



Sono utili le Linee Guida per la tabaccologia?

How much useful are Guidelines for Tobaccology?

Fabrizio Faggiano

La presentazione in questo numero della rivista dell'aggiornamento di due importanti linee guida di cessazione, la *Treating Tobacco Use and Dependence* americana¹ e le *Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*² dell'Istituto Superiore di Sanità-OSSFAD, è un'occasione per riflettere intorno all'utilità dello strumento Linea Guida.

Le Linee Guida possono essere utili alla tabaccologia per almeno due ragioni: per assicurare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e cessazione e per supportare la messa in atto di strategie complesse a livello di comunità.

Perché è importante assicurare l'appropriatezza degli interventi? I professionisti della tabaccologia sanno bene che vi è oramai un ampio ventaglio di interventi per aiutare la cessazione: interventi farmacologici, sostitutivi e non, il *counseling*, i gruppi di auto-aiuto, l'agopuntura etc.

Eppure non sempre viene messo a fuoco che non tutti gli interventi hanno pari efficacia, e che gli studi di valutazione hanno evidenziato differenze di efficacia in fumatori con caratteristiche diverse.

Così come è importante rendersi conto che vengono spesso utilizzati nella pratica interventi non efficaci, che, in studi non adeguati a valutarne l'efficacia, sembrano dare risultati rilevanti in forza del solo effetto placebo.

Eppure ogni professionista deve essere cosciente che è suo dovere utilizzare sempre gli strumenti che la ricerca scientifica indica come i più efficaci per ogni singolo fumatore.

Ma le Linee Guida sono uno strumento adeguato per assicurare l'appropriatezza? La base di ogni Linea Guida è la revisione sistematica di tutta la lettera-

tura scientifica per l'identificazione degli interventi efficaci.

Ma questo non è sufficiente: infatti le evidenze scientifiche raccolte in questo modo vengono trasformate in raccomandazioni di pratica solo dopo che un gruppo multidisciplinare le ha vagliate e soppesate considerando anche tutti i vincoli che il contesto presenta. In questo modo si costruisce un documento che, per struttura e linguaggio, può essere molto utile per supportare il professionista tabaccologo.

Se fino ad ora mi sono limitato a parlare di cessazione è solo perché oggi abbiamo a disposizione unicamente Linee-Guida di cessazione. Eppure la prevenzione primaria è certamente più a rischio di inappropriata rispetto alla cessazione; ricordo soltanto il programma *Life Education* (3), che nonostante le ottime premesse teoriche, ha prodotto un aumento del 60% del consumo sigarette nel gruppo di studenti sottoposti all'intervento.

E ricordo anche che la maggior parte degli interventi scolastici di prevenzione dell'iniziazione al fumo svolti in Italia è ancora basato sulle conoscenze, pratica che non ha mai mostrato efficacia fin dai primi studi degli anni '60⁴.

Perché, poi, la tabaccologia ha bisogno di strategie complesse? Iniziare a fumare o smettere di fumare sono un atto individuale, ma nessuno nega più un ruolo fondamentale del contesto, e in particolare della famiglia, dei pari, delle leggi, del costo del tabacco, dell'ac-

cessibilità dei trattamenti, del *normative belief* (cioè della percezione di quanto è frequente il fumo nella popolazione o nel proprio gruppo di pari) nel motivare e determinare gli atteggiamenti e i comportamenti.

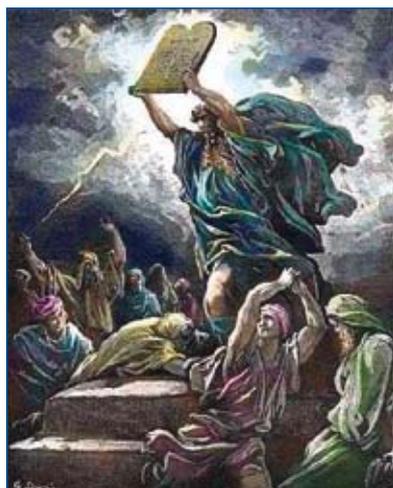
Sono numerose le prove che l'impatto sulla salute della popolazione degli interventi clinici di cessazione è maggiore se inseriti nell'ambito di strategie complesse: le campagne di mass media possono ad esempio motivare il fuma-

tore a smettere e a rivolgersi al sistema sanitario⁵, l'implementazione di Linee Guida che non comprendono solo raccomandazioni cliniche, può aumentare il tasso di cessazione a lungo termine⁶. Così come sappiamo che le campagne di mass media e l'aumento delle accise sui prodotti del tabacco

possono ridurre l'incidenza di iniziazione⁷. Inoltre è una conoscenza consolidata che i genitori e i pari hanno un ruolo cruciale nel determinare il rischio di fumare, che è ad esempio moltiplicato per 2 o 3 se genitori e fratelli fumano.

Affinché abbia un impatto rilevante sulla salute di una popolazione, dunque, un programma di cessazione o di prevenzione deve essere costruito mettendo insieme diverse componenti efficaci, che agiscano sui diversi determinanti sociali e individuali del fumo; deve cioè essere una strategia complessa.

Ma come le Linee Guida possono aiutare a mettere in atto una strategia complessa? Un Linea Guida di buona qualità deve contenere una sintesi dell'efficacia





di tutti gli interventi che hanno l'obiettivo di intervenire su un problema di salute.

