

I Medici ed il Tabacco

La Grande Sfida della Medicina

Tobacco Control Resource Centre

Il Tobacco Control Resource Centre (Centro Risorse per la Lotta al Tabacco, TCRC) è stato creato alla British Medical Association (Associazione dei Medici Britannici, BMA) di Londra da parte del European Forum of Medical Associations (il Forum Europeo delle Associazioni Mediche) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il centro riceve fondi dalla Commissione Europea e dalla BMA ed ha il supporto di altre associazioni mediche nazionali.

Il lavoro svolto dal Tobacco Control Resource Centre è sotto la supervisione del Tobacco Control Advisory Group (Gruppo Consultivo per la Lotta Antifumo), che include i rappresentanti di cinque associazioni mediche nazionali che riflettono la demografia della regione europea.

Tobacco Control Advisory Group

Sir Alexander Macara	Presidente
Dr Özen Aşut	Türk Tabipleri Birliği
Dr Jo Asvall	Direttore Regionale Ufficio regionale della OMS per l'Europa
Dr Giovanni Baldi	Federazione Nazionale Degli Ordini dei Medici Chirurghi E Degli Odontoiatri
Dr Christian-Nicolae Didilescu	Asociatia Medicală Română
Dr Alan Rowe	European Forum of Medical Associations e OMS
Mr John Ryan	Directorate General V European Commission
Dr Klas Winnell	Suomen Lääkäriliitto
Dr Göran Boëthius (Observer)	European Network of Smoking Prevention

Autore

David Simpson

Direttori di redazione

Gillian Shine
Anne Waddingham

Tobacco Control Resource Centre

Bill O'Neill	Direttore
Sinéad Jones	Ricercatore
Lucien Rivière	Responsabile Informazioni

Il Tobacco Control Resource Centre ringrazia il Dott. Giovanni Baldi della Federazione Nazionale Degli Ordini dei Medici Chirurghi E Degli Odontoiatri per il cortese aiuto prestato.

© Commissione Europea 2000

Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione totale o parziale, la memorizzazione in un sistema di recupero o la trasmissione di questa pubblicazione con qualsiasi mezzo (memorizzazione elettronica, meccanica, tramite fotocopie, di registrazione) e/o senza previa autorizzazione scritta degli editori.

Questo libro è pubblicato e distribuito dal Tobacco Control Resource Centre (TCRC) alla British Medical Association. È disponibile in inglese, francese, tedesco, italiano, portoghese e spagnolo. Per ottenere ulteriori copie, siete pregati di contattare il TCRC (fax +44 20 7383 6233; email tcrc@bma.org.uk) o la libreria BMJ per informazioni sul vostro distributore locale (fax +44 20 7383 6455; email orders@bmjbookshop.com). Il libro è interamente disponibile su internet al sito del TCRC: www.tobacco-control.org.

ISBN 0-7279-1511-8

Stampato in Gran Bretagna da Hobbs the Printers, Totton, Hampshire, UK
Dattiloscritto da HWA Text and Data Management, Tunbridge Wells, Kent, UK
Tradotto dall'inglese dallo studio di traduzioni Chanterelle Translations, London, UK

Prefazione

Quando, nel 1951, il professor Austin Bradford Hill ed io eravamo alla ricerca di modi per investigare la correlazione tra il fumo di sigarette ed il tumore del polmone che ci avrebbero permesso di confermare (o confutare) le conclusioni che avevamo raggiunto in base ad uno studio delle abitudini di fumatori dei pazienti con e senza la malattia, Bradford Hill ebbe un'ottima idea. Facciamo così, disse, chiediamo ai medici di dirci quanto fumano e poi seguiamoli per parecchi anni per vedere chi muore prima e se la loro mortalità a causa del tumore del polmone varia nel modo previsto dai nostri studi precedenti.

Secondo Wynne Griffith (comunicazioni personali) l'idea che i medici sarebbero stati un gruppo adatto da studiare venne a Bradford Hill una domenica mattina, mentre giocava a golf e, aggiunse Wynne Griffith, "Non so che tipo di giocatore di golf egli sia, ma certo quello fu un colpo di genio." Infatti lo fu per davvero, perché quando scrivemmo a tutti i medici iscritti al British Medical Register (Albo dei Medici Britannici) nell'ottobre del 1951, oltre 40 000 (due terzi) risposero fornendo informazioni dettagliate sulle loro abitudini di fumatori e si sono dimostrati così facili da monitorare che 40 anni dopo è stato possibile rintracciare quasi tutti i medici di sesso maschile che si sapeva non fossero ancora deceduti. Questo aneddoto è, tuttavia, apocrifo; perché Sir Austin mi ha confidato che l'idea gli venne nella maniera più classica, ossia mentre faceva il bagno.

Le prove ricavate dallo studio condotto sui medici si accumularono rapidamente ed il fatto che le osservazioni erano state condotte su loro stessi e sui loro colleghi fu, a mio parere, uno dei motivi principali per cui i medici britannici, come categoria, si convinsero così rapidamente della realtà della relazione di causa/effetto tra fumo e malattia e di conseguenza smisero di fumare. Poiché la natura umana è tale, anche tra persone con una preparazione scientifica, che le conclusioni raggiunte da persone che conosciamo, nel nostro stesso paese e derivate dalle osservazioni sui nostri compatrioti sono più facili da accettare di quelle raggiunte in paesi lontani su persone a noi estranee, particolarmente se tali conclusioni ci impongono di modificare il nostro stile di vita—o almeno questa è l'impressione derivata da quanto è avvenuto nel caso del fumo, in quanto l'abitudine (o in molte persone, il vizio) del fumo era così comune ed era stata accettata come una pratica relativamente innocua per così tanto tempo, che è stato difficile credere che fosse la singola causa più importante di decessi prematuri, senza avere una certa esperienza personale dei fatti.

Naturalmente, negli ultimi anni la situazione è cambiata. Prove preziose sono state ottenute in molti paesi industrializzati e devono essere veramente pochi, in questi paesi, i medici che non sono, in linea di massima consapevoli dei rischi del fumo, sebbene non tutti loro possono aver compreso la vera entità di questi rischi. Perché quando l'epidemia raggiunge la maturità ed il vizio di fumare le sigarette (piuttosto che fumare i sigari o la pipa o masticare il tabacco o annusarlo) è stato contratto in gioventù da uomini che hanno raggiunto oggi un'età di 70–80 anni, si può constatare che il vizio del fumo ha ucciso un quarto di tutti i fumatori abituali di mezza età (ora definibile come fascia di età compresa tra 35 e 69 anni) ed un altro quarto in età più avanzata. Un andamento molto simile si registra anche tra le donne che abbiano fumato nello stesso modo, per altrettanto tempo.

Tuttavia, la situazione potrebbe essere differente in molti paesi in via di sviluppo, dove il vizio del fumo è già prevalente ma è diventato comune soltanto nel corso degli ultimi venti o trent'anni, perché i medici di quei paesi non avranno ancora assistito alla triste mietitura di vite umane causata dal vizio prolungato del fumo; inoltre gli organi di informazione e l'opinione pubblica non saranno particolarmente impressionati non avendo ancora constatato in prima persona gli effetti devastanti del fumo. Inoltre, quando questi effetti diventano palesi, non ci si può aspettare che l'andamento dei decessi risulterà necessariamente identico a quello riscontrato in Europa e nel Nord America. In quanto il fumo del tabacco agisce sinergicamente con molti altri agenti nocivi, il tasso di incidenza delle patologie causate dal fumo varierà notevolmente tra le differenti culture. L'enfasi sugli effetti nocivi del fumo in relazione al rischio di infarto del miocardio non ha molto senso in Cina e Giappone dove questa patologia è relativamente rara; mentre è opportuno sottolineare la correlazione tra il fumo e l'apoplezia e, nel caso della Cina, anche tra il fumo e la tubercolosi.

Esistono, pertanto, forti motivi per condurre studi su coorti come quelli condotti sui medici britannici e sui sostenitori dell'American Cancer Society che, al pari dei medici britannici, fornirono informazioni sulle loro abitudini di fumatori, non soltanto allo scopo di ottenere dati rilevanti a livello nazionale, ma anche per quello che potremo apprendere sul modo in cui il fumo interagisce con i diversi stili di vita. Sebbene la realizzazione di questi studi rappresenti un importante contributo che un limitato numero di medici può dare in ciascuno dei vari paesi, il più grosso contributo che tutti i medici possono dare, nei modi descritti nel presente volume, è attraverso il contatto diretto con i loro pazienti onde migliorare la loro salute a lungo termine, nonché tramite le proprie associazioni professionali per ottenere gli stessi obiettivi influenzando sulle politiche del governo.

Con un'azione sufficientemente ampia, potrebbe essere possibile ridurre la prevalenza del vizio del fumo molto rapidamente, come è già avvenuto in parecchi paesi, nell'arco degli ultimi decenni, ma ci vorranno molti anni di sforzi concentrati per ridurre il fenomeno fino a quando non sia soltanto una preoccupazione di ordine minore per la salute pubblica (dato che non mi aspetto di vedere il vizio del fumo completamente sradicato, considerata la nostra incapacità, come società civile, di eliminare l'uso di altri stupefacenti che causano dipendenza). L'impegno richiesto, tuttavia, potrebbe non essere facile da affrontare per molti medici. I pazienti si rivolgono ai medici per essere assolti e non esortati, e pochi medici sono stati addestrati all'arte della prevenzione così efficacemente come sono stati addestrati all'arte della cura. Entrambe richiedono una vera e propria arte oltre alla preparazione scientifica per raggiungere i loro obiettivi e per quanto concerne la prevenzione del fumo, non esiste insegnante migliore di David Simpson, che nel volume *I Medici ed il Tabacco* insegna sia la scienza che l'arte della prevenzione delle malattie causate dal tabacco.

Sir Richard Doll
luglio 1999

Indice

Prefazione di Sir Richard Doll	<i>iii</i>
1 Introduzione	1
2 I rischi del tabacco	3
3 Le donne ed i giovani	10
4 Il tabacco e le ineguaglianze	14
5 Il potenziale dei medici	16
6 Smettere di fumare	19
7 Lotta al fumo: azioni per i medici a livello locale	25
8 Istruzione e formazione	30
9 Migliorare la consapevolezza dei medici: piano d'azione per le associazioni mediche	33
10 Lotta antifumo: iniziative per le associazioni mediche	39
11 Politica di controllo del tabacco	44
12 I dottori e le controversie relative al tabacco	55
Appendice 1 Introduzione di una politica antifumo per il personale delle associazioni mediche nazionali	59
Appendice 2 Codice deontologico relativo alla ricerca finanziata con i proventi del commercio del tabacco	61
Appendice 3 Risorse e contatti utili	62
Indice	64

1 Introduzione

Questo libro tratta di medici e del tabacco. È stato scritto per i seguenti motivi:

- Per la maggior parte dei medici, il tabacco sarà la più importante causa prevenibile di malattie che incontreranno nel corso della loro carriera
- I medici hanno un ruolo assolutamente vitale nel combattere quest'enorme problema sanitario.

Il libro ha due ruoli principali:

- Fungere da manuale per le associazioni mediche nazionali (AMN), onde consentire a dette associazioni di svolgere un ruolo di primo piano nella sconfitta del più difficile e grave problema di sanità pubblica
- Fungere da lista di controllo dei tipi d'iniziativa che possono essere adottate dai singoli medici.

Nel secondo ruolo, sebbene il libro sia stato scritto principalmente per medici clinici che lavorano direttamente con i pazienti, ci si augura che si dimostri utile anche per un pubblico più ampio, inclusi i medici dei servizi di prevenzione ed i medici specializzati in altre discipline non cliniche. Esso sarà, inoltre, un'utile guida per infermieri, personale paramedico, educatori sanitari e molte altre persone che lavorano nei servizi d'assistenza sanitaria.

Il libro comincia riassumendo il problema del tabacco e prosegue poi illustrando in quali modi i medici possono aiutare a combatterlo, sia individualmente sia attraverso le proprie associazioni nazionali.

La sua pubblicazione giunge in un importante momento di cambiamento in Europa. È un momento di ottimismo senza precedenti, dopo l'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri dell'Unione Europea di una direttiva sulla pubblicità del tabacco (luglio 1998). Questa direttiva impone a tutti gli stati membri dell'Unione Europea di recepire nella loro legislazione, entro un determinato periodo, la messa al bando della maggior parte delle forme di pubblicità del tabacco e dei suoi derivati.

Perché i medici dovrebbero occuparsi della lotta al tabacco?

- Una gran parte del tempo di un medico può essere assorbita dalle cure di pazienti che soffrono di patologie indotte dal fumo
- I medici si trovano ogni giorno faccia a faccia con l'enorme sofferenza e miseria umana causate dal fumo, più che da qualsiasi altra causa prevenibile
- Impegnarsi nella lotta al tabacco, a livello individuale o nell'ambito delle attività della propria associazione medica nazionale offre un'opportunità senza precedenti per combattere il più grave problema di sanità pubblica dei nostri tempi
- I medici sono considerati la più affidabile fonte di informazioni e consigli in materia di salute e sono di esempio al resto della comunità.



Il servitore di Sir Walter Raleigh getta un secchio d'acqua sul suo padrone pensando che stia andando a fuoco. Per gentile concessione del Wellcome Institute.

L'importanza di quest'evento si estende ben oltre i paesi che sono attualmente membri dell'Unione Europea, in quanto queste misure dovranno essere adottate anche dai paesi che aspirano ad entrare a far parte dell'UE. Inoltre, dette misure diventeranno uno standard importante per altri paesi in Europa nonché per quelli in altre parti del mondo che hanno vincoli con l'Unione Europea tramite programmi di aiuto allo sviluppo, commercio e cooperazione tra i governi.

Un altro motivo di ottimismo è dato dai significativi cambiamenti avvenuti all'interno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il nuovo direttore generale, la Dottoressa Gro Harlem Brundtland ha fatto della lotta al tabacco una delle sue priorità ed ha costituito un team dinamico incaricato di gestire il nuovo programma di lotta al tabacco dell'OMS, denominato in inglese "Tobacco Free Initiative" (TFI).

Nel corso degli anni, la serie *Europa senza fumo* dell'OMS ha fornito direttive dettagliate su tutti i principali aspetti della lotta al tabacco e generalmente è possibile trovare utili riferimenti in queste pubblicazioni, elencate nell'Appendice 3.

Oggi, la lotta al tabacco si sta sviluppando più rapidamente di quanto sia mai avvenuto da quando esiste questo concetto e qualsiasi organizzazione o individuo che decida di adottare un ruolo più attivo in questa lotta avrà bisogno di una guida.

È disponibile un aiuto

Fortunatamente, nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito all'emergere ed all'affermarsi di iniziative internazionali volte a fornire informazioni, consigli tecnici ed assistenza, nonché ad incoraggiare la cooperazione interdisciplinare al fine di

attuare una campagna bene informata di lotta contro il nemico comune della salute pubblica, vale a dire, il tabacco.

Tale aiuto è disponibile, in misura sempre crescente, tramite internet e le associazioni mediche nazionali scopriranno che l'accesso a questa fonte di informazioni è di importanza incalcolabile. Sarà particolarmente importante associarsi a GLOBALink, il sistema di informazione e comunicazioni online per i sostenitori della lotta al tabacco gestito dall'International Union Against Cancer (Unione Internazionale per la Lotta al Cancro, UICC).

Oltre a regolari bollettini informativi sugli sviluppi in Europa, GLOBALink offre varie conferenze elettroniche ed un sistema mediante il quale un membro (come un'associazione medica di un paese in cui esista una situazione particolare in termini di lotta al tabacco) può rivolgere una richiesta di assistenza a tutti gli altri membri.

Dato che questa pubblicazione è indirizzata principalmente ai medici ed alle loro associazioni nazionali, è ugualmente importante segnalare l'esistenza del Tobacco Control Resource Centre (TCRC), il Centro Risorse per la Lotta al Tabacco, presso la British Medical Association (Associazione dei Medici Britannici) con sede a Londra, Regno Unito.

Un'altra risorsa molto utile è la rivista specializzata *Tobacco Control*, pubblicata dal BMJ Publishing Group. Questa rivista trimestrale si occupa in modo approfondito delle problematiche connesse al controllo sul tabacco, prendendo in considerazione anche articoli originali di esperti. Per maggiori informazioni, si rinvia all'Appendice 3.

Il TCRC è stato istituito per conto del Forum Europeo delle Associazioni Mediche e dell'OMS. Questo organismo offre una vasta gamma di iniziative di supporto e consulenza alle associazioni mediche nazionali, in materia di lotta al tabacco, fungendo da centrale di smistamento per le richieste di informazioni. Il centro ha sviluppato un esauriente database, per coadiuvare il proprio lavoro ed ha un sito web in rapida espansione (su cui è disponibile anche questo libro—vedi pagina 64 per i dettagli). Il TCRC è stato fondato dalla Commissione Europea (CE), l'OMS e la BMA e riceve assistenza dalle altre associazioni mediche nazionali.

Inoltre, vi sono altre agenzie che possono aiutare le associazioni mediche nazionali, i singoli medici e gli altri operatori dell'assistenza sanitaria che decidono di impegnarsi nella lotta al tabacco, specialmente in quei paesi d'Europa in cui le iniziative finora sono state più scarse. I dettagli di queste agenzie ed i servizi che esse offrono sono elencati nell'Appendice 3.

2 I rischi del tabacco

Questo capitolo illustra le principali prove scientifiche che dimostrano come il tabacco sia causa di malattie. Considerata la vastità della documentazione esistente in proposito, in questa sede potrà essere riportato soltanto un breve sommario. Chi volesse maggiori informazioni dovrebbe consultare alcune delle fonti indicate nei riferimenti, nonché le molte altre recensioni della documentazione che sono pubblicate periodicamente. I singoli dottori, specialmente coloro che sono intervistati dai media e che tengono discorsi in occasione di eventi pubblici, vorranno approfondire la loro conoscenza del problema ed i propri stili e tecniche per cercare di far comprendere al grande pubblico la gravità del problema del tabacco.

In questo capitolo

- Il tabacco costituisce il maggiore problema sanitario in Europa e nel mondo: il consumo di tabacco è la maggiore causa prevenibile di decessi prematuri nei paesi industrializzati
- Il consumo di tabacco è un problema sanitario unico per motivi che vanno oltre la vastità del fenomeno; questo contribuisce alle difficoltà della prevenzione
- Il tabacco è consumato in una varietà di modi diversi, sebbene il consumo di sigarette confezionate costituisce l'aspetto principale del problema

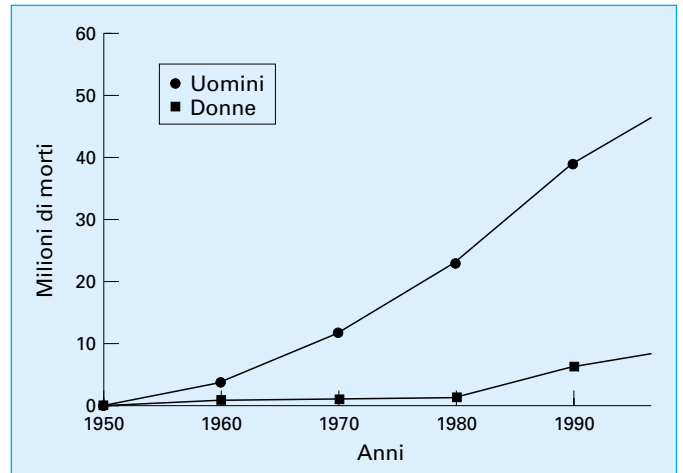
Le patologie causate dal tabacco includono:

- Malattie cardiovascolari
- Cancro
- Patologie polmonari diverse dal cancro
- Aborti spontanei, parti prematuri ed altre patologie della riproduzione
- Cancro ed altre patologie causate dall'uso orale del tabacco.

Oltre alle patologie causate ai fumatori stessi, il cancro, le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie nell'infanzia possono essere causate dall'esposizione al fumo di tabacco altrui, detto anche *fumo passivo*, oppure *fumo di tabacco ambientale*. Il consumo di tabacco causa anche una serie di costi (e benefici), alcuni dei quali influiscono sulla politica sanitaria.

Tabacco: un grave problema sanitario

In tutto il mondo, il fumo è responsabile della morte di tre milioni di persone ogni anno e questo dato è in aumento. Nella maggior parte dei paesi, il peggio deve ancora avvenire; quando i giovani fumatori di oggi raggiungeranno la mezza età o l'età avanzata si verificheranno circa 10 milioni di decessi l'anno a causa del tabacco. Circa 500 milioni di persone oggi in vita possono aspettarsi di morire a causa del



Numero cumulativo di decessi dovuti al fumo nei paesi industrializzati tra il 1950 e il 2000. In Peto *et al.*³

tabacco; 250 milioni di questi decessi saranno di persone di mezza età.¹

Il tabacco è già la principale causa di decessi tra la popolazione adulta dei paesi industrializzati, dove il tabacco attualmente causa un terzo di tutti i decessi degli uomini di mezza età, (più un quinto dei decessi di uomini anziani). Sebbene il fumo potrebbe proteggere da parecchie condizioni fatali e non fatali, l'effetto negativo del fumo sulla salute supera di gran lunga qualsiasi beneficio.²

Per le donne dei paesi industrializzati, non è stato ancora raggiunto il picco dell'epidemia di consumo del tabacco.

Il fumo delle sigarette può uccidere in molti modi diversi. Nei paesi industrializzati, complessivamente, il tabacco è responsabile del 24% di tutti i decessi di uomini e del 7% di tutti i decessi di donne, (sebbene questo dato sia in aumento); nel caso degli uomini, questi dati aumentano ad oltre il 40% in alcuni paesi dell'Europa centrale ed orientale. La perdita media della durata presunta della vita per i fumatori è di otto anni; tuttavia, per coloro che muoiono nella mezza età, (35–69 anni), questa perdita può arrivare fino a 22 anni.³

Tra i medici della Gran Bretagna, monitorati per oltre 40 anni, i tassi di decesso complessivi nella mezza età sono risultati circa tre volte maggiori tra i medici fumatori rispetto ai medici che non avevano mai fumato abitualmente.⁴ Circa la metà di tutti i fumatori abituali di sigarette verranno prima o poi uccisi dal loro vizio, ma non è mai troppo tardi per smettere di fumare: tra i medici britannici che hanno smesso di fumare, anche nella mezza età, è stato registrato un sostanziale incremento della durata presunta della vita.

In tutta Europa, nell'anno 1990, il fumo ha causato settecentocinquantamila decessi di persone di mezza età (tra 35 e 69 anni). Nel 1990, negli stati dell'Unione Europea si sono verificati oltre duecentocinquantamila decessi di persone di mezza età direttamente causati dal fumo di tabacco: 219 700 tra gli uomini e 31 900 tra le donne. Molti

altri decessi sono stati causati dal tabacco tra persone di età più avanzata (70 anni e più).² Nei paesi dell'Europa centrale ed orientale, inclusa l'ex Unione Sovietica, si sono verificati 441 200 decessi tra gli uomini di mezza età e 42 100 decessi tra le donne.

In termini generali, l'incidenza negli uomini delle patologie indotte dal fumo ha raggiunto il picco in molti paesi dell'Europa occidentale a causa della riduzione dei consumi di tabacco. Questa riduzione è principalmente il risultato di misure sanitarie, inclusa una maggiore educazione sanitaria e dell'aumento delle imposte per scoraggiare il consumo.

Le patologie imputabili al fumo hanno contribuito al significativo aumento della mortalità nei paesi ex socialisti dell'Europa centrale ed orientale a partire dal 1990, per motivi ancora poco chiari.

Un utile sommario realizzato da Peto *et al.*, che era parte di un'approfondita analisi della mortalità indotta dal fumo nei paesi industrializzati, mostra i rischi di decesso durante la mezza età (35–69 anni) calcolati in base ai tassi di mortalità del 1990.³

L'opinione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Nel 1998, il direttore generale entrante, Dottoressa Gro Harlem Brundtland, lei stessa medico del servizio sanitario pubblico ed ex primo ministro della Norvegia, disse all'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità:

“Abbiamo il dovere di combattere una grave causa di decessi prematuri il cui effetto sta aumentando in maniera drammatica—che ucciderà 4 milioni di persone nell'arco di quest'anno—e—se non interveniamo in alcun modo—ucciderà 10 milioni di persone nel 2030—metà delle quali moriranno durante la mezza età—non da anziani. In questo momento il picco principale dell'epidemia si sta spostando verso i paesi in via di sviluppo. Mi riferisco al tabacco.”

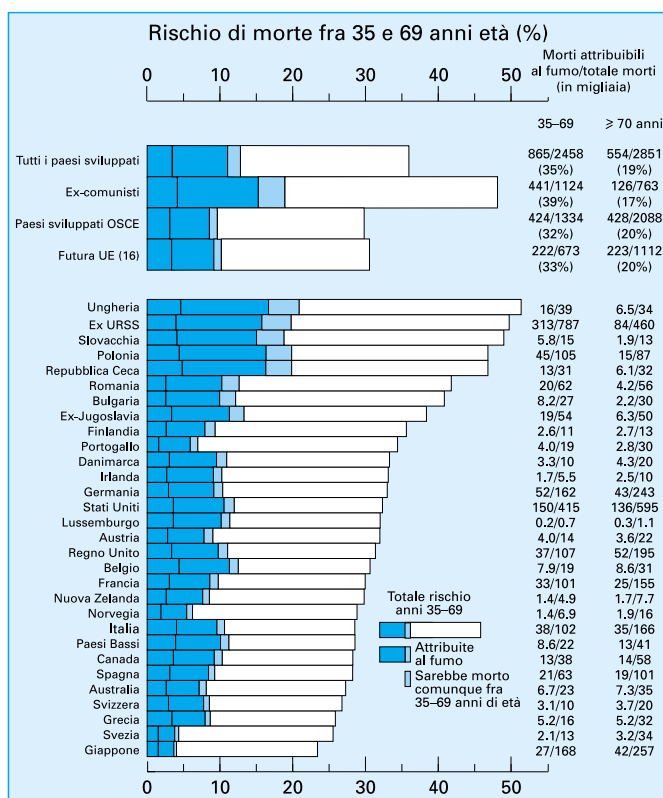
Perché il tabacco è un problema sanitario unico

Il tabacco è un prodotto di consumo unico: il fumo di tabacco contiene migliaia di sostanze chimiche, molte delle quali sono delle note tossine ed alcune sono notoriamente dannose per i vasi sanguigni. Pertanto, il fumo del tabacco può danneggiare ogni area del corpo.

A parte il numero di patologie, disabilità e decessi prematuri che causa, il tabacco è unico tra le cause prevenibili di malattie perché:

- È *sempre* pericoloso, piuttosto che essere pericoloso solo se usato in maniera eccessiva o errata, come avviene con altre cause di decesso prevenibili
- Induce una fortissima dipendenza in molti consumatori
- Viene attivamente ed energicamente pubblicizzato, spesso senza alcuno scrupolo, da una delle più grandi e potenti industrie al mondo
- Il suo uso non nuoce soltanto a coloro che lo consumano, ma anche alle altre persone che sono esposte al loro fumo.

Queste importanti caratteristiche contribuiscono a rendere il tabacco un problema di salute pubblica particolarmente difficile, che richiede iniziative urgenti da una vasta gamma di forze sociali, incluse iniziative di ordine politico.



Mortalità attribuita al fumo confrontata con quella dovuta ad altre cause negli uomini tra i 35 e i 69 anni. Stima basata sui tassi di mortalità delle popolazioni sviluppate nel 1990. In Peto *et al.*³

Come è consumato il tabacco

L'uso del tabacco rientra in due categorie principali: *il fumo* ed *il consumo senza fumo*. La maggior parte del tabacco consumato in Europa viene fumato, generalmente sotto forma di sigarette confezionate. Queste sigarette possono essere con o senza filtro. Anche nei paesi in cui sono state prevalenti altre forme di fumo, la tendenza, alimentata dagli sforzi di marketing delle potenti multinazionali del tabacco, è verso una crescente dominanza delle sigarette confezionate. Pertanto, in questo libro si fa riferimento principalmente al fumo di sigarette confezionate.

Inoltre, in percentuali variabili nell'ambito della regione europea, sono praticate altre forme di fumo: sigarette arrotolate a mano (diffuse, ad esempio, in Norvegia) pipe e sigari (specialmente in Danimarca ed in Olanda).

L'uso del tabacco senza fumarlo rientra in due categorie principali: uso orale ed uso nasale. La causa di patologie di gran lunga più importante è il tabacco consumato nella forma cosiddetta di "snuff" (foglie di tabacco finemente sminuzzate, generalmente con l'aggiunta di sostanze aromatizzanti) racchiuso in un sacchetto di carta simile ad una bustina di tè (particolarmente diffuso in Svezia); oppure la masticazione del tabacco grezzo, più tipica degli immigrati provenienti dall'Asia meridionale. Piccole quantità di tabacco stagionato vengono masticate, in alcuni paesi d'Europa, generalmente da uomini anziani. L'assunzione del tabacco "snuff" per via nasale è ormai un'abitudine di una rara minoranza; non ci sono prove sostanziali che tale pratica sia nociva ed essa non è considerata un problema di salute pubblica significativo.

L'Unione Europea ha vietato l'introduzione e la promozione di nuovi prodotti derivati del tabacco per uso

orale nei suoi stati membri, come risposta ai tentativi delle aziende produttrici americane di commercializzare i loro prodotti in parecchi paesi europei, nel corso degli anni '80. Tuttavia, è importante non lasciarsi cullare da un falso senso di sicurezza e vi sono indicazioni che i fabbricanti di "snuff" per uso orale stanno cercando di incrementare le loro vendite con la stessa aggressività manifestata dalle aziende produttrici di sigarette. Ironicamente, le maggiori restrizioni sul fumo nei luoghi pubblici potrebbero servire soltanto per incoraggiare le vendite di quest'altro tipo di tabacco.

