

Informazioni e consigli mirati aiutano a smettere di fumare?

Gli effetti di un programma adottato in alcuni ospedali statunitensi e canadesi per combattere il tabagismo

Il fumo uccide quasi 6 milioni di persone ogni anno. Più di cinque milioni di queste morti riguardano direttamente i fumatori, le rimanenti sono attribuibili al fumo passivo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, se non vi sarà un intervento urgente da parte dei Governi nazionali, il numero delle morti arriverà a 8 milioni entro il 2030. Sebbene il consumo di tabacco sia in diminuzione nei Paesi a più alto reddito, il fenomeno ha ancora oggi, in tali contesti, dimensioni enormi. Solo in Italia sono da attribuire al fumo più di 70.000 decessi all'anno. Alcuni ospedali degli Stati Uniti e del Canada hanno affrontato questo problema, adottando il programma Staying Free. La Coalition for Evidence Based Policy, un ente non profit che divulga gli esiti delle valutazioni più rigorose condotte nel Nord America, ha recentemente riconosciuto l'elevata efficacia di tale programma e ne raccomanda l'applicazione su ampia scala. Questa nota sintetizza i risultati dei tre studi sui quali principalmente poggia tale raccomandazione.

Il fumo: la prima causa di morte evitabile

Il fumo è la prima causa di morte evitabile¹ al mondo: quasi 6 milioni di decessi ogni anno sono attribuibili al tabagismo [OMS, 2013]. Nella sola Europa ogni anno muoiono prematuramente a causa del fumo circa 650.000 persone. Di tutte le morti per cancro che avvengono in Europa, una su quattro è dovuta a tale causa [Epha, 2013].

IL FUMO IN ITALIA

In Italia i fumatori rappresentano il 23% di coloro che hanno più di 15 anni: un dato che coincide con la media europea (tav .1).

Molti Paesi, pur avendo nel 2000 valori più alti, hanno registrato negli ultimi anni un forte calo nel consumo di tabacco e mostrano oggi percentuali di fumatori più basse dell'Italia. E' il caso ad esempio della Danimarca (-34%) o del Regno Unito (-20%). La diminuzione registrata nel nostro Paese è invece tra le più basse in Europa: dal 2000 al 2010 circa il 5% in meno.

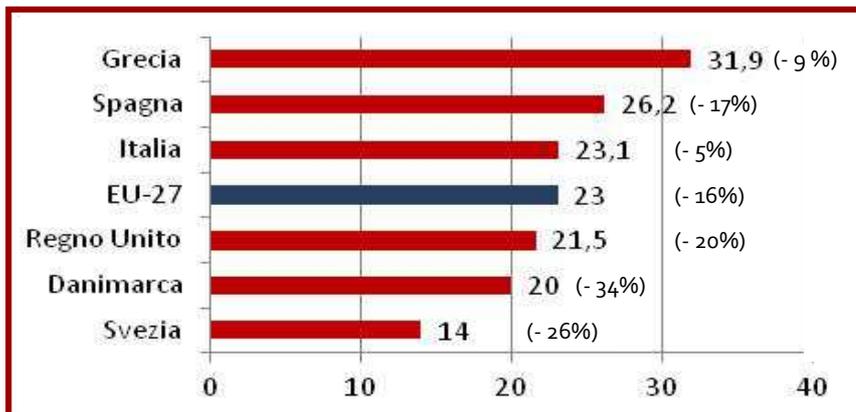
In Italia si stima che siano attribuibili al fumo dalle 70mila alle 83mila morti l'anno. Alla perdita di vite umane e alle patologie correlate al tabacco si associa un costo enorme per l'erario: alcuni studi stimano che la spesa ospedaliera complessiva per il trattamento delle conseguenze del fumo sulla salute sia pari a 5 miliardi di euro [Regione Veneto, 2013].

IL PROGRAMMA STAYING FREE

Alcuni ospedali del Nord America, nel tentativo di ridurre il consumo di tabacco tra i fumatori abituali, hanno adottato lo **Staying Free Smoking Cessation Program**. Si tratta di un intervento che consiste nell'offerta di informazioni e *counseling* a

"In Europa ogni anno muoiono circa 650.000 persone a causa del fumo"

Tav. 1 - Percentuali di fumatori nel 2010 e variazioni % rispetto al 2000



Fonte: OCSE, 2012

1. Sono indicati come morti evitabili i decessi che avvengono per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria.

basso costo alle persone ricoverate in ospedale e dunque momentaneamente costrette a non fumare. **L'obiettivo è aiutare tali persone a smettere del tutto, anche una volta che sono tornate a casa.**

Negli anni questo intervento è stato oggetto di numerose valutazioni. Sulla base

dell'evidenza prodotta da questi studi, la **Coalition for Evidence Based Policy** pone Staying Free tra i **Top Tier**, cioè tra gli interventi di "provata utilità"².

