulle sigarette.

In conclusione, le società civili e le istituzioni devono impegnarsi a prevenire l'epidemia di tabacco evitando centinaia di morti legate alle patologie fumo correlate. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è attivamente coinvolta nella lotta contro il fumo, sensibilizzando governi e cittadini ad intraprendere iniziative volte a contra-

stare l'epidemia di tabacco<sup>1</sup>. In particolare, l'OMS consiglia ad ogni Nazione di attuare una politica sanitaria volta a monitorare l'utilizzo del tabacco, a proteggere la popolazione dal fumo, ad intraprendere programmi di "smoking cessation", ad informare la popolazione della pericolosità del tabacco, a vietare qualunque forma di pubblicità riguardante le sigarette e, infine, ad aumentare le tasse sulla vendita di tabacco. ■

### Bibliografia

1) The MPOWER package, WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, WHO 2008

Antonio Russo, Mario Del Donno  
U.O.C. di Pneumologia - Dipartimento di Scienze  
Mediche - A.O. "G. Rummo", Benevento



## ITALIA / Linee Guida Aggiornamento 2008 delle Linee Guida ISS- OSSFAD per la terapia del tabagismo

**Piergiorgio Zuccaro**

Il 31 maggio 2008 Giornata Mondiale Senza Tabacco, nell'ambito del Convegno Tabagismo e SSN, sono state presentate all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) l'aggiornamento 2008 delle Linee Guida Cliniche per promuovere le cessazioni dell'abitudine al fumo. Le linee guida nascono dalle collaborazioni dell'osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'ISS con il Cochrane Drugs and Alcohol Group che ha sede presso il Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RM E.

I destinatari delle Linee Guida sono gli operatori del SSN che operano nell'assistenza di primo e secondo livello nel corso della loro attività ambulatoriale e ospedaliera con particolare

riguardo ai Medici di Medicina Generale (MMG).

Queste Linee Guida sono rimaste sostanzialmente invariate nella sua struttura e per il tipo di intervento raccomandato nelle Linee Guida pubblicate nel 2002. Per redigere le Linee Guida è stata effettuata una revisione sistematica della letteratura effettuando una ricerca bibliografica sulle seguenti Banche dati: Medline, Embase e Cochrane Library dal 1990 a marzo 2001. Nell'aggiornamento la ricerca è stata estesa fino al 31 dicembre 2007.

Le revisioni individuate sono state sottoposte ad una valutazione della qualità metodologica. Le revisioni sistematiche Cochrane sono risultate essere le più aggiornate, le più recenti, le

più complete e metodologicamente di migliore qualità. Pertanto per l'estrazione dei dati di efficacia ci si è limitati a considerare le revisioni Cochrane. La ricerca degli studi randomizzati controllati (RCT) si è limitata a studi di recente pubblicazione.

Le prove di efficacia reperite nelle revisioni sistematiche Cochrane e le raccomandazioni contenute nelle linee guida individuate di migliore qualità sono state quindi utilizzate per redigere il testo delle linee guida. La bozza di linea guida redatta dal gruppo degli autori è stata quindi sottoposta ad un processo di revisione da parte di esperti esterni al progetto e dai presidenti delle principali società scientifiche del settore.

Le prove di efficacia sono state classificate secondo i livelli di evidenza riportati di seguito; tali livelli riflettono il grado di validità (assenza di distorsioni sistematiche) dei risultati e delle conclusioni relative alla efficacia dei trattamenti riportati nei singoli studi.

Il presupposto su cui si basano tali livelli è che i disegni di studio dei livelli superiori sono in grado di fornire evidenze più valide di quelli ai livelli più bassi.

Infatti, affinché i risultati di uno studio possano essere attribuiti con relativa certezza all'intervento sperimentale, è necessario che il disegno dello studio abbia rispettato una serie di requisiti metodologici.

