



Abstract & Commentary

Impatto mondiale dell'esposizione al fumo passivo: analisi retrospettiva dei dati di 192 Paesi

Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries

Giuseppe Liotta, Stefania La Grutta

Premessa

Numerosi studi internazionali hanno indagato la relazione tra fumo passivo ed effetti nocivi sulla salute dei soggetti non fumatori.

Dal 1970 [1-3] ad oggi sono state prodotte prove inconfutabili circa le conseguenze dannose del fumo di seconda mano (second hand smoke=SHS). Tuttavia, il fumo di sigaretta rimane il più comune inquinante indoor.

Una legislazione per proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo in tutti i luoghi pubblici e di lavoro è stata attuata in alcuni Stati, ma il 93% della popolazione mondiale vive in paesi senza alcuna regolamentazione contro il fumo nei luoghi pubblici [4-7]. I forti legami tra SHS, mortalità e disabilità sono stati riassunti da una valutazione approfondita da parte della Agenzia per la Ricerca sul Cancro dell'OMS [8], che ha evidenziato come il divieto di fumare nei luoghi di lavoro abbia determinato una riduzione del 10-20% di eventi coronarici acuti nell'anno successivo all'introduzione delle norme anti-fumo.

Gli studi scientifici hanno inequivocabilmente stabilito che l'esposizione al fumo di tabacco è causa di morte, malattia e disabilità. Inoltre, è ormai chiaro che non esiste un livello

sicuro di esposizione al fumo di sigaretta e pertanto sono necessarie misure effettive per fornire una protezione completa dall'esposizione passiva.

Commento allo studio

Lo studio di Oberg e coll., pubblicato su Lancet [9] costituisce la prima valutazione dell'impatto a livello mondiale della malattia da SHS. Gli autori hanno stimato il carico di malattia in tutto il mondo attribuibile al SHS, come mortalità e disability-adjusted life-years (DALY). Questa è una misura degli anni di salute persi sia per mortalità precoce che per disabilità dovuta a malattia. In questo lavoro, l'esposizione al SHS è stata stimata separatamente per bambini (0-14 anni), e per uomini e donne di età superiore ai 15 anni.

Secondo gli autori, il 40% dei bambini, il 35% delle donne e il 33% dei maschi non fumatori sono stati esposti a SHS.

Dallo studio emerge un dato allarmante: il fumo passivo ha determinato, nel 2004, 603.000 morti premature e la perdita di 10,9 milioni di DALY corrispondenti all'1,0% di tutti i decessi e allo 0,7% del peso a livello mondiale della disabilità in DALY.

Alla mortalità causata dal fumo passivo devono essere aggiunti i 5,1 milioni di morti attribuibili a quello

attivo, pertanto complessivamente il fumo è stato responsabile di oltre 5,7 milioni di decessi ogni anno nel 2004. Le cause più frequenti di morte sono state la cardiopatia ischemica, l'asma negli adulti e le infezioni respiratorie nella popolazione pediatrica.

Gli autori sottolineano come i bambini siano i più esposti al fumo passivo rispetto a qualsiasi altra classe di età perché non in grado di evitare la principale fonte di esposizione che è rappresentata dai propri genitori che fumano in casa.

Come anticipato, le leggi antifumo nei luoghi di lavoro hanno ridotto rapidamente il numero degli eventi acuti coronarici, pertanto i politici dovrebbero tenere a mente che il rispetto delle leggi antifumo può ridurre sostanzialmente la mortalità, la disabilità e i costi nei sistemi sociali e sanitari. Il numero assoluto di morti è più elevato nelle donne rispetto agli uomini; questo è dovuto principalmente al fatto che il numero di non fumatrici è circa il 60% in più rispetto ai maschi.

Il maggior carico di DALY da SHS è invece principalmente dovuto all'esposizione nei bambini.

Gli autori, inoltre, hanno stimato che 165.000 bambini di età inferiore a 5 anni muoiono ogni anno per infezioni delle basse vie respiratorie cau-



sate dall'esposizione al SHS. Due terzi di questi decessi si verificano in Africa e in Asia meridionale. Come detto l'esposizione al SHS avviene principalmente a casa e la combinazione di malattie infettive ed esposizione a tabacco sembra essere letale per i bambini di queste regioni.

Le informazioni sull'entità e la distribuzione delle malattie causate dal SHS sono particolarmente importanti per chi si occupa di salute pubblica in considerazione del fatto che gli effetti nocivi del SHS sono prevenibili. Ci sono prove sull'efficacia degli interventi volti a ridurre l'esposizione al fumo passivo nei luoghi pubblici e sul posto di lavoro. Attualmente, 16 Paesi hanno attuato una legislazione nazionale antifumo con l'effetto che l'esposizione al SHS in ambienti ad alto rischio (come bar e ristoranti) è stata generalmente ridotta di circa il 90%, e l'esposizione di adulti non fumatori all'SHS è diminuita di oltre il 60%. La maggior parte degli studi epidemiologici sono stati condotti nei Paesi sviluppati, tuttavia, sulla base dei biomarker e di dati epidemiologici a disposizione gli Autori hanno sottolineato che l'esposizione è omogenea tra le diverse regioni con intensità più elevate in Asia e in Medio Oriente.

