

IL MODELLO SVEDESE DI PREVENZIONE DEL TABAGISMO

Maria Rosaria Galanti

Un modello che paga

La Svezia è il paese europeo con la più bassa prevalenza di fumatori giornalieri nella popolazione adulta, ed il primo a tagliare il traguardo dell'under-20%, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel 2002 il 16% degli uomini ed il 19% delle donne erano fumatori giornalieri. Non solo: il trend è stato continuamente in discesa (fig 1). Dal 1980 (anno della prima inchiesta annuale nazionale) al 2002 c'è stato un declino del 45%. Ancora più rallegrante è il constatare che il declino è stato più sostenuto e pronunciato nelle fasce di età più giovani (particolarmente fra 16 e 24 anni), testimonianza di cambiamenti sostanziali sia nell'abbandono precoce dell'abitudine al fumo, sia nel reclutamento di nuovi fumatori. Anche la prevalenza di fumatrici fra le donne in gravidanza è diminuita drammaticamente, passando dal 31% nel 1983 all'11% nel 2001.

In parallelo, diminuiscono (almeno fra gli uomini) l'incidenza e la mortalità di patologie fumo-correlate, in particolare

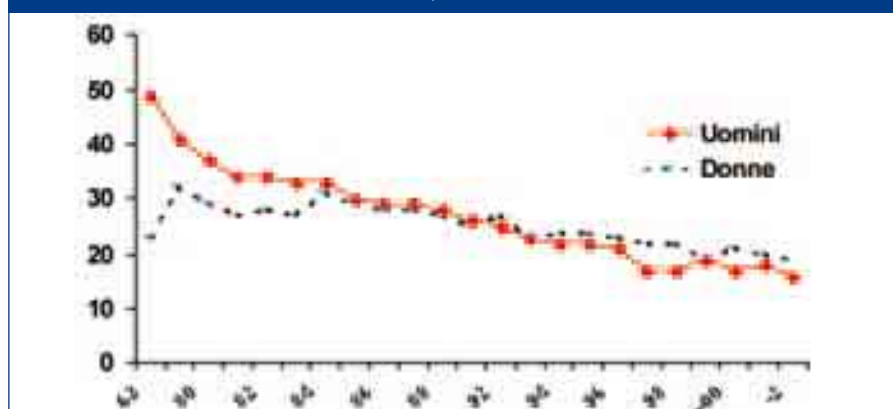
il tumore del polmone, l'indicatore più fedele dei risultati della prevenzione del tabagismo (fig 2)

Pietre miliari

La strada della prevenzione è stata però lunga, laboriosa, e non priva di contrasti. Le prime voci a levarsi contro i danni del fumo di tabacco, già a fine anni 50, vengono dal Consiglio Nazionale di Ricerca Medica, consapevole dei primi studi riportanti il rischio di cancro nei fumatori. Persino il Monopolio Nazionale Tabacchi (all'epoca interamente statale) esprime preoccupazione, tanto che nel 1960 finanzia e distribuisce al pubblico un opuscolo di avvertenze sui danni da fumo, nel quale si ammette esplicitamente che "l'uso abbondante e prolungato di sigarette contribuisce allo sviluppo di tumori del polmone". Interessante notare che questo movimento verso la sensibilizzazione dell'opinione pubblica svedese nasce ben tre anni prima del rilascio del primo rapporto "Tobacco and Health" da parte del Surgeon General USA, un testo considerato a livello internazionale come la Bibbia dell'evidenza scientifica dei danni da fumo.



Fig. 1 Prevalenza (%) di fumatori quotidiani Svezia, 1963-2002



M. Rosaria Galanti MD, PhD
Centre for Tobacco Prevention
Stockholm Centre of Public Health,
and Unit of Clinical Epidemiology,
Karolinska University Hospital - Stockholm (Sweden)

Fig. 2 Incidenza del carcinoma del polmone
Svezia, 1960-2001



Nel 1963 fu condotta la prima inchiesta nazionale sulle abitudini al fumo nella popolazione, i cui dati rivelarono che il 50% della popolazione maschile fumava quotidianamente. L'inchiesta aprì le porte ai primi seri investimenti pubblici nella prevenzione del tabagismo. Dopo uno storico incontro del Primo Ministro Tage Erlander con alcuni esponenti di spicco nelle scienze biomediche, fondi pubblici vengono allocati per la creazione, fra l'altro, dell'Associazione Nazionale Fumo e Salute, un'organizzazione non-profit per l'informazione e l'educazione sanitaria, specie a livello scolastico.