Questa nota riporta gli esiti di 3 valutazioni realizzate in Canada e a San Francisco, a partire dalla metà degli anni 90.

In cosa consiste l'intervento?

Staying Free si rivolge a pazienti ospedalieri che siano fumatori abituali. Per beneficiare dell'intervento essi devono:

- (a) essere disponibili a smettere di fumare durante il periodo di ricovero
- (b) non avere alle spalle una storia di abuso di sostanze o problemi psichiatrici
- (c) non avere gravi deficit cognitivi
- (d) se donne, non essere in gravidanza.

GLI ELEMENTI COSTITUTIVI DEL PROGRAMMA

I partecipanti dapprima ricevono un breve messaggio scritto dal loro medico sulla necessità di smettere di fumare. Inoltre:

- quando si trovano ancora in reparto, ricevono **una visita individuale di 30-60 minuti** di un infermiere incaricato di seguire il loro caso e specializzato sulle pratiche da adottare per cessare la dipendenza da tabacco
- quando rientrano a casa, fino al 90° giorno dopo le dimissioni, ricevono da **4 a 7 telefonate di counseling** - le telefonate durano da 5 a 10 minuti.

La sessione in ospedale comprende (1) una **spiegazione personalizzata**, basata sulle condizioni di salute del paziente, dei rischi connessi alla decisione di continuare a fumare e dei benefici legati alla scelta di smettere; (2) alcuni **materiali da portare a casa** come strumenti di aiuto: manuali, video, incisioni audio di rilassamento; (3) **counseling** finalizzato ad individuare situazione a rischio di ricaduta e strategie per evitare di riprendere a fumare.

Le telefonate successive alle dimissioni ospedaliere servono ad aiutare il paziente a seguire le indicazioni date e incoraggiarlo a superare le difficoltà che incontra.

Ad ogni paziente viene suggerita anche una **terapia farmacologica** mirata alla dissuefazione da fumo.

Il costo per sottoporre ciascun paziente a questo tipo di trattamento va dai 100 ai 200 dollari (prezzi 2010).

I TRE STUDI A CONFRONTO

I tre studi presentati in questa nota si differiscono per alcune caratteristiche. Li presentiamo in ordine cronologico, dal più recente a quello più remoto.

A. Un grande ospedale del Canada occidentale. Il programma viene sottoposto a sperimentazione nella II metà degli anni 2000 [Smith e Burgess, 2009]. Veniva imposto un ulteriore requisito di partecipazione: essere ricoverati **per problemi alle coronarie**. Al programma partecipano 276 persone, per la maggior parte uomini (83%) e bianchi (93%). L'età media era di 54 anni, con un consumo medio di 21 sigarette al giorno.

B. Dieci ospedali dell'area di San Francisco. Il programma viene attuato agli inizi degli anni 2000 [Sivarajan Froelicher e al., 2004]. Potevano partecipare al programma soltanto **donne ricoverate per problemi cardiovascolari o per vasculopatie periferiche**. Il campione era composto da 277 individui, per il 76% bianche, con età media di 61 anni e un consumo di circa 18 sigarette al giorno.

C. Una struttura del Kaiser Permanente Medical Centers di San Francisco. Il programma viene sottoposto a sperimentazione intorno alla metà degli anni 90 [Houston Miller e al., 1997]. **Potevano partecipare al programma tutti i pazienti ricoverati**, ad eccezione di coloro che restavano in ospedale meno di 36 ore. Il campione era composto da 1551 pazienti, per il 52% uomini e con un'età media di 51 anni. In media i pazienti fumavano 20 sigarette al giorno.

"Far partecipare un fumatore al programma Staying Free costa un massimo di 200 dollari"

"Due studi su tre si concentrano sui pazienti che hanno disturbi di circolazione o di cuore"

2. Un intervento risponde al Top Tier Standard se la sua efficacia è stata verificata, in contesti diversi, attraverso lo svolgimento di studi randomizzati condotti in modo particolarmente rigoroso. Per ulteriori informazioni: <http://toptierevidence.org/>

In che modo è stato valutato?

