

Barak Obama e la lotta contro il tabagismo

Koh HK e Sebelius KG

Ending the tobacco epidemic

JAMA 2012; 308: 267-268

La recente rielezione alla presidenza degli Stati Uniti di Barack Obama, al di là delle preferenze politiche, potrebbe essere una garanzia di continuità per i programmi di prevenzione e trattamento del tabagismo. Le sue azioni, nel quadriennio appena trascorso, sono state molto apprezzate dagli esperti. L'articolo di Howard K Koh e Kathleen G Sebelius, pubblicato su *JAMA*, ha messo in evidenza gli sforzi compiuti dall'amministrazione americana per combattere quella che, senza mezzi termini, è definita l'epidemia del secolo: la dipendenza da tabacco, ossia la prima causa di morte evitabile in Occidente, stando ai dati trasmessi dall'OMS.

Gli autori mettono in evidenza che, nonostante il vistoso calo di prevalenza (dal 43% del 1964 al 19% del 2010), il fumo di sigaretta costituisce ancora un capitolo importante nei costi sanitari e sociali. Attualmente il tabacco causa 440.000 morti l'anno negli Stati Uniti, a fronte del fatto che esistono ormai dati incontrovertibili che i trattamenti sono costo-efficaci, alla portata di tutti, facilmente praticabili.

La presidenza di Obama è coincisa con un rinnovato sforzo in questa direzione. Il frutto di tale sforzo è costituito da 4 nuove leggi che sono state emanate: Il Children's Health Insurance Program Reauthorization Act (2009), il Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act (2009), il Prevent All Cigarette Trafficking Act (2010) e il Patient Protection and Affordable Act (2010). L'insieme di questi provvedimenti configura una strategia precisa, volta a proteggere la famiglia e i suoi componenti di tutte le fasce di età contro i pericolosi effetti del tabacco.

In aggiunta, nel 2010 l'US Department of Health and Human Service (HHS) ha diramato il suo primo Piano nazionale strategico per il controllo del tabagismo, chiamato *Ending the tobacco epidemic: a tobacco control strategic action plan*. Già il titolo contiene il concetto rivoluzionario che la dipendenza da tabacco è un'epide-

mia e che, al pari delle altre epidemie, occorre programmare interventi perché possa cessare del tutto. Il piano strategico è articolato in 4 pilastri, che contengono 21 passaggi operativi, tutti tra di loro coerenti.

Il primo pilastro è costituito dalla necessità di "dare il buon esempio". Molto pragmaticamente il CMS (Center for Medicare and Medical Service) ha allargato la copertura assicurativa per le cure e il counseling antibagico a 5 milioni di suoi clienti.

Il secondo pilastro è costituito dagli interventi volti a "Promuovere la salute pubblica". Quest'area è stata presidiata dalla Food and Drug Administration con delle regole per ridurre la possibilità di accesso al tabacco da parte dei giovani. Poiché 4000 ragazzi provano ogni anno a fumare e 1000 tra loro diventano fumatori, l'FDA ha stanziato 33 milioni di dollari per rinforzare gli interventi di controllo che gli Stati dovranno effettuare sulle vendite di tabacco, i sistemi di verifica dell'età degli acquirenti e meglio presidiare la proibizione di pubblicità diretta o indiretta delle sigarette. Nel 2009 l'HHS ha stanziato altri 200 milioni di dollari per promuovere interventi volti a ridurre il consumo di tabacco e i CDC hanno contribuito con ulteriori 100 milioni di dollari per potenziare gli interventi di comunità.

Il terzo pilastro è costituito dalla strategia identificata con lo slogan "coinvolgere il pubblico". Nel marzo 2012, i CDC hanno lanciato una campagna nazionale di pubblicità di controllo del tabagismo ('I consigli degli ex-fumatori'). Attraverso emittenti televisive, radio, giornali e social network sono stati disseminati messaggi sulle malattie provocate dal fumo. La campagna ha prodotto circa 200.000 chiamate in più al numero verde 1-800 QUIT NOW e circa 417.000 visitatori in più sul sito governativo smokefree.gov.