Patologie cardiovascolari

Il fumo è associato ad una maggiore incidenza di *patologie cardiovascolari* (PCV), incluso l'infarto miocardico (IM), apoplezie, decessi improvvisi e patologie vascolari periferiche.⁵

Nei 40 anni di monitoraggio condotti nell'ambito di uno studio prospettico della mortalità tra i medici britannici in relazione alle loro abitudini di fumatori, è stato riscontrato che circa la metà di tutti i fumatori sono deceduti prematuramente a causa del vizio del fumo e circa la metà di questi sono deceduti prima dei 65 anni.⁴ Il rischio è risultato aumentare di pari passo con il consumo e le cause di aumento dei decessi hanno incluso:

- Malattia ischemica del cuore
- Degenerazione miocardica
- Aneurisma dell'aorta
- Arteriosclerosi
- Trombosi cerebrale
- Altre malattie cerebrovascolari.

Il fumo sembra accelerare il processo di *arteriosclerosi*, il denominatore comune nei pazienti che muoiono di malattie cardiovascolari, provocando gravi effetti deleteri a carico della struttura e della funzionalità di vasi sanguigni, piastrine e leucociti infiammatori.⁵

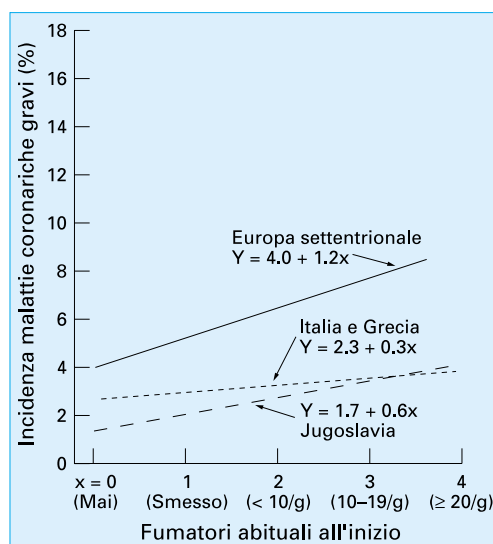
Il fumo è solo uno di numerosi noti fattori di rischio per le malattie cardiovascolari ed i suoi effetti sono chiaramente visibili nei paesi con livelli bassi ed alti degli altri fattori di rischio e corrispondenti tassi bassi o alti di incidenza delle malattie cardiovascolari.⁶

Le donne presentano tendenze di associazione di rischio tra il fumo e le malattie cardiovascolari equivalenti a quelle degli uomini, sebbene con una minore incidenza di malattie.

L'arteriosclerosi può provocare anche il restringimento delle arterie delle gambe, con conseguente dolore nella deambulazione. Oltre il 90% dei pazienti affetti da patologie arteriose delle gambe sono fumatori di sigarette.⁷ Il fumo continuato può essere causa di cancrena e rendere necessaria l'amputazione di dita, piedi od arti.

Infatti, gli studi condotti in Europa hanno dimostrato che la causa principale di amputazioni degli arti inferiori sono le *malattie vascolari periferiche*, per le quali il fumo di sigarette è il più forte fattore di rischio.^{8,9}

Il fumo, associato all'uso di contraccettivi orali, incrementa di dieci volte il rischio di infarto, apoplezia o altre patologie cardiovascolari. Quest'effetto è più accentuato nelle donne oltre i 40 anni.¹⁰



Regressione del tasso di incidenza decennale standardizzato per età delle malattie coronariche gravi in una classe di fumatori di 8717 uomini che non manifestavano malattie cardiovascolari al momento della loro entrata in Europa del nord, Jugoslavia, Italia e Grecia. In Keys⁶, per gentile concessione dell'Harvard University Press.

Principali malattie causate in parte dal fumo: tassi di mortalità dei fumatori di sigarette paragonati a quelli dei non fumatori (Doll *et al*;¹ Thun *et al*, comunicazione personale)

Causa di decesso in Inghilterra e Galles 1993	(% di decessi)	Tasso di mortalità		
		Popolazione americana 1984-91		Donne
		Dottori britannici 1951-91	Uomini	
Cancro alla bocca, faringe e laringe	(0.4)	24.0	11.4	6.9
Cancro all'esofago	(1.0)	7.5	5.6	9.8
Cancro ai polmoni	(5.6)	14.9	23.9	14.0
Cancro al pancreas	(1.0)	2.2	2.0	2.3
Cancro alla vescica	(0.8)	2.3	3.9	1.8
Malattia cardiocircolatoria	(25.3)	1.6	1.9	2.0
Ipertensione	(0.5)	1.4	2.4	2.6
Degenerazione miocardica	(2.0)	2.0		
Malattia cardiopolmonare*	(0.3)	∞	2.1	2.1
Altre malattie cardiache	(3.0)	—		
Aneurisma dell'aorta	(1.6)	4.1	6.3	8.2
Malattia vascolare periferica	(0.1)	—	9.7	5.7
Arteriosclerosi	(0.5)	1.8	2.7	3.0
Malattia cerebrovascolare	(10.6)	1.5	1.9	2.2
Bronchite cronica ed enfisema	(4.5)	12.7	17.6	16.2
Tubercolosi polmonare	(0.1)	2.8	—	—
Asma [†]	(0.3)	2.2	1.3	1.4
Polmonite	(9.4)	1.9		
Altre malattie respiratorie	(1.4)	1.6	2.5	1.7
Ulcera peptica	(0.7)	3.0	4.6	4.0
Tutte le cause		1.8	2.5	2.1

*Nessun decesso registrato tra i dottori non fumatori.

[†]Nei fumatori sono inclusi anche gli ex-fumatori, poiché l'asma stessa induce i fumatori a smettere di fumare.

I vantaggi derivanti dal togliersi il vizio di fumare

Togliersi il vizio di fumare riduce il rischio che si formino coaguli nel sangue. Il cuore può pompare più sangue (e quindi più ossigeno) intorno al corpo facendo uno sforzo minore. Non è stato dimostrato che fumare sigarette a basso contenuto di catrame riduca il rischio di malattie cardiache.¹¹

Rinunciando al fumo si riduce il rischio di infarto ed è particolarmente importante per coloro che presentano altri fattori di rischio come ipertensione, elevati livelli di colesterolo nel sangue, sono in sovrappeso o soffrono di diabete.

Entro un anno dalla rinuncia al fumo, il rischio si riduce della metà o più e continua a declinare, sebbene più lentamente, raggiungendo, dopo un lungo periodo, i livelli di coloro che non hanno mai fumato.¹²

Rinunciare al fumo dopo aver subito un attacco coronarico può dimezzare il rischio di un secondo attacco. Il rischio di apoplezia si riduce significativamente nel giro di due anni e dopo cinque anni è pari a quello per i non fumatori.¹³

Cancro

Il fumo delle sigarette è stato chiaramente ed incontrovertibilmente riconosciuto^{2,14} come una causa diretta di:

- Tumore del polmone
- Tumori del cavo orale
- Tumore dell'esofago
- Tumore dello stomaco
- Tumore del pancreas
- Tumore della laringe
- Tumore della vescica
- Tumore del rene
- Leucemia, specialmente leucemia mieloide acuta
- Tumore del fegato.

L'incidenza di questi tipi di tumore dipende da quante sigarette si fumano e da quanti anni si fuma.

Nella maggior parte dei paesi in cui il consumo abituale di sigarette è presente da lungo tempo, il *tumore del polmone* è la principale causa dei decessi provocati dal fumo.¹⁵

In parecchi paesi europei, il tumore del polmone ha superato il tumore della mammella come prima causa di decessi per tumore tra le donne, dato che l'incidenza del

tumore al polmone aumenta in conseguenza della diffusione del fumo tra le donne nel corso degli ultimi decenni.

L'età in cui si comincia a fumare è anch'essa un fattore importante: quanto più è giovane una persona quando comincia a fumare, tanto maggiore è il rischio che corre di ammalarsi di tumore al polmone.

Il contenuto relativo di catrame delle sigarette è meno importante del modo in cui le sigarette vengono fumate; le sigarette con un minore contenuto di catrame possono essere fumate in maniera più intensa o più frequentemente, il che le rende altrettanto nocive quanto le sigarette con un più alto contenuto di catrame.

Il fumo di pipe e sigari, come delle sigarette, è un fattore di rischio per tutti i tumori associati con la laringe, il cavo orale e l'esofago. Il rischio di contrarre queste forme di tumore aumenta con il numero di sigarette fumate e coloro che fumano la pipa o i sigari corrono un rischio simile a quello dei fumatori di sigarette.^{16,17}

I rischi associati con il tabacco e con l'alcool si moltiplicano quando queste due sostanze vengono assunte contemporaneamente; tra coloro che fumano e bevono molto, queste abitudini sono responsabili di nove casi su 10 di *tumore della laringe* in questa categoria di persone.^{18,19} Il tabacco e l'alcool agiscono anche in maniera sinergica nel caso dei *tumori del cavo orale e della faringe*.²⁰

Il consumo di sigarette è risultato anche essere associato con il *tumore cervicale*.²¹

I vantaggi derivanti dallo smettere di fumare: in assenza di una patologia il rischio di contrarre tutte le forme di tumore diminuirà dopo la cessazione dell'uso del tabacco, fino a diventare quasi pari a quello dei non fumatori.

Malattie polmonari (diverse dai tumori)

La più importante area di patologia polmonare causata dal fumo è quella delle *malattie polmonari croniche ostruttive* (BPCO), che include la bronchite cronica e l'enfisema.

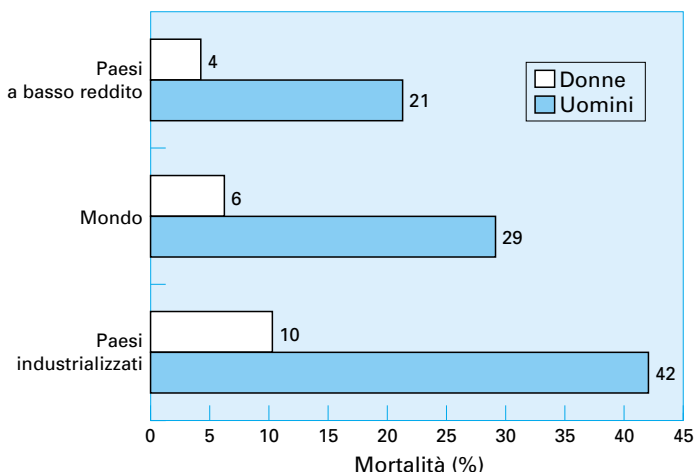
Il fumo delle sigarette è il fattore di rischio ambientale più grave per le malattie polmonari croniche ostruttive. Esso causa un'eccessiva secrezione di muco e la progressiva ostruzione delle vie aeree.²²⁻²⁴

Il tasso di mortalità da malattie BPCO è aumentato sostanzialmente con l'aumentare del numero di sigarette fumate ed il rischio per i fumatori che consumano più di 25 sigarette al giorno è più di 20 volte superiore al rischio per i non fumatori.

Ci sono prove di una modesta riduzione del rischio tra i fumatori di sigarette con un minore contenuto di catrame, sebbene tale riduzione possa essere annullata da un maggiore consumo di sigarette.

Alcuni studi hanno, inoltre, evidenziato un effetto sinergico nei fumatori che sono esposti anche ad alcuni agenti irritanti delle vie respiratorie o a polvere nell'ambiente di lavoro.

Smettere di fumare, sebbene non migliori sostanzialmente la funzione respiratoria, si traduce in un successivo rallentamento del calo del volume espiratorio forzato 1 s. Inoltre, smettendo di fumare si riducono i sintomi di tosse, catarro, dispnea, mancanza di respiro.



Percentuale stimata di decessi dovuti a tutti i tipi di cancro causati dal fumo nel 1990. In Peto et al.³

I rischi del fumo passivo

Il respirare il fumo di tabacco altrui, detto anche fumo passivo, o fumo di tabacco ambientale (ETS), espone a gravi rischi, specialmente nel caso di bambini o di esposizione cronica.^{25 26}

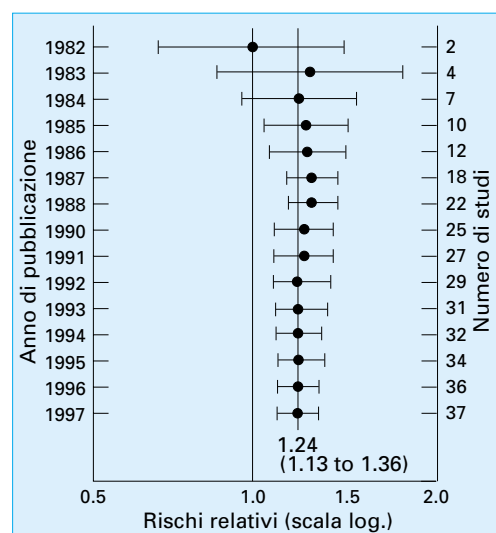
Il fumo passivo è associato con un incremento del rischio di contrarre una *malattia respiratoria cronica* pari negli adulti al 25% (10–43%) ed incrementa il rischio di contrarre patologie acute del sistema respiratorio del 50–100% nei bambini.

Esistono prove convincenti e consistenti che il fumo passivo fa aumentare il rischio di contrarre il *tumore del polmone*. Esiste un rapporto dose-risposta tra il numero di sigarette fumate e gli anni di esposizione al fumo ed il rischio per un non fumatore, che conviva con un fumatore, di contrarre il tumore del polmone.²⁶

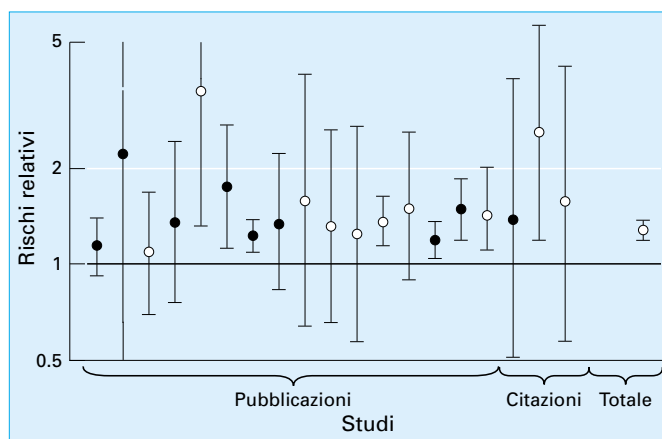
Respirare il fumo altrui è anche un'importante ed evitabile causa di *ischemia cardiaca* in quanto il rischio di una persona esposta al fumo passivo di contrarre tale malattia aumenta di circa il 25%. Ciò è spiegato principalmente dalla correlazione non lineare dose-risposta tra l'esposizione al fumo di tabacco ed il rischio di malattie cardiache.²⁷

Fumare durante la gravidanza raddoppia il rischio della *sindrome di morte improvvisa del neonato*. Esiste quasi certamente una relazione di causa-effetto e l'abitudine di fumare della madre e del padre sono fattori importanti.²⁸

I bambini figli di genitori fumatori sono esposti ad un maggiore rischio di contrarre malattie respiratorie e sebbene il vizio del fumo della madre abbia un effetto maggiore del vizio del fumo anche del padre, l'effetto del vizio del fumo solo del padre è significativo. Questi bambini sono esposti, inoltre, ad un maggiore rischio di contrarre *l'otite media* acuta e cronica. Tutte queste condizioni sembrano essere legate da un rapporto di causa-effetto.²⁹



Stima combinata cumulativa del rischio relativo (le barre mostrano degli intervalli di confidenza del 95%) concernente il cancro ai polmoni sulla base di studi eseguiti su donne che non hanno mai fumato nella loro vita e hanno vissuto assieme ad un fumatore confrontata con quella delle donne che hanno vissuto assieme ad un non fumatore (il numero degli studi su cui è basata ogni stima combinata viene visualizzato sulla destra). In Hackshaw *et al*²⁶, per gentile concessione della BMJ Publishing Group.



Stime del rischio relativo (con intervalli di confidenza del 95%) adeguate per età e sesso ricavate da nove studi prospettici (cerchi chiusi) e dieci studi caso-controllo (cerchi aperti) che mettono a confronto le malattie cardioischemiche in persone che non avevano mai fumato ma la cui consorte fumava e in persone la cui consorte non aveva mai fumato. In Law²⁷, per gentile concessione della BMJ Publishing Group.

Assunzione per via orale e nasale del tabacco

Al pari del fumo delle sigarette, il tabacco è altamente pericoloso anche quando viene usato in forme senza fumo. Esso causa *tumori del cavo orale, della faringe e della laringe*.³⁰⁻³²

Esistono prove di una correlazione tra l'uso del tabacco in forme senza fumo ed una varietà di condizioni non tumorali e pre-tumorali, specialmente la *leucoplasi*.^{33 34}

L'uso del tabacco in forme senza fumo appare implicato nello sviluppo di *malattie delle arterie coronarie e malattie vascolari periferiche, ipertensione ed ulcere peptiche* ed è causa di *tossicità fetale*.

I consumatori di tabacco per via orale o nasale possono avere nel sangue livelli di nicotina altrettanto elevati o addirittura superiori a quelli riscontrati nel sangue dei fumatori di sigarette.

Il fumo e la riproduzione

Il fumo fa aumentare il rischio di *aborto spontaneo* e comporta un maggiore rischio di *nascita prematura* e di *scarso peso alla nascita* tra i nati di madri fumatrici. Inoltre, le donne fumatrici tendono a raggiungere la menopausa prima delle non fumatrici.¹⁰

Negli uomini, si riscontra un maggiore rischio di *impotenza* tra i fumatori³⁵ e gli uomini il cui seme è di qualità mediocre possono trarre beneficio dallo smettere di fumare.³⁶

L'assistenza sanitaria e gli altri costi del tabacco

Sebbene questo capitolo abbia, finora, trattato soltanto delle malattie causate dal tabacco, è importante anche far notare i costi incorsi per curare queste malattie e gli altri costi economici e finanziari del tabacco.

Si tratta, ovviamente, di costi considerevoli in termini di assistenza sanitaria (spesso quando le risorse sono già seriamente sotto pressione); inoltre, esistono altre spese relative

associate con i sostanziali problemi di ordine sanitario causati dal tabacco. Vi sono anche altri costi che esulano dal settore sanitario, nonché alcuni benefici.

Qui di seguito sono riassunte alcune delle principali aree di costi e benefici del tabacco. Alcuni costi riguardano esclusivamente il governo (costi di trasferimento) piuttosto che essere costi reali per il paese. Alcuni, in particolare i benefici, sono disputati dagli economisti, perché essi non tengono conto degli scenari alternativi.

I costi del tabacco includono le spese relative a:

- L'assistenza sanitaria in più necessaria per le persone affette da malattie causate dal tabacco
- Perdita di produttività dei fumatori che muoiono o si assentano dal lavoro per malattia più dei non fumatori,
- Pensioni pagate anticipatamente ai congiunti di fumatori uccisi dal vizio del fumo (costo di trasferimento)
- Incendi causati da prodotti da fumo
- Maggiori costi per la pulizia e la manutenzione ordinaria di edifici e strutture di trasporto pubblico in cui è consentito fumare, rispetto alle aree in cui è vietato fumare.

Si potrebbe considerare che i benefici includano:

- L'occupazione generata dalla fabbricazione, pubblicità, distribuzione e vendita delle sigarette (sebbene un maggiore livello di occupazione potrebbe essere creato da consumi alternativi)
- Risparmi di pensioni di stato derivanti dalla prematura morte dei fumatori che non possono quindi riscuotere le loro pensioni
- Assenza di costi per l'assistenza sanitaria nell'età avanzata per quei fumatori che muoiono prematuramente
- Imposte sul tabacco (beneficio per il governo).

Costi e politica

Nella maggior parte dei paesi, la politica sociale e sanitaria non viene formulata rigorosamente in base ai benefici o costi finanziari relativi, nonostante l'apparente crescente tendenza dei governi in tutta Europa ad enfatizzare questo criterio.

Alcuni studi economici hanno dimostrato che una significativa e sostenuta riduzione del vizio del fumo in una popolazione è seguita da risparmi nelle spese di assistenza sanitaria ed in altri costi nel breve—medio termine.

A lungo termine, tuttavia, si registra la tendenza verso un costo netto per l'economia, a causa della maggiore percentuale della popolazione che raggiunge l'età anziana e perché le persone anziane usufruiscono dei servizi sanitari in misura maggiore delle persone giovani, anche se sono non fumatori. Basare la politica sociale e sanitaria di un paese su queste considerazioni sarebbe per una società civile non più accettabile dell'abbandonare ogni sforzo per evitare gli incidenti stradali in considerazione del fatto che essi sono fonte di occupazione per il personale paramedico delle ambulanze, i medici, gli infermieri ed i meccanici delle officine di autoriparazione.

I motivi principali per aumentare l'imposta sul tabacco sono:

- Contribuire a finanziare il programma di spesa complessivo del governo
- Scoraggiare il consumo di tabacco
- Pagare per i danni provocati dal tabacco.

Gli aspetti economici più generali del tabacco sono talvolta citati nel contesto di discussioni sulla politica sanitaria, non sempre in maniera appropriata. A causa delle complessità dell'argomento, può essere utile per le

associazioni nazionali dei medici ed altre organizzazioni o individui impegnati nella lotta al tabacco avvalersi della collaborazione di un economista specializzato in politiche sanitarie che contribuisca a raccogliere le relative prove documentali ed argomenti appartenenti a questo specifico settore.

Per un dibattito sugli aspetti fiscali del tabacco si rinvia alla sezione relativa all'aumento del prezzo del tabacco tramite le imposte, nel Capitolo 11.

Riferimenti

- 1 Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994;**309**:937–9.
- 2 Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, Finland, October 1996. *Lung Cancer* 1997;**17**:1–60.
- 3 Peto R, et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Oxford, UK: Oxford University Press, 1994:A22.
- 4 Doll R, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;**309**:901–11.
- 5 Jeremy JY, et al. Cigarette smoking and cardiovascular disease. *J R Soc Health* 1995;**115**:289–95.
- 6 Keys A. *Seven countries*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1980.
- 7 Laing SP, et al. The prevalence of cigarette smoking in patients with peripheral arterial disease. In Greenhalgh RM, ed. *Smoking and arterial disease*. London, UK: Pitman, 1981.
- 8 Rommers GM, et al. Epidemiology of lower limb amputees in the north of the Netherlands: aetiology, discharge destination and prosthetic use. *Prosthet Orthot Int* 1997;**21**:92–9.
- 9 Verhaeghe R. Epidémiologie et pronostic de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. *Drugs* 1998;**56**(suppl 3):1–10.
- 10 Chollat-Tracquet C. *Women and tobacco*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 1992:38.
- 11 Royal College of Physicians of London. *Health or smoking: follow-up report of the Royal College of Physicians of London*. London, UK: Pitman, 1983.
- 12 US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990*. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, 1990. (DHHS Publication No (CDC) 90-8416.)
- 13 Wolf PA, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. *JAMA* 1988;**259**:1025–9.
- 14 Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. *Stat Methods Med Res* 1998;**7**:37–117.
- 15 Boyle P, Maisonneuve P. Lung cancer and tobacco smoking. *Lung Cancer* 1995;**12**:167–81.
- 16 US Department of Health, Education, and Welfare. *Smoking and health. A report of the Surgeon General, 1979*. Rockville, Maryland: Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1979. (DHEW Publication No (PHS) 79-50066.)
- 17 Bofetta P, et al. Cigar and pipe smoking and lung cancer risk: a multicenter study from Europe. *J Natl Cancer Inst* 1999;**91**:697–701.
- 18 Franceschi S, et al. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in northern Italy. *Cancer Res* 1990;**50**:6502–7.
- 19 Andre K, et al. Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck cancer: a case-control study in the Doubs region of France. *Eur J Cancer Part B Oral Oncol* 1995;**31**:301–9.
- 20 Guenel P, et al. A study of the interaction of alcohol drinking and tobacco smoking among French cases of laryngeal cancer. *J Epidemiol Commun Health* 1988;**42**:350–4.
- 21 Doll R. Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull* 1996;**52**:35–49.
- 22 Pride NB, Burrows B. Development of impaired lung function: natural history and risk factors. In Calverly P, Pride N. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London, UK: Chapman & Hall, 1995:69–91.
- 23 Strachan DP. Epidemiology: a British perspective. In Calverly P, Pride N. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London, UK: Chapman & Hall 1995:47–67.
- 24 Rijcken B, Britton J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Mon* 1998;**7**:41–73.
- 25 Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull* 1996;**52**:22–34.
- 26 Hackshaw AK, et al. The accumulated evidence of lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;**315**:980–8.
- 27 Law MR, et al. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;**315**:973–80.

- 28 Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;**52**: 1003–9.
- 29 Cook DG, Strachan DP. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and the implications for research. *Thorax* 1999;**54**:357–66.
- 30 Pershagen G. Smokeless tobacco. *Br Med Bull* 1996;**52**:50–7.
- 31 US Department of Health and Human Services. *The health consequences of using smokeless tobacco. A report of the advisory committee to the Surgeon General*. Bethesda, Maryland: Public Health Service, National Institutes of Health, 1986. (NIH Publication No 86-2874.)
- 32 International Agency for Research on Cancer. *Tobacco habits other than smoking: betel-quid and areca-nut chewing; and some related nitrosamines*. Lyon, France: IARC, 1985.
- 33 Gupta PC, *et al*. Primary prevention trial of oral cancer in India: a 10-year follow-up study. *J Oral Pathol Med* 1992;**21**:433–9.
- 34 Grady D, *et al*. Oral lesions found in smokeless tobacco users. *J Am Dent Assoc* 1990;**121**:117–23.
- 35 Mikhailidis DP, Jeremy JY. Smoking and erectile impotence. *Int Angiol* 1993;**12**:297–8.
- 36 Vine MF. Smoking and male reproduction: a review. *Int J Androl* 1996;**19**:323–3

3 Le donne ed i giovani

Questa prima parte di questo capitolo tratta delle speciali considerazioni concernenti il tabacco e le donne, mentre la seconda parte è dedicata ai bambini ed agli adolescenti. Entrambe queste categorie sociali richiedono una particolare attenzione e protezione, specialmente in quanto sono considerate target di speciale importanza dall'industria del tabacco.

In questo capitolo

- In molti paesi, tra le donne si registra una diffusione del fumo significativamente inferiore che tra gli uomini, il che rende le donne (specialmente le giovani e le adolescenti) oggetto di una particolare attenzione da parte dell'industria del tabacco. Il fatto che fino a questo momento per la minore diffusione del vizio del fumo nelle donne, tra di loro si è registrata una minore incidenza delle patologie indotte dal fumo, ha determinato una minore attenzione nei confronti delle misure preventive mirate alle donne. Le federazioni mediche nazionali dovranno collaborare con organizzazioni e media che sono particolarmente orientati verso le donne per facilitare le iniziative di prevenzione in quest'area.
- I bambini e gli adolescenti sono particolarmente vulnerabili al fumo di tabacco altrui, una suscettibilità che comincia addirittura prima della nascita. Essi rappresentano il target più importante di tutti per l'industria del tabacco, dato che la maggior parte dei fumatori iniziano a fumare quando sono ancora bambini e pochi non fumatori contraggono il vizio quando sono ormai adulti.

Donne

Nella maggior parte dei paesi europei, le donne hanno iniziato a fumare molti decenni dopo gli uomini, per effetto dei pregiudizi sociali ed una relativa carenza di potere di spesa personale. La seconda metà di questo secolo, tuttavia, ha visto un incremento nella diffusione del fumo tra le donne, spesso pari, o, in alcuni casi, addirittura superiore a quello registrato tra gli uomini. I motivi di quest'incremento, che possono fornire delle indicazioni su come impedire la diffusione del fumo tra le donne e le adolescenti, includono:

- Cambiamento delle condizioni sociali ed economiche
- Pubblicità mirata da parte delle aziende produttrici di tabacco
- Messaggi di educazione sanitaria non pertinenti per le donne
- Carenza di un'educazione sanitaria espressamente mirata alle donne.

Le speciali iniziative promozionali che le aziende produttrici di tabacco hanno usato per rivolgersi espressamente al pubblico delle donne e delle adolescenti includono:

Le donne dimenticate

Le prime campagne promozionali di lotta al tabacco spesso facevano appello ad attività o caratteristiche che all'epoca apparivano essere più importanti per gli uomini che per le donne—ad esempio, le prestazioni sportive o la forma fisica. Ciò può essere stato causato, in parte, dalla mancanza di consapevolezza tra gli educatori sanitari ed anche dal fatto che, all'epoca, i tassi di incidenza delle malattie provocate dal fumo tra le donne erano di gran lunga inferiori a quelli registrati per gli uomini, il che era un riflesso del fatto che il consumo diffuso tra le donne era iniziato molto più tardi che tra gli uomini. È soltanto negli ultimi venti anni che le donne sono state riconosciute come una categoria alla quale bisogna dedicare una particolare attenzione.

- Marche speciali, incluse le sigarette “sottili”
- Pubblicità nelle riviste femminili
- Sponsorizzazioni di eventi di moda
- Sponsorizzazione di artisti di musica leggera, discoteche, programmi televisivi, film, video e sport con un elevato indice di gradimento tra il pubblico femminile.

In alcuni paesi le riviste femminili tendono a pubblicare un gran numero di pubblicità di sigarette, con l'onorevole eccezione di alcune riviste che rifiutano di accettarle per motivi di principio.