In caso contrario possono verificarsi errori sistematici che possono portare a concludere erroneamente per l'efficacia o la non efficacia di un intervento.

L'interpretazione delle prove di ef-

ficacia reperite negli studi tiene conto dei livelli di evidenza, della numerosità e della qualità metodologica degli studi, della consistenza dei risultati e della rilevanza clinica delle misure di risultato utilizzate.

Tale interpretazione, alla luce anche della esperienza clinica degli autori e del contesto locale in cui le linee guida andranno implementate, porta alla formulazione del grading della forza delle raccomandazioni pratiche. ■

### Schema di interpretazione dei livelli di evidenza e della forza delle raccomandazioni

#### Livelli di evidenza

- Livelli di evidenza 1  
Revisioni sistematiche di studi controllati randomizzati
- Livelli di evidenza 2  
Studi controllati randomizzati
- Livelli di evidenza 3  
Studi controllati non randomizzati
- Livelli di evidenza 4  
Studi osservazionali
- Livelli di evidenza 5  
Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia

#### Forza delle raccomandazioni

- Forza delle raccomandazioni A = molto forte  
Basata su prove di efficacia di livello 1 o 2
- Forza delle raccomandazioni B = abbastanza forte  
Basata su prove di efficacia 3 o 4 o su revisioni sistematiche o studi controllati randomizzati con risultati contrastanti o campioni di piccole dimensioni
- Forza delle raccomandazioni C = debole  
Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia

#### Sintesi delle raccomandazioni

Per brevità riportiamo solo gli interventi che hanno livelli di evidenza 1 e forza delle raccomandazioni A = molto forte.

1. Domanda a tutti i soggetti che si presentano in ambulatorio se sono fumatori.  
Affronta l'argomento con tutti, vecchi e giovani, indipendentemente dal motivo della visita.
2. Registra la condizione e la storia di fumatore (Sì/No/Ex fumatore) tra i dati del paziente.
3. Raccomanda a tutti i fumatori di smettere di fumare.
4. Dai al soggetto materiale scritto di supporto agli altri interventi (manuali, opuscoli, etc.).
5. Proponi la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino fortemente dipendenti al test di Fagerström (punteggio  $\geq 5$ ).
6. I farmaci di prima scelta sono i sostitutivi della nicotina (NRT) nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, preparati per inalazione, gomme da masticare, compresse sublinguali) gli agonisti parziali della nicotina (citisina e vareniclina) e gli antidepressivi (bupropione e nortriptilina).
7. L'associazione di cerotti con inalatori, gomme o compresse sublinguali di nicotina è più efficace di una singola formulazione e si può utilizzare nei pazienti resistenti.
8. Il bupropione associato a NRT ne rafforza l'efficacia, mentre non avviene il contrario.
9. La vareniclina è efficace per smettere di fumare. Anche

la citisina è efficace ma i risultati provengono da un solo trial.

10. Proponi a tutti i soggetti che vogliono smettere, per i quali è indicato un intervento più intenso, o che lo desiderino, la terapia cognitivo-comportamentale o il counseling professionale individuale.
11. Alle donne in gravidanza offrire un intervento sociale e comportamentale più intenso degli interventi minimi di raccomandazione.

Nelle linee guida sono state inserite l'aggiornamento della carte del rischio cardiovascolare ([www.cuore.it](http://www.cuore.it)) che servono a stimare la probabilità di andare incontro un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio, ictus) nei dieci anni successivi, conoscendo il valore dei sei fattori di rischio (sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia).

Inoltre sono state inserite le carte del rischio di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) ([www.iss.it/osfad](http://www.iss.it/osfad))

Le carte del rischio respiratorio assoluto o relativo si propongono come uno strumento di educazione sanitaria ed hanno lo scopo di fornire al medico e al cittadino una stima quantitativa sia del rischio di sviluppare determinate patologie respiratorie in presenza di date condizioni, sia dei benefici derivanti da variazioni di una o più componenti delle stesse.