L'ultimo caposaldo è stato identificato nell'avanzamento delle conoscenze, ed è consistito principalmente nel lancio del più grande studio nazionale sui danni da fumo. Un trial che prevede di arruolare ben 55.000 fumatori, da monitorare negli anni, per approfondire le conoscenze sugli effetti del tabacco sulla salute umana. La ricerca prevede, fra l'altro, un monitoraggio degli effetti delle nuove norme, indicatori sulla percezione del rischio e altre attitu-

dini dei soggetti coinvolti. Tutto ciò produrrà nuove evidenze scientifiche per la regolamentazione, da parte dell'FDA, dei prodotti del tabacco.

Nell'insieme, tutti questi provvedimenti, eserciteranno sicuri effetti sui 45 milioni di cittadini statunitensi che fumano, ma raggiungeranno in qualche modo anche le fasce di popolazione più fragile, come quella connotata da disturbi psichiatrici, basso reddito e scarso livello di istruzione, che costituisce lo 'zoccolo duro' dei fumatori. Ma non è possibile, ovviamente, pensare ad una "fine dell'epidemia" senza un intervento che contagi queste categorie di tabagisti. L'approccio statunitense costituisce un esempio di straordinaria importanza per l'Italia. Nel nostro paese la prevalenza di fumatori è calata notevolmente negli ultimi decenni ed ora si attesta attorno al 20% della popolazione, con un tasso molto vicino a quello americano. Ma, al contrario di ciò che strategicamente ha predisposto l'amministrazione di Obama, le attività di programmazione relative alla cura e alla prevenzione del tabagismo sono quasi nulle. Nonostante anche in Italia il tabacco sia la prima cau-

sa di morte precoce evitabile, sembra essere l'ultimo dei pensieri dei politici che programmano la sanità pubblica. Il Piano Nazionale per la Prevenzione non menziona neanche una volta esplicitamente la parola 'tabacco', che evidentemente resta inclusa nelle più generali definizioni di interventi sugli 'stili di vita'. In qualsiasi caso a tutta l'area della prevenzione, che spazia dalla prevenzione delle malattie infettive agli interventi scolastici o ai progetti per gli anziani, sono assegnati 13,5 milioni di euro (http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/programmi_e_progetti/2012/programmaCcm2012.pdf), con una quota pro capite di 0,22 euro per abitante. Negli USA (e solo per il tabagismo) per i progetti di cui abbiamo appena parlato hanno stanziato ben 1,08 dollari pro capite. Oltre a ciò, nonostante l'impegno della Società Italiana di Tabaccologia a promuovere l'inserimento delle terapie per il tabagismo tra i Livelli Essenziali di Assistenza, nessuna risposta è pervenuta dai massimi organi politici, segno che la dipendenza da tabacco non viene ancora valutata come dovrebbe e soprattutto come la principale voce tra i costi sanitari e sociali.

Stili di vita e tabagismo

Strumenti di counseling per motivare al cambiamento

Biagio Tinghino

Il Pensiero Scientifico Editore



STILI DI VITA E TABAGISMO

Strumenti di counseling per motivare al cambiamento

Biagio Tinghino

Presidente della Società Italiana di Tabaccologia,

Responsabile di UO presso il Dipartimento Dipendenze della ASL di Monza

Quasi ogni giorno medici e operatori sanitari dagli organi di stampa forniscono consigli sul fumo di sigaretta, sull'alimentazione, sul peso corporeo e sulla pratica di attività fisica. Ma la maggior parte dei pazienti con la stessa regolarità con cui riceve questi suggerimenti li disattende. L'uso del counseling motivazionale breve costituisce un approccio tecnico, basato su evidenze scientifiche, capace di motivare al cambiamento e ottenere risultati di grande efficacia.