Le riviste femminili che accettano pubblicità di sigarette tendono a dedicare uno spazio significativamente minore

La sigaretta “sottile”

Ricerche di mercato hanno dimostrato alle aziende produttrici di tabacco che molte ragazze e donne, specialmente giovani, cercano di diventare snelle, o almeno si identificano con la preferenza per una linea snella nel mondo della moda femminile; e molte donne credono che fumare le aiuti ad evitare di aumentare di peso.

Inoltre, alcune donne sembrano essere attratte da sigarette più lunghe e sottili di quelle delle marche preferite dagli uomini, specialmente se sono confezionate in pacchetti eleganti dai colori femminili. La sigaretta può, quindi, diventare un accessorio di moda, un'espressione di personalità attraverso la quale una donna fumatrice presenta al mondo l'immagine di lei che desidera che il mondo percepisca.

Per alcune, l'immagine caratteristica di una “sigaretta da donna” può essere un fattore importante per superare i vecchi tabù che vietano alle donne di fumare. Una marca di sigarette “sottili”, dette anche “sottili”, è un concetto di marketing che combina tutti questi fattori di attrazione e che viene accuratamente sfruttato dalle aziende produttrici di sigarette per reclutare e conservare fumatrici.

nelle loro pagine dedicate alla salute al problema del tabacco, rispetto alle riviste che rifiutano di accettare le pubblicità di sigarette; in alcuni casi non viene praticamente fatta alcuna menzione del problema mentre problemi di salute di gran lunga meno seri possono essere trattati ripetutamente in gran dettaglio.¹

Le pubblicità delle sigarette destinate alle donne mirano a rafforzare la percezione che le sigarette sono sinonimo di fascino e attrattività, facilitano il successo in campo sociale, aiutano a ridurre lo stress ed a tenere sotto controllo il peso, tutti elementi che esercitano una potente attrattiva sulle donne giovani in molti paesi europei.

Le donne ed il tabacco: una preoccupazione emersa troppo tardi

Sfortunatamente, tutta la gravità del fumo come problema vitale per la salute della donna è stata compresa solo recentemente. Le professioni mediche e sanitarie, nonché le persone attive nella politica e nel sociale, le scrittrici e le giornaliste appartenenti a quello che è stato spesso definito il “movimento femminista” sono state lente a comprendere l’importanza del problema del fumo tra le donne.

In Europa occidentale, agli albori del movimento femminista, l’attenzione in materia di salute era concentrata prevalentemente sui problemi connessi con la riproduzione e qualsiasi preoccupazione a proposito del tabacco veniva trascurata perché considerata irrilevante. Alcuni commentatori dissero perfino che tali preoccupazioni erano contrarie alla tendenza generale delle donne di rivendicare il diritto di determinare la propria vita e partecipare a tutte le attività che, fino a quel momento, erano state prevalentemente dominate dagli uomini.

Le donne e le malattie provocate dal fumo

Purtroppo, il fumo è un’attività a cui le donne avrebbero fatto bene a rinunciare, come dimostrato dal rapido incremento dei tassi di incidenza del cancro del polmone tra le donne in molti paesi europei. Così drastica è stata questa tendenza che in alcuni paesi in cui il tumore della mammella era da lungo tempo la causa principale di morte per tumore

In che modo l’industria del tabacco raggiunge le donne europee

Uno studio condotto da 111 riviste femminili in 17 paesi europei ha dimostrato in che modo le pubblicità di sigarette in queste riviste hanno fornito alle aziende produttrici di tabacco un canale diretto per rivolgersi alle donne ed ha conferito alle pubblicità una certa credibilità grazie all’immagine della rivista. Dallo studio è risultato che:

- Solo quattro riviste hanno volontariamente rifiutato di pubblicare tali pubblicità
- Le donne di molti paesi hanno ravvisato nelle pubblicità delle sigarette immagini positive del fumare
- Le riviste che hanno accettato le pubblicità delle sigarette sono risultate anche quelle meno inclini a dare molto risalto ai problemi di salute connessi con il vizio del fumo
- Alcune riviste, tuttavia—in Svezia, ad esempio—hanno dimostrato di avere un atteggiamento esauriente e costruttivo nei confronti del tema del fumo e della salute.¹

tra le donne, il tumore del polmone ha già conquistato il triste primato di principale causa di decesso.

Le prime conclusioni che le donne erano meno vulnerabili alle malattie indotte dal fumo sono risultate in gran parte errate, con la trascurabile eccezione del contributo relativo apportato dal vizio del fumo nell’ambito dello spettro complessivo dei fattori di rischio per malattie cardiovascolari nelle donne in età pre-menopausa. Per contro, sul piano della salute in età riproduttiva, le donne fumatrici corrono maggiori rischi di contrarre malattie rispetto agli uomini.

“Se le donne fumano come gli uomini, moriranno come gli uomini.”

Professor Richard Peto, University of Oxford, Regno Unito.

I tassi di malattia e mortalità tra le donne che sono state fumatrici per tutta la vita e con livelli di consumo di tabacco simili a quelli degli uomini hanno dimostrato che quanto detto corrisponde fin troppo a verità.

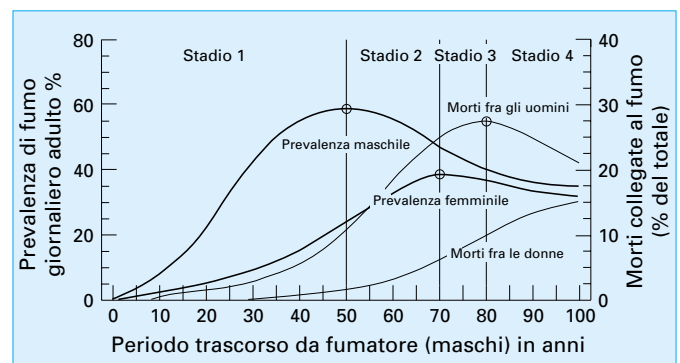
Cosa possono fare le associazioni mediche nazionali per combattere il vizio del fumo tra le donne?

Qualsiasi gruppo costituito da un’associazione medica nazionale per combattere il problema del tabacco deve essere consapevole degli speciali aspetti della diffusione del fumo tra le donne. Il gruppo dovrebbe considerare quanto segue:

- Includere membri donne
- Coinvolgere le persone aventi una certa competenza in questo campo o che sono motivate ad acquisirla
- Costituire un gruppo di lavoro dedicato particolarmente al tema delle donne e del fumo, specialmente se il problema ha ricevuto, finora, scarsa attenzione
- Esaminare la situazione a livello nazionale ed individuare speciali gruppi target che possono aiutare
- Educare i potenziali alleati sugli aspetti del problema
- Valutare l’opportunità di organizzare una speciale conferenza sull’argomento, per dare avvio ad un processo in grado di coinvolgere una vasta gamma di organizzazioni.

Chi può aiutare l’associazione medica nazionale ad affrontare il problema del vizio del fumo tra le donne?

- Editori e giornalisti di riviste femminili
- Organizzazioni femminili
- Sezioni femminili di organizzazioni professionali e sindacati



Modello standard per la struttura di diffusione dell’epidemia del fumo. In Ramstrom², per gentile concessione della Karger, Basel.

Cosa può fare ogni singolo medico per il problema del vizio del fumo tra le donne

L'industria del tabacco ha preso di mira le donne, il che significa che i medici devono fare altrettanto:

- Prestando particolare attenzione alle pazienti in gravidanza che fumano, per aiutarle a smettere
- Sfruttando ovvie opportunità, come quando prescrivono dei contraccettivi orali, per consigliare alle fumatrici di smettere di fumare
- Incoraggiando tutte le pazienti che fumano a smettere di fumare
- Appoggiando il programma dell'associazione medica nazionale per la lotta alla diffusione del fumo tra le donne.

- Importanti personalità femminili che hanno dimostrato di saper svolgere un ruolo di leadership in materia di salute della donna.

Esiste una rete internazionale di organizzazioni ed individui che si occupano del problema del fumo, INWAT (vedi Appendice 3), che sarà in grado di offrire la possibilità di stabilire contatti con colleghi di altri paesi che si sono dedicati a questo problema.

Una sfida per le rappresentanti femminili di spicco dell'associazione medica nazionale

Se le organizzazioni femminili non hanno, finora, svolto un ruolo attivo nella lotta al tabacco, sono dei target ovvi da coinvolgere nella causa.

Le rappresentanti femminili di spicco dell'associazione medica nazionale (ed altre professioniste dell'assistenza sanitaria) dovrebbero cercare di coinvolgere le dirigenti delle organizzazioni femminili in riunioni ed altre attività del gruppo di lotta al tabacco. In questo modo, esse possono acquisire maggiore consapevolezza del problema del tabacco e delle particolari preoccupazioni destinate dalla diffusione del vizio del fumo tra le donne ed iniziare a svolgere un ruolo attivo nella campagna di lotta al tabacco.

Bambini ed adolescenti

I bambini sono chiaramente la categoria più vulnerabile in termini del loro bisogno di protezione su due fronti:

- Il fumo altrui
- L'attività promozionale e gli altri fattori di influenza che possono incoraggiarli ad iniziare ad usare il tabacco.

Tutti sono d'accordo sul fatto che dobbiamo impedire ai bambini di iniziare a fumare; ma ...

In gran parte i fumatori iniziano a fumare quando sono ancora bambini.

Anche se la loro possibilità di accedere alle sigarette è limitata, emerge una chiara tendenza:

- Cominciano a sperimentare occasionalmente il fumo
- Dalla sperimentazione passano ad un uso periodico
- Il consumo periodico di sigarette diventa un'abitudine giornaliera
- L'abitudine diventa un vizio o una forma di dipendenza, mano a mano che i fumatori diventano adulti e possiedono un maggiore reddito disponibile.

“Le persone che decidono di fumare ...”

La posizione pubblica dell'industria del tabacco è che i fumatori “scelgono di fumare” e che fumare è una “abitudine da adulti” che i bambini dovrebbero evitare.

La libertà di scelta è chiaramente un concetto molto potente da invocare, ma in questo contesto, è del tutto improprio e gravemente abusato dall'industria del tabacco.

Ovviamente, i bambini non compiono delle scelte libere, informate ed adulte per quanto riguarda il vizio del fumo. Documenti interni dell'industria del tabacco resi di dominio pubblico durante processi legali svoltisi in America dimostrano quanto strenuamente le aziende produttrici di tabacco si danno da fare per attrarre i bambini al vizio del fumo. Nonostante le ammissioni di alcuni dei loro dirigenti americani, le medesime aziende sono attualmente impegnate ad usare gli stessi trucchi in tutta Europa.

I bambini ed il fumo di tabacco ambientale

Anche prima della nascita, la salute dei bambini può essere influenzata dal vizio del fumo dei genitori, in particolare da quello della madre e questi effetti possono persistere per molti anni. L'esposizione al fumo delle sigarette altrui può essere una causa o un fattore contributivo dei decessi improvvisi in età neonatale, di patologie delle vie respiratorie e di altri problemi di salute, inclusa la prematura comparsa di attacchi di asma.

I bambini e le pubblicità del tabacco

- I bambini sono presi di mira in maniera particolare dai pubblicitari del tabacco; ciò viene negato strenuamente, ma è dimostrato da documenti interni dell'industria del tabacco
- La pubblicità indirizzata ai bambini può essere molto subdola ed il risultato di un'attenta ricerca—ad esempio, attraverso eventi sportivi sponsorizzati dalle aziende del tabacco le cui telecronache sono notoriamente seguite da un vasto pubblico di bambini.

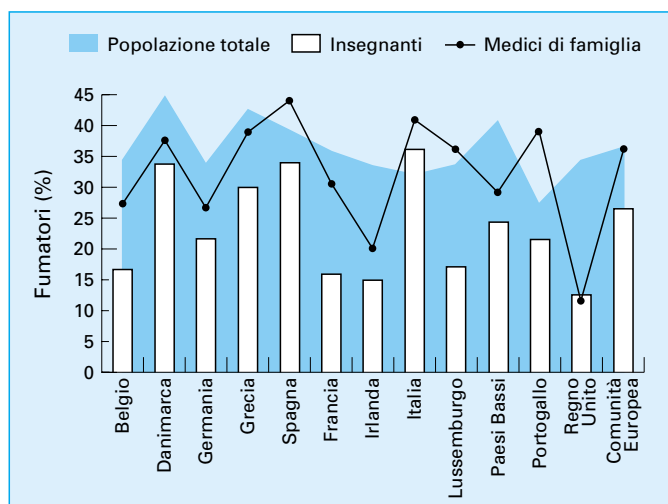
I bambini vedono continuamente pubblicità del tabacco, incluse continue pubblicità—come sui cartelloni stradali—tramite sponsorizzazioni o altre attività promozionali. Di conseguenza:

- Essi finiscono con l'aver una percezione più positiva del tabacco
- Sono incoraggiati a provare a fumare.

Altri fattori di influenza che spingono i bambini a fumare sono:

- Il vizio del fumo nei genitori, insegnanti, fratelli maggiori, membri del loro gruppo di amici e personaggi presi a modello di comportamento
- L'atteggiamento nei confronti del fumo dei genitori, degli insegnanti e di altri adulti importanti e dei loro amici.

Mano a mano che crescono e continuano a sperimentare il fumo, i bambini non sono influenzati a lungo dalla consapevolezza delle malattie che potrebbero contrarre a causa del fumo stesso. Queste sono cose che tendono ad apparire troppo remote dalla loro esperienza ed immaginazione—le malattie gravi sono un qualcosa associato con le persone di età (per loro) molto avanzata, con le quali non riescono ad identificarsi personalmente.



Consumo di sigarette suddiviso per cifre chiave dei “modelli di ruolo” (insegnanti e medici generici) nell’Unione Europea nel suo insieme e in diversi paesi dell’Europa occidentale. In Huber *et al*³, per gentile concessione della casa editrice.

“Dobbiamo cominciare dai bambini!”

Questa è la risposta che si sente pronunciare più di frequente da coloro che si avvicinano per la prima volta ai problemi del fumo. È un sentimento comprensibile, ma troppo spesso intende significare che quasi tutti gli sforzi dovrebbero essere concentrati sulle attività destinate ai bambini, specialmente all’educazione sanitaria nelle scuole. L’esperienza, tuttavia, ha dimostrato che nessun aspetto della politica di lotta al tabacco è sufficiente da solo a risolvere il problema.

La verità è che finora è stato ottenuto di più incoraggiando gli adulti a smettere di fumare piuttosto che cercando di evitare che i bambini prendano il vizio di fumare.

Questo non significa che dovremmo abbandonare i tentativi di realizzare dei buoni programmi di educazione sanitaria per i giovani, ma non è realistico concentrarsi solo su tali iniziative a detrimento di tutte le altre.

Le associazioni mediche nazionali, i bambini ed il fumo

Il gruppo di lotta al tabacco dell’associazione medica nazionale (vedi pagine 34–35) dovrebbe:

Adolescenza: un’età critica per cominciare

L’età più critica per creare dei nuovi fumatori è l’adolescenza. In questo periodo, il bambino passa dalla scuola elementare, nella quale aveva raggiunto l’ultimo anno, ad una nuova scuola “grande”, dove si ritrova di nuovo ad essere nella classe dei più piccoli. In questo periodo le pressioni sociali sono fortissime, in quanto i bambini faticano a trovare le loro identità e ad inserirsi nel gruppo dei loro coetanei. Qualsiasi cosa che possa farlo apparire esternamente in grado di controllare la situazione, “figo” ed adulto è qualcosa con cui il bambino sarà disposto a sperimentare.

- Esaminare tutti gli aspetti della diffusione del vizio del fumo tra i bambini
- Reclutare o coinvolgere persone esperte nell’attività del gruppo
- Cercare di sviluppare un ruolo di coordinazione laddove non ne esiste ancora nessuno.

Se vi sono programmi già esistenti destinati ai bambini, potrebbe non essere appropriato o necessario per l’associazione medica nazionale svolgere un ruolo preminente. Ciò nonostante, è importante che il gruppo di lotta al tabacco dell’associazione medica nazionale tenga continuamente presente il problema della diffusione del vizio del fumo tra i bambini ed assicuri che tutte le parti attive nella lotta al tabacco coordinino il loro lavoro per sfruttare al massimo le loro risorse e capacità ed evitare duplicazioni delle iniziative.

Ulteriori informazioni sul problema dei bambini e del fumo sono contenute nella sezione relativa alle politiche di lotta al tabacco, sotto i programmi pubblici di educazione.

Riferimenti

- 1 Amos A, *et al*. Women’s magazines and tobacco in Europe. *Lancet* 1998;**352**:786–7.
- 2 Ramstrom LM. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Resp Res* 1997;**27**:65.
- 3 Huber GL, *et al*. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Resp Res* 1997;**27**:28, 45.

4 Il tabacco e le ineguaglianze

Questo capitolo tratta delle speciali considerazioni inerenti il tabacco e le varie minoranze esistenti nella popolazione che vanno tenute presenti nel pianificare e condurre iniziative di lotta al tabacco.

In questo capitolo

Nella maggior parte dei paesi, esistono notevoli differenze nel modo in cui il tabacco influisce su differenti gruppi della popolazione. Come per gli altri problemi di salute pubblica, è importante tenere presenti queste differenze, per cercare di raggiungere i gruppi maggiormente a rischio ed ottenere il massimo dalle risorse disponibili.

I gruppi che tendono ad essere particolarmente vulnerabili includono:

- I ceti meno abbienti
- Le minoranze etniche, inclusi gli immigrati.

Le sezioni seguenti esaminano i modi in cui le persone in ciascuno di questi gruppi tendono ad acquisire il vizio del fumo e quali sono i modi migliori per proteggerli.

I ceti meno abbienti

Nei paesi con una lunga storia di lotta al tabacco ed al fumo, la diffusione del vizio del fumo ha fatto registrare notevoli variazioni in termini di prevalenza relativa tra i diversi ceti socioeconomici.

Chi fuma cosa: i tempi sono cambiati

Tipicamente, nei primi anni di diffusione del consumo di sigarette in Europa occidentale, agli inizi di questo secolo, erano gli uomini appartenenti alle classi socioeconomiche più elevate che tendevano a fumare le sigarette, che all'epoca erano prodotte a mano e costose. Gli appartenenti alle classi sociali più basse fumavano un minore numero di sigarette, sebbene tra di essi fosse più diffusa l'abitudine di fumare il tabacco in pipa o in alcuni casi di masticarlo.

Un simile gradiente socioeconomico è stato riscontrato anche per altre abitudini associate con la malattia, che oggi tendono ad essere classificate assieme come fattori dello stile di vita, come il consumo di alcool, la mancanza di esercizio fisico e l'obesità: coloro che avevano più denaro presentavano questi fattori in misura maggiore, mentre in coloro che avevano un reddito minore, questi fattori erano presenti con una minore incidenza.

Da allora, si è verificata una inversione di tendenza nel gradiente socioeconomico della diffusione del vizio del fumo: tra i professionisti si registrano ora i tassi più bassi di diffusione del vizio del fumo, mentre la massima diffusione si registra tra i lavoratori manuali non specializzati. Di nuovo, una simile tendenza si è verificata per altri fattori di stile di vita.

Il vizio del fumo tende ad essere strettamente collegato ad altri fattori di stile di vita nei tassi di incidenza delle malattie che si riscontrano tra differenti gruppi socioeconomici. Coloro che hanno meno risorse e che, inoltre, tendono ad avere una minore istruzione, minore accesso a programmi di screening e ad affidabili consigli ed informazioni sanitarie e che hanno minori probabilità di cambiare il loro stile di vita per motivi di salute presentano la più grande sfida per la sanità pubblica.

Promuovere e comunicare idee ed incoraggiare le persone di questi ceti ad apportare sani cambiamenti al loro stile di vita richiede tutte le doti di immaginazione e creatività che sono comunemente usate—e profumatamente pagate—per promuovere i servizi e prodotti commerciali più popolari (inclusi quelli che contribuiscono ai più lampanti esempi di ineguaglianza sanitaria).

Gli argomenti contro l'illimitata libertà di comunicazione dei pubblicitari del tabacco hanno una speciale rilevanza quando si considera il benessere di gruppi che sono particolarmente vulnerabili a tale pubblicità ed ai quali detta pubblicità è sempre più destinata.

Considerate le diseguaglianze dei tassi di incidenza delle malattie indotte dal fumo tra coloro che si trovano ai gradini più bassi della scala sociale, la loro protezione sembra più importante della libertà di essere esposti alle pubblicità, quando si considerano le immagini potenti ed altamente



“Un’Europa nuova libera dal fumo” Per gentile concessione dell’Unione internazionale contro il cancro.

fuorvianti usate per promuovere l'uso del prodotto di consumo più pericoloso che sia mai esistito.

Le associazioni mediche nazionali ed i gruppi socioeconomici meno abbienti

Il gruppo di lotta al tabacco dell'associazione medica nazionale dovrebbe:

- Esaminare le questioni associate con la diffusione del vizio del fumo tra i gruppi socioeconomici meno abbienti
- Coinvolgere propri membri o altri in possesso di un'esperienza specifica—ad esempio consulenti medici di organizzazioni sindacali, oppure coloro che lavorano nel campo della medicina del lavoro, scrivere articoli di prevenzione medica per i giornali più diffusi, oppure intervenire regolarmente in trasmissioni radiofoniche e televisive dedicate a questioni sanitarie
- Riesaminare continuamente gli sforzi compiuti nel campo delle comunicazioni onde assicurare il massimo impatto sui gruppi socioeconomici meno abbienti.

Esperti economici del settore sanitario

Questa è un'area in cui i servizi di un esperto economico del settore sanitario saranno particolarmente utili. Ciò in quanto una delle obiezioni che verranno mosse ad una politica di controllo totale del tabacco, da parte dell'industria del tabacco e di politici male informati, sarà basata sul presupposto che una simile politica (che include l'aumento del prezzo del tabacco in termini reali, mediante incrementi delle tasse) sarà socialmente regressiva, in quanto colpirà i ceti meno abbienti più dei ceti agiati.

Come si vedrà nella sezione dedicata all'aumento del prezzo attraverso le imposte (Capitolo 11), ciò non è strettamente vero, né tiene conto degli sproporzionati futuri benefici dal punto di vista sanitario tra i gruppi socioeconomici meno abbienti che deriveranno da un incremento delle imposte; infatti questo aspetto della politica può essere considerato socialmente progressivo.

È necessario l'aiuto degli esperti per ottenere ed interpretare i dati necessari per controbattere tali argomenti, specialmente nell'atmosfera sovente politicamente caricata che circonda le questioni che interessano gli strati meno abbienti della popolazione.

Minoranze etniche, inclusi gli immigrati

Molti degli stessi punti sopra indicati per i gruppi socioeconomici meno abbienti sono validi anche per:

- Le minoranze etniche
- Gruppi di lavoratori immigrati permanenti o provvisori e le loro famiglie
- Quanti non hanno fissa dimora, come gli zingari ed altri popoli nomadi.



Incluso in un libro che tratta i problemi del tabacco e della salute, *Hekim ve sigara*, pubblicato dall'associazione medica turca.

Tali categorie di persone possono presentare modelli diversi di consumo del tabacco rispetto alla popolazione generale ed una particolare suscettibilità alle malattie attribuibili al tabacco. Cosa ancora più importante, laddove tali gruppi contengono una significativa percentuale di persone che non conoscono la lingua o le lingue principali del paese in cui risiedono, possono rimanere all'oscuro della maggior parte delle informazioni contenenti messaggi sulla salute destinate al pubblico generale.

Le associazioni mediche nazionali e le minoranze etniche

Il ruolo più importante per gli organismi che decidono le politiche della sanità pubblica, incluse le associazioni mediche nazionali, è di tenere conto di tali minoranze in qualsiasi iniziativa di lotta al tabacco. Il gruppo per la lotta al tabacco dell'associazione medica nazionale dovrebbe:

- Eleggere rappresentanti delle minoranze etniche
- Includere medici o altri operatori sanitari impegnati nell'assistenza alle minoranze etniche
- Agire da luogo di confronto e discussione in cui si possano incontrare i leader sanitari delle minoranze etniche ed incoraggiarli a prendere iniziative di lotta al tabacco
- Assicurare che tutte le attività siano coordinate nell'ambito del programma complessivo nazionale di lotta al tabacco.

Qualsiasi iniziativa destinata al grande pubblico, come la produzione di opuscoli informativi sul tabacco, deve essere condotta con la partecipazione degli specialisti sanitari e dei leader delle minoranze etniche, in maniera tale da assicurare che le minoranze non vengano tagliate fuori dagli effetti di tali iniziative.

5 Il potenziale dei medici

Questo capitolo spiega perché i medici hanno probabilmente la più grande capacità potenziale di qualsiasi altra categoria della società nel promuovere una riduzione del consumo di tabacco, e quindi, a tempo debito, una riduzione dei tassi di incidenza di malattie e decessi causati dal tabacco.

In questo capitolo

- I medici si trovano in una posizione di autorevolezza unica per contribuire alla lotta contro il tabacco
- Molte delle prime ricerche e delle iniziali pressioni politiche per la lotta al tabacco sono state condotte da medici
- I medici sono stati i primi a capire che da soli non possono risolvere il problema del tabacco, la qual cosa richiede l'impegno e l'impiego di competenze specialistiche che investono un vasto spettro di professioni.

Medici: in una posizione di autorevolezza unica

Parecchie qualità interconnesse conferiscono ai medici una particolare incisività di azione:

- Una conoscenza approfondita delle malattie
- Una reputazione di esperti indipendenti ed impegnati ad operare per la salute pubblica
- Incarichi di consulenti per questioni sanitarie
 - di privati cittadini
 - di organizzazioni pubbliche e private
 - di mezzi di comunicazione di massa
- Opportunità uniche di fornire consigli individuali alle persone, in un contesto clinico, in cui i pazienti possono essere più ricettivi
- Canali di accesso a coloro che detengono il potere decisionale
- Una posizione, generalmente, sicura e rispettata nell'ambito della società.

I primi pionieri

Una breve storia della lotta contro il tabacco nel Regno Unito offre un esempio evidente della potenziale influenza che i medici possono esercitare come componente importante nella lotta al tabacco, sebbene, come si vedrà, gli eventi furono in parte fortuiti.

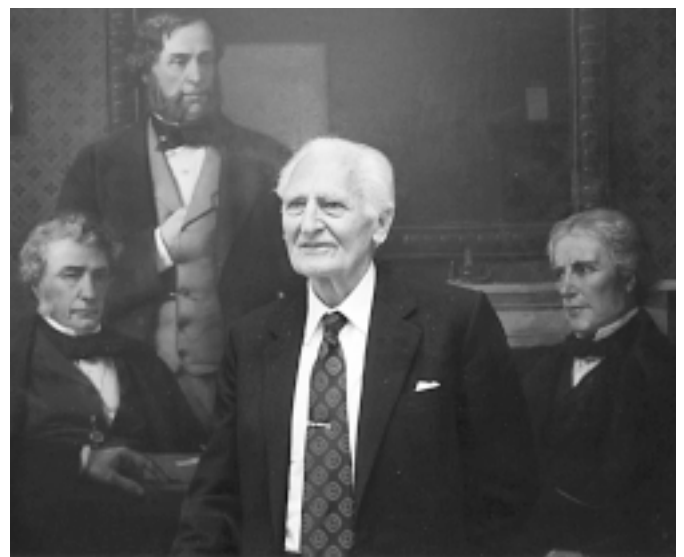
Al pari di quanto avveniva in altre società industrializzate, i primi decenni del 20° secolo videro nel Regno Unito la rapida diffusione tra gli uomini dell'abitudine quotidiana di fumare sigarette, seguita dalla comparsa di tassi di mortalità

in costante aumento per malattie come il tumore del polmone, che prima di allora era stata una malattia estremamente rara.

Vennero condotti un certo numero di studi casi-controllo, da cui emerse una forte correlazione tra la quantità di sigarette fumate e l'insorgere del tumore del polmone. Due scienziati, Richard Doll ed Austin Bradford Hill, giunsero alla conclusione che "il fumo delle sigarette è un fattore, ed un fattore importante, nella comparsa del carcinoma del polmone". Tuttavia, questa conclusione non venne generalmente accettata, ed altri ricercatori sospettarono che tale correlazione fosse un artificio della metodologia investigativa, oppure che vi fosse stata confusione tra il fumo e qualche altro fattore.

Doll e Hill compresero che era necessaria una diversa metodologia di ricerca. Invece di un altro studio caso-controllo di pazienti affetti da tumore del polmone, decisero di condurre uno studio prospettico, cominciando con un gruppo le cui abitudini riguardo al fumo erano conosciute e quindi seguendo la vita di queste persone nel corso degli anni per osservare lo sviluppo della malattia. L'esigenza di disporre di un gran numero di partecipanti, ed una massima percentuale di risposta ai questionari li indusse a scegliere come categoria di studio i medici, perché:

- I medici sarebbero stati particolarmente interessati allo studio e quindi avrebbero risposto alle domande sulle loro abitudini riguardo al fumo più volentieri e più accuratamente di altre categorie
- I medici devono essere iscritti ad un albo onde praticare la loro professione per cui sarebbero stati soggetti relativamente facili da monitorare a lungo termine.



Sir Richard Doll nel giorno del suo 80° compleanno nel 1992. Per gentile concessione del *The (London) Times*.

La scelta dei medici come soggetti dello studio ebbe ulteriori benefici non preventivati, come il fatto che il loro interesse per i risultati, sia per quanto riguarda la propria salute che per quella della nazione, determinò lo sviluppo di una politica di lotta al tabacco e contribuì a diffondere tra il pubblico la consapevolezza dei pericoli del fumo.