Le Carte del rischio assoluto servono a calcolare, prenden-

do in considerazione l'abitudine al fumo, la probabilità del soggetto di ammalarsi di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) nei 10 anni successivi all'età che ha al momento della consultazione.

Il rischio è stato calcolato per i non fumatori, gli ex-fumatori e i fumatori, sia nella popolazione maschile che femminile senza nessuna esposizione aggiuntiva e/o con l'esposizione lavorativa a sostanze nocive quali polveri, fumi, sostanze chimiche e con l'esposizione a inquinamento ambientale.

Nel redigere le linee guida nel 1992 scrivemmo che numerosi studi hanno dimostrato che la semplice diffusione delle linee guida, se non accompagnata da strategie di implementazione più intense, non è efficace nel produrre un cambiamento nei comportamenti dei destinatari delle linee guida.

Dovranno essere organizzati workshop nei quali vengano discusse le linee guida, le possibilità e le difficoltà legate alla realizzazione dell'intervento proposto e l'impatto atteso in

termini di salute pubblica. Ma la vera utilità delle linee guida che si basano sulla revisioni sistematiche della letteratura è che l'operatore evita di leggersi una letteratura che per il tabagismo è molto abbondante.

Questo però dalla nostra esperienza sembra non essere apprezzato: spesso il ricercatore preferisce leggersi la singola revisione Cochrane su un dato argomento e citarla piuttosto che avvalersi delle linee guida; cosa che è stata fatta anche dal Ministero della Salute nel suo programma Guadagnare Salute (GU n.117 del 22-5-2007 – Suppl. Ordinario n.119).

Le Linee Guida possono essere richieste telefonando al Telefono Verde contro il Fumo 800554088 oppure si possono consultare sul sito dell'OSSFAD [www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad). e stampare. ■

**Piergiorgio Zuccaro**  
Direttore OSSFAD - ISS, Roma



## USA / Linee Guida

# Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update

**Vincenzo Zagà**

**L**a *Clinical Practice Guideline*<sup>1</sup>, che ha avuto come major sponsor il *Public Health Service* è stata prodotta dal *Tobacco Use and Dependence Guideline Panel* ("the Panel").

La sua stesura ha coinvolto 37 specialisti con la responsabilità di identificare l'efficacia e le sperimentazioni validate delle metodiche e trattamenti relative alla dipendenza da tabacco. Queste Linee Guida sono state sponsorizzate da otto organizzazioni federali Governative e Organizzazioni no-profit Statunitensi:

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);
- 2) Centers for Disease Control and Prevention (CDC);
- 3) National Cancer Institute (NCI);

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI);

- 4) National Institute on Drug Abuse (NIDA);
- 5) American Legacy Foundation;
- 6) Robert Wood Johnson Foundation (RWJF);
- 7) University of Wisconsin School of Medicine and Public Health's Center for Tobacco Research and Intervention (UW-CTRI).

Questa Linea Guida è un update della versione del 2000 *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline* che era sponsorizzata dall'U.S. Public Health Service, e U.S. Department of Health and Human Services.

La Linea Guida originale del 1996 si basava su circa 3.000 articoli sul tratta-

mento del tabagismo pubblicati tra il 1975 e 1994.

Quella del 2000 ha lavorato su altri 3000 articoli pubblicati tra il 1995 e il '99.

Questo aggiornamento 2008 ha scrinato altri 2700 articoli scelti fra più di 8700 articoli della letteratura di base. Questa Linea Guida contiene strategie e raccomandazioni per gli specialisti in terapia del tabagismo, medici di medicina generale, amministratori sanitari e in generali tutti quei soggetti coinvolti nel trattamento dell'uso del tabacco e dipendenza.

Le raccomandazioni sono il risultato di una rassegna sistematica e meta-analisi di 11 specifici argomenti topici identificati dal Panel (quitline proattiva;