Nei tre casi presentati si è deciso di valutare l'efficacia di Staying Free, ricorrendo ad una **sperimentazione controllata**.

IL METODO SPERIMENTALE

Il tratto distintivo di questo approccio sta nella selezione randomizzata di chi sarà sottoposto alla politica. La costruzione in base ad un **sorteggio** di 2 gruppi di soggetti - il primo formato da persone che partecipano al programma (trattati), il secondo da persone che ne vengono escluse (non trattati o controlli) - consente di avere delle stime molto affidabili di quanto la politica pubblica sia riuscita a fare la differenza (ovvero a produrre un **effetto**). I due gruppi sono per costruzione simili e ciò che accade al gruppo dei controlli può essere usato come una plausibile approssimazione di ciò che sarebbe accaduto al gruppo dei trattati se non avesse beneficiato del programma.

Nei tre casi qui considerati chi fa parte del gruppo dei controlli riceve comunque qualcosa dal sistema sanitario: un avvertimento da parte del medico sui rischi che corre continuando a fumare e un pamphlet da portarsi a casa con i consigli su come smettere.

SU COSA SI MISURA L'EFFETTO

La variabile risultato utilizzata nei tre studi è la **percentuale di persone che si astengono dal fumare trascorsi 12 mesi dal momento delle dimissioni ospedaliere**. Le informazioni che servono per calcolare

tale percentuale vengono raccolte mediante interviste.

La definizione di "astinenza" utilizzata nel caso A è diversa da quella utilizzata nei casi B e C. Nel primo caso per astinenza si intende il non aver fumato nei precedenti 7 giorni, secondo quanto viene dichiarato dal fumatore. Per essere considerata valida tale dichiarazione deve però essere confermata da un amico o da un membro della famiglia. Negli altri due casi l'astinenza è definita come il non aver fumato nei 6 mesi precedenti all'intervista. Anche in questi due casi tutto si basa su un'autodichiarazione, che deve essere confermata da un amico, un componente della famiglia o un esame della saliva o del sangue.

Un aspetto importante nella raccolta di informazioni: lo staff di ricerca che ha intervistato i pazienti non sapeva se stava intervistando i beneficiari del programma o i controlli. In questo modo si esclude la possibilità che gli intervistatori orientino, anche involontariamente, le risposte in una direzione o nell'altra.

I pazienti che dichiaravano l'intenzione di fuoriuscire dal programma oppure che non rispondevano alle domande contenute dell'intervista conclusiva, o che non erano più rintracciabili, erano comunque considerati nell'analisi come fumatori. Ciò significa che esiste un leggero e calcolato rischio che gli studi sottostimino il reale effetto del programma.

"Lo studio si basa sul confronto tra un gruppo di persone che hanno fruito del programma e un gruppo di persone che ne sono state escluse per sorteggio"

L'intervento funziona?

In tutti e tre i casi analizzati **Staying Free** si rivela **molto efficace** nel ridurre la percentuale dei fumatori 12 mesi dopo le dimissioni ospedaliere (tav. 2).

I RISULTATI DEI 3 STUDI A CONFRONTO

Nel caso A, relativo all'ospedale canadese, la percentuale di persone che hanno smesso di fumare tra i beneficiari del programma è pari al 54,1%. Nel gruppo dei controlli tale percentuale è invece del 35%. **L'effetto è dunque una diminuzione di tale percentuale di circa 19 punti percentuali**.

Nel caso B, basato sull'esperimento condotto in 10 ospedali che operano nell'area della baia di San Francisco, la percentuale

Tav. 2 - Gli effetti del programma dopo 12 mesi

I TRE CASI MESSI A CONFRONTO	Percentuale di coloro che hanno smesso di fumare		
	Trattati	Controlli	Effetto
CASO A - Ospedale Canadese	54,1%	35%	-19,1%
CASO B - 10 ospedali di San Francisco	47,6%	+41,7	-5,9%
CASO C - Kaiser Perm. Med. Centers	26,7%	20,3%	-6,4%

di non fumatori nel gruppo dei beneficiari è pari a 47,6%, mentre nel gruppo dei controlli è del 41,7%. **L'effetto prodotto dal programma corrisponde ad una diminuzione di circa 6 punti percentuali.**

Anche nello studio C, condotto presso i Kaiser Permanente Medical Centers di San Francisco e non limitato soltanto alle persone con difficoltà cardiocircolatorie, ma

aperto a tutti i pazienti, si riscontra un effetto positivo, sebbene su livelli inferiori. Nel gruppo dei beneficiari coloro che hanno smesso di fumare sono il 26,7%, circa un quarto del totale. Nel gruppo di controllo smette di fumare il 20,3% dei pazienti, circa un quinto. **Anche in questo caso l'effetto si aggira intorno ai 6 punti percentuali.**

Quali conclusioni trarre dallo studio?