Trent'anni dopo, nel 1993, viene promulgata la prima legge svedese per il controllo del tabagismo, poi integrata nel 1994 con la proibizione della pubbli-

cità diretta di prodotti del tabacco. Nel 1997 viene legiferata la proibizione della vendita di tabacco ai minori (limite ai 18 anni). E finalmente, nel 2003, la proibizione della pubblicità indiretta, l'attuazione delle direttive europee sulle controavvertenze sui pacchetti di sigarette e l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico zone riservate anti-fumo in tutti i locali di ristorazione. Il goal per l'anno 2004 è di rendere tutti i locali di ristorazione completamente smoke-free.

I trent'anni di mezzo (figura 3) sono stati costellati di continue conquiste, centimetri di terreno strappati al monopolio del tabacco e al Big Tobacco d'oltreoceano.

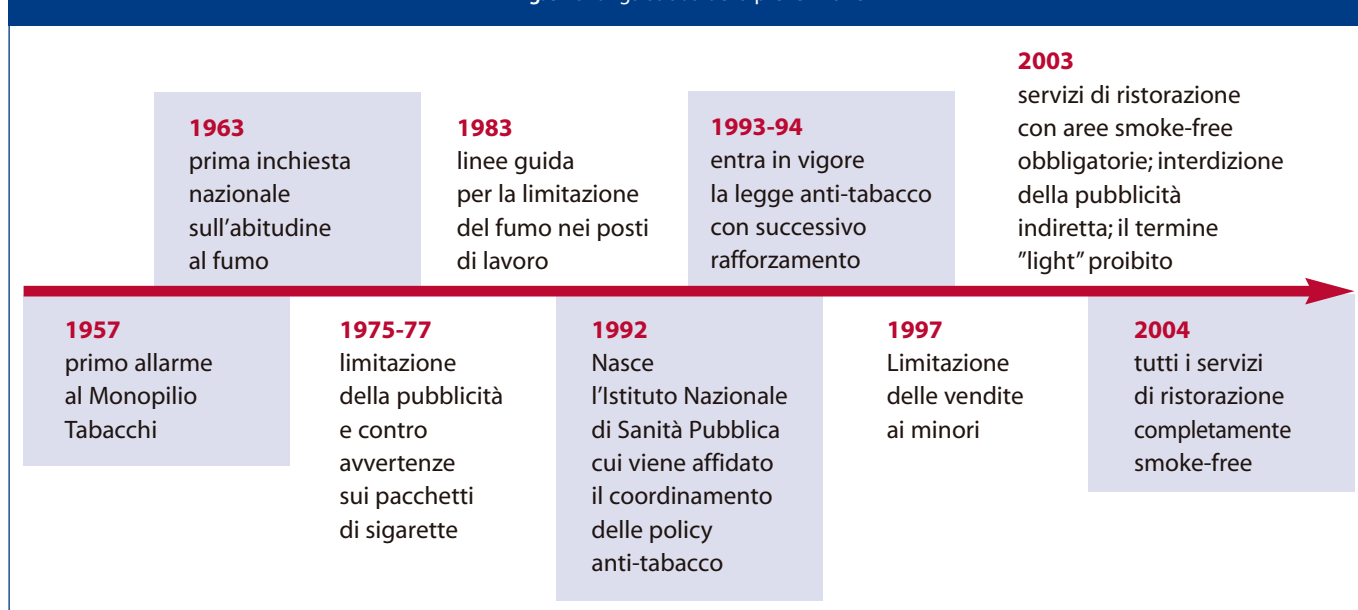
Ingredienti essenziali

Sono in molti a chiedersi perché la Svezia rappresenti un esempio così unico di

efficacia nel campo della prevenzione del tabagismo, persino a confronto con gli altri Paesi Nordici (specialmente Danimarca e Norvegia). Gli ingredienti essenziali del "caso svedese" vanno rintracciati, a mio parere, molto più nelle caratteristiche del *modello sociale* (alto livello di egualitarismo e di solidarietà) che nelle componenti della policy anti-tabacco, di per sé non diverse da quelle messe in atto in altri paesi. Alto livello di egualitarismo e di uniformità sociale significano, in primo luogo, che i tempi di adozione di nuovi comportamenti a livello di settori trainanti, nonché della popolazione generale, sono relativamente più rapidi che in altri paesi. Ma vi sono altre importanti implicazioni, che hanno avuto una rilevanza specifica nella lotta al tabagismo.

Una di queste è il raggiungimento di consenso su questioni strategiche, come ad esempio quelle concernenti la sicurezza e la salute pubblica, da parte di importanti stake-holders. Alcuni esempi di *consenso inter-settoriale* sono: la risonanza che i maggiori quotidiani e riviste, incluse quelle tipicamente "femminili", danno ad iniziative anti-tabacco; l'adesione di molte imprese alla campagna "Liberi dal fumo sul posto di lavoro", tendente a facilitare la disassuefazione dal fumo degli addetti con iniziative *in loco*; l'accettazione di regole di autodisciplina

Fig. 3 La lunga strada della prevenzione



nel marketing e nella pubblicità di prodotti a base di tabacco persino da parte della stessa manifattura tabacchi (Tobaksbolaget).

