



Per carico globale di malattia il tabacco è secondo fattore di rischio

Giovanni Pistone

L'uso di tabacco è il secondo più grande fattore che contribuisce al carico globale di malattia, secondo un nuovo ed esteso studio epidemiologico pubblicato su Lancet. [1]

Lo Studio del Carico Globale di Malattia GBD del 2010 è il più grosso tentativo mai realizzato prima di descrivere la distribuzione globale e le cause di una estesa serie di malattie gravi, danni e fattori di rischio per la salute. Nel 2010, i tre principali fattori di rischio per il carico di malattia globale erano risultati nell'ordine: l'ipertensione (7% di anni di vita corretti per morte e disabilità o DALY), il fumo di tabacco (6.3%, incluso quello passivo) e l'abuso di alcool (5.5%). In tutto il mondo, il contributo di diversi fattori di rischio al carico di malattia è cambiato sostanzialmente, con uno spostamento progressivo dal rischio per malattie trasmissibili nei bambini a quelle per malattie non trasmissibili per gli adulti. Nel 1990, in cima alla lista dei fattori di rischio per le malattie erano: il basso peso dei bambini (7.9%), l'inquinamento domestico da combustibili solidi come legno, carbone, letame e i residui di concime o della raccolta del grano (7%) e il fumo di tabacco attivo e passivo (6.1%).

La quantificazione del carico di malattia causato da differenti fattori di rischio informa gli operatori della prevenzione fornendo un resoconto della perdita di salute diverso da quello fornito da un'analisi condotta malattia per malattia. Nessuna revisione completa sulla relazione tra fattori di rischio e carico globale di malattia sin dalla valutazione comparativa del rischio condotta nel 2000, e nessuna analisi precedente ha valutato le modificazioni dei fattori di rischio nel corso del tempo.

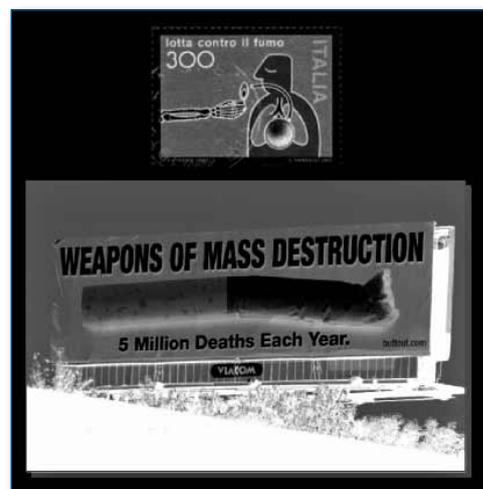
Sono stati stimati i DALY (anni di vita vissuta con disabilità sommati agli anni di vita perduta) attribuiti agli effetti indipendenti di 67 fattori di rischio e gruppi di fattori di rischio in 21 regioni dal 1990 al 2010. È

stata stimata l'esposizione a tali fattori distribuita per anno, regione, sesso e fasce d'età ed i rischi relativi per unità di esposizione attraverso la revisione e la sintesi sistematiche di dati pubblicati e non pubblicati.

Sono state usate queste stime, insieme con le stime di morti da causa specificata e i DALY dallo studio GBD del 2010, per calcolare il carico attribuibile all'esposizione di ogni fattore confrontandola con l'esposizione che in teoria dovrebbe dare il minimo rischio. Sono stati tenuti in conto gli intervalli di incertezza (confidenza) nelle stime del carico attribuibile in riferimento al carico di malattia, al rischio relativo ed all'esposizione al singolo fattore di rischio.

I fattori di rischio legati alla dieta ed all'inattività fisica complessivamente costituivano il 10% dei DALY totali nel 2010 e, in quest'ambito, i principali apparivano essere le diete a basso contenuto di frutta ed alto contenuto di

sodio. Parecchi rischi che coinvolgevano i bambini in termini di malattie trasmissibili, incluso l'inquinamento idrico, lo stallo in termini di prevenzione ed igiene pubblica e il deficit nutrizionale infantile sono progressivamente divenuti meno importanti, con un DALY globale nel 2010 dello 0.9%. In ogni caso, nell'Africa subsahariana il basso peso infantile, l'ipertensione arteriosa e l'allattamento





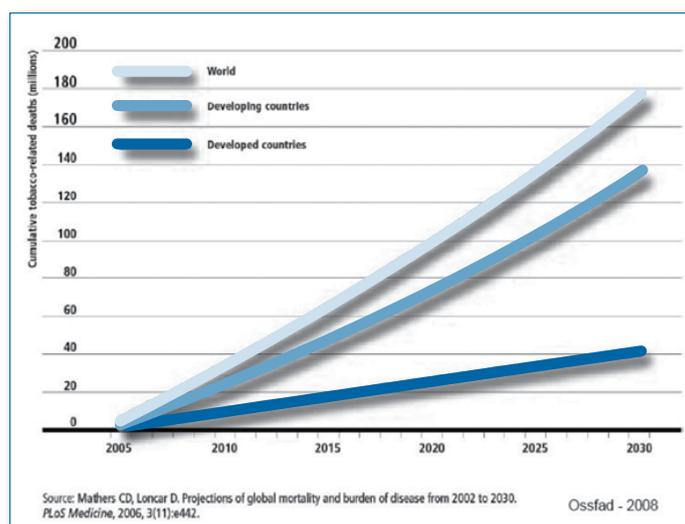
discontinuo al seno materno sono stati i primi fattori di rischio nel 2010, mentre l'ipertensione lo è stata nell'Asia meridionale. Il fattore di rischio principale nell'Europa orientale, nella maggior parte dell'America Latina e nell'Africa subsahariana meridionale è risultato essere l'abuso di alcool; nella maggior parte dell'Asia, del Nord Africa e del Medio Oriente nonché nell'Europa Centrale è risultato essere l'ipertensione. Nonostante il calo dei consumi, il fumo di tabacco è rimasto il fattore di rischio principale nei Paesi ad alto reddito del Nord America e nell'Europa Occidentale. Un alto BMI (l'obesità) si è globalmente diffuso ed è il fattore di rischio principale in Australasia e nell'America latina meridionale, e si classifica nelle prime posizioni nelle altre zone ad alto reddito, nel Nord Africa, nel Medio Oriente ed in Oceania.

Questi cambiamenti sono correlati all'invecchiamento della popolazione, al decremento della mortalità tra i bambini al di sotto dei 5 anni d'età, ai cambiamenti delle cause di morte, ed ai cambiamenti dell'esposizione ai fattori di rischio. Nuove evidenze hanno indotto a cambiamenti nell'importanza dei rischi principali come i deficit sanitari e preventivi di igiene pubblica, le deficienze di vitamina A e zinco, l'inquinamento ambientale da particolati. I cambiamenti epidemiologici che si sono verificati e i rischi principali attuali variano grandemente tra i vari territori. Nella maggior parte dell'Africa subsahariana, i rischi principali sono ancora quelli associati alla povertà ed all'infanzia.

Questi cambiamenti sono correlati all'invecchiamento della popolazione, al decremento della mortalità tra i bambini al di sotto dei 5 anni d'età, ai cambiamenti delle cause di morte, ed ai cambiamenti dell'esposizione ai fattori di rischio. Nuove evidenze hanno indotto a cambiamenti nell'importanza dei rischi principali come i deficit sanitari e preventivi di igiene pubblica, le deficienze di vitamina A e zinco, l'inquinamento ambientale da particolati. I cambiamenti epidemiologici che si sono verificati e i rischi principali attuali variano grandemente tra i vari territori. Nella maggior parte dell'Africa subsahariana, i rischi principali sono ancora quelli associati alla povertà ed all'infanzia.

Focus sul fumo di tabacco

La misurazione del carico di malattia e dei danni prodotti da un determinato fattore di rischio è un dato di cruciale importanza nella organizzazione e nella pianificazione delle politiche sanitarie nel mondo. L'approccio alla base dello studio GBD 2010 per la valutazione comparata del rischio è stato quello di calcolare la proporzione di morti o di carico di malattia causati da specifici fattori di rischio – per esempio le ischemie cardiache causate dall'ipertensione arteriosa – mantenendo immutati altri fattori indipendenti. Questi calcoli sono stati condotti su 20 gruppi di età, per entrambi i sessi e in 187 Paesi per il 1990 e per il 2010. Sono stati esposti nello studio i risultati relativi a 43 fattori di rischio (o gruppi di fattori di rischio) tra cui i carcinogeni ambientali, il fumo di tabacco attivo e passivo, la discontinuità nell'allattamen-



to, in rapporto alle fonti comuni di esposizione a tali fattori. Gli outcomes valutati per il fumo attivo sono stati: la tubercolosi; le malattie neoplastiche di esofago, stomaco, reni, vescica, pancreas, fegato, trachea, bronchi, polmoni, colon, retto, bocca e cervice uterina; la leucemia; il diabete mellito; le cardiocerebrovasculopatie, flutter e fibrillazione atriale, gli aneurismi; l'asma e le

malattie respiratorie croniche per un sottogruppo di popolazione studiato che comprendeva soggetti di età pari o superiore a 25 anni. Per il fumo passivo, nei soggetti con meno di 5 anni sono stati valutati: l'insorgenza di otite media e di malattie respiratorie delle basse ed alte vie. In coloro con più di 25 anni sono stati valutati: cancro interessante l'apparato respiratorio e le cardiocerebrovasculopatie.

Il carico di malattia attribuibile al fumo di tabacco (prevalentemente a quello attivo ma anche a quello passivo) è risultato essere di 6,3 milioni di morti e 6,3% di DALY.

I principali 5 fattori nel mondo che sono causa di malattie croniche, molto spesso letali, interessanti l'apparato cardiocircolatorio e respiratorio e di malattie neoplastiche maligne sono risultati nell'ordine: l'ipertensione arteriosa, il fumo di tabacco, l'abuso di alcool, l'inquinamento domestico da combustibili solidi e la scarsa presenza di frutta nella dieta.

In Nord America, Australasia, America Latina e Europa Occidentale, rispetto al 1990, la distribuzione del carico di malattia attribuibile al fumo di tabacco è leggermente scesa (forse uno dei frutti delle campagne di contrasto al tabagismo diffuse in molti Paesi); è rimasta stabile nell'Europa Centrale e nell'Asia orientale (nei paesi ad alto reddito); rappresenta peraltro a tutt'oggi il principale fattore di rischio per sviluppo di malattie nell'Europa Occidentale e nel Nord America. ■

BIBLIOGRAFIA

1. LIM S. et al. "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions 1990-2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010." *The Lancet* 2012; 380: 2224-2260.

Giovanni Pistone (pistone.giovanni@gmail.com)
Centro Antifumo, ASL - Novara