In *Stili di vita e tabagismo* Biagio Tinghino fornisce le basi per le corrette modalità di comunicazione col paziente e gli strumenti per la gestione delle più frequenti situazioni cliniche, con particolare riferimento al tabagismo e al trattamento della dipendenza. La disponibilità di sezioni di auto-apprendimento, esempi e schemi di intervento permette poi al lettore di avvicinarsi all'argomento in modo particolarmente semplice e fruibile.

www.pensiero.it

Numero verde 800-259620



La possibilità di promuovere il cambiamento nel nostro Paese, quindi, procede lentamente, sotto il peso delle abitudini consolidate e della scarsa sensibilità degli stessi medici. Sarebbe auspicabile, innanzi tutto, che il tabagismo fosse riconosciuto come una patologia, quale in effetti è e una dipendenza vera e propria da cui ci si può curare efficacemente grazie alla somministrazione di trattamenti efficaci e a una solida rete di interventi rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale. Questo è possibile solo attraverso un cambiamento culturale, che mette da parte i falsi miti ("si può smettere di fumare solo con la buona volontà", per esempio) per accettare le evidenze scientifiche.

In secondo luogo occorrerebbe che fossero i dati epidemiologici a indirizzare meglio le politiche sanitarie, più che le mode o le pressioni dei media. Poiché il fumo di tabacco e gli errati stili di vita sono la causa preponderante delle malattie cronico-degenerative, è in questo settore che vanno indirizzati gli investimenti. Soprattutto non è su queste voci di previsione che si può pensare di risparmiare, perché il vero guadagno è costituito dall'incremento di salute che si può ottenere con interventi a basso costo, facilmente replicabili, con l'approccio giusto. In questa direzione va, per esempio, uno strumento che è riuscito a moltiplicare l'efficacia degli interventi di prevenzione: il counseling motivazionale breve.

Non saranno gli interventi di eccellenza che allungheranno la nostra vita media, nei prossimi decenni. Forse neanche la scoperta di nuovi farmaci, ma più semplicemente le scelte che facciamo smettendo di fumare, camminando di più, mangiando sano. È su questo che conviene (anche in termini di bilancio) investire.

Biagio Tinghino

Presidente, Società Italiana di Tabaccologia

Responsabile UO, Dipartimento Dipendenze, ASL di Monza

Migliorare la qualità in sanità: i dieci punti chiave

Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G

Ten challenger in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature

BMJ Qual Saf 2012; 21: 876-884

INTRODUZIONE

Nonostante la crescente presenza di evidenze sulle problematiche legate alla qualità delle cure, nella pratica gli sforzi che sono stati fatti finora si sono rivelati per la maggior parte inconsistenti e i risultati discontinui. Una panoramica di tutti i programmi portati avanti fino ad oggi è mostrata in diversi lavori della Health Foundation (<http://www.health.org.uk/>), un'organizzazione indipendente che ha proprio lo scopo del miglioramento della qualità in sanità.

MATERIALI E METODI

Gli autori dell'articolo hanno preso in considerazione tutti i report della Health Foundation (nella tabella è riportato uno schema riassuntivo con tutti i lavori dell'organizzazione) integrandoli con la letteratura rilevante sul tema. Sono state identificate 10 sfide chiave per assicurare il miglioramento della qualità, raggruppate in tre grandi macroaree: disegno e pianificazione degli interventi migliorativi, contesto istituzionale e organizzativo, sostenibilità degli interventi.

1. Disegno e pianificazione degli interventi migliorativi

Sfida n. 1: convincere le persone che esiste un problema

Molti potrebbero argomentare che un problema volto ad implementare un miglioramento non è un problema in senso stretto: tentare di convincere un team di clinici che già pensano di agire al meglio può sembrare infatti inutile.

Sfida n. 2: convincere le persone che la soluzione adottata è quella giusta

È necessario proporre una buona evidenza scientifica a supporto di ogni intervento. I promotori del programma devono anche poter dimostrare che sanno come portare avanti il pro-