Queste evidenze sono poi trasformate in messaggi semplici, le Raccomandazioni, che devono essere redatte da un gruppo multidisciplinare, che devono tener conto anche delle relazioni fra interventi.

L'operatore sanitario, il *policy-maker*, si trovano quindi in mano un documento che riassume tutto ciò che può essere fatto per contrastare un problema di salute, le relative prove di efficacia, le opinioni di esperti nel caso che non esistano prove di efficacia, le interrelazioni fra interventi. In sintesi tutto ciò che serve per costruire una strategia complessa.

Critico al fine della autorevolezza di un tale documento è l'aggiornamento: tutti i dati contenuti devono avere un livello di aggiornamento adeguato per tener conto anche degli studi più recenti.

Benvenuti quindi gli aggiornamenti alle Linee Guida sulla cessazione che vengono presentati in questo numero della rivista, perché contribuiscono a mantenerli uno strumento fondamentale di pratica clinica e di programmazione sanitaria.

Ma i documenti presentati in questo numero raggiungono gli obiettivi che ho definito all'inizio? Sì e no. Ambedue sono un ottimo strumento di assicurazione dell'appropriatezza, contengono ricche revisioni di letteratura e le raccomandazioni rappresentano una preziosa

guida per il lavoro clinico, in particolare ovviamente quelle italiane in cui lo sforzo di contestualizzazione ha dato risultati ragguardevoli².

Ambedue danno un contributo limitato alla definizione di strategie complesse. Quelle italiane sono centrate sul fumatore e sulla relazione con il MMG e con il centro antifumo², quelle americane affrontano alcuni problemi di contesto, come ad esempio la rimborsabilità da parte della assicurazioni delle pratiche di cessazione, ma lo fanno per il contesto americano.

D'altra parte la cessazione del tabagismo è un argomento che è al limite fra la clinica e la Sanità Pubblica, e Linee Guida su argomenti non clinici sono ancora rare.

Sono infatti strumenti nati in contesto prettamente clinico e, quando affrontano problemi di salute nel loro complesso,

lo fanno occupandosi, oltre che di trattamento, anche di prevenzione, diagnosi, riabilitazione.

È ben diverso doversi occupare di interventi per cambiare la percezione di prevalenza di una popolazione, motivare a smettere i fumatori, motivare il personale sanitario a non mostrarsi a fumare quando ricoprono funzioni sanitarie.

Ma è questo che ci dobbiamo aspettare da una linea guida di prevenzione o di cessazione del tabagismo.

Qualche esperienza comincia ad esserci: sono contento di poter citare un recente tentativo messo a punto dalla

Regione Piemonte, partendo da tutte le Linee Guida esistenti, in particolare da quelle ISS². Lo sforzo di censire e valutare tutti gli interventi utili alla cessazione, da quelli normativi a quelli organizzativi, dai trattamenti alle pratiche di follow-up dei trattati, una volta contestualizzati al Piemonte, ha dato origine a raccomandazioni che saranno utili non solo al clinico, ma anche, mi auspico, alla costruzione di una strategia complessiva regionale.

Anche la prevenzione necessita di un tale strumento.

È necessario che gli interventi scollastici, quelli più frequenti, vengano implementati insieme a interventi sulla famiglia, sul contesto (limitazione delle vendite, supporto alle limitazioni, interventi sui prezzi etc), insieme ad interventi sui luoghi di lavoro, che vengano sviluppate *policy* istituzionali che favoriscano atteggiamenti sani del personale sanitario, dei docenti delle scuole e università, siano progettate efficaci campagne di mass media.

Le Linee Guida possono essere di aiuto in questo complicato processo. Ben vengano quindi Linee Guida che siano in grado di indirizzare anche interventi di Sanità Pubblica, più complessi di quelli clinici, sul fumo, principale causa singola di morte in Italia, ma, perché no, anche su altri fattori di malattia, come la dieta, la sedentarietà, il consumo di droghe e l'abuso di bevande alcoliche, la sicurezza stradale. ■

Fabrizio Faggiano

Università Avogadro del Piemonte Orientale e Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED-Piemonte)



Bibliografia

1. Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Washington, 2008 (www.surgeongeneral.gov/tobacco)
2. Zuccaro PG et al. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo - Edizione 2008. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2008. (www.iss.it/ofad)
3. Hawthorne G. The social impact of Life Education: estimating drug use prevalence among Victorian primary school students and the statewide effect of the Life Education programme. *Addiction* 1996; 91 (8): 1151-1160.
4. Horn D. Modifying smoking habits in high school students. *Children* 1960; 7: 63-65.
5. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Am J Prev Med* 2001;20(2S):16-66.
6. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB; AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(8):594-603.
7. Faggiano F and Vigna-Taglianti F. Drugs, Illicit - Primary Prevention Strategies. In: Hegggenhagen K and Quah S (EDS). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 2. San Diego: Academic Press; 2008. pp. 249-265.
8. Faggiano F, Gelormino E, Mathis F, Vadrucchi S, Giordano L, Senore C, Piccinelli C, Molinar R, Charrier L, Leigheb F, Fedele M, Bonvini D. Cessazione del fumo di tabacco - Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione Regionale Anti-Tabacco. Quaderno n. 3. Torino 2007. (www.iss.it/ofad)