Oltre due terzi dei 59 600 medici iscritti parteciparono allo studio e, entro appena tre anni, la correlazione tra il vizio del fumo ed il tumore del polmone venne confermata. Vennero inoltre riscontrate prove significative di una correlazione tra fumo e trombosi coronarica e mano a mano che lo studio proseguiva, emersero anche prove del ruolo del fumo in molte altre patologie.

Inoltre, lo studio cominciò a dare delle risposte ad alcune delle domande ancora irrisolte che erano rimaste dopo i risultati iniziali, come se esistessero persone con una predisposizione per il fumo e per certe malattie come il tumore del polmone, e la misura in cui il fumo era causa di malattie cardiovascolari.

“Dottore, è solo il destino?”

“Forse alcune persone sono predisposte a diventare fumatori, [e] sono anche più suscettibili a contrarre il tumore del polmone di quelle persone che sono predisposte ad essere non fumatori.”

La teoria riassunta qui sopra era forse la questione irrisolta più importante dopo i risultati dello studio iniziale sui medici britannici. È un’argomentazione che si sente ancora in molti paesi, talvolta citata dai fumatori per giustificare il loro vizio e frequentemente usata dall’industria del tabacco per cercare di screditare le prove scientifiche dei pericoli del fumo.

La possibilità dell’esistenza di una simile doppia predisposizione è stata scartata sulla base dell’esperienza del significativo numero di medici che smisero di fumare dopo la pubblicazione dei risultati iniziali dello studio di Doll e Hill (e dei primi studi casi-controllo), ma che continuarono ad essere monitorati. I tassi di mortalità a causa del tumore del polmone e di altre malattie associate al fumo tra queste persone si ridussero, mentre quelli registrati tra coloro che continuarono a fumare rimasero invariati; tuttavia la mortalità da malattie non strettamente associate al tabacco rimase simile in entrambi i gruppi.

I medici vennero monitorati per un periodo fino a 40 anni, durante i quali, mano a mano che lo studio procedeva, vennero pubblicate numerose relazioni. Il rapporto finale venne pubblicato nel *British Medical Journal* in coincidenza con la nona conferenza sul tabacco e la salute nel 1994.

I medici, pertanto, sono stati non soltanto pionieri nella ricerca sui pericoli del tabacco, ma hanno rappresentato anche uno dei primi grandi gruppi a divenire soggetti di uno studio prospettico ed a far registrare una significativa riduzione dei tassi di diffusione del vizio del fumo.

I medici comprendono che è necessaria una collaborazione su vasta scala

Dopo la pubblicazione dei risultati del primo studio prospettico di Doll e Hill nel 1955, un crescente numero di

medici iniziò ad abbandonare il vizio del fumo. Inoltre, i medici cominciarono ad avvertire una crescente pressione a prendere iniziative efficaci di contrasto del fumo.

In risposta a tale pressione, il Royal College of Physicians of London (RCP) istituì una commissione per studiare il crescente numero di prove scientifiche che stabilivano una correlazione tra il vizio del fumo e le malattie e nel 1962 pubblicò il suo primo rapporto sul fumo, che ricevette ampia pubblicità. I medici, successivamente, sollecitarono il governo britannico affinché adottasse iniziative di informazione sanitaria e di prevenzione.

Nel 1964, sulla spinta del rapporto pubblicato dall’RCP nel Regno Unito, negli Stati Uniti il Surgeon General (Direttore Sanitario Generale) pubblicò un primo studio sulle prove scientifiche della nocività del fumo. Ancora una volta, ciò determinò la mobilitazione di moltissimi medici allarmati.

Nel 1967, l’RCP pubblicò il suo secondo rapporto sul fumo, e quasi immediatamente, constatando che le iniziative ed i consigli dei medici non erano riusciti a persuadere il governo ad adottare provvedimenti efficaci, l’RCP costituì l’Action on Smoking and Health (ASH), un ente di beneficenza dedicato ad informare il pubblico sulla nocività del tabacco. Questo organismo (ASH) è ancora attivo ed ultimamente ha svolto un ruolo cruciale nella campagna volta a convincere il governo britannico ad appoggiare la direttiva UE sul controllo del tabacco.



I dottori ebbero un ruolo importante nella formazione dell’opinione pubblica prima dell’adozione del provvedimento legislativo svedese sul tabacco nel 1993. L’organizzazione “Doctors against Tobacco” (dottori contro il tabacco) fu formata allora. Questa fotografia fu scattata durante una dimostrazione di dottori in attesa delle delibere parlamentari sul disegno di legge. In *Tobacco control—Swedish style*, per gentile concessione dell’Istituto Nazionale per la Salute Pubblica, Stoccolma, Svezia.

Ulteriori informazioni su come costituire un organizzazione dedicata alla lotta al tabacco sono contenute nel Capitolo 10.

I medici hanno, inoltre, svolto un ruolo guida in molti paesi europei, incluso il Regno Unito, nel:

- Sollecitare l'introduzione di nuove leggi
- Esercitare pressione per far aumentare le imposte sul tabacco
- Organizzare ed appoggiare speciali giornate di lotta al tabacco onde concentrare l'attenzione dell'opinione pubblica sulle attività di lotta al tabacco e le iniziative tese ad incoraggiare i fumatori a smettere di fumare.

6 Smettere di fumare

Questo capitolo tratta del modo più diretto e personale con cui i medici possono contribuire a ridurre i danni causati dal tabacco: aiutando i loro pazienti a smettere di fumare.

In questo capitolo

- I medici hanno una capacità unica di aiutare i fumatori a smettere di fumare
- Molti fumatori vogliono smettere, mentre altri potrebbero essere disposti ad essere incoraggiati a smettere
- È stato dimostrato che un breve intervento da parte di un medico fa aumentare le possibilità che un fumatore riesca a smettere di fumare
- La terapia di sostituzione della nicotina può far aumentare il tasso di successi tra i fumatori più dipendenti; anche altre tecniche possono svolgere un ruolo importante.

Migliaia ogni giorno ...

Nella maggior parte dei paesi, migliaia di pazienti si recano dal medico di base ogni giorno lavorativo (nel Regno Unito, ad esempio, con una popolazione di 57 milioni di abitanti e tassi di diffusione del vizio del fumo nella media per l'Europa, i medici di medicina generale visitano circa 250 000 pazienti ogni giorno). Una notevole percentuale di questi pazienti sarà costituita da fumatori, che tendono ad essere rappresentati più di altre categorie tra i pazienti che soffrono di molti tipi di malattie. L'opportunità quotidiana di intervento è pertanto immensa.

I medici possono aiutare

I medici si trovano in una posizione unica per aiutare in quanto:

- I loro consigli in materia di salute vengono accolti con più fiducia di quelli di chiunque altro
- Hanno la possibilità di incontrare le persone quando queste sono più ricettive a consigli per la salute
- Possono personalizzare i loro consigli facendo riferimento all'anamnesi del paziente ed alla storia della sua famiglia
- Incontrano tantissimi pazienti fumatori ogni settimana.

I fumatori vogliono smettere di fumare

In tutti i paesi ci sono fumatori che vogliono smettere di fumare. Si tratta di persone che non hanno ancora cercato di

smettere, oppure che potrebbero averci provato senza riuscirci, in alcuni casi più di una volta.

Questo gruppo "dissonante", che non vorrebbe avere più il vizio eppure continua a fumare può includere fino a due terzi di tutti i fumatori.

Le seguenti caratteristiche di molti dei fumatori che si recano dai loro medici per una visita offrono importanti spunti per l'intervento del medico.

Molti fumatori:

- Vogliono smettere di fumare
- Sottovalutano e non comprendono a fondo il rischio, spesso in misura sostanziale
- Presentano già alcuni dei sintomi connessi con il vizio del fumo come la tosse ed una ridotta funzionalità respiratoria
- Non vogliono che i loro bambini prendano il vizio del fumo
- Vogliono risparmiare soldi
- Hanno un marito, una moglie, dei figli, amici o colleghi che desiderano farli smettere di fumare
- Detestano il cattivo odore ed il sudiciume causati dal fumo
- Hanno altri fattori di rischio cardiovascolare.



“Ha mai pensato di smettere di fumare?” Di Mel Calman, per gentile concessione dello stesso.

L'esperienza che le persone hanno della rinuncia al fumo differisce ampiamente da soggetto a soggetto—alcuni dicono di essere riusciti a smettere al primo tentativo, altri di aver fatto numerosi tentativi falliti prima di riuscire finalmente a liberarsi del vizio. Alcuni sperimentano gravi sintomi di astinenza non appena smettono di fumare, altri non soffrono di alcun sintomo negativo. Uno stesso fumatore può fare esperienze nettamente differenti durante ognuno degli svariati tentativi di perdere il vizio del fumo.

A titolo di informazioni contestuali per questo argomento, può essere, quindi, utile tenere presente un modello degli atteggiamenti assunti dai fumatori nei confronti della loro abitudine e degli stadi psicologici che essi generalmente attraversano durante il processo di rinuncia definitiva al fumo.

Questa varietà di esperienze è uno dei fattori che possono rendere difficile per i medici capire quale sia il modo migliore per incoraggiare i loro pazienti a tentare di smettere di fumare.

In un fumatore, il desiderio di smettere di fumare si sviluppa, spesso lentamente, attraverso vari stadi:

- Cambiamento di atteggiamento—il fumatore pensa:
 - “Dovrei pensare a smettere”, ed in seguito:
 - “Dovrei veramente smettere”.

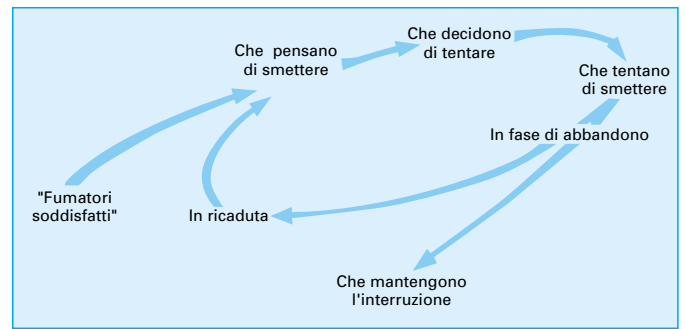
Molti fumatori rimangono a questo stadio a lungo, prima di passare a quello successivo.

- Un fattore scatenante, qualcosa che induce il fumatore ad agire: potrebbe trattarsi di un fatto relativamente futile, come un altro incremento delle imposte sul tabacco, oppure il fatto che un amico o vicino di casa ha smesso di fumare, oppure qualcosa di più personale, come la preghiera rivolta dai bambini ai genitori perché smettano di fumare. Oppure potrebbe essere la malattia o la morte di un amico o di un parente fumatore, oppure la comparsa nel fumatore stesso di sintomi causati dal fumo. Il risultato è che il fumatore pensa:
 - “Basta. Adesso smetto una volta per tutte”.
- Attuare la decisione di smettere.

Sfortunatamente, molti fumatori riprendono a fumare e possono ripetere il ciclo di tentativi e ricadute nel vizio parecchie volte prima di riuscire, infine, a smettere definitivamente di fumare. Per questo motivo, è importante evitare di parlare in termini di successo e fallimento, ma piuttosto mantenere alte le motivazioni ed incoraggiare un altro tentativo.

I fumatori tendono a pensare l'opposto: essi pensano che poiché hanno tentato così duramente in passato (spesso più di una volta) e non ci sono riusciti, non vale la pena di riprovarci. Ma il medico può incoraggiarli personalizzando la realtà: contrariamente a come essi possano valutare le proprie possibilità di riuscire a smettere, le loro probabilità di successo, se fanno un altro tentativo, potrebbero essere, in realtà, le migliori che abbiano mai avuto.

Gli studi dei tentativi di smettere di fumare dimostrano che alcuni fumatori hanno bisogno di un tentativo—o più tentativi—di smettere prima di riuscire a smettere definitivamente.^{2,3}



Il processo da seguire per smettere di fumare. In *Help your patient stop*¹, per gentile concessione della casa editrice.

L'intervento del medico

Sommario

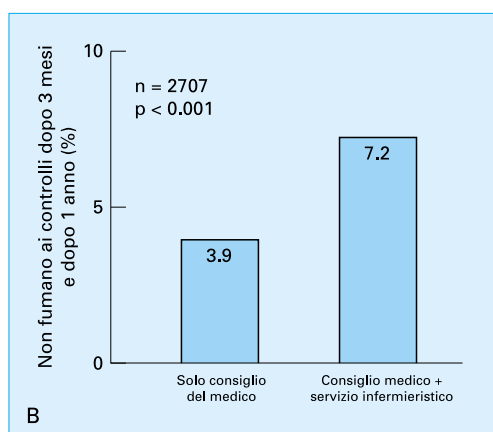
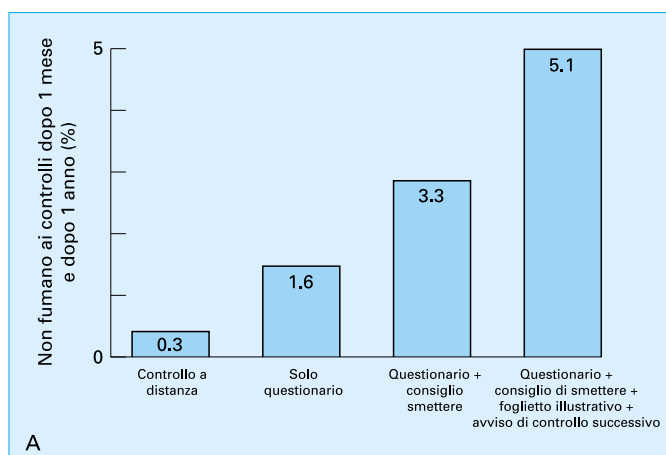
I medici possono aiutare i pazienti a smettere di fumare:

- Analizzando le loro abitudini di fumatori, anche per i pazienti che non hanno mai presentato sintomi associati con il tabacco
- Discutendo con tutti i pazienti periodicamente (e ripetutamente per coloro che finora non hanno fatto nessun tentativo di smettere) i benefici derivanti dalla rinuncia al fumo
- Incoraggiarli continuamente a smettere di fumare
- Consigliare ed incoraggiare più attivamente coloro che decidono di provare a smettere
- Se opportuno, prescrivere una terapia di sostituzione della nicotina
- Seguire l'andamento dei pazienti per assicurarsi che non riprendano a fumare
- Ripetere le procedure sopra indicate se i pazienti riprendono a fumare.

Altre semplici procedure di pratica comune si sono dimostrate efficaci nel favorire il successo a lungo termine dei fumatori che cercano di smettere. Queste procedure includono:



Durante la fase immediatamente successiva alla cessazione, la continuità può essere monitorata con un rivelatore a base di monossido di carbonio. In *Tobacco control—Swedish style*, per gentile concessione dell'Istituto Nazionale per la Salute Pubblica, Stoccolma, Svezia. Fotografia: Jacob Forsell.



(A) Effetto dei consigli dei medici generici contro il fumo (2000 pazienti ripartiti a caso in quattro gruppi). (B) Consulenza assistita da infermiera/e per fumatori nei centri per le cure primarie. In Fowler⁴, per gentile concessione della Karger, Basel.

- Il fumatore compila un questionario sulle sue abitudini di fumatore
- Una dichiarazione di intenti da parte del medico con cui si impegna a seguire il paziente per controllarne i progressi
- Il medico fornisce al paziente un semplice opuscolo su come smettere di fumare.

Non esiste una cura miracolosa ...

È importante notare che non esiste una cura miracolosa per smettere di fumare e per quanto alcuni pazienti desiderino che il medico li aiuti a smettere di fumare, ed in qualche modo li curi dal vizio, soltanto i pazienti stessi possono riuscire a smettere.

In passato, il tasso di successo complessivo tra i fumatori, nella popolazione generale che ha cercato di smettere di fumare, è stato deludentemente basso. Qualcosa come il 5% di persone che sono riuscite a non riprendere il vizio ad un anno di distanza dall'inizio del tentativo (l'arco di tempo più realistico per misurare il successo a lungo termine) è più o meno il migliore risultato che si è riusciti ad ottenere, fatta eccezione per gruppi selezionati la cui motivazione era molto più alta.

Tuttavia, questo dato dovrebbe essere visto come una sfida, piuttosto che come un motivo di scoraggiamento. Inoltre, grazie alla crescente attenzione dedicata ai problemi

di chi vuole smettere di fumare da parte di singoli medici, di organizzazioni di assistenza sanitaria e dell'industria farmaceutica e grazie alle nuove tecniche di rinuncia continuamente allo studio, si potranno ottenere, in futuro, tassi di successo significativamente maggiori.

Chiaramente, i medici devono decidere attentamente in che modo tenere conto dei tassi di successo a lungo termine quando consigliano alla gente di smettere di fumare. Prima di tutto, essi vorranno dare quanto più incoraggiamento possibile a tutti i loro pazienti fumatori per incitarli a smettere ed impedire a coloro che stanno cercando di smettere di riprendere il vizio.

Nella parte seguente sono contenute raccomandazioni più dettagliate per un breve intervento con i pazienti.

Il breve intervento

Questi consigli sono destinati a tutti i medici, non soltanto ai medici di base. Si tratta di una tecnica semplice, in cui una fase conduce a quella successiva, a meno che il medico non ritenga che sia inopportuno continuare date le circostanze.

In occasione di tutte le visite ai pazienti, il medico dovrebbe sapere se ogni singolo paziente è o meno un fumatore. Ciò significa che informazioni sulle abitudini di fumatore di ciascun paziente dovrebbero essere incluse nella sua cartella clinica.

A meno che non vi sia una buona ragione per non affrontare l'argomento, ciascuna visita dovrebbe, almeno, essere usata come occasione per chiedere ai pazienti registrati come fumatori se fumano ancora, se recentemente hanno tentato di smettere, oppure se hanno pensato di provare (di nuovo) a smettere.

Il medico dovrà valutare se il paziente è ricettivo ad ulteriori informazioni ed incoraggiamento e, in tal caso, esattamente di quale genere. Supponendo che il paziente sia ricettivo, il medico può continuare nel modo seguente:

Se il paziente sembra disposto a considerare di tentare di smettere, il medico dovrebbe:

- Offrire informazioni, consigli ed incoraggiamento per convincere il paziente a trasformare questa idea in una ferma decisione di smettere di fumare
- Rafforzare la decisione di smettere di fumare
- Dare al paziente un opuscolo su come smettere di fumare, se disponibile
- Se opportuno (a seconda della disponibilità, e se il paziente ha tentato di smettere in passato senza riuscirci a causa della dipendenza dalla nicotina) il medico dovrebbe offrirsi di prescrivere una terapia di sostituzione della nicotina (NRT), consigliare l'acquisto di un kit di terapia e fornire consigli appropriati su come usarlo
- Sia che venga usata o meno la terapia di sostituzione della nicotina, il medico dovrebbe suggerire al paziente di stabilire in anticipo un giorno in cui smettere di fumare per sempre e parlare brevemente ed in maniera incoraggiante di come il paziente può prepararsi a questo passo
- Al termine della visita, o almeno della parte dedicata al fumo, il medico dovrebbe ancora una volta rafforzare la decisione del paziente di smettere, impegnarsi a seguirne i progressi ed offrirsi di fornire ogni ulteriore assistenza necessaria.

Quanto tempo dedicare a ciascun paziente?

I medici avranno un tempo limitato da dedicare ogni mese ad incoraggiare i pazienti a smettere di fumare, per cui è importante individuare la formula più efficace.

- Dedicare più tempo ad un minor numero di pazienti—
Sebbene un intervento più lungo possa consentire una maggiore percentuale di successi, l'incremento è marginale.
- Dedicare pochi minuti ad un maggior numero di pazienti—

La ricerca condotta sugli interventi dei medici di base nell'ambito della normale pratica quotidiana suggerisce che sessioni di appena pochi minuti per ciascun fumatore possono rappresentare la formula ottimale.

Ciascun medico svilupperà uno stile, o una gamma di stili, per trattare il tema del fumo con i pazienti. Non c'è bisogno di dire che bisogna manifestare simpatia e personalizzare l'intervento quanto più possibile in base alle circostanze individuali di ciascun paziente ed evitare che quest'ultimo percepisca una sensazione di ostilità. Ciò è ovviamente necessario per evitare di alienarsi la simpatia dei pazienti o scoraggiarli dal ricorrere al medico.

Un approccio troppo zelante potrebbe essere controproducente; per evitare questo rischio, è più opportuno adottare un approccio che tenga conto di come i singoli pazienti si vedono come fumatori, e di come potrebbero reagire a differenti stili di intervento.⁵

Se il medico ritiene che i limiti di tempo imposti dall'attività sono tali da non poter dedicare nemmeno pochi minuti a tutti i pazienti fumatori potenzialmente ricettivi, allora il breve intervento dovrebbe essere limitato ai pazienti appartenenti a gruppi ad alto rischio. Questi includono quelli con esistenti patologie respiratorie e cardiovascolari, fumatori accaniti o che fumano da molti anni e donne in gravidanza.

Bisognerebbe anche consultare le risorse elencate alla fine di questo capitolo e nell'Appendice 3.

Terapia di sostituzione della nicotina

È stato dimostrato che la terapia di sostituzione della nicotina è più efficace di altri metodi per smettere di fumare con l'assistenza del medico, per cui vale la pena di esaminare questa gamma di metodi in maniera più dettagliata.

Come funziona la terapia di sostituzione della nicotina

La teoria alla base della terapia di sostituzione della nicotina è semplice: la persona che cerca di smettere di fumare riceve una somministrazione sostitutiva di nicotina per un periodo di tempo limitato (fino ad otto settimane), non veicolata dal tabacco, per alleviare i sintomi comunemente provocati dall'astinenza dal fumo. Durante questo periodo, il paziente si abitua alla vita da non fumatore. In questo modo, all'ex fumatore vengono risparmiate le difficoltà di dover superare oltre alla dipendenza psicologica, anche una dipendenza fisica.



“Smettetela di fumare!” Di Larry, per gentile concessione dello stesso.

Tipi di terapia di sostituzione della nicotina

Esistono quattro tipi di terapia di sostituzione della nicotina: gomma da masticare, cerotto, spray nasale ed inalatore. Non tutti i metodi sono autorizzati in tutti i paesi, sebbene la gomma da masticare ed il cerotto, essendo i primi metodi ideati, sono probabilmente quelli più facilmente reperibili.

- Il cerotto rilascia la nicotina nella corrente sanguigna attraverso la cute e viene generalmente applicato sul braccio, sulla coscia o sulla schiena; mentre gli altri metodi somministrano la nicotina attraverso la mucosa orale o nasale
- La gomma da masticare, disponibile nei dosaggi di 2 mg o 4 mg, tende a produrre una concentrazione media di nicotina nel sangue, piuttosto che i picchi che possono essere indotti dal fumo delle sigarette. La gomma viene usata quando se ne avverte il bisogno (tipicamente ogni qualvolta si sarebbe fumata una sigaretta) oppure ad orari fissi durante il giorno
- Il cerotto somministra una dose più bassa ma relativamente costante per tutto il tempo durante il quale viene indossato, ovvero per 24 ore o soltanto durante le ore del giorno
- La gomma da masticare ed il cerotto possono essere usati assieme, di modo che il cerotto assicuri una concentrazione relativamente costante di nicotina nel sangue e la gomma può essere usata per incrementare temporaneamente detta concentrazione se e quando il fumatore avverte i sintomi dell'astinenza
- Lo spray nasale e l'inalatore vengono usati allo stesso modo, per alleviare i sintomi dell'astinenza; trattandosi di prodotti più recenti, il loro uso è stato studiato meno approfonditamente.

Il Cochrane Tobacco Addiction Group (vedere Appendice 3) ha studiato le sperimentazioni controllate randomizzate in cui la terapia di sostituzione della nicotina è stata confrontata con l'uso di un placebo o con l'uso di nessuna terapia, oppure in cui sono state poste a confronto

terapie con differenti dosaggi. Il gruppo è giunto alla conclusione che la terapia presenta le seguenti implicazioni per la professione medica:

- Tutti e quattro i metodi sono efficaci nell'ambito di una strategia mirante a favorire la rinuncia al fumo
- Questi metodi incrementano i tassi di successo da due a tre volte, indipendentemente dalle circostanze di impiego
- Essi dovrebbero essere, preferibilmente, usati per quei pazienti che sono fortemente motivati a smettere di fumare e presentano un alto grado di dipendenza dalla nicotina
- Esistono pochi dati sul ruolo della terapia di sostituzione della nicotina nei pazienti che fumano meno di 10–15 sigarette al giorno
- Quale prodotto usare—la scelta dovrebbe riflettere le esigenze del paziente, la tollerabilità e le considerazioni di costo; i cerotti sono probabilmente i più facili da usare nell'ambito dell'assistenza medica di base
- Una terapia con i cerotti di 8 settimane è altrettanto efficace quanto una terapia più lunga; l'interruzione brusca è altrettanto efficace quanto una terapia graduale
- Indossare il cerotto soltanto durante le ore diurne è altrettanto efficace quanto indossarlo per 24 ore
- La gomma da masticare può essere usata quando se ne sente il bisogno, oppure a dosaggi fissi. A coloro che non riescono a smettere con le gomme da 2 mg dovrebbe essere offerta la terapia con le gomme da 4 mg.

E i costi?

Nei paesi in cui l'imposta sul tabacco è relativamente bassa ed i costi di produzione delle sigarette sono contenuti, i pazienti potrebbero ritenere eccessivo il costo della terapia di sostituzione della nicotina. I medici vorranno enfatizzare che si tratta soltanto di una spesa temporanea e che, a lungo termine, i pazienti che riescono a smettere di fumare risparmieranno anche la spesa delle sigarette.

Nei paesi in cui l'imposta sul tabacco è elevata e quindi le sigarette sono più costose, il costo della terapia di sostituzione della nicotina, sebbene temporaneamente, potrebbe essere paragonabile al costo medio del vizio del fumo. I medici possono usare questo argomento per incoraggiare i pazienti ad acquistare ed usare il trattamento.

Quanto supporto è necessario con la terapia di sostituzione della nicotina?

L'efficacia della terapia di sostituzione della nicotina sembra essere in gran parte indipendente dall'intensità del supporto addizionale offerto al fumatore, sebbene tutte le prove studiate dal gruppo Cochrane includevano almeno una qualche forma di assistenza verbale, sia pure breve, per il fumatore. Detta assistenza rappresenta, pertanto, il minimo supporto che dovrebbe essere offerto onde cercare di garantire l'efficacia della terapia.

L'offerta di livelli di supporto più intensivi, sebbene utile al fine di facilitare il successo del tentativo di smettere di fumare non è essenziale ai fini del successo della terapia di sostituzione della nicotina.

Altre tecniche

È stato dimostrato che la terapia di gruppo rappresenta l'uso più efficace sotto il profilo dei costi del tempo dei medici, negli Stati Uniti, ma la sua efficacia dipende dalla possibilità di costituire e far rimanere uniti i gruppi di pazienti. Potrebbe valere la pena di perseguire questo metodo, con gruppi già

Nicotina: solo le forme meno pericolose sono regolamentate

La terapia di sostituzione della nicotina è regolamentata allo stesso modo degli altri prodotti farmaceutici.

Le sigarette rappresentano il modo più efficiente per immettere nicotina nella corrente sanguigna, tuttavia nonostante esse producano allo stesso tempo migliaia di altre sostanze chimiche, il loro uso rimane ancora in massima parte non regolamentato.

L'industria del tabacco ha lavorato sodo nel corso degli anni, generalmente tramite discrete attività di lobbying onde assicurare che i suoi prodotti rimangano specificamente esclusi dalle norme che disciplinano l'uso delle sostanze tossiche, dei prodotti chimici, delle sostanze inquinanti per l'ambiente e di altre sostanze nocive.

La terapia di sostituzione della nicotina in Georgia

Nel 1997, la Georgian Medical Association ha ricevuto in dono 5000 confezioni di cerotti alla nicotina e le ha distribuite ad oltre 20 istituzioni mediche, nell'arco di tre mesi, assieme ad un modulo di valutazione destinato a coloro che avrebbero prescritto queste terapie, onde misurare le percentuali di successo.

esistenti di fumatori che desiderano smettere, oppure laddove questi gruppi possano essere formati facilmente, ma per motivi pratici o culturali, la terapia di gruppo può avere una valenza limitata in altre circostanze.

Segue un sommario delle altre terapie basate sull'esame condotto dal gruppo Cochrane della letteratura esistente sulle tecniche per smettere di fumare:

- Agopuntura: sembra avere principalmente solo un effetto placebo come terapia per smettere di fumare
- Le future ricerche dovrebbero concentrarsi sulla possibilità che l'agopuntura possa consentire di ridurre i sintomi di astinenza dalla nicotina
- Ansiolitici: non esistono prove che questi farmaci possano aiutare a smettere di fumare
- Antidepressivi: esistono prove incoraggianti che il bupropione può essere più efficace della terapia di sostituzione della nicotina (da solo o assieme ad altri farmaci). Tuttavia, sono necessari ulteriori studi onde determinare il modo più appropriato di uso di questi farmaci per aiutare chi cerca di smettere di fumare e gli antidepressivi non sono quindi consigliati come terapia di prima linea a preferenza della sostituzione della nicotina
- Lobeline: non esistono prove derivanti da studi a lungo termine che questa sostanza possa aiutare chi cerca di smettere di fumare.

Collaborazione con altri operatori sanitari

È importante comprendere che non solo i medici, ma anche altri gruppi di professionisti della sanità hanno spesso l'opportunità di fornire consigli ed assistenza ai fumatori che cercano di smettere.

Infermieri, (inclusi infermieri di base), fisioterapisti, assistenti sanitari, ostetrici, farmacisti, dentisti ed altri operatori sanitari sono tutti potenzialmente preziosi in questo ruolo.