La precoce sensibilizzazione di interi settori sociali trascina con sé un'altra importante conseguenza: la relativa facilità con cui vengono formati *gruppi di pressione* specializzati nelle attività di lobbying, sia all'interno di categorie specifiche, sia più in generale a livello dei decisori politici. In Svezia, vi sono alcuni esempi storici di gruppi di pressione specializzati, quali la NTS (Associazione Nazionale Fumo e Salute) creata verso la fine degli anni '60 con finanziamento statale; VISIR (Noi- Non Fumatori), un gruppo di pressione tendente sostanzialmente ad rendere visibili i diritti della maggioranza della collettività (i non-fumatori, appunto) nei confronti dei fumatori. A partire dagli anni '80 la lotta al tabagismo compare con priorità sull'agenda di influenti organizzazioni non governative a carattere medico-sociale, quali la Associazione Svedese contro il Cancro e l'Associazione per la lotta alle Malattie Cardiache e Polmonari. Più recentemente, negli anni '90 importanti gruppi di pressione si coagulano all'interno stesso delle professioni sanitarie, a cominciare dai medici, che nel 1992 danno vita all'organizzazione "Medici contro il Tabacco", seguiti a breve dalle professioni infermieristiche, dai farmacisti, dai dentisti, e infine, del tutto recentemente, anche dagli psicologi. "Lotta al tabacco come strumento di lavoro quotidiano" potrebbe recitare il motto di questi gruppi, se ve ne fosse uno.

La presenza di gruppi di pressione specializzati all'interno delle professioni sanitarie ha contribuito inoltre a raffinare una tendenza che oggi viene accettata come una delle strategie più accreditate di lotta al tabagismo, e cioè la disponibilità di terapie di cessazione del fumo all'interno del servizio sanitario pubblico. Quest'ultimo è veramente un punto su cui la Svezia ha rappresentato un modello esemplare di "shifting" terapeutico dall'ambito della sperimentazione clinica all'incorporazione nelle strategie di sanità pubblica.

I primi tentativi di terapie di disassuefazione dal fumo cominciano in sor-

dina negli anni '50 ad opera del medico e scienziato Börje Ejrup, il quale osservò la perdita di "craving" per le sigarette tra i fumatori cui veniva iniettata la lobelina, un alcaloide vegetale agonista della nicotina. Tra il 1956 ed il 1961 più di 10 mila fumatori si sottoposero a terapia farmacologica e comportamentale secondo uno schema messo a punto dallo stesso Ejrup. Nella regione di Stoccolma vennero creati sei centri clinici specializzati, che rappresentarono il primo servizio di disassuefazione dal fumo gestito su larga scala nell'ambito dei servizi sanitari. Un'altra figura leggendaria nell'ambito della gestione clinica del tabagismo è Karl-Olov Fagerström, che dal suo sistematico lavoro con i fumatori derivò uno degli strumenti più largamente usati a livello internazionale per misurare l'intensità della dipendenza da nicotina (la scala che prende il suo nome, abbreviata in FNTQ). Lo spettro dei servizi a supporto del fumatore intenzionato a smettere è diventato nel tempo estremamente più largo e sofisticato, e in parte crescente basato su tecnologie di telecomunicazione.



Oggi la clinica svedese a più alta produzione di trattamenti individualizzati per smettere di fumare è... il telefono. Nel 1998 si attivò la prima (e per ora unica) quit-line svedese, con base nella regione di Stoccolma, ed esattamente presso il Centro regionale di Prevenzione del Tabagismo. Il logo della quit-line (fig.4) è stato persino stampato in via sperimentale sui pacchetti di sigarette in commercio nel paese. La linea fornisce un counseling anti-fumo altamente specializzato al costo di una telefonata urbana. Dal 1998 ad oggi 19 mila persone si sono rivolte alla quit-line per smettere l'uso di tabacco (sigarette o snus). Di queste, si calcola che il 31% abbiano ottenuto un successo durevole. La linea



Karolinska University Hospital, Stockholm (Sweden)

telefonica supporta oggi circa 700 telefonate al mese: un quinto anniversario da celebrare con orgoglio.

Sull'agenda

Ci sono ancora sviluppi possibili della lotta al tabagismo in Svezia, o le ultime righe sono già storia?