Conclusioni

Questo studio mostra, in maniera inequivocabile, come il SHS determini un rischio elevato per la salute di bambini e adulti non fumatori in tutto il mondo. Tali riscontri sono fondamentali per stabilire una strategia efficace in materia di politica sanitaria e di sanità pubblica.

Considerando che solo il 7,4% della popolazione mondiale vive in paesi

con adeguate leggi antifumo, gli Autori sottolineano l'urgenza dell'attuazione della convenzione quadro dell'OMS (FCTC) che stabilisce che tutti gli ambienti di lavoro, i luoghi pubblici e i mezzi pubblici debbano essere smoke-free. Il risvolto positivo di questa indagine è il rapido riscontro degli effetti positivi sulla salute pubblica e sulla riduzione dei costi sanitari. Questi rilievi devono spingere i politici dei paesi senza una legislazione antifumo ad attuare delle norme per proteggere i non fumatori dal SHS. Inoltre, in considerazione del fatto che nei Paesi a basso reddito, l'esposizione al SHS contribuisce alla morte di migliaia di bambini sotto i 5 anni, è giunta l'ora di sfatare il mito che i Paesi in via di sviluppo, possano aspettare una legislazione antifumo. Queste norme infatti, determinerebbero una sostanziale riduzione della mortalità infantile da fumo di tabacco e del numero di DALY, considerati a torto problemi secondari.

I legislatori dovrebbero anche intervenire attraverso l'attuazione di strategie educative per ridurre l'esposizione, soprattutto dei bambini, al fumo passivo nelle abitazioni.

Un recente articolo pubblicato su *Pediatrics* [10] ha evidenziato come anche i bambini non esposti a SHS nella loro abitazioni hanno tracce di cotinina a livello urinario significative. Questo è solo in parte spiegabile attraverso il cosiddetto fumo di terza mano, vale a dire la possibilità di venire a contatto con il fumo passivo attraverso gli indumenti di coloro che fumano al di fuori dell'appartamento.

Gli Autori infatti sottolineano una differenza significativa tra coloro che abitano in appartamento e quelli che vivono in abitazioni unifamiliari.

I soggetti residenti in appartamenti multifamiliari risultano quindi più a rischio di essere esposti al fumo passivo anche quando la loro abitazione risulta smoke-free. ■

Bibliografia

1. US Department of Health, Education, and Welfare. The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General: 1972.
2. Musk AW, de Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology* 2003; 8: 286-90.
3. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en>.
4. Eriksen MP, Cerak RL. The diffusion and impact of clean indoor air laws. *Annu Rev Public Health* 2008; 29: 171-85.
5. McNabola A, Gill LW. The control of environmental tobacco smoke: a policy review. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6: 741-58.
6. Fontana L, Di Martino T, Iavicoli I. Application and effects of smoking ban in bars and restaurants of Rome. *G Ital Med Lav Ergon* 2007; 29: 484-85.
7. Jaakkola MS, Jaakkola JJK. Impact of smoke-free workplace legislation on exposures and health: possibilities for prevention. *Eur Respir J* 2006; 28: 397-408.
8. International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2004. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>.
9. Öberg M, Jaakkola MS et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, published online November 26, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8
10. Wilson M, Klein JD et al. Tobacco-Smoke Exposure in Children Who Live in Multiunit Housing. *Pediatrics* 2011; 127:85-92

Giuseppe Liotta

Assegnista di Ricerca, Istituto Biomedicina e Immunologia Molecolare, IBIM del Consiglio Nazionale delle Ricerche, CNR, Palermo

Stefania La Grutta (lgruttastefania@libero.it)
U.O.S. Ambiente e Salute, ARPA Sicilia, Palermo

Fumo passivo nel mondo: esposizione, morti e disabilità

Nel Mondo ogni anno muoiono 600.000 non-fumatori a causa dell'esposizione del fumo passivo.

Nel 2004 è stato esposto al fumo passivo:

- il 40% di bambini
- 33% di maschi adulti non fumatori
- 35% di femmine adulte non fumatrici

Morti da fumo passivo/anno nel mondo:

- 379.000 per ischemia miocardica
- 165.000 per infezioni del tratto respiratorio

- 63.000 per asma bronchiale
- 21.400 per tumore polmonare

▶ Il numero di morti e malattie da fumo passivo è maggiore nelle donne e bambini

▶ Quasi la metà dei decessi per fumo passivo (47% pari a 281.000) interessano le donne

▶ 166.000 morti (28%) si hanno nei ragazzi più giovani di 5 anni di età

▶ 10.9 milioni sono gli anni di disabilità aggiustati per anni di vita (DALYs) dovute a malattie da fumo passivo.

▶ Il 51% di anni di disabilità (DALYs) sono a carico di bambini, principalmente per infezioni basse vie dell'apparato respiratorio (5.939.000) e per asma (651.000).

(Da Öberg M et al, *Lancet* 2010).