I singoli medici, nonché l'associazione medica nazionale, dovrebbero cercare di includere rappresentanti di detti

operatori sanitari nei programmi di istruzione e formazione sul problema del fumo. Lo sviluppo della consapevolezza del problema del tabacco da parte di questi gruppi verrà in ogni caso facilitato se le loro organizzazioni nazionali di formazione professionale e di associazione professionale si associeranno ad una coalizione nazionale per la lotta al tabacco, come consigliato nel Capitolo 10.

Risorse utili

Esempi utili e consigli su come aiutare i fumatori a smettere di fumare sono reperibili in:

- Raw M, *et al.* Smoking cessation guidelines for health professionals (Direttive su come aiutare a smettere di fumare per i professionisti dell'assistenza sanitaria). *Thorax* 1998;**53**(suppl 5):S1-19.
- White Paper on tobacco of the British Government (Libro Bianco sul Tabacco del Governo Britannico): <www.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/4177.htm>
- Organizzazione Mondiale della Sanità. *Third action plan for a tobacco-free Europe 1997-2001. (Terzo piano di azione per un'Europa libera dal tabacco 1997-2001)*. Copenhagen, Danimarca: Ufficio regionale della OMS per l'Europa, 1997. (Document EUR/ICP/LVNG 01 04 01.)
- Raw M. *Help your patient stop (Aiutate il vostro paziente a smettere)*. Londra: British Medical Association ed Imperial Cancer Research Fund, 1988.
- Raw M. *The physician's role (Il ruolo del medico). Smoke-free Europe 1 (Europa libera dal fumo 1)*. Copenhagen, Danimarca: Ufficio regionale della OMS per l'Europa e Commissione delle Comunità Europee, 1987.

Riferimenti

- 1 Raw M. *Help your patient stop*. London: British Medical Association and Imperial Cancer Research Fund, 1988.
- 2 Hymowitz N, *et al.* Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco control* 1997;**6**(suppl 2): S57-62.
- 3 Jaén CR, *et al.* Patterns and predictors of smoking cessation among users of a telephone hotline. *Public Health Rep* 1993;**108**:6 772-8.

Altri metodi non collaudati per smettere di fumare

Oltre alla terapia di sostituzione della nicotina, esistono molti metodi per smettere di fumare di cui viene rivendicata l'efficacia; questi metodi vanno dall'uso di preparati chimici ed a base di erbe che dovrebbero ridurre i sintomi dell'astinenza alla ipnoterapia; dalle sigarette finte all'agopuntura. Questi metodi non vengono trattati dettagliatamente in questa sede, in quanto molti di essi non sono stati sottoposti ad alcuna seria valutazione, oppure sono risultati relativamente inefficaci.

Molti medici incontrano ex fumatori che sono convinti che uno di questi metodi ha funzionato per loro dopo che tutti gli altri erano falliti ed in una certa misura ciò potrebbe essere vero per alcuni individui. Questo non significa che i medici dovrebbero consigliare questi rimedi come soluzioni efficaci, né necessariamente dissuadere un paziente che è deciso a smettere di fumare dal provare uno di questi metodi.

La cosa più importante è rafforzare la decisione del paziente di provare a smettere e fornirgli le informazioni ed i consigli che gli permettano di aumentare al massimo le sue possibilità di successo; ma ciò può significare discutere, con tatto, delle eventuali false speranze che il paziente potrebbe riporre in una cura miracolosa ed assicurando che, se possibile, il medico possa applicare le procedure di routine consigliate e prendere in considerazione il ricorso alla terapia di sostituzione della nicotina durante la visita e la consulenza.

- 4 Fowler G. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Respir Res* 1997;**28**:167.
- 5 Butler C, *et al.* Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998;**316**:1878-81.

7 Lotta al fumo: azioni per i medici a livello locale

Oltre ad incoraggiare i medici nell'attività di sradicamento del tabagismo, le associazioni mediche nazionali devono assicurarsi che i propri membri intraprendano altri tipi di azioni, a livello più generale, come viene spiegato nel seguente capitolo.

In molti paesi le azioni proposte non sono alla portata di tutti i medici locali. Tuttavia, le associazioni mediche nazionali potrebbero proporre ad ogni ente locale di nominare un medico responsabile per i problemi relativi al tabacco, che possa mettere in atto quante più attività possibili.

In questo capitolo

- **Adolescenti:** cercare di invitare tutti i pazienti adolescenti a partecipare ad un dibattito costruttivo sui temi della salute (fumo compreso), cercando di gettare le basi per la futura relazione da paziente adulto. Le scuole potrebbero offrire ulteriori occasioni di discussione sul fumo con i giovani
- **La comunità locale:** i dottori possono influire sulle politiche di controllo del tabagismo a livello locale sotto molti aspetti. Agire per mezzo della stampa e dei media può essere molto efficace
- **I politici:** stabilire contatti con i politici e gli amministratori locali; informarli sulle problematiche legate al tabacco, in particolare a livello medico; spingerli ad agire; concertare gli sforzi con la campagna stampa
- **La veste di consulente professionista:** i medici che posseggono delle qualifiche professionali o che hanno status consultivo nei settori della salute professionale, ambientale o pubblica, oppure nelle amministrazioni locali, hanno un ulteriore campo d'azione
- **La ricerca scientifica:** i medici possono influire sull'attribuzione di una porzione maggiore dei fondi per la ricerca a sostegno della lotta al tabagismo. Delle responsabilità particolari nascono qualora si proponga l'uso di fondi di ricerca provenienti dalle industrie produttrici di tabacco.

Gli adolescenti

Degli studi condotti in molti paesi hanno dimostrato che l'adolescenza è un periodo critico per la sperimentazione del fumo e per l'inizio del consumo regolare da parte di coloro i quali diverranno fumatori adulti abituali.

La maggioranza dei fumatori acquista il vizio in età infantile, non in età adulta. La maggior parte di questi fumatori "esordienti" (termine adoperato cinicamente

La seducente immagine del fumo

L'immagine del fumo, particolarmente delle sigarette, è stata deliberatamente definita dall'industria del tabacco come adulta, associandola al glamour, al successo sportivo, ed a una serie di altre immagini particolarmente attraenti per gli adolescenti che stanno lottando per assumere una propria identità "cool". Questa immagine viene costantemente rinforzata dalla pubblicità, dalle sponsorizzazioni, e da numerose attività di marketing tra le quali troviamo una partecipazione deliberata al mondo della moda e della musica pop.

Farsi vedere fumare in discoteca, per i giovani, è come portare un visto di ammissione nel mondo adulto, lontano dall'immagine infantile da cui si vogliono liberare.

dall'industria del tabacco) inizia a fumare durante l'adolescenza.

In Europa occidentale, la transizione dall'infanzia all'adolescenza è segnata soprattutto dal passaggio dalla scuola elementare alla scuola media verso l'undicesimo anno di età. Passano dal ruolo di "grandi" nella scuola elementare a quello di "piccoli" in una scuola nuova, piena di bambini più grandi.

I medici dovrebbero discutere del fumo quanto prima con i pazienti adolescenti, incoraggiando anche i loro genitori a fare altrettanto, con un atteggiamento comprensivo, considerando anche la possibilità di negoziare accordi con i figli in merito all'astinenza dal fumo. Questo potrebbe permettere di evitare l'adozione del vizio, di renderne l'interruzione più facile o semplicemente di radicare l'intenzione di non fumare in un importante segmento della popolazione.

Alcuni medici potrebbero esplorare l'opportunità di una visita alle scuole ed alle università, al fine di discutere del fumo con studenti, docenti e genitori.

Esistono numerose aree di studio ancora inesplorate per quanto riguarda l'effetto che il contatto coi medici esercita sugli adolescenti nel caso specifico del fumo.

La comunità locale

Oltre alle proprie attività professionali, i medici dispongono di numerose altre possibilità a livello di comunità locale per contribuire alla lotta contro il fumo. Queste comprendono i media locali, le associazioni locali, come quelle per la lotta al cancro, alle malattie cardio-vascolari e polmonari, i consigli scolastici, le commissioni collegate alle amministrazioni locali e le associazioni di quartiere.

Indagine sugli adolescenti

Nel corso di un'indagine presso gli ambulatori dei medici di famiglia britannici, si è istituito un servizio di consulenza per adolescenti, con l'autorizzazione dei genitori dove necessario. Un numero sorprendente di giovani (67%) si è presentato in ambulatorio per discutere di problemi di salute giovanile, tra cui anche il fumo. 60% dei giovani fumatori si sono accordati con il medico per cercare di smettere.

Lavori di verifica sono ora in corso. L'indagine pilota indicava che questa era la prima occasione di incontro che medici e giovani pazienti avevano avuto al di fuori delle brevi visite ordinarie. Gli adolescenti hanno reagito favorevolmente all'accoglienza adulta e amichevole, ed hanno discusso apertamente della spinta a fumare—per esempio da parte di coetanei e fratelli maggiori, o durante eventi sociali.

Un contratto per l'astensione dal fumo

Dall'esperienza dei genitori risulta che può essere utile raggiungere un accordo coi figli in età preadolescenziale, con cui i genitori si impegnano a ricompensare il figlio (con qualcosa che percepisce come importante) se al raggiungimento di una certa età—magari 18 oppure 21 anni—il figlio non avrà fumato. Tali accordi vanno discussi con attenzione, in modo aperto e ad intervalli regolari. Essi sono particolarmente efficaci quando i figli capiscono perché i genitori insistono tanto sul fatto che non si mettano a fumare e quando l'accordo contiene delle clausole che prevedono la discussione di eventuali trasgressioni.

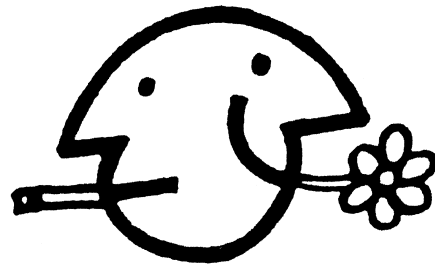
Gli adulti che hanno evitato il fumo in questo modo durante l'infanzia, affermano che aldilà del proprio interesse personale per la ricompensa, l'esistenza di un contratto suscitava l'ammirazione dei coetanei, compresi i fumatori. Invece di venire trattati da codardi e fifoni, i giovani non fumatori venivano invidiati per la ricompensa che li attendeva. Si trattava perciò di una protezione efficace contro il fumo.

Molte delle iniziative che i medici possono adottare a livello di comunità sono versioni locali di iniziative nazionali promosse dalle associazioni mediche e descritte nel capitolo 10. Altre iniziative rivestono un carattere esclusivamente locale.

Esempi di iniziative locali sono:

- Campagne per il divieto del fumo nelle scuole, negli ospedali, nei ristoranti, negli uffici, nei negozi o in locali usati per attività di svago
- Una giornata speciale per incoraggiare ed aiutare i fumatori a smettere di fumare, generalmente nell'ambito di una campagna nazionale
- Una campagna volta a persuadere le amministrazioni locali a vietare le pubblicità per le sigarette sugli spazi di affissione di loro proprietà o sui mezzi pubblici
- Campagne per rinforzare le leggi già in vigore, come il divieto di vendita ai minorenni
- Campagne contro la sponsorizzazione di eventi locali da parte delle case produttrici di tabacco, come eventi sportivi o serate in discoteca.

Sigara mı? Sağlığınız mı?



SAĞLIĞI SEÇİN

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

Incluso in un libro che tratta i problemi del tabacco e della salute, *Hekim ve sigara*, pubblicato dall'associazione medica turca.

Quando operano a livello di comunità locale, i medici devono avvantaggiarsi della loro immagine di massimi esperti in materia di salute. Questo può parere ovvio, ma non viene sempre pienamente colto e sfruttato dai medici. Inoltre molti non sono consapevoli della scarsa fiducia goduta da altre categorie professionali come fonti attendibili di informazione. L'influsso dei medici è particolarmente rilevante sulla stampa.

I medici, la stampa ed i media radiotelevisivi

Fra i modi più efficaci di usare il tempo che i medici mettono a disposizione delle comunità per la lotta contro il fumo, spicca l'impiego della stampa e dei media locali—per esempio, un'intervista ad un medico attribuirà credibilità scientifica ad un gruppo locale impegnato a promuovere il divieto di fumare sui mezzi pubblici o in luoghi pubblici.

Gli "esperti"

Con la presenza sempre più dilagante dei mezzi di comunicazione di massa, e con un aumento costante delle opinioni espresse da cosiddetti "esperti" a difesa di una o dell'altra parte nell'ambito di dibattiti scottanti, è probabile che il cinismo del pubblico—o almeno la sospensione della fiducia per le cose sentite—aumenti. Sono pochi gli opinionisti che su molte tematiche vengano considerati neutrali, perciò la loro opinione viene scarsamente valutata dal pubblico. I medici godono invece del grande vantaggio di essere visti come persone che hanno a cuore soprattutto la salute della gente, e quindi non viziate da interessi commerciali, come chi, invece, trae profitto dal fumo. Questo aspetto dovrebbe venire evidenziato dai medici quando comunicano col pubblico.

I politici

Uno dei modi più diretti di cui i medici dispongono per trasformare le proprie intenzioni in realtà per la comunità locale, è quello di persuadere le persone che hanno il potere di far cambiare le cose, in particolare i politici locali, ad adottare politiche di restrizione del fumo.

Le lettere

Scrivere delle lettere può risultare utile, specialmente quando i problemi espressi vengono tradotti nella dimensione locale.

I dati sulla percentuale di malattie e di decessi collegati al fumo a livello nazionale possono sembrare astratti e distanti, specialmente se rapportati alla realtà quotidiana ed alle preoccupazioni dei politici. Confrontiamo queste due frasi:

“Secondo il Ministero della Sanità, ogni anno nel nostro paese 100 000 persone (cifra ipotetica) muoiono prematuramente per cause collegate al fumo.”

e

“Più di 150 elettori della Sua circoscrizione moriranno prematuramente quest’anno per malattie collegate al fumo.”

Il secondo enunciato è di gran lunga più significativo per un politico.

Personalizzazione del messaggio

Ogni volta che si presenta l’occasione, la conversazione o la lettera di un medico ad un politico dovrebbe personalizzare i dati relativi al fumo facendo riferimento a casi recenti incontrati dal medico. Per esempio:

- *“Appena stamane ho visto un paziente che ...”*
- *“Ogni volta che vado al day hospital vedo persone che soffrono inutilmente ...”*
- *“Sono costretto a ricoverare pazienti in ospedali già sovraffollati a causa di malattie perfettamente prevenibili ...”*

Questo approccio risulta molto più efficace della mera ripetizione delle statistiche, ed i politici lo trovano anche più utile. Esso permette loro, nel corso di incontri e dibattiti, di comunicare ai propri colleghi quello che hanno appreso, ed in maniera più persuasiva.

È utile fare conoscenza personalmente con i politici prima dell’inizio di qualunque campagna specifica.

Un ambiente clinico è il più indicato per parlare ai politici. Un colloquio generico per rompere il ghiaccio con il politico non ne esclude uno successivo più attinente alla campagna.

L’invito al politico

È difficile che un rappresentante eletto possa rifiutare un invito da un ospedale locale, o ad un incontro con i medici di

“Il pieno impatto dell’opinione medica”

I pensieri che le lettere dei medici possono suscitare nell’uomo politico:

Una lettera: “È una lettera da un medico.”

Due lettere da medici diversi sullo stesso argomento: “Sembra diffondersi una sempre maggiore preoccupazione fra i medici.”

Lettere da tre medici : “Questa è ovviamente l’opinione della categoria medica su questa questione.”

famiglia, poiché i politici vengono spesso sollecitati dagli elettori su problemi sanitari.

L’invito è molto più allettante se il politico pensa di poterne ricavare una buona copertura stampa, magari con tanto di fotografia.

Perciò invitate il politico ad un incontro nel corso del quale il medico possa spiegare la dura realtà del fumo. Si può ipotizzare di invitarlo/a:

- In visita all’ospedale locale, oppure presso l’ambulatorio del medico di famiglia
- A partecipare a parte di un incontro ordinario del personale medico.

Una visita all’ospedale potrebbe prevedere:

- Colloqui con cardiologi, oncologi, pneumologi che lavorino con pazienti affetti da malattie da fumo
- Medici in grado di illustrare una radiografia
- Chirurghi che potrebbero descrivere il loro lavoro in sala operatoria sui pazienti che subiscono operazioni rese necessarie dal fumo.

Queste esperienze dirette possono esercitare un forte impatto sul politico, il cui normale ambiente lavorativo è un ufficio ben lontano dalle conseguenze del fumo, che invece i medici devono affrontare quotidianamente.

Documentatene atti e parole!

Se l’incontro con un politico riguarda una specifica campagna, è importante che essa venga coordinata con la stampa al fine di ottenere la massima copertura possibile, ed affinché sia chiaramente documentato che il politico è stato interpellato in merito.

I medici con ruoli di consulenza

Uno degli strumenti più produttivi per ottenere dei cambiamenti positivi nella comunità sulla tematica del fumo è il ricorso a medici che si occupano di:

- Medicina occupazionale
- Salute ambientale
- Autorità locali, come quelle incaricate dell’istruzione, dei trasporti pubblici, delle attività sportive e ricreative
- I sindacati
- La stampa ed i media radiotelevisivi.

I medici che pubblicano regolarmente nelle colonne di medicina e salute dei giornali o che compaiono spesso alla radio o in TV hanno una forte capacità di educare il pubblico sul fumo e di influenzare l’opinione pubblica su aspetti specifici della politica di lotta contro il fumo.

Medicina occupazionale

I medici che si occupano di medicina occupazionale possono fare in modo che il tema del fumo venga affrontato ad ogni livello sul posto di lavoro, con la possibilità di attivare un programma che permetta di raggiungere i massimi risultati sia presso i fumatori che i non fumatori. In particolare essi possono:

- Sfruttare la propria autorità per assicurare un adeguato livello di istruzione sul fumo di direttori, personale infermieristico interno e direzione personale
- Stabilire un programma che coinvolga tutto il personale
- Rendere noti al personale i rischi derivanti dal fumo, compresi quelli per i non fumatori
- Incoraggiare il personale a smettere di fumare



Incluso in un libro che tratta i problemi del tabacco e della salute, *Hekim ve sigara*, pubblicato dall'associazione medica turca.

- Attivare un processo che porti ad una politica antifumo in tutti i posti di lavoro.

Esistono varie possibilità, come quella di suggerire ai direttori di offrire tempo libero agli impiegati che vogliono frequentare attività volte all'interruzione del fumo, o la creazione di incentivi finanziari per chi smette.

Le pubblicazioni interne dovrebbero venire usate il più frequentemente possibile per focalizzare l'attenzione sul problema del fumo. Tutte queste iniziative, e gli sforzi per il raggiungimento di una politica antifumo (cfr. Capitolo 9 ed Appendice 1), devono avere un accento positivo e di promozione della salute, chiarendo ripetutamente che il datore di lavoro si cura della salute e del benessere dei dipendenti.

In nessun caso il medico o altro promotore deve dare l'impressione di essere contro i fumatori; la posizione deve essere soltanto antifumo o, più precisamente, antimalattia (da fumo).

Salute ambientale e amministrazione locale

I medici operanti nel campo della salute ambientale, o che fungono da consulenti sulla salute per qualsiasi livello dell'amministrazione, possono influire fortemente sulle decisioni politiche relative al fumo.

Al di là dell'ovvia tematica del fumo in luoghi pubblici, la loro posizione consente loro di influire anche sulle politiche pubblicitarie e promozionali del tabacco. Ad esempio, molti consigli comunali e autorità locali detengono degli spazi di affissione e possiedono edifici pubblici o altri luoghi che le industrie del tabacco potrebbero voler usare per promuovere i propri prodotti.

Un forte impulso da parte di un consulente medico può innescare delle iniziative risultanti nel divieto d'uso delle proprietà comunali per la promozione del fumo. Inoltre, specialmente in quei paesi che hanno fatto poco per vietare la promozione del fumo, questo potrà dar luogo a pubblicità,

creando maggiore consapevolezza ed un clima favorevole ad un controllo più severo del fumo.

I medici con ruolo consultivo presso le amministrazioni locali possono influenzare le decisioni in molti altri campi d'attività. Ad esempio ci possono essere funzionari locali in vari dipartimenti con responsabilità su molti aspetti della vita quotidiana:

- L'ispezione di ristoranti e bar, posti di lavoro e negozi
- L'applicazione delle leggi che vietano la vendita di tabacco ai minorenni
- La regolamentazione di scuole, stabilimenti sanitari e mezzi di trasporto pubblici.

In questi settori un forte impulso da parte del consulente medico può favorire miglioramenti di politica. Può anche fornire al personale non medico ed ai politici l'appoggio dell'autorità medica, essenziale per ogni iniziativa di controllo del fumo.

La ricerca scientifica

Nell'istruzione superiore ed in altri campi di impiego i medici possono avere un influsso determinante sulle decisioni relative ai fondi di ricerca.

Nonostante la notevole mole di ricerca condotta sul fumo, vi è ancora molto da fare. Coloro che assegnano i fondi di ricerca potrebbero non essere consapevoli della portata del problema, o del perché sia importante monitorare l'efficacia delle misure antifumo. Potrebbero anche ritenere che la ricerca sui modi in cui l'industria del tabacco promuove i suoi prodotti rivesta meno importanza di una ricerca di laboratorio su qualche rara malattia.

I medici impegnati nella ricerca possono promuovere la causa della lotta contro il fumo in svariati modi, tra cui:

- Assicurarsi che i distributori di fondi siano consapevoli della necessità di ricerca sul fumo
- Monitorare il consumo di tabacco nelle varie fasce di popolazione e l'incidenza delle malattie ad esso collegate.
- Informare ed istruire il pubblico in veste di esperti che spiegano i risultati delle ricerche sul fumo
- Monitorare e combattere la strumentalizzazione della scienza da parte dell'industria del tabacco.

Finanziamento della ricerca da parte dell'industria del tabacco

Un altro settore in cui i medici possono agire per combattere il fumo è quello molto grave del finanziamento della ricerca ad opera dell'industria del tabacco. Le industrie del tabacco finanziano facoltà universitarie e centri di ricerca:

- Per acquisire prestigio e favori politici
- Per neutralizzare l'effetto delle ricerche che dimostrano la nocività del fumo
- Per impegnare ricercatori potenzialmente pericolosi in programmi non collegati al fumo.

Quello che i medici possono fare

I medici possono avere un forte influsso denunciando i gravi danni che gli istituti di ricerca possono arrecare alla salute pubblica accettando il denaro delle industrie del tabacco. Potranno trovare appoggio presso colleghi di altri paesi che abbiano combattuto simili battaglie.

I medici coinvolti loro malgrado in progetti sponsorizzati dall'industria del tabacco potrebbero sentirsi impossibilitati

Per amore della conoscenza?

Il fine ultimo che spinge un produttore di tabacco a finanziare ricerche non collegate al tabacco è comunque quello di massimizzare le vendite. Farlo per altruismo sarebbe certamente uno spreco del denaro degli azionisti.

ad esprimere critiche in pubblico, e potrebbero aver bisogno di consulenza e supporto. Essi dovrebbero rivolgersi alla propria associazione medica, illustrando il problema e chiedendo aiuto.

I medici che abbiano colleghi implicati in tali progetti possono esortarli a sollevare la questione presso l'associazione medica o presso qualsiasi altra autorità competente.

Riferimento

- 1 Townsend J, Wilkes H, Haines A, *et al.* Adolescent smokers seen in general practice: health lifestyle, physical measurements, and response to anti-smoking advice. *BMJ* 1991;**303**:947-50.

Strumentalizzazione della scienza dall'industria del tabacco

Ci sono oggi molti casi ben documentati di strumentalizzazione della scienza da parte dell'industria del tabacco, in particolare molti documenti interni delle imprese resi pubblici nel corso di processi celebrati in America. Questi comprendono piani per la creazione di falsi corpus di dati (ad esempio, per cercare di "dimostrare" che il fumo passivo non è nocivo), l'infiltrazione di enti scientifici apparentemente indipendenti, e la manipolazione di conferenze internazionali dalla parvenza obiettiva.

Codice di condotta

Un codice di condotta sul finanziamento della ricerca da parte dell'industria del tabacco è stato recentemente redatto da una delle più grandi associazioni europee per la ricerca sul cancro, la Cancer Research Campaign nel Regno Unito. Il codice viene ampiamente diffuso presso le agenzie governative e di volontariato che finanziano la ricerca scientifica. L'obiettivo è di salvaguardare la ricerca da infiltrazioni da parte dell'industria del tabacco con ricadute negative sulla salute. Esso può servire da spunto per molti altri paesi europei. Copia del codice è contenuta nell'Appendice 2.

8 Istruzione e formazione

In questo capitolo

Le azioni raccomandate da questo libro non richiedono particolare formazione, anche se essa può risultare utile; la cosa più importante è di cogliere le occasioni, in particolare per quanto riguarda:

- Rinuncia al fumo
- Studenti di medicina
- Istruzione medica continua e sviluppo professionale continuo
- Formazione sui media, in particolare per leader di gruppo e portavoce chiave.

Formazione

Ci sono ovvi benefici nell'istruire il personale delle Associazioni Mediche Nazionali ed altri medici in merito alla lotta al fumo o alla consulenza per la rinuncia al fumo, ma si può ottenere molto con un po' di buon senso e qualche informazione di base.

La fornitura di training ai professionisti della salute per ottenere rinunce al fumo ha incrementato il lavoro svolto sulle rinunce al fumo, con scarsi risultati sui pazienti.¹

Organismi nazionali ed internazionali come le organizzazioni per il cancro o le cardiopatie, e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, producono materiale formativo, che diverrà sempre più noto con la collaborazione sempre crescente fra le AMN e la comunità internazionale dei gruppi in lotta contro il fumo.

Delle ottime occasioni di formazione sono quelle offerte dalle ampie conferenze internazionali che hanno per tema principale quello delle malattie collegate al fumo. In misura sempre maggiore, le conferenze vengono corredate da sessioni formative, che a volte si svolgono parallelamente alla conferenza principale, e qualche volta vengono tenute in sedute supplementari precedenti o successive.

Le conferenze dove esistono tali possibilità includono le conferenze mondiali su fumo e salute, attualmente tenute ogni tre anni; le grandi conferenze internazionali e regionali su cardiopatie, malattie polmonari e cancro; e vari incontri dell'OMS o degli incontri di associazione. Sempre più spesso si prevedono nelle spese di questi incontri dei sussidi che permettano la partecipazione di rappresentanti dai paesi meno abbienti.

Cercare e trovare occasioni

Come sempre con la lotta antifumo, si deve cercare di cogliere ogni occasione di miglioramento delle capacità e dell'esperienza dei medici, in particolare di quelli che dirigono gli sforzi delle AMN nella lotta contro il fumo. Seguono alcuni esempi.

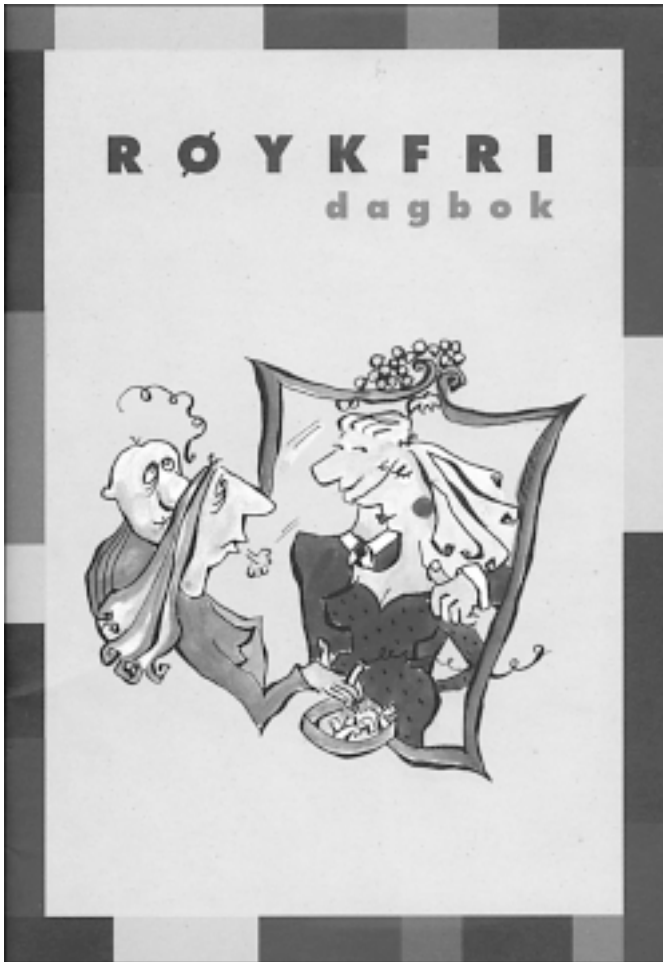
La rinuncia al fumo

Si è molto dibattuto—e ricercato—nel mondo per trovare metodi efficaci di convincere quanti più dottori ad aiutare il maggior numero possibile di pazienti a smettere di fumare. Questo comprendeva varie opzioni, il pagamento del servizio, l'istituzione di servizi di consulenza più o meno elaborati con materiale allegato, vari strumenti d'aiuto per chi smette, in particolare prodotti sostitutivi della nicotina, e consulenze di gruppo.

Non tutte vanno d'accordo con la pratica generale di certi paesi. Per esempio, il pagamento del medico per una consulenza al paziente, anche se giustificata in prospettiva di costi a lungo termine, non sembra una via percorribile per molti paesi dove le risorse per la sanità vengono drasticamente ridotte. La formazione può infondere fiducia nel medico, ed incrementare il numero di tentativi di intervento, ma potrà incrementare solo lievemente il tasso di successo fra i pazienti.