"Staying Free dimostra un'elevata efficacia e se adottato su ampia scala potrebbe produrre un cospicuo risparmio per le casse dello Stato"

• **Staying Free dimostra un'elevata efficacia nel ridurre la percentuale di fumatori tra gli ex pazienti ospedalieri.** Anche quando i pazienti sono stati ricoverati per generici problemi di salute, come nel caso C.

• **L'entità dell'effetto è corposa in tutti e tre i casi analizzati.** In particolare nel caso A, dove però la definizione di astinenza fa riferimento solo ai 7 giorni precedenti l'intervista, e nel caso C, che conta su un campione di pazienti particolarmente ampio. **In media, grazie a Staying Free, si riduce la probabilità di fumare del 30%.**

• **Nessuno dei tre studi va oltre i 12 mesi e quindi non è possibile sapere se e in che misura l'effetto riscontrato perduri nel tempo.** Altri studi hanno però stimato un tasso di ricaduta, dopo 12 mesi dalla deci-

sione di smettere di fumare, pari al 10% all'anno [Hughes e al., 2008]. Se il tasso di ricaduta è uguale per il gruppo dei trattati e quello dei controlli, è assai probabile che l'effetto stimato si mantenga per alcuni anni dopo i primi 12 mesi.

• **Staying Free è stato valutato da altri studi randomizzati.** I risultati sono del tutto coerenti a quelli ottenuti dai 3 studi sintetizzati in questa nota.

• **Considerato l'alto costo sopportato dal sistema sanitario nazionale a causa delle patologie legate al tabagismo, un'implementazione su larga scala di Staying Free produrrebbe un cospicuo risparmio per le casse dello Stato.** Ciò dimostra come i risultati di questi studi possano costituire la base per una corretta **spending review**.

Riferimenti bibliografici

- European Public Health Alliance (Epha), *Tobacco and Smoking*, 2013 - www.epha.org/
- Hughes J. R., Peters E. N., e Naud S., *Relapse To Smoking After 1 Year of Abstinence: A Meta-analysis*, *Addictive Behaviors*, 2008, vol. 22, pp. 1516-1520
- Miller N.H., Smith P. M., DeBusk R. F., Sobel D. S. e Taylor C. B., *Smoking Cessation in Hospitalized Patients: Results of a Randomized Trial*, *Archives of Internal Medicine*, February 24, 1997, vol. 157, pp. 409-415
- OCSE, *Health at a Glance: Europe 2012*, Novembre 2012 - www.oecd.org/health/healthataglanceeurope.htm
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Tobacco*, Fact sheet N°339, updated July 2013 - www.who.int/mediacentre/factsheets/
- Regione Veneto (in collaborazione con il Ministero della Salute), *Verso Ospedali e Servizi Sanitari Liberi dal Fumo*, Venezia, 2013
- Sivarajan Froelicher E. S., Miller N.H., Christopherson D. J., Martin K., Parker K. M., Amonetti M., Lin Z., Sohn M., Benowitz N., Taylor C.B. e Bacchetti P., *High Rates of Sustained Smoking Cessation in Women Hospitalized with Cardiovascular Disease: The Women's Initiative for Nonsmoking (WINS)*, *Circulation*, February 10, 2004, vol. 109, pp. 587-593
- Smith P. M. e Burgess E., *Smoking Cessation Initiated During Hospital Stay for Patients with Coronary Artery Disease: A Randomized Controlled Trial*, *Canadian Medical Association Journal*, June 23, 2009, vol. 180, no. 13, pp. 1297-1303

La presente nota si basa su quanto riportato nel documento dal titolo "Evidence Summary for the Staying Free Smoking Cessation Program" redatto dalla Coalition for Evidence-Based Policy e disponibile all'indirizzo: <http://toptierevidence.org/>. La redazione della nota in italiano è stata curata da Marco Sisti dell'Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche (ASVAPP) di Torino.

Progetto CAPIRe è un'iniziativa della Conferenza dei Presidenti delle Assemblee Legislative delle Regioni e delle Province Autonome. Le attività di ricerca, analisi e formazione sono curate dall'Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche di Torino.