La bassa prevalenza nazionale non deve far dimenticare che in cifre assolute si può calcolare in oltre un milione il numero di adulti fumatori quotidiani, cui sono da aggiungere oltre mezzo milione di fumatori occasionali. Una buona parte dei fumatori abituali (almeno il 70%, secondo diverse inchieste nazionali) vorrebbe smettere, ma non riesce a raggiungere un'astinenza durevole dal tabacco. La Svezia esibisce inoltre un altro primato nelle statistiche del consumo di tabacco: l'alta densità di consumatori di *snus*, (tabacco triturato per uso orale) in grande maggioranza uomini, tra i quali la prevalenza è simile a quella dei fumatori (20% nel 1997, ultimo anno in cui i dati sono disponibili). Nella regione di Stoccolma, l'inchiesta di Sanità Pubblica effettuata nel 2002 ha consentito di stimare nel 24% la proporzione totale di consumatori (quotidiani o occasionali) fra i maschi, ed il trend delle vendite appare in continuo aumento. Lo *snus* è stato recentemente oggetto di un vivo dibattito internazionale che ha impegnato anche networks quali GlobalLink, associazioni e riviste scientifiche quali l'Associazione per la Ricerca sulla Nicotina e il Tabacco (SRNT)², e Tobacco Control (gruppo BMJ)³, ed è stato ampiamente echeggiato nella recente Conferenza Internazionale Tabacco o Salute ad Helsinki ad agosto 2003. Nel mirino sono le supposte potenzialità dello *snus* come strumento di riduzione del rischio di morbidità e mortalità connessi al fumo di tabacco (*harm reduction*). Il dibattito si dipana fra il livello comportamentale (si può affermare che lo *snus* funzioni come strumento di riduzione del fumo a livello di popolazione?), quello biomedico (le conseguenze a lungo termine dell'uso di questo prodotto non sono state studiate), quello psico-biologico (la dipendenza da nicotina nei consumatori di *snus* sembra persino più forte

che fra i fumatori). Tutte queste aree sono oggi oggetto di intensa curiosità, ma la ricerca è per ora solo agli inizi.

Un settore su cui in Svezia c'è ancora molto terreno da percorrere riguarda la formazione dei medici in tema di prevenzione e trattamento del tabagismo. Da inchieste condotte fra i medici attivi nella professione, sembrerebbe che gli ostacoli principali all'implementazione di un'attività sistematica di trattamento del tabagismo siano la carenza di tempo e la sfiducia nell'efficacia di un'attività largamente basata sul counseling. In realtà, se si approfondisce il problema, proprio tali posizioni rivelano un bisogno ben diverso, e cioè quello di ampliamento e diffusione delle conoscenze (sapere) e delle competenze (saper fare) accumulate negli ultimi venti anni. Pochi medici svedesi sanno infatti che i trattamenti di disassuefazione dal tabagismo sono altamente competitivi con altre "terapie" in termini di costo/efficacia; che un counseling breve (tre minuti!) ma ben condotto raddoppia la probabilità di successo di un tentativo non assistito di smettere di fumare; che l'arsenale terapeutico a disposizione non si limita al counseling, ma comprende oggi trattamenti farmacologici molto selettivi. Purtroppo, la formazione di base del medico clinico (per non parlare di quella specialistica!) non prevede alcun corso particolare su queste tematiche. Proprio negli ultimi mesi, però, qualcosa sembra muoversi nella maggiore università medica del paese (il Karolinska Institute di Stoccolma) e molti dipartimenti manifestano interesse per la creazione di corsi monotelatici in tema di tabagismo. Un altro campo in cui la Svezia può rafforzare il suo impegno è la ricerca in tema di determinanti e prevenzione del tabagismo. Una tale ricerca è per definizione multidisciplinare, e le competenze attese spaziano dalle scienze del comportamento, alla medicina clinica, fino alla biologia molecolare. La Svezia ha una forte tradizione di ricerca mono-settoriale, ma non un altrettanto forte tradizione di ricerca internazionale e multidisciplinare. Questa è una delle tante sfide aperte nel futuro più prossimo.

Bibliografia:

1. Liberamente tratto dalla pubblicazione "Progress and Challenge" The National Institute of Public Health, Stockholm, 2003. I giudizi e le interpretazioni contenuti nell'articolo rispecchiano le opinioni dell'autrice e non quella degli editori della pubblicazione.
2. Kozlowski LT. Harm reduction, public health, and human rights: smokers have a right to be informed of significant harm reduction options. *Nicotine Tob Res.* 2002;4 Suppl 2:S55-60.
3. Henningfield JE, Fagerstrom KO. Swedish Match Company, Swedish *snus* and public health: a harm reduction experiment in progress? *Tob Control.* 2001 Sep;10(3):253-7.