Guida spagnola su come smettere di fumare per i professionisti della salute.



Smoke-free diary (Agenda senza fumo), guida norvegese per smettere di fumare giorno dopo giorno.

Una guida per l'applicazione di metodologie per indurre a smettere è descritta nel Capitolo 6; i modi in cui la AMN può aiutare i medici ad acquisire tali informazioni sono descritti nel Capitolo 9.

Gli studenti di medicina

Il libro *Educating medical students about tobacco: planning and implementation*,² è di gran lunga la pubblicazione più esauriente su questo tema, con informazioni dettagliate e consigli.

Si raccomanda l'approccio adottato dal libro: non si vuole che l'argomento diventi un ulteriore peso nel curriculum medico, ma bensì un aiuto ai docenti che consenta una adeguata valutazione del problema.

Le attività suggerite per le scuole sono indicate alla fine di un elenco stampato nel primo capitolo. I suggerimenti di questa sezione sono qui riprodotti, e riassumono le azioni da intraprendere affinché anche la prossima generazione di medici sappia apprezzare l'importanza del fumo come fonte di malattie.

Attività suggerite per le scuole mediche

- Nominare un coordinatore per la formazione sul fumo
- Ipotesizzare una prima indagine su:
 - Gli studenti di medicina—i questionari adatti sono disponibili presso l'OMS e l'Unione Internazionale contro la Tuberculosis e le Malattie Polmonari (IUATLD)

- Atteggiamento del personale: preferibilmente un questionario prodotto in loco.
- Il coordinatore dovrebbe produrre un programma scritto consultando i colleghi esperti, in cui si propongano:
 - divieto di fumare negli edifici della scuola medica
 - divieto di fumare nelle aree di alloggio della scuola medica
 - insegnamento nei dipartimenti più attinenti—proporre una variante del programma summenzionato per ognuno dei dipartimenti
 - esami—assicurarsi che il tema del fumo venga inserito in esami teorici e clinici (assicurarsi che ogni studente segua l'andamento di un caso legato al fumo)
 - metodi proposti per valutare gli studenti
 - l'importanza di rivolgere un breve discorso ai nuovi studenti di medicina nel loro primo giorno in facoltà, spiegando come il fumo sia una delle grandi cause prevenibili di malattie e quanto prezioso sia il loro esempio personale di medici e non fumatori
- Verifica formale: la facoltà dovrebbe passare in rassegna il programma per verificarne i progressi a due anni dal suo lancio.

Istruzione medica continua e lo sviluppo professionale continuo

I medici, come altri professionisti, devono aggiornare le proprie conoscenze e capacità durante la loro intera carriera al fine di conservare la propria competenza. L'istruzione medica continua (IMC) viene vista come un aggiornamento, mentre lo sviluppo professionale continuo (SPC) può essere considerato un ampliamento delle conoscenze acquisite di un medico. Questo comprende aspetti personali, sociali e politici della medicina e della salute pubblica.

L'attenzione sempre maggiore data all'IMC ed al SPC costituisce un'occasione ideale per i medici di apprendere i molti aspetti della lotta al fumo. Un piccolo successo da parte di un medico nel raggiungere delle rinunce al fumo può condurre ad una riduzione considerevole di malattie e decessi se moltiplicato su scala nazionale. Perciò IMC e SPC, che incrementano la consapevolezza dei medici, possono innescare grandi cambiamenti per la salute.



“Ovvero un confronto tra i vantaggi e gli svantaggi (di smettere).” Opuscolo su come smettere di fumare pubblicato dall'Istituto della Sanità, Spagna.

Il costante apprendimento e sviluppo in materia di fumo può aiutare i medici ad ottimizzare l'efficacia del loro lavoro con i singoli pazienti, ad influenzare coloro che fumano affinché smettano, ed a rinvigorire la posizione dei non fumatori, in particolare quelli giovani.

Formazione sui media

Le AMN sono facilmente in grado di formare coloro che rappresentano l'associazione durante le interviste con la stampa. Tale formazione deve abbracciare i principi fondamentali della tutela della salute e i punti essenziali della lotta al fumo. Questa può essere data in collaborazione con altri organi, in particolare quelli che hanno membri esperti nella lotta contro il fumo. Si può ottenere aiuto anche da giornalisti ben disposti nei riguardi degli sforzi antifumo della AMN .

Un argomento chiave del programma di formazione dovrebbe essere quello di vanificare la strategia impiegata dall'industria del tabacco di cambiare l'argomento di ogni discussione su tabacco e malattie (cercando di non discutere delle malattie, e concentrandosi sulla propria visione economica a breve termine). Un valido esercizio è costituito, ad esempio, dalla simulazione di un dibattito televisivo sul fumo.

La facoltà che tiene il corso dovrebbe disporre, se possibile, di almeno una persona esperta in dibattiti con persone che difendono gli interessi del tabacco, alla radio, in televisione, o a tavole rotonde; o chiunque (magari da un gruppo di difesa dei consumatori) abbia esperienza nel tener

Corso di formazione: dibattito televisivo

Il gioco dei ruoli è una parte importante dei corsi sui media. Si può ottenere un'esperienza molto vicina alla realtà simulando un dibattito in diretta televisiva. Una persona assumerà il ruolo di moderatore del dibattito, e le altre due verranno istruite per assumere il ruolo di dirigente dell'industria del tabacco e di difensore della salute pubblica. Gli altri partecipanti, il "pubblico in studio", verranno pregati di aderire a posizioni pro o antifumo.

Dopo aver intervistato i due partecipanti per ipotetici tre minuti, il moderatore apre il dibattito al resto dello "studio" e dopo 10 o 15 minuti, ritorna sui due oratori dando ad ognuno un minuto per riaffermare il proprio caso.

Si può imparare molto osservando le tattiche impiegate dall'industria del tabacco, e nel cercare di presentare un caso clinico quanto più chiaramente e brevemente possibile.

testa a difensori di altre industrie al centro di polemiche. Le tattiche impiegate dall'industria del tabacco e le tecniche di risposta necessarie a controbatterle sono spesso molto simili.

Riferimenti

- 1 Lancaster T, *et al.* Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, issue 1. Oxford: Update Software, 1999.
- 2 Richmond RL, ed. *Educating medical students about tobacco: planning and implementation*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1996.

9 Migliorare la consapevolezza dei medici: piano d'azione per le associazioni mediche

Questo capitolo illustra i metodi con i quali le associazioni mediche nazionali possono adempiere alla loro funzione di diffusione della consapevolezza presso ogni medico.

Esso descrive attività dirette ai membri delle AMN (Associazioni Nazionali Mediche), mentre il capitolo successivo si occupa delle azioni dirette all'esterno della AMN.

In questo capitolo

- Condurre un'indagine sulle abitudini e l'atteggiamento dei medici nei confronti del fumo
- Diffondere i risultati dell'indagine
- Creare un nucleo antifumo all'interno della AMN
- Istruire i membri sulle conseguenze del fumo
- Vietare il fumo nei locali della AMN
- Avvalersi della stampa medica
- Informare i medici in merito all'interruzione del fumo
- Sostenere gli sforzi dei medici in campo di rinuncia al fumo
- Passare in rassegna il portafoglio della AMN per eliminare eventuali interessi nell'industria del tabacco.

Indagine sul numero di medici fumatori

L'idea di condurre un'indagine tra i membri è stata illustrata in precedenti pubblicazioni, tra cui *The physician's role*, la prima pubblicazione della serie per un'Europa senza fumo dell'OMS (vedi Appendice 3). Per consigli dettagliati si consiglia di fare riferimento ad essa.

Se la consapevolezza dei medici è già molto elevata

Se la consapevolezza dei medici in materia di tabacco è già elevata, questo non significa che l'argomento debba venire ignorato. C'è sempre del nuovo da imparare con conseguenze sul futuro ruolo dei medici nella lotta al fumo:

- Nuove scoperte scientifiche nate dalla ricerca
- Nuovi sviluppi nel campo della rinuncia al fumo
- Sviluppo di nuove politiche.

Ci saranno sempre nuovi medici da istruire in merito al fumo.

Se la consapevolezza dei medici è scarsa

In alcuni paesi, ci saranno meno medici che abbiano un'idea completa delle tematiche legate al fumo. Le prove

scientifiche, la politica e l'economia del tabacco, il modo in cui la promozione del tabacco opera, ed altri argomenti fondamentali dovranno venire inseriti dalle AMN in un programma molto ampio ed esauriente.

Perché misurare il consumo di tabacco fra i medici?

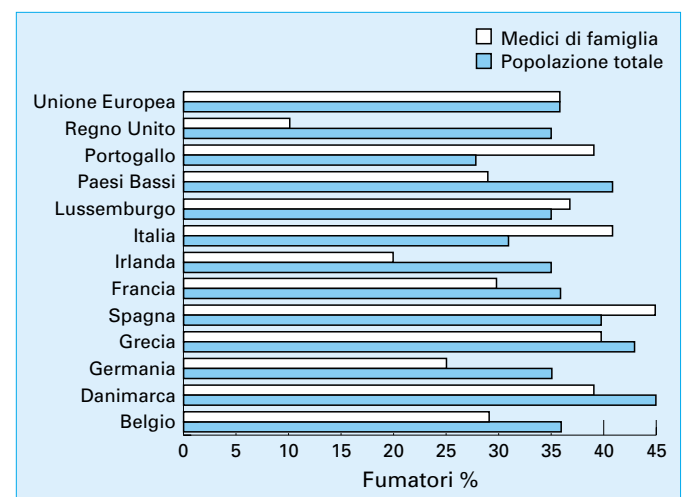
È importante conoscere l'uso che i medici fanno del tabacco. Delle indagini regolari sono in grado di misurare l'evoluzione, ma anche:

- Se l'incidenza del fumo fra i medici è bassa, ciò può venire portato dalla AMN ad esempio presso il pubblico
- Se l'incidenza è alta, allora questo indica che il problema deve venire affrontato in via prioritaria.

L'atteggiamento dei medici nei confronti del tabacco

Un'indagine che registri sia l'atteggiamento che il comportamento può illustrare le richieste di azione e supporto da parte dei medici, indicando alla AMN le vie da percorrere per aiutare i propri membri ad ottimizzare il loro lavoro contro il fumo.

Si raccomanda caldamente di condurre tali indagini regolarmente. Per ottenerne il massimo beneficio, è essenziale coinvolgere esperti, come un buon statistico, nella definizione di questionari e metodologie.



Percentuale di dottori dell'Unione Europea che fumano comparata a quella della popolazione totale. In Fowler¹, per gentile concessione della Karger, Basel.

L'esperienza svedese

Il consumo di tabacco e l'atteggiamento dei medici svedesi nei confronti del fumo sono stati misurati per quasi 30 anni, su di un campione casuale del 5% della categoria, con un'ottima resa di informazioni. In quest'arco di tempo, la percentuale di fumatori quotidiani è scesa dal 46% al 6%, e fra coloro che fumavano, il numero di sigarette fumate al giorno si è ridotto da 13 a 5. È interessante notare che fra le ragioni fornite per non fumare, "servire da esempio" è passata dal 10% al 71% dei medici. I medici di famiglia sono quelli che fumano di meno (4%) e gli psichiatri quelli che fumano di più (11%).

Diffusione dei risultati dell'indagine

Il modo in cui i risultati dell'indagine verranno diffusi dipenderà un po' dalla loro tipologia. I passi che la AMN potrà fare sono:

- Informare i membri della AMN
- Pubblicare i risultati nella propria stampa interna
- Informare la stampa medica esterna
- Pubblicare i risultati in tutti i media
- Organizzare una conferenza o seminario speciale che coincida con la pubblicazione per discutere delle tendenze e delle tematiche relative al fumo fra i medici.

Se c'è ancora molto da fare

Se la AMN ha deciso di affrontare fermamente il problema del fumo, non dovrebbe esitare a pubblicare i risultati, specialmente nella stampa medica e scientifica. Un'indagine che mostra un'alto tasso di incidenza del fumo può venire usata in senso positivo—la AMN dovrebbe spiegare che l'indagine:

- Giustifica la decisione della AMN di agire
- Dimostra che sta mettendo ordine in casa
- Dimostra quanto forte sia la dipendenza da tabacco, dato che anche i medici lottano per uscirne
- Dimostra perché il problema vada affrontato seriamente dal governo.

Se i risultati indicano un buon miglioramento

Una bassa incidenza del fumo o un consistente miglioramento rispetto ad un'indagine precedente si prestano ad una ancor più ampia pubblicazione.

Spiegare il fumo fra i medici

Si deve usare molta cautela nel pubblicare dati sui medici che fumano, poiché ogni segno di fumo fra i medici può generare critiche di ipocrisia da osservatori esterni cinici, quando invece i medici e la loro AMN cercano di spingere la gente a smettere. Tuttavia, se maneggiati con cura, e riconoscendo la dipendenza creata dal fumo, qualsiasi risultato può essere usato per lanciare messaggi importanti in merito al fumo. Un'incidenza di fumatori molto minore fra i medici che nel resto della popolazione può servire a rinforzare altri messaggi sulla nocività del fumo, e per creare un'opinione più favorevole all'abbandono del vizio.

Campagna lunga, impegno grande

All'inizio è importante rendersi conto che la lotta antifumo richiede molto tempo e sforzi per la sua organizzazione e la messa in opera, e che si tratta di una problematica complessa. Chi conduce il programma ha molto da imparare, e questo richiede impegno—sia da parte dell'organizzazione che da parte dei diretti interessati. Se si vuole che sia efficace, la campagna non può durare un paio d'anni per poi essere accantonata. L'impegno da parte della AMN è fondamentale e dovrebbe estendersi ai suoi più alti funzionari ed ai membri più in vista.

Formare un nucleo antifumo

Il processo di trasformazione di un interesse generico di alcuni membri, o della segreteria, in un programma a lungo termine può nascere da varie cause:

- Risoluzioni adottate durante una seduta dei membri
- Impegno personale del presidente
- Pressioni da membri preoccupati
- Un editoriale nel bollettino della AMN.

Normalmente, tra coloro che si fanno avanti per rispondere ad una richiesta di azione ci sono specialisti che osservano quotidianamente le conseguenze del fumo: oncologi, cardiologi, pneumologi, chirurghi, medici generalisti ed epidemiologi.

Tali specialisti sono i più indicati per essere al centro di un nucleo antifumo, ma essi potranno aver successo soltanto con l'autorizzazione formale della AMN di pianificare e mettere in pratica le varie fasi di un piano d'azione.

Accertarsi che gli interessi di donne e minoranze siano ben rappresentati in seno al gruppo. Non solo saranno fonte di idee, capacità, e contatti, ma daranno maggiore credibilità al nucleo sia all'interno della AMN che all'esterno.

I membri della AMN (o il suo consiglio di amministrazione che decide per conto dei membri) dovranno:

- Decidere la creazione del nucleo
- Approvare il bilancio (se esiste)
- Concordare che la lotta antifumo è uno dei temi urgenti da affrontare per la AMN
- Concordare termini e ambiti del lavoro del nucleo
- Fissare delle procedure di regolare produzione di rapporti per i comitati della AMN ed i membri.

Pianificare il lavoro del gruppo

In paesi con poca esperienza nella lotta contro il fumo, una delle primissime priorità del nucleo sarà di intraprendere attività volte ad istruire i membri sul fumo, toccando anche gli argomenti descritti nel presente capitolo.

Appoggio dall'alto

Per garantire l'efficacia del nuovo nucleo antifumo, i funzionari dovranno offrire un ampio appoggio ai suoi obiettivi. Un primo obiettivo potrebbe essere quello di inglobare nel nucleo alcuni di essi, anche se altri impegni potrebbero limitare la loro disponibilità di tempo da dedicare al nucleo.

In paesi in cui invece i medici sono impegnati da lungo tempo nella lotta contro il fumo, anche se i membri vanno comunque aggiornati ed il programma sviluppato ed applicato, verrà data la precedenza al tipo di attività riportata nel seguente capitolo, dove la AMN concentra i suoi sforzi verso l'esterno, verso il resto del paese.

Istruire i membri in merito al fumo

In tutti i paesi, l'istruzione dei membri associati in merito al problema del fumo è un'importante e continua responsabilità spettante al nucleo antifumo.

Per alcune AMN, specialmente in paesi con poca esperienza nella lotta contro il fumo, l'istruzione dei membri sarà il compito principale dei primi tempi.

In paesi con maggiore esperienza, il principale obiettivo della formazione dei membri è di mantenere la lotta antifumo tra le principali priorità della AMN. In particolare il nucleo antifumo si farà carico di assicurarsi che i membri, e specialmente i neolaureati, si informino sul problema e che i clinici vengano incoraggiati ad intraprendere delle terapie antifumo con i pazienti.

Che tipo di programma educativo?

Certi programmi formali possono venire lanciati, tenendo conto delle molte circostanze locali. Inoltre, è utile ricordare quanto segue:

- Il nucleo antifumo dovrà stare all'erta per cogliere ogni occasione, come ad esempio incontri e corsi di formazione, per educare o aggiungere conoscenze al bagaglio antifumo dei membri
- Si dovrebbe usare regolarmente la stampa interna della AMN per pubblicare articoli sul fumo
- Il fumo dovrebbe figurare nell'ordine del giorno del massimo numero di riunioni della AMN.

La pubblicità può essere d'aiuto

Ci sono molti membri della AMN, in particolare quelli impegnati in prima linea nella cura delle malattie da fumo, che accoglieranno con favore qualsiasi pubblicità in merito ai problemi del fumo nelle pubblicazioni della AMN e negli altri media. Essi si faranno avanti volentieri per offrire le loro energie a favore del lavoro della AMN contro il fumo.

“Perché tanto affanno?”

All'inizio ci possono essere alcuni membri del personale della AMN che ritengono eccessivo un simile impegno nella lotta contro il fumo. Temono che ciò possa generare un torrente di richieste da coloro che propugnano altre cause. Si deve ricordare loro l'unicità che il problema del fumo presenta per portata e caratteristiche. I leader del nucleo antifumo faranno in modo di chiarire presso i membri perché il fumo sia diventato un problema così pressante per la AMN, e che sappiano che c'è sempre dell'informazione disponibile in merito, con la possibilità di acquisire gli strumenti per partecipare allo sforzo.

Vietare il fumo nei locali della AMN

Vietare il fumo nei locali della AMN e in ogni incontro tenuto sotto la sua egida è un'azione diretta e simbolica già adottata da molte AMN europee.

Il nucleo antifumo dovrebbe creare e pubblicizzare delle direttive miranti al divieto di fumare:

- In tutti i locali della AMN
- Durante tutte le riunioni della AMN, in qualunque luogo
- Durante qualunque riunione tenuta da altre organizzazioni nelle strutture di proprietà della AMN
- Durante riunioni sponsorizzate dalla AMN congiuntamente con altri enti.

Politica di divieto di fumare per il personale

L'applicazione di una politica antifumo per il personale operante in seno alla AMN richiede un approccio simile a quello raccomandato per qualsiasi posto di lavoro. Le procedure base sono descritte di seguito e delle linee guida più dettagliate si trovano nell'Appendice 1.

Si dovrebbe fare riferimento anche alla sezione sul fumo nei luoghi pubblici contenuta nel Capitolo 11, che evidenzia i punti da considerare per l'applicazione di misure restrittive del fumo sul posto di lavoro.

Tappe fondamentali di una politica antifumo

L'approccio da adottare può variare leggermente da paese a paese, in linea con le leggi sull'impiego, ma nell'insieme l'approccio dovrebbe essere simile.

- L'associazione medica dovrebbe nominare un coordinatore con sufficienti capacità e autorità per gestire la fase di negoziato e di applicazione della politica
- Si dovrebbe costituire un gruppo di lavoro, che rappresenti tutti i gruppi interessati, compresi alcuni fumatori.
- Ci dovrebbe essere un periodo di consultazione e informazione
- La forza propulsiva del cambiamento proposto dovrebbe essere quella della salute e della sicurezza sul lavoro, come per molte altre questioni della stessa categoria—per esempio la rimozione dell'amianto dai materiali edili
- L'obiettivo minimo generale dovrebbe essere di garantire ai non fumatori il diritto di respirare aria libera da fumo di tabacco mentre sono al lavoro, pur tenendo conto delle esigenze di chi non può o non vuole smettere di fumare.

AMN e riunioni senza fumo

Fra le associazioni mediche che hanno vietato il fumo nei loro edifici ci sono quelle di Georgia, Paesi Bassi, Slovacchia, Svizzera e Regno Unito. Fra quelle che vietano il fumo durante le riunioni ci sono le AMN di Germania e Malta.

L'utilizzo della stampa medica

Per qualsiasi AMN che abbia già instaurato un buon rapporto di lavoro con la stampa medica del proprio paese, l'utilizzo di tali contatti per trasmettere un messaggio antifumo ad un pubblico più ampio è la naturale continuazione di una routine.

Gli articoli e le storie sul fumo prodotte dall'AMN presentano numerosi vantaggi per redattori e giornalisti delle pubblicazioni mediche, e per chi scrive in altri media:

- Godono dell'autorità medica
- Possono sempre diventare d'attualità—ci sono sempre “agganci”, o possibilità a cui collegare le storie sul fumo, specialmente con una buona pianificazione
- Presentano un argomento di fondo importante: la prevenzione di alcune tra le più gravi malattie che affliggono la società moderna
- La disponibilità di esperti qualificati—i medici—da intervistare e citare
- Riguardano anche i bambini (un tema caro ai giornalisti): la protezione dei bambini è un grande elemento motivante della lotta antifumo.

E quando entra in scena l'industria del tabacco (e questo può accadere in qualsiasi storia legata al fumo), compare la classica componente del bene contro il male, rappresentata dalla salute contro l'avidità e dalla verità contro le menzogne.

Mantenere stretti contatti con la stampa sul tema del fumo

Ogni AMN ha un suo modo di interagire con la stampa medica. Un contatto frequente con i giornalisti medici sui problemi del fumo garantisce che un nucleo di giornalisti competenti sia sempre aggiornato in questa materia, che, come già precisato, è molto più complessa di quanto molti di essi si aspettino inizialmente.

È particolarmente importante informare i giornalisti sulle distorsioni che l'industria del tabacco opera sui fatti

Verso relazioni più strette con la stampa?

Le AMN che cercano di instaurare relazioni più strette con la stampa noteranno che il lancio di una campagna continua contro il fumo costituisce un'occasione ideale per sviluppare tali rapporti.

La stampa medica è forse più abituata a trattare con la AMN in tema di remunerazione dei medici, di distribuzione delle scarse risorse del sistema sanitario o di altri argomenti tradizionali. La campagna antifumo può venire presentata in maniera da offrire un'ampia gamma di fatti interessanti per i giornalisti, assieme a maggiori contatti con i membri a capo della AMN.

Ogni buon giornalista accoglie con favore una nuova fonte di notizie pronte e attendibili, di spiegazioni e di commenti sulle storie legate al fumo e sarà specialmente lieto di trovare appoggio per analizzare e rispondere alle dichiarazioni dell'industria del tabacco. Perciò si rivolgerà alla AMN con maggiore frequenza, e tratterà il tema del fumo più approfonditamente. Grazie a questa nuova relazione, potrebbero anche voler dare spazio ad argomenti non attinenti il fumo, ma di interesse della AMN, con reciproco vantaggio.

Non tralasciare la stampa interna dell'AMN!

Oltre ai giornali indipendenti, la stampa interna delle associazioni mediche costituisce un mezzo ovvio per comunicare con i membri in tema di fumo. Le associazioni mediche che regolarmente dibattono del fumo nei propri bollettini comprendono quelle di Israele, Paesi Bassi e Slovacchia.

scientifici, sugli sforzi che compie per eludere l'argomento, e sui vari altri stratagemmi che il portavoce dell'industria del tabacco userà con loro.

Informare i medici sull'interruzione del fumo

È importante che i medici siano sempre aggiornati sugli ultimi sviluppi nelle tecniche per l'interruzione del fumo e la loro efficacia.

Qualunque sia il livello di conoscenza posseduto in tema di fumo, gioverà a tutti i medici sapere quello che possono fare per:

- Aiutare coloro che vogliono smettere di fumare
- Incoraggiare tutti i fumatori a tentare di smettere.

Pratica in uso

Ogni paese offre un ampio ventaglio di pratiche in uso presso i clinici. Ci sono medici che:

- Operano un regolare monitoraggio del fumo presso i propri pazienti
- Colgono ogni occasione per aiutarli ed incoraggiarli a smettere.

Spesso questi medici non hanno mai seguito corsi ufficiali sulle tecniche per l'interruzione del fumo. All'altro estremo del ventaglio ci sono medici che:

- Non discutono mai del tabagismo con i pazienti
- Sono essi stessi fumatori
- Si sentono inibiti ad aiutare i propri pazienti a causa del proprio vizio.

I corsi sono auspicabili ma non essenziali

Le informazioni sull'interruzione del fumo possono essere trasmesse ai medici in vari modi, dei quali il nucleo antifumo della AMN (che potrebbe anche possedere una sottocommissione specializzata per l'interruzione del fumo) potrebbe avvalersi:

- Pubblicazioni mediche—assicurarsi che indichino regolarmente i metodi di interruzione del fumo
- Corsi—particolarmente utili per formare una squadra di esperti, tra cui la sottocommissione per l'interruzione del fumo della AMN
- Creare brevi corsi modulari da poter usare in molti seminari, con dei relatori chiave per insegnarli.

Attenzione: non essere troppo tecnici!

C'è un equilibrio sottile fra incrementare la consapevolezza dei medici in merito alla lotta antifumo, e farla sembrare una cosa troppo tecnica. I medici non devono ricavarne l'impressione di non poter aiutare i pazienti senza un previo corso di formazione specialistico.

Corsi modulari brevi

Un corso modulare di base sull'abbandono del fumo può consistere di due sessioni da 45 minuti l'una:

- Una rassegna di tecniche e strumenti per smettere di fumare, con i dati sulla loro efficacia
- Come i medici dovrebbero monitorare e consigliare i loro pazienti fumatori per aiutarli a smettere.

Un piccolo gruppo di medici-istruttori può venire formato con coloro che hanno maggiore esperienza della lotta antifumo, ognuno dei quali è in grado di presentare questi corsi modulari. Si può creare una collezione di illustrazioni (diapositive 35mm, videocassette), da mostrare ai corsi.

Questi corsi possono venire offerti come parte integrante di seminari su vari argomenti, in presenza degli esperti più opportuni. Per esempio, potrebbero venire inseriti in seminari sulle malattie cardio-vascolari, sul cancro e sulle malattie respiratorie, oppure come parte della formazione continua di specialisti di questo settore, o per medici di famiglia.

Appoggiare i medici nelle attività pro-interruzione

Ci sono due campi d'azione:

- Aiutare i medici che fumano a smettere
- Incoraggiare tutti i medici ad aiutare i propri pazienti a smettere di fumare.

Il secondo punto è stato trattato al Capitolo 6, e perciò questa sezione si occupa soltanto di come incoraggiare i medici che fumano a smettere di fumare.

Aiutare i medici che fumano a smettere

Innanzitutto va sottolineato che con i fumatori, ed in particolare con i medici che fumano, c'è il rischio di non poter raggiungere i massimi risultati se si adotta un tono sbagliato.

Che cos'è il tono sbagliato in questo contesto?

Poiché molti fumatori sono sulla difensiva in merito alla propria abitudine, tendono a percepire ogni allusione all'interruzione come una critica, un comportamento autoritario e condiscendente, privo di comprensione per la loro posizione, ed in molti altri modi negativi, e perciò respingono il messaggio. Per evitare che la percezione sia questa, è importante che il messaggio rimanga il più obiettivo possibile. Va evitata ogni forma di giudizio, pur evidenziando che smettere di fumare è una priorità. È importante capire i fattori di rinnego che portano a tali reazioni, al fine di minimizzare il rischio di scatenarli.

Riconoscere la forza della dipendenza, o almeno ammettere la portata del problema del fumo, potrebbe bastare a far pendere dall'altra parte la bilancia dell'atteggiamento del fumatore verso il proprio vizio. A questo punto potranno discutere del problema del fumo con maggiore obiettività, e di come esso affligga loro e gli altri.

Tali fumatori, che sono infelici di continuare a fumare, sono noti come "fumatori dissonanti". Come già detto al Capitolo 6, questa fase è spesso un passo necessario verso l'abbandono del fumo.

Idee per agire

Le azioni pratiche che il nucleo antifumo della AMN intraprende nel campo di abbandono del fumo dipenderanno dalla sua lettura di cosa sia più utile, ma si potrebbe anche

Il rinnego dei fumatori

Più i fumatori sentono parlare dei pericoli del fumo, più una parte della loro mente riconosce di dover smettere di fumare. Per i medici, che possiedono una maggiore conoscenza dei problemi della salute, questa parte della mente si fa sentire di più. Il buon senso vorrebbe trovare risposta alla domanda più ovvia: *Perché, pur sapendo tutto ciò, continuano a fumare?*

Se i fumatori non riconoscono la loro dipendenza dal fumo, l'unica spiegazione plausibile per i non addetti è che il fumo, dopotutto, non è un problema così grave.

Questa concezione, però, non regge ad un'analisi più attenta, perciò i fumatori tentano di cambiare l'oggetto della discussione. Una delle reazioni è di contrattaccare con accuse di violazione della loro libertà, o di vittimizzazione. Possono adottare una resistenza aggressiva ogni volta che si menziona il fatto che fumano. In realtà rinnegano il proprio problema, che non è solo quello di essere un fumatore, ma bensì un medico che fuma, e perciò un cattivo esempio per gli altri.

I fumatori dipendenti che non ammettono la propria dipendenza spesso temono l'ammissione implicita di non avere il pieno controllo della propria vita. Questo costituisce una minaccia ed è incongruente con l'immagine che hanno di sé, specialmente per i medici, che sono responsabili per la salute e perfino la vita di altri.

prevedere di affrontare il problema di petto, con l'organizzazione di incontri o servizi di consulenza in vari luoghi, per offrire un aiuto solidale e ricco di informazione per aiutare chi fuma a smettere.

La stampa medica

- La citazione dei risultati di un'indagine sul fumo fra i medici può portare in modo naturale ad informare sui metodi ed i benefici dell'abbandono di questa loro abitudine.
- La copertura stampa regolare di altri argomenti legati al fumo offre l'occasione di ricollegarsi al tema dei medici fumatori, rinforzando il messaggio a favore dell'abbandono del fumo.
- Le pubblicazioni mediche o le sedi locali della AMN potrebbero lanciare dei concorsi per raccogliere le idee migliori per incoraggiare i medici a smettere di fumare.

Passare in rassegna il portafoglio investimenti della AMN

Molte AMN possiedono o gestiscono investimenti, sia direttamente che come parte del programma pensionistico per i propri membri ed il personale. È abbastanza comune trovare azioni delle industrie del tabacco nei portafogli d'investimento generale, e se questo venisse reso noto (il che potrebbe succedere improvvisamente), potrebbe essere imbarazzante.

Le AMN dovrebbero passare in rassegna il proprio portafoglio di investimenti e vendere qualunque partecipazione nell'industria del tabacco ed incoraggiare altre organizzazioni sanitarie a fare altrettanto. È ovviamente improprio per qualsiasi organizzazione impegnata nella

L'appello della Polonia

L'Associazione Medica Polacca ha comunicato di aver lanciato un'appello a tutti i suoi membri esortandoli a smettere di fumare, un appello ripetuto ogni anno nell'agenda medica. L'appello si conclude con questa commovente frase:

“Noi crediamo che il nostro rinato libero paese possa gradualmente venire liberato dal flagello della dipendenza da nicotina, ed i medici polacchi saranno i primi in Europa a dare l'esempio della ragione, della forza di volontà e dell'atteggiamento patriottico.”

“Floreat res medica!”

(“Lunga vita alle cose mediche!”)

salvaguardia della salute trarre profitto dal tabacco ed inoltre, pubblicare che essa si sta liberando delle azioni nell'industria del tabacco può favorire il processo di marginalizzazione del fumo in seno alla società.

Se gli investimenti sono retti da regolamenti che stipulano che soltanto il potenziale guadagno governa la politica degli investimenti (come può essere il caso nei fondi pensionistici), le AMN dovrebbero rivedere i regolamenti. Altrimenti, potrebbero decidere di creare fondi alternativi privi di partecipazioni nell'industria del tabacco.

Riferimento

1 Fowler G. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Respir Res* 1997;28:169.



Dopo le accese critiche di carattere etico mosse da diverse organizzazioni per la lotta contro il tabacco, due delle compagnie d'assicurazioni più grandi della Svezia vendettero tutte le azioni in loro possesso della compagnia Swedish Match. Qui sopra un membro dell'associazione “Doctors Against Tobacco” (dottori contro il tabacco) distribuisce un rapporto annuale “alternativo” agli azionisti della Swedish Match a Stoccolma (Svezia) nel marzo 1997. In *Tobacco control—Swedish style*, per gentile concessione dell'Istituto Nazionale per la Salute Pubblica, Stoccolma, Svezia. Fotografia: Anders Kallersand.

10 Lotta antifumo: iniziative per le associazioni mediche

Questo capitolo descrive come i medici, operando per mezzo delle loro associazioni mediche nazionali, possano portare la campagna antifumo al di fuori delle sfere mediche. Analizza l'interazione fra i medici e gli altri settori della società—ovvero, la collaborazione intersettoriale.

In questo capitolo

- Formulare un piano d'azione antifumo
- Collaborare con altre organizzazioni sanitarie
- Avvalersi dei mass media
- Collaborare con i politici
- Campagna per bandire il fumo dalle strutture sanitarie
- Influenzare la formazione medica
- Creare un organo per la lotta antifumo
- Compilare un rapporto nazionale sul fumo da usare come punto di partenza
- Eseguire regolari indagini e valutazioni

Formulare un piano d'azione antifumo

Come è stato ricordato al capitolo precedente, il requisito più importante è che l'AMN si doti di uno speciale nucleo antifumo con la funzione di formulare e mettere in pratica il piano. In questo capitolo si presume che tale nucleo esista.

La AMN e la politica antifumo nazionale

Nel pianificare le attività dell'AMN vanno tenuti a mente i principali aspetti della politica nazionale per la lotta contro il fumo, in modo da capire come inserire i medici in questa strategia. Si dovrebbe quindi fare riferimento al prossimo capitolo che tratta della politica antifumo.

Esiste una politica antifumo nazionale?

Le priorità iniziali della AMN verranno determinate dall'esistenza o meno di una politica antifumo nazionale.

Se tale politica esiste, sia essa promulgata dallo Stato, o frutto dell'accordo fra le principali associazioni mediche e sanitarie, tutte le attività dell'AMN dovranno essere in linea con i punti programmatici di tale politica. Tali attività, come indicato di seguito, dovranno venire concertate con le altre organizzazioni sanitarie, ed in particolare con quelle che fanno parte di una lega antifumo.

Se una tale politica non esiste a livello nazionale, la sua stesura costituisce una prima importante occasione d'agire per l'AMN, che poi la dovrà diffondere ampiamente, per

ottenere l'appoggio del maggior numero possibile di altre organizzazioni nel richiedere al governo di adottarla al più presto.

Armarsi per la battaglia

È importante che i leader delle associazioni mediche siano consapevoli che quella in cui si imbarcano è una guerra lunga e logorante, con dure battaglie contro i difensori degli interessi dell'industria del tabacco. Ma come tutte le guerre, anche questa offre responsabilità e opportunità che fanno emergere il meglio nelle persone che stanno dalla parte della giustizia, unendole nella causa comune.

Priorità di base

Ci sono aspetti del programma nazionale antifumo che la AMN può iniziare a mettere in opera da sola, come la continua attività di informazione del pubblico, e—a seconda delle risorse—una parte dello sforzo educativo del pubblico.

Gli altri punti prioritari per l'AMN sono:

- Stesura di un programma modello se non ne esiste già uno
- Ottenere il massimo appoggio da organizzazioni e personalità in grado di influenzare i politici
- Pianificare e coordinare una campagna di pressione per la sua applicazione
- Monitorare ogni fase del processo e coordinare una strategia per attenersi al piano
- Organizzare o esercitare pressione per la stesura di un rapporto di riferimento, contenente un numero limitato di dati attendibili e aggiornati sulla situazione del fumo nel paese.

Una materia ampia e complessa ...

È importante che i membri della AMN siano consapevoli della complessità della lotta antifumo, motivo per il quale si consiglia di nominare degli specialisti per formare il nucleo antifumo.

È altresì importante che la AMN si renda conto che l'ottenimento di risultati misurabili nella lotta antifumo nazionale richiede tempi lunghi. Non è il tipo di attività adatto a coloro che si scoraggiano se non vedono risultati immediati ...

La pubblicazione di un rapporto di riferimento può costituire un ideale trampolino per il lancio di una campagna a favore di un'efficace lotta contro il fumo, e l'argomento viene sviluppato alla pagina 42.

Interessi costituiti

Le campagne nazionali antifumo non portano solo a scontri della AMN con il governo, ma anche ad opporsi a potenti forze commerciali. Le compagnie internazionali del tabacco capeggiano le battaglie contro ogni misura efficace, ma vengono appoggiate, almeno in un primo tempo, da altri attori aventi interesse a mantenere minime le restrizioni sul fumo. Queste comprendono compagnie impegnate nella pubblicità, nella stampa di giornali e periodici, nella radio e telediffusione (sempre che la pubblicità per le sigarette sia ancora permessa in radio o in TV), nella distribuzione al dettaglio e all'ingrosso, ed i dipendenti del settore del tabacco.

Inoltre, tra gli alleati più potenti dell'industria del tabacco ci sono gli enti sportivi ed artistici che hanno ceduto alla tentazione delle sponsorizzazioni dell'industria del tabacco e che ne dipendono a tal punto da difenderla.

Collaborazione con altre organizzazioni sanitarie, comprese le associazioni di categoria

Il processo per lo sviluppo di una politica comune per la lotta antifumo può portare a risultati che vanno ben al di là della creazione di una forte lobby antifumo. I contatti stabiliti, la fiducia conquistata, e la suddivisione in senso collaborativo di compiti e risorse può portare ad un miglioramento della collaborazione intersettoriale in molti campi.

Una coalizione antifumo

Il miglior modo per operare con altri professionisti è per mezzo di una coalizione—un gruppo di organizzazioni che appoggiano l'obiettivo comune contenuto nella bozza program Lotta antifumo: iniziative per le associazioni mediche di una politica antifumo. Delle riunioni regolari, la condivisione delle conoscenze e le attività congiunte possono apportare la massima energia alla campagna.

Se non esiste una coalizione, la AMN è l'organizzazione più indicata per lanciarne una. Può rivolgersi a:

- Altre organizzazioni mediche, specialmente quelle che rappresentano medici con esperienza clinica o di ricerca nelle malattie associate al fumo
- Dentisti
- Organizzazioni infermieristiche e paramediche
- Farmacisti
- Associazioni contro il cancro, le malattie cardio-vascolari e polmonari
- Enti per la promozione della salute e per l'istruzione sanitaria.

Ad un certo punto, l'AMN dovrebbe cercare di ampliare la coalizione includendovi rappresentanti di altri enti che non operano principalmente nel settore sanitario, ma che appoggiano l'azione antifumo. Essi comprendono:

- Enti educativi
- Gruppi di tutela dell'infanzia
- Organizzazioni femminili
- Organizzazioni di consumatori

Una posizione sindacale sul tabacco

Anche se inizialmente i sindacati dei lavoratori del settore del tabacco riescono a ritardare una grande dimostrazione di appoggio alla politica antifumo a tutela della salute, è probabile che con il tempo mutino posizione.

I loro membri, se abbastanza istruiti, saranno in grado di vedere che i loro interessi non coincidono con quelli dei datori di lavoro, e che gli industriali del tabacco non hanno a cuore il benessere dei dipendenti; infatti scompaiono molti più posti di lavoro per mezzo della sempre maggiore automazione, che a causa del declino nelle vendite.

- Enti sportivi e culturali
- Leader e gruppi religiosi
- Sindacati del lavoro.

A seconda del responso da parte di tali organizzazioni, l'AMN potrebbe invitarle a nominare dei rappresentanti per un incontro durante il quale venga istituito un comitato di coordinamento che assicuri la massima efficienza collaborativa nella lotta antifumo.

Collaborazione con i media

Si dovrebbe fare riferimento alla sezione del capitolo precedente in merito alla collaborazione con la stampa medica (pagina 36). Molti degli stessi principi valgono quando si collabora con la stampa generalista sulla questione del fumo.

Creazione di un elenco di portavoce stampa esperti

Per i giornalisti estranei al mondo medico sarà particolarmente utile poter contattare prontamente medici ed altre persone in grado di fornire pareri esperti e spiegazioni in tema di fumo. La AMN dovrebbe compilare un elenco con i nomi dei membri che offrono la propria disponibilità in tal senso e che sono esperti nella lotta antifumo.

L'AMN dovrebbe anche pensare ad organizzare brevi corsi di addestramento ai media per questi membri per metterli in condizione di rispondere alle argomentazioni dell'industria del tabacco. L'addestramento ai media viene trattato nel Capitolo 8.

Coordinamento

Il personale ed i membri della AMN che sono in contatto con dei giornalisti devono evitare di operare isolati, al fine di evitare doppi sforzi inutili o l'imbarazzo di argomentazioni dissonanti. Le AMN più grandi dispongono probabilmente di un addetto stampa, o un ufficio per gli affari pubblici, per coordinare il lavoro di stampa e media.

Giornalisti: contatto facile

I medici, o chiunque non sia esperto di contatti con la stampa, sono spesso sorpresi di vedere come la maggior parte dei giornalisti, anche quelli più noti e rispettati, siano facilmente contattabili, e che generalmente sono molto più accessibili di personalità dello stesso livello in campo medico o in altre professioni.

Collaborazione con i politici

I principi fondamentali della collaborazione con i politici a livello nazionale sono molto simili a quelli che i singoli medici adoperano con i loro politici locali, come spiegato al Capitolo 7. Quella sezione (pagina 27) offre dei suggerimenti su come indurre i politici a considerare vantaggiosa per loro la partecipazione a dibattiti ed altri eventi incentrati sulla lotta antifumo.

Le differenze principali nell'operare con politici a livello nazionale piuttosto che locale risiede:

- Nelle dimensioni dell'operazione di lobbying
- Nella necessità di monitorare ed analizzare i diversi approcci e programmi di tutti i principali partiti.

Monitoraggio

Questo dovrebbe includere l'annotazione dei discorsi e del modo di votare dei singoli politici in materia di salute. Sarà particolarmente importante distinguere quali di essi antepongono la salute agli interessi commerciali, e quali, invece, prendano posizioni anti-salutiste, in particolare a favore dell'industria del tabacco.

Lobbying

Le AMN più grandi potrebbero già avere in atto delle funzioni di lobbying parlamentare con del personale che ha creato buoni rapporti con i politici sensibili ai problemi della salute. Se l'esperienza non è acquisita, è possibile acquistare i servizi da vari consulenti, anche se a lungo termine l'uso più appropriato delle risorse si ha se è il personale della AMN ad espletare tale funzione.

Altrimenti, un'altra delle organizzazioni facenti parte della coalizione, di provata esperienza nel settore—magari un'associazione specializzata nella lotta antifumo (vedi sotto)—potrebbe farsi carico di questo compito.

Tra le attività di lobbying continuo dovrebbero figurare:

- Riunioni regolari con i politici simpatizzanti
- Sottoporre proposte ai politici incaricati dell'esame dei problemi di salute
- Esaminare l'agenda parlamentare per individuare ogni occasione di mettere avanti il problema del fumo
- Scrivere e distribuire briefings ai politici chiave, per aiutarli ad utilizzare al meglio le proprie occasioni di propugnare la causa antifumo
- Riunioni con il ministero della salute
- Riunioni tenute durante i congressi dei partiti politici, che offrono contatti con i principali esperti di salute del partito
- Informare i giornalisti politici delle notizie più recenti in merito all'azione politica (o alla sua mancanza) intrapresa nei confronti del fumo.

Le lobby ed il divieto di pubblicità in Europa

Le pressioni politiche da parte delle associazioni mediche sono state un elemento principe nella presentazione ai membri del Parlamento Europeo delle argomentazioni a tutela della salute per l'adozione della direttiva UE sul divieto della pubblicità del tabacco, una battaglia durissima ma vittoriosa contro gli enormi sforzi delle lobby del tabacco. Molte associazioni mediche europee esercitano pressioni sui propri governi e politici tramite proprie lobby. Tra i paesi in cui ciò accade ci sono Armenia, Norvegia, Polonia e Slovacchia.

Campagne per strutture sanitarie libere dal fumo

Questo sarà probabilmente uno dei primi grandi passi della AMN nella sua lotta antifumo.

È probabile che la AMN abbia già membri attivi—pneumologi, cardiologi, medici specializzati in salute pubblica ed altri—che hanno preso una posizione ferma in lunghi anni di esercizio. Se è così, essi dovrebbero venire invitati a far parte del nucleo antifumo, o a dirigere uno dei sottogruppi dediti al problema.

Ci sono numerose ragioni per esercitare pressione a favore di strutture sanitarie libere dal fumo:

- Ci sono fortissime argomentazioni per vietare il fumo nelle strutture sanitarie
- Sono luoghi in cui i medici hanno maggiore influsso
- I medici hanno il dovere morale di mettere ordine in casa propria, per proteggere pazienti e personale, e per servire da esempio per gli altri.

Questa è un'area specialistica con un proprio corpus di ricerca e ricca di esperienza accumulata nel mondo. In tal senso, le AMN di altri paesi saranno in grado di condividere le proprie esperienze.

Obiettivi generali

Come nel caso delle politiche che colpiscono il fumo in luoghi pubblici, l'obiettivo è quello di rendere l'assenza di fumo norma nelle strutture sanitarie, in modo che i non fumatori non debbano mai esporsi al fumo, con aree per fumatori permesse solo in certi luoghi e in date circostanze. I principi generali vengono illustrati alle pagine 52–53.

Influenzare i contenuti dell'insegnamento medico, e motivare gli studenti di medicina

Questo è un settore dove la AMN può ovviamente utilizzare la propria autorità e l'influenza dei suoi membri per operare importanti cambiamenti.

- Va stilato un elenco di scuole di medicina ed usati i contatti esistenti all'interno della scuola creandone anche di nuovi
- Una conferenza sull'insegnamento della problematica del tabagismo agli studenti di medicina è una delle strade da esplorare dal nucleo antitabacco dell'AMN
- Costituire un organo dedicato alla lotta antifumo con funzione informativa del pubblico.

Siccome le campagne antifumo sono attività a lungo termine in cui le capacità particolari costituiscono un vantaggio, vale la pena considerare di istituire una

La campagna ospedaliera in Lituania

Presso la Clinica Universitaria di Kaunas, uno dei maggiori ospedali del paese, un progetto per un ospedale libero da fumo cerca di dare applicazione ad una politica antifumo razionale; riduzione della quantità di sigarette fumate sia fra i medici che fra i pazienti, incoraggiando entrambi i gruppi a smettere; evitare che gli studenti inizino a fumare.

organizzazione speciale. Essa può intraprendere il lavoro di promozione della causa descritto nella sezione che si occupa dell'informazione del pubblico nel prossimo capitolo (pagine 49–51).

Vi sono indubbiamente dei vantaggi a disporre di uno speciale gruppo per la promozione della lotta antifumo.

- Il personale ed i volontari di tale organizzazione acquisteranno ben presto esperienza ed accumuleranno informazioni dettagliate
- Il personale delle AMN ha spesso anche molti altri impegni, e quindi minor tempo per un pieno coinvolgimento
- Gli specialisti potranno tenersi al corrente degli ultimi sviluppi più facilmente, comprese le notizie internazionali, grazie ad un monitoraggio più intenso della stampa e delle notizie politiche, ed anche ad un contatto più stretto con i colleghi esteri (per mezzo del sistema di comunicazione elettronico GLOBALink—vedi Appendice 3)
- Il fatto di dedicarsi esclusivamente alla lotta antifumo e di non essere in competizione con altri enti sanitari per i fondi di finanziamento farà sì che esso non susciterà quei conflitti di interesse che a volte possono ostacolare la comunicazione e collaborazione intersettoriali fra potenziali rivali.

Il finanziamento sarà un importante punto da chiarire all'inizio. La AMN e gli altri gruppi impegnati nella lotta antifumo dovranno investire del tempo per persuadere degli enti concessori di fondi, come le associazioni contro il cancro, le malattie cardiovascolari e polmonari, che i fondi investiti nella lotta al fumo costituiscono una parte essenziale del lavoro di prevenzione.

Possono passare mesi o perfino anni prima che si consolidi l'opinione condivisa che un ente per la promozione della lotta antifumo sia necessario per dirigere la campagna di informazione del pubblico.

Probabilmente il miglior modello per una organizzazione di questo tipo è quello fondato della AMN, ma con rappresentanti nel direttivo di un ampio ventaglio di interessi. In realtà la direzione dovrebbe rispecchiare l'insieme della coalizione antifumo descritta in precedenza.

Rapporto di riferimento sul fumo

Un rapporto di riferimento nazionale sul fumo illustra in modo approfondito il problema del fumo nel paese, e presenta i passi prioritari per risolverlo. Se tale documento manca, la AMN dovrebbe ordinarne uno, o esercitare pressioni sul governo affinché ne ordini uno.

Siccome esso si basa su misure scientifiche del problema, tale rapporto attirerà l'attenzione di altri gruppi di tutela della salute, nonché dei politici e della stampa.

Esso può quindi costituire uno strumento valido non soltanto per inserire la lotta antifumo nell'ordine del giorno per la discussione ai livelli più alti, ma anche per rinsaldare i legami con altri gruppi medici e sanitari, che potrebbero lasciarsi convincere a entrare in una coalizione e a partecipare alla campagna per un'azione efficace.

Un rapporto di riferimento dovrebbe indicare:

- La storia del consumo di tabacco
- Attuali e probabili future modalità di consumo

- Modelli e proiezioni delle malattie generate dal fumo
- Raccomandazioni per azioni miranti a ridurre al minimo questo inutile carico di sofferenza umana, con le cure ed i costi che comporta.

Ogni volta che ciò sia possibile il rapporto dovrebbe ricevere l'appoggio di tutti gli enti medici più prestigiosi del paese. Dovrebbe poi venire presentato al ministro della sanità e ad altri leader e politici nazionali chiedendo loro che venga legiferato nel senso delle misure antifumo raccomandate.

Un rapporto di riferimento dovrebbe comprendere:

- *Cifre per le tendenze prevalenti del consumo di tabacco*, specialmente tra gruppi influenti come i membri di varie categorie professionali, tra cui i medici, ma anche donne e giovani. Le indagini in seno ad alcuni di questi gruppi possono venire effettuate da studenti sotto il controllo di uno scienziato competente, come un medico specializzato in salute pubblica o un epidemiologo in grado di fornire direttive.
- *Un'indagine sulle malattie collegate al fumo nel paese*: se non si dispone di alcuna statistica attendibile a livello nazionale, può darsi che si debba ricorrere alle cartelle cliniche ospedaliere, a cui si aggiunge l'esperienza dei medici più anziani che hanno notato dei cambiamenti nella prevalenza del cancro ai polmoni o delle malattie cardio-vascolari fra i loro pazienti.
- *Previsioni per la futura incidenza delle malattie causate dal fumo* che tengono conto delle tendenze nei consumi. Coloro che diventano fumatori durante l'adolescenza hanno una possibilità su quattro di incorrere in una morte prematura da adulti (prima dei 65 anni) come conseguenza. Siccome una gran parte degli uomini fuma ancora nella maggior parte dei paesi europei, questo può condurre alla perdita di molti validi membri della società.
- *Un'analisi dell'esperienza di altri paesi*—questa si può fare partendo da molte fonti, e numerose organizzazioni internazionali e nazionali possono venire contattate in merito.
- *Una descrizione dell'operato delle industrie del tabacco*, specialmente delle multinazionali, con le marche che commercializzano ed i modi in cui le promuovono. Vanno inclusi anche esempi di promozione, in particolare quelle che sembrano dirette ai bambini ed agli adolescenti, o le azioni con cui l'industria del tabacco cerca di influenzare i politici.
- *Una breve analisi economica del tabacco*. In un secondo tempo si possono fare degli studi più approfonditi delle conseguenze economiche della coltura del tabacco, che possono essere molto diverse da quelle della percezione comune.

La AMN dovrà pensare attentamente a come il rapporto di riferimento possa venire utilizzato, specialmente al momento della pubblicazione. Per esempio potrebbe patrocinare un convegno in cui coinvolgere dei leader nazionali, magari co-sponsorizzato dal ministero della sanità. Si dovrebbe prevedere un ampio lasso di tempo per informare i giornalisti in anticipo, e per concordare con i politici amici un piano d'azione che possa assicurare al rapporto una posizione di rilievo nel dibattito pubblico e politico.

Indagini e valutazioni regolari

Una parte essenziale della lotta antifumo è di eseguire indagini ad intervalli regolari per monitorare l'andamento del programma e misurare la conoscenza e l'atteggiamento del pubblico nei confronti del fumo, in modo da poter valutare ed eventualmente correggere ogni aspetto della campagna antifumo.

Se il governo si impegna seriamente nella lotta contro il fumo, allora questa funzione farà parte delle misure adottate, ed il lavoro verrà commissionato dal ministero della sanità, o da qualche altro ente che agisca in sua vece.

Tuttavia, se l'impegno del governo nella lotta al fumo non è totale, sarà compito di altre organizzazioni tentare di raggiungere gli obiettivi fissati. In tal caso la AMN può decidere di mettersi al timone. Può commissionare o intraprendere questo lavoro da sola, o esercitare pressioni su altri a questo fine.

Supponendo che la AMN funga almeno da catalizzatore nei lavori di indagine e valutazione, i seguenti punti andranno analizzati più approfonditamente:

- Indagini continue su *consumo di tabacco prevalente, mortalità, e morbosità* sono necessarie per misurare le dimensioni del problema regolarmente, per illustrare il bisogno di misure preventive e per valutare l'efficacia di tutte le misure antifumo su base continua. L'impiego dei criteri e delle linee guida dell'OMS per le indagini di prevalenza è utile per poter poi confrontare i dati a livello internazionale.
- Le indagini sull'*atteggiamento del pubblico* nei confronti del fumo sono particolarmente importanti, per fare in modo che le misure preventive e l'educazione sanitaria vadano nel senso dei valori della popolazione. Tali indagini dimostrano al governo il livello di sostegno popolare per le misure antifumo—e spesso questo risulta significativamente maggiore di quanto il governo non si aspetti.

- Indagini sull'*impatto economico del tabacco* sono anch'esse molto importanti, perché dimostrano che il tabacco non è solo fonte di tasse e di proventi dalle esportazioni, ma che è anche causa di perdite e costi. Fra questi ci sono i costi dell'assistenza medica, di perdita di produttività, di assistenza sociale dovuti a morti premature e handicap, incendi, raccolta rifiuti e l'uso di terre coltivabili che potrebbero venire impiegate per produrre alimenti o colture alternative. Nella maggior parte dei paesi che coltivano il tabacco, la gran parte del raccolto serve a soddisfare la domanda interna, cosa che naturalmente rimette in questione il contributo economico che esso offre rispetto a colture alternative, senza considerare i costi sempre crescenti occasionati dalle malattie collegate al fumo al servizio sanitario.
- La valutazione del *successo* di ogni misura antifumo è anch'essa molto importante, per concentrarsi in futuro sulle misure più efficaci. Essa comprende l'analisi dell'effetto che ogni iniziativa antifumo ha sull'industria del tabacco. Il livello di efficacia viene normalmente indicato dalla resistenza o dai tentativi di sabotaggio opposti dalle società produttrici di tabacco.

Nell'ambito di quest'ultimo punto vanno ricordate due importanti regole della lotta antifumo, dibattute più ampiamente in altre parti del libro:

- Se ognuna delle iniziative della politica antifumo del governo non trova feroce opposizione da parte dell'industria del tabacco, essa va analizzata per capire perché—forse non è efficace.
- Se l'industria del tabacco accoglie o incoraggia certe misure, o cerca di attirare verso di esse l'attenzione, come con la “modifica dei prodotti”, o con l'educazione sanitaria nelle scuole, allora il governo dovrebbe prestare attenzione a tali misure, per lo meno nella loro forma di proposta, in quanto potrebbero rivelarsi inefficaci nella riduzione dei consumi di tabacco.

11 Politica di controllo del tabacco

Questo capitolo descrive gli elementi chiave di una politica di controllo del consumo di tabacco su scala nazionale. Verrà anche fatto riferimento al programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dal titolo "Third action plan for a tobacco-free Europe 1997-2001" (*Terzo programma d'azione per un'Europa senza fumo 1997-2001*).¹

In questo capitolo

Da molti anni gli esperti sono concordi nel sostenere che per un controllo efficace del consumo di tabacco è necessario sviluppare una politica di controllo di ampio respiro sostenuta da una legislazione nazionale severa e adeguatamente controllata.

L'elemento essenziale è la legislazione, non l'autoregolamentazione. Essa dovrebbe coprire i seguenti aspetti:

- Divieto di ogni tipo di promozione del tabacco
- Aumento dei prezzi attraverso misure fiscali
- Programmi di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica
- Forti e chiari messaggi d'avvertimento concernenti la salute
- Norme mirate a vietare il fumo nei luoghi pubblici
- Divieto di vendita di tabacco ai bambini
- Riduzione del livello di tossicità del tabacco
- Sostegno a chi smette di fumare
- Riduzione della coltivazione di tabacco e abolizione di ogni sussidio
- Eventuali rimedi di tipo legale
- Monitoraggio e valutazioni costanti

La necessità di una legislazione di ampio respiro

Per più di 25 anni, esperti di alto livello nonché diverse organizzazioni in tutto il mondo hanno esaminato i problemi connessi al consumo di tabacco, indicando le vie da seguire per prevenire fenomeni patologici, di invalidità o di morte prematura che tale consumo comporta.

Da diversi anni esiste ampio consenso su come agire per risolvere questo problema. Gli esperti suggeriscono una politica di ampio respiro che investa il maggior numero di aspetti e che sia sostenuta da una legislazione ferrea, severamente applicata e controllata.

Attenzione: i risultati richiedono tempo

È importante non dimenticare che il controllo del consumo di tabacco richiede tempo, monitoraggio e valutazioni costanti, nonché eventuali miglioramenti e adeguamenti. È importante che i politici e gli esperti in materia di salute ne siano consapevoli affinché non nutrano speranze irrealistiche e si impegnino a lavorare in modo continuativo.

Gli esperti sono concordi sulla politica da seguire

Tra le autorità che hanno affrontato il problema del tabacco, soprattutto per un lungo periodo di tempo, e che hanno raccomandato una legislazione simile a quella riassunta in questo libro vi sono:

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità
- L'Unione Internazionale contro il Cancro (UICC)
- La United States Surgeon General
- Il Consiglio Europeo dei Ministri della Sanità
- Le Associazioni Mediche Europee per la Lotta al tabagismo e per la Salute (EMASH))
- Forum Europeo delle Associazioni Mediche
- Associazione Medica Mondiale

Innumerevoli altre organizzazioni a livello internazionale, nazionale e regionale hanno pubblicato relazioni che hanno fornito un contributo importante alle conoscenze in materia di danni alla salute legati al fumo e fornito raccomandazioni e suggerimenti fondamentali.

Il riassunto sopra riportato illustra le principali misure indicate dagli esperti e, secondo un'idea più recente, la necessità di una nuova normativa contro l'industria del tabacco.

Occorre inoltre condurre due tipi di ricerca di base in materia di politica generale di controllo del tabacco, in modo particolare nei paesi in cui l'azione è stata più limitata:

- La redazione di una relazione di base
- La conduzione di indagini costanti per valutare i progressi compiuti e il livello di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul fumo, al fine di operare le giuste modifiche e valutazioni di ciascun aspetto della politica di controllo.

Il ruolo delle Associazioni Mediche Nazionali (AMN), nella promozione di questi tipi di ricerca è stato affrontato nel capitolo precedente.

È importante ora considerare un ulteriore aspetto: a differenza, ad esempio, di molte epidemie di malattie infettive o altri problemi di salute pubblica legati alla guerra o alle calamità naturali, nelle patologie causate dal fumo vi è un ulteriore aspetto di importanza cruciale: una delle industrie più grandi e potenti del mondo si oppone direttamente a quasi tutte le misure già citate.

Una politica efficace comporta la riduzione delle vendite

Quando si stabilisce che non esiste alcuna sigaretta che possa dirsi innocua, la conseguenza è semplice:

Il successo della politica di controllo del tabacco comporta un crollo nei fatturati delle industrie produttrici e manifatturiere del tabacco.

Questa verità essenziale deve essere riconosciuta all'inizio di qualsiasi programma di controllo sul tabacco. Ciò significa

“Tavolo dei ministri e non tavolo operatorio”

“La soluzione a molti dei problemi sanitari dei nostri giorni va ricercata in Parlamento e non nei dipartimenti di ricerca dei nostri ospedali. Per il futuro paziente, la risposta non sarà il tavolo operatorio, bensì la prevenzione garantita dalle decisioni prese dai ministri.” Sir George Young, un Ministro della Sanità britannico che ha compreso la politica da perseguire nei confronti del consumo di tabacco.

Affrontare le patologie legate al fumo significa opporsi direttamente agli interessi dell'industria del tabacco. Alcuni membri delle AMN potrebbero non essere del tutto favorevoli in un primo tempo, poiché il loro lavoro potrebbe assumere un carattere eccessivamente “politico”.

Il problema è effettivamente di carattere politico, per quanto non sia legato ad un partito politico specifico. La lotta alle patologie legate al fumo ha infatti un carattere prettamente politico, ma essa rappresenta anche uno dei settori più gratificanti della Pubblica Sanità. Infatti molti membri delle AMN così come molte organizzazioni e singoli individui, una volta venuti a conoscenza del problema nei dettagli, desiderano unirsi a questa battaglia, una battaglia in nome della giustizia che, come ogni tipo di conflitto, può far emergere le qualità migliori in coloro che vi sono impegnati.

Le AMN svolgono un ruolo cruciale nel garantire che i politici intraprendano un'azione efficace.

che una politica efficace incontrerà estrema resistenza da parte delle industrie la cui documentazione interna, resa pubblica in sede di dibattito nelle corti degli Stati Uniti, dimostra che esse sono pronte a tutto pur di raggiungere i loro scopi. D'altro canto, qualora le misure antifumo non incontrino alcuna resistenza da parte delle industrie, allora ciò dimostrerebbe l'inefficacia delle misure adottate.

Legislazione, non autoregolamentazione

Prima di considerare nei dettagli ogni singolo elemento di una politica modello di controllo è essenziale esaminare l'importanza di una legislazione di ampio respiro quale strumento di applicazione della politica, anziché ricorrere all'autoregolamentazione o ad altre misure parziali o di scarsa efficacia.

La legislazione risulterà efficace solo se sarà:

- Di ampio respiro
- Rigorosamente monitorata
- Applicata in modo severo.

Ogni anno diventa sempre più evidente che una politica di controllo sul fumo non raggiunge la sua massima efficacia senza una legislazione. Le grandi multinazionali produttrici e manifatturiere del tabacco, di fronte alla crescente opposizione da parte di campagne per la salute stanno diventando più combattive e astute nell'aggirare le norme meno ferree. Ciò si verifica soprattutto in quei paesi europei dove manca una legislazione di ampia efficacia.

Che cos'è l'autoregolamentazione?

L'autoregolamentazione della politica di controllo del fumo prevede il seguente scenario:

“Noi consigliamo l'autoregolamentazione”, firmato l'industria del tabacco

Le industrie produttrici e manifatturiere del tabacco cercano costantemente di convincere i governi che l'applicazione di una politica di controllo attraverso l'autoregolamentazione o “accordo volontario” sia preferibile alla legislazione. Ciò avviene perché esse sanno che l'autoregolamentazione influisce meno sulle loro vendite. Secondo le industrie, i tentativi condotti in alcuni paesi dimostrano che il sistema dell'autoregolamentazione “è estremamente efficace”. Spesso vengono citate le affermazioni di Ministri della Sanità incompetenti che, sfortunatamente, possono rivelarsi convincenti per altri governi. L'autoregolamentazione è efficace in termini di vendite di tabacco ma non in termini di salute.

- Il governo e le industrie produttrici di tabacco stabiliscono di comune accordo una serie di norme che regolano solitamente i modi in cui le sigarette possono essere pubblicizzate e quali avvertimenti per la salute devono essere riportati
- Le industrie poi accettano di conformarsi alle norme stabilite
- Il governo promette di non introdurre controlli o legislazioni più ferree o di prevenire che tali azioni siano intraprese (ad esempio, per iniziativa di un singolo politico).

La verità è che l'autoregolamentazione è “molto efficace” e “funziona molto bene” per le industrie produttrici di tabacco. Essa è tuttavia tutt'altro che efficace dal punto di vista della tutela della salute. Un sistema di autoregolamentazione o di “accordi volontari” sulla pubblicizzazione del tabacco conduce soltanto a metodi sempre più frequenti e sofisticati per eludere la normativa e vanificare gli sforzi del governo.

I difetti dell'autoregolamentazione

Le principali carenze dell'autoregolamentazione della politica antifumo sono le seguenti:

- Non ha un vasto campo di azione, bensì è selettiva in quanto molti tipi significativi di promozione del tabacco sono esclusi dalle norme
- Essa coinvolge numerosi ministeri e dipartimenti diversi che operano spesso in direzioni opposte
- La natura volontaria del sistema fa sì che le industrie abbiano poco da perdere in caso di mancata osservanza o qualora rifiutino di accettare misure più severe, a condizione che non vi sia una reale minaccia di legislazione
- I numerosi incontri tra ministri e funzionari da un lato, e rappresentanti dell'industria pubblicitaria, dell'editoria e della vendita al dettaglio dall'altro, fanno sì che i negoziati per nuove norme possano richiedere anni. Questo fornisce alle industrie produttrici e manifatturiere di tabacco tutto il tempo per mettere a punto il modo per eludere le restrizioni già in fase di trattativa
- Il Ministero della Sanità, essendo una delle parti nell'accordo di autoregolamentazione, è praticamente impotente
- Un governo che cerca di controllare il commercio del tabacco tramite l'autoregolamentazione è obbligato a difendere tale metodo, poiché fare altrimenti significherebbe ammettere i propri errori e la propria debolezza. Questo ritarda l'attuarsi di riforme e dà un cattivo esempio ad altri paesi.

L'attaccante diventa arbitro

Nonostante il Ministro della Sanità sia l'autorità competente per l'avvio e l'applicazione di un controllo del tabacco, un sistema di autoregolamentazione che coinvolge il governo relega il Ministro al rango di semplice osservatore o, ancor meglio, di mediatore nello scontro che vede la salute da un lato e l'industria del tabacco dall'altro. È come se il giocatore migliore di una squadra di calcio fosse costretto ad abbandonare la squadra e divenire arbitro.

Una partita a Risiko tra ministri

Nello schema classico dell'autoregolamentazione, i ministri si trovano l'uno di fronte all'altro. Il Ministro dello Sport, ad esempio, vorrebbe che l'industria privata sponsorizzasse le attività sportive il più possibile, ma la sponsorizzazione degli eventi sportivi da parte dell'industria del tabacco produce esattamente l'effetto contrario di quello auspicato dal Ministero della Sanità, vale a dire evitare, tra le tante cose, che il fumo sia associato alle qualità di benessere e divertimento proprie dello sport. Questa associazione spiega perché l'industria del tabacco sponsorizza gli eventi sportivi.

Politica di controllo sul tabacco

Prima di esaminare nei dettagli ogni elemento di un modello di politica di controllo sul tabacco (illustrata all'inizio del presente capitolo), è importante soffermarsi su alcune osservazioni di carattere generale:

- In Europa ed in altri paesi si sta ricorrendo sempre più ad una legislazione di controllo sul fumo a vasto raggio di azione
- La legislazione vera e propria può essere relativamente semplice. Infatti, tanto più complesso è un testo di legge, quanto più è facile per l'industria del tabacco ed i loro avvocati aggirarlo
- Gli esperti internazionali hanno redatto alcuni modelli di disegni di legge per il controllo sul tabacco, i quali sono disponibili presso l'OMS: essi potrebbero comunque necessitare di modifiche a seconda dei sistemi legali vigenti in ciascun paese
- Le organizzazioni impegnate nel controllo sul fumo a livello nazionale ed internazionale aiuteranno le AMN e i governi per quanto concerne le campagne promozionali, la stesura e l'applicazione di una legislazione in merito.
- Le industrie produttrici e manifatturiere del tabacco intraprenderanno sicuramente un'azione legale per far fronte alla legislazione. Esse possiedono risorse quasi illimitate e non hanno nulla da perdere. Questo aspetto deve essere chiaro sin dall'inizio a tutti coloro che si battono per l'implementazione della legislazione, in quanto esso indica esplicitamente la potenziale efficacia della futura legislazione.

Il divieto della promozione del tabacco

Uno degli aspetti contro cui si battono maggiormente le industrie del tabacco riguarda la pubblicità dei loro prodotti in ogni sua forma.

Ciò distrugge il mito che le industrie cercano di creare secondo cui la pubblicità del tabacco non attrae i consumatori e fa aumentare le vendite, bensì spinge solo i consumatori a cambiare marca. Se questo fosse vero (e la documentazione interna delle industrie dimostra chiaramente il contrario), le industrie non investirebbero somme così ingenti nella pubblicità, bensì diminuirebbero i prezzi per incrementare la competitività dei loro prodotti.

Tipi di pubblicità del tabacco

Il tabacco viene pubblicizzato in molti più modi rispetto ad altri prodotti, come ad esempio:

- Pubblicità diretta attraverso la stampa e i cartelloni pubblicitari
- Pubblicità televisiva e radiofonica
- Sponsorizzazione di eventi sportivi e culturali
- Pubblicità indiretta attraverso il cosiddetto "brand stretching" (vedere in basso)
- Spot pubblicitari nei cinema
- Distribuzione di campioni gratuiti
- Distribuzione di coupon regalo
- Pubblicità tramite i punti vendita
- Attività di pubbliche relazioni
- Una serie di piani di promozione diretti ed indiretti

Pubblicità diretta ed indiretta

- Per pubblicità diretta si intendono tutte le forme di promozione diretta di una marca di sigarette e altri prodotti a base di tabacco
- La pubblicità indiretta comprende tutte le altre forme di promozione mirate a pubblicizzare una marca di sigarette in modo occulto: la sponsorizzazione e il "brand stretching" sono due delle forme più diffuse.

Ebbene, si tratta sempre di pubblicità che concerne il tabacco! Per le industrie del tabacco la sponsorizzazione è una pura e semplice forma di pubblicità, come indicano chiaramente migliaia di documenti interni resi pubblici in sede di controversia negli Stati Uniti. "La sponsorizzazione è una forma pubblicitaria che ci consente di aggiungere fascino ed entusiasmo" ha affermato un dirigente di un'industria del tabacco.

- La sponsorizzazione è il metodo più comunemente impiegato per aggirare i divieti sulla pubblicità. Oltre agli ovvi vantaggi della pubblicità, essa permette anche di:
- Ottenere il silenzio e il sostegno delle organizzazioni e di coloro che dovrebbero essere i primi alleati della salute, come ad esempio le federazioni sportive e le star del mondo dello sport
 - Ottenere il sostegno dell'opinione pubblica o piuttosto l'insorgere del pubblico qualora uno sport che dipende dai finanziamenti dell'industria del tabacco sia in pericolo a causa di norme antitabacco.

La soluzione è rappresentata dai fondi per la promozione della salute

Una soluzione al problema della sponsorizzazione da parte del tabacco è stata sperimentata in Australia, dove una piccola imposta complementare dà vita ad un vasto fondo che non solo garantisce la copertura delle spese statali per la ricerca medica e la promozione della salute, ma offre anche una forma alternativa di sponsorizzazione di eventi sportivi e culturali precedentemente sponsorizzati dall'industria del tabacco.

Il "brand stretching"

Le industrie produttrici e manifatturiere di tabacco cercano di aggirare le restrizioni sulla pubblicità e perfino i divieti (laddove la legislazione è debole o vaga) attraverso il cosiddetto "brand stretching". Per "brand stretching" si intende una tecnica per pubblicizzare le marche di sigarette tramite la promozione di altri prodotti utilizzando gli stessi colori, logo e caratteristiche tipici della marca di sigarette. Tra gli esempi più diffusi vanno citati gli stivali della Camel e gli abiti Marlboro.

Ciò sottolinea la necessità di mettere in atto una legislazione di ampio respiro che non consenta alcuna eccezione al divieto, applicata e monitorata in modo rigoroso. Sono molte le sentenze che hanno dimostrato l'efficacia di una legislazione rigida.

Il "brand stretching" è probabilmente la forma di pubblicità indiretta di prodotti a base di tabacco in maggiore espansione in Europa, particolarmente nei paesi dell'UE, e ciò è sicuramente dovuto al fatto che le industrie produttrici e manifatturiere confidano nel fatto che il diritto commerciale e gli accordi commerciali internazionali manterranno intatto questo tipo di promozione anche di fronte ad un divieto. Attualmente questa rappresenta una delle preoccupazioni maggiori dei Ministri della Sanità degli stati membri dell'UE impegnati a redigere la legislazione nazionale per l'attuazione della direttiva UE sulla pubblicità.

La pubblicità di prodotti a base di tabacco non deve in alcun modo essere in grado di aggirare i divieti.

Belgio: la corte respinge le obiezioni della difesa

In Belgio, le industrie produttrici e manifatturiere del tabacco incorsero in pesanti multe per aver violato le disposizioni sulla pubblicità vigenti nel paese, ovvero per aver promosso marche di sigarette utilizzando altri prodotti non direttamente associati al fumo. La corte si rifiutò di accettare la dichiarazione della difesa, la quale si basava sul fatto che le disposizioni concernenti la pubblicità indiretta erano poco chiare, oppure che le industrie in questione non erano coscienti delle conseguenze della pubblicità indiretta. Le multe tenevano conto del numero e della durata delle violazioni, così come anche del fatto che tali campagne pubblicitarie miravano alla fascia giovane della popolazione. La legge funziona!

Attività promozionali molto simili vennero utilizzate dalle stesse ditte anche in paesi vicini, dove però l'auto-regolazione fallì nel suo intento di contrastare tali pratiche, anche se esse andavano chiaramente contro le intenzioni del Governo.

Uomo duro o eleganza al femminile?

Ogni sigaretta è fondamentalmente uguale: tubi di carta che contengono foglie di tabacco essiccate e tagliate. Il fatto che una marca di sigarette sia associata all'immagine dell'uomo forte, sportivo e di successo, mentre un'altra rifletta caratteristiche prettamente femminili, quali l'eleganza, l'esilità o il fascino è puramente dovuto alla pubblicità.

Aspetti particolari della pubblicità di prodotti a base di tabacco

In un'analisi più dettagliata di questo aspetto specifico della politica di controllo è importante esaminare alcune caratteristiche specifiche della promozione di prodotti a base di tabacco:

- L'immagine è tutto: la pubblicità di prodotti a base di tabacco non contiene alcuna informazione utile al consumatore
- Essa mira quasi esclusivamente ad associare le sigarette ad immagini e idee positive
- Le industrie produttrici e manifatturiere del tabacco non parlano mai volontariamente dei rischi sostanziali e specifici legati al consumo dei loro prodotti
- La maggior parte delle marche e delle pubblicità sono mirate ad un gruppo target specifico, come ad esempio donne giovani o ragazzi appartenenti a gruppi socioeconomici più bassi.

Argomentazioni contro la pubblicità di prodotti a base di tabacco

- La pubblicità del tabacco induce i più giovani a fumare
- Mantiene intatto il livello di accettabilità sociale nei confronti del fumo
- Impedisce un'efficace divulgazione delle informazioni a favore della salute, in particolare tra i giovani, attraverso la massiccia associazione delle sigarette con immagini positive ed attraenti legate al successo, al fascino, all'indipendenza e allo sport
- Vi sono ragioni etiche secondo cui una società civile non dovrebbe tollerare l'associazione volontaria di immagini positive con un prodotto che provoca dipendenza, che è sempre pericoloso, e che provoca la morte di metà di coloro che ne fanno uso prolungato, soprattutto quando si tratta di bambini
- Il ricavo della pubblicità di prodotti a base di tabacco persuade molte riviste e pubblicazioni a non parlare adeguatamente dei danni provocati dal fumo.

"Sono un medico e credo nella scienza e nei dati di fatto. Voglio che sia chiaro una volta per tutte: il fumo uccide. Nessuna forma di pubblicità, di sussidio o di glorificazione del fumo dovrebbe essere consentita" ha affermato la Dottoressa Gro Harlem Brundtland, direttore generale dell'OMS, in occasione dell'Assemblea Mondiale per la Sanità, Ginevra, Svizzera, 13 maggio 1998.

Per i governi la tutela dell'infanzia è attualmente l'argomentazione più persuasiva a favore di un divieto sulla pubblicità:

- È ormai comprovato in tutto il mondo che i bambini sono influenzati dalla pubblicità di prodotti a base di tabacco

- La maggior parte dei fumatori hanno iniziato a fumare da bambini
- Nei paesi in cui esiste un divieto sulla pubblicità si è registrata una diminuzione nei tassi di consumo di tabacco da parte di bambini.

“Se il tabacco è un prodotto legale ...”

Una delle argomentazioni favorite dell'industria del tabacco contro il divieto è che se il tabacco è un prodotto legale, allora dovrebbe essere legale anche la sua pubblicizzazione.

Questa argomentazione è debole per una serie di motivi:

- Il fatto che le sigarette e la loro pubblicizzazione siano legali può considerarsi un incidente storico, in quanto sono state vendute per molti anni prima che ne venisse riconosciuta la nocività
- Ci sono molte eccezioni a questa regola: in molti paesi, ad esempio, alcuni prodotti farmaceutici e altri agenti chimici nocivi non possono essere pubblicizzati.

Una ricchezza di informazioni a portata di mano

Fortunatamente, in tutti gli ambiti della politica di controllo del tabacco vi è ormai sufficiente sperimentazione e sostegno a favore di quei paesi che impongono un divieto sulla pubblicità. Sono disponibili informazioni relative a leggi modello e tentativi più frequenti di elusione, nonché dettagli concernenti le argomentazioni più frequentemente avanzate dalle industrie produttrici e manifatturiere e dagli “esperti” che esse nominano quali loro difensori. Si consiglia di contattare in primo luogo le organizzazioni elencate in appendice.

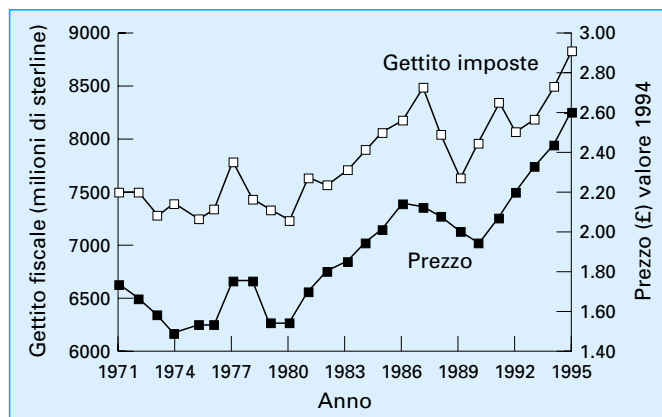
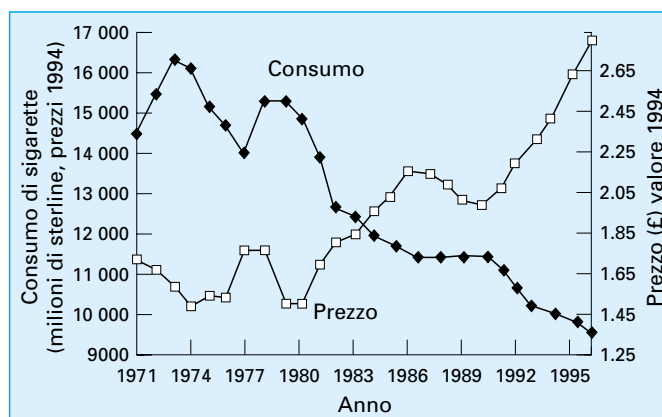
Aumento dei prezzi attraverso misure fiscali

Uno degli elementi essenziali di una politica modello di controllo del tabacco è l'aumento costante del prezzo del tabacco attraverso l'incremento delle imposte:

- Il prezzo è probabilmente l'unico fattore che influenza in modo sostanziale il consumo di tabacco a breve termine



“Imposte.” Gli aumenti delle tasse sul tabacco dovrebbero essere costanti. Di Madhusudhana, per gentile concessione dell' *Economic Times*, India.



Rapporto tra il prezzo delle sigarette, il consumo (in alto), e gli introiti fiscali (in basso) tra il 1971 e il 1996 nel Regno Unito. Tutte le variabili sono state ricalcolate tenendo conto dell'inflazione. Adattato sulla base di Townsend³, per gentile concessione della casa editrice.

- È stato fatto notare che il prezzo svolge un ruolo essenziale nel determinare il numero di giovani che cominciano a fumare.²

Una politica modello di controllo del tabacco dovrebbe dunque prevedere un aumento costante (preferibilmente annuale) dell'imposta sul tabacco per garantire un aumento annuale del prezzo reale (con gli aggiustamenti imposti dall'inflazione) del tabacco.

Una felice sorpresa per il ministro delle finanze!

L'aumento delle imposte sul tabacco è uno dei vantaggi della politica più facili da ottenere, in quanto è molto insolito che ai ministri delle finanze venga chiesto di aumentare le tasse.

Vi sono molti esempi di ministri delle finanze i quali, nell'annunciare un aumento dell'imposta sul tabacco, hanno spiegato di aver agito per richiesta di esperti medici (e ciò comporta una involontaria ma utile pubblicizzazione dei pericoli del tabacco).

Argomentazioni a favore di un aumento delle imposte

- Riduce il consumo di un prodotto estremamente pericoloso
- Incrementa le entrate dello stato
- È facilmente applicabile: lo stato percepisce già un'imposta sul tabacco e non vi è dunque bisogno di sviluppare alcun sistema nuovo o complesso.

Alcune esperienze condotte in molti paesi hanno dimostrato che l'aumento del prezzo è uno strumento di estrema efficacia nel ridurre il consumo di tabacco. L'effetto

concreto può variare, ma, in media, l'elasticità è pari allo 0,5%, vale a dire che un aumento del prezzo del 10% risulta in un crollo delle vendite del 5%.

Al tempo stesso le entrate dello stato aumentano! Un aumento dell'imposta riduce le vendite aumentando contemporaneamente le entrate. In realtà, se il governo non aumentasse costantemente l'imposta sul tabacco, l'inflazione ridurrebbe le proprie entrate fiscali facendo registrare una perdita sui guadagni in termini reali.

È altresì importante ricordare che parte del ricavato di una imposta più elevata sul tabacco potrebbe essere impiegata per finanziare altre misure del governo per un controllo generale sul tabacco.

Una politica fiscale efficace dovrebbe includere:

- Aumenti significativi dell'imposta sul tabacco: il prezzo del tabacco dovrebbe aumentare costantemente in termini reali, tenendo anche conto degli effetti dell'inflazione e degli aumenti nei guadagni medi
- Gli aumenti dovrebbero essere costanti: una soluzione potrebbe essere fornita da aumenti automatici che seguano perlomeno gli aumenti dell'indice dei prezzi al consumo
- In alcuni paesi il tabacco non rientra più nell'indice dei prezzi al consumo, poiché i politici temevano che un aumento dell'imposta influenzasse il tasso di inflazione attraverso l'indice del costo della vita
- La struttura delle imposte sul tabacco dovrebbe rinforzare gli obiettivi della politica sanitaria, in quanto se esiste un elemento "specifico" elevato (una somma fissa per pacchetto) è difficile per le industrie commercializzare sigarette molto economiche
- La struttura dovrebbe ridurre al minimo le scappatoie, imponendo, ad esempio, le stesse tasse sia sul tabacco sfuso che sulle sigarette, evitando così che i consumatori optino per il primo tipo anziché ridurre il consumo o smettere di fumare
- È necessario operare ferrei controlli contro il contrabbando.

Argomentazioni contro un aumento fiscale

"Un aumento delle tasse incrementa il contrabbando." Ampi differenziali fiscali tra paesi vicini tendono a far aumentare il contrabbando, ma non agire per questo motivo equivarrebbe a non voler acquistare un computer più potente per un

Non proprio così innocenti...

È stato ampiamente dimostrato che le industrie produttrici di tabacco sono coscienti del fatto che i loro prodotti finiscono sul mercato nero, e che alcune di loro sono in collusione con il crimine organizzato al fine di aumentare la diffusione della propria marca. I governi dell'Unione Europea ne sono così persuasi che nel maggio del 1998 hanno annunciato che gli stati membri chiederanno aiuto agli Stati Uniti per cercare di arrestare il contrabbando di sigarette americane in Europa. L'UE ha citato accuse secondo le quali i produttori vendono regolarmente sigarette americane ai trafficanti e ai contrabbandieri che a loro volta le rivendono attraverso canali appositamente creati per evadere il fisco.

ospedale per timore che venga rubato. La soluzione è agire in ogni modo possibile al fine di ridurre al minimo il contrabbando: la soluzione più efficace è che i livelli di imposizione fiscale in tutti i paesi di una determinata zona vengano armonizzati. Un'altra importante necessità è l'aumento di personale doganale, per cui occorrerebbe comunque attingere ai fondi aggiuntivi ricavati dall'aumento delle tasse sul fumo.

"Un aumento delle tasse farebbe diminuire le entrate del fisco." In realtà, la tassa sul tabacco è molto poco "elastica" in termini economici, il che significa che nonostante l'aumento comporti una diminuzione dei consumi, essa non ha una portata tale da incidere negativamente sulle entrate generali del fisco.

La minore quantità di tabacco venduta dopo l'aumento, con la percentuale fiscale più elevata, consentirà un introito fiscale totale maggiore rispetto alla quantità più elevata venduta prima dell'aumento con la vecchia più bassa percentuale fiscale.

Anche nei paesi con tasse elevate, come ad esempio il Regno Unito, gli esperti confermano che "il fenomeno delle entrate decrescenti", qualora le entrate fiscali totali diminuissero dopo un aumento fiscale, è un'ipotesi difficilmente verificabile.

"L'aumento delle tasse è socialmente ingiusto" in quanto colpisce principalmente le fasce sociali meno abbienti. In realtà, l'onere aggiuntivo di un aumento è sostenuto maggiormente dai fumatori abbienti che possono continuare a fumare come prima, mentre i fumatori meno abbienti tendono a ridurre o a smettere di fumare.²

La soluzione non è certo fornire tabacco a basso costo ai fumatori meno abbienti, bensì devolvere parte del ricavato dell'aumento fiscale a favore di un programma di sostegno per chi smette di fumare. Non aumentare le tasse sul fumo per evitare di colpire le classi meno abbienti non farebbe altro che consentire alle industrie produttrici e manifatturiere di condannare un'altra generazione al tabagismo.

"L'aumento delle tasse danneggerebbe l'occupazione nell'industria del tabacco e tra i coltivatori." Una bassa percentuale fiscale sul fumo rappresenta una forma di sostegno all'industria di scarsa efficacia: è molto più vantaggioso aumentare le tasse sul tabacco ed in seguito fornire tutto il sostegno necessario a coloro la cui sussistenza dipende dal tabacco. A lungo termine, molti più posti di lavoro verrebbero creati altrove, poiché coloro che prima spendevano denaro per il tabacco comincerebbero a spenderlo in altri beni e servizi. L'industria del tabacco è una delle industrie che genera meno posti di lavoro in assoluto.

"Il governo comincia a dipendere dall'introito fiscale prodotto dalla tassa sul tabacco e di conseguenza esita nell'adottare misure sanitarie." Questa affermazione è tutt'altro che vera. I paesi che applicano un regime fiscale molto elevato risultano essere quelli in cui vige una legislazione antifumo particolarmente severa. Inoltre, la riduzione nel consumo dovuta ad un aumento delle tasse facilita l'adozione di altre politiche, ad esempio quelle riguardanti il fumo sul posto di lavoro.

Educazione e informazione del pubblico

Definizioni

Per educazione pubblica si intende una serie di programmi basati sulla ricerca e precedentemente collaudati miranti a gruppi specifici, quali gli scolari di diverse età, i giovani o le donne fumatrici.

Il lavoro di pubblica informazione consiste nella produzione e nella divulgazione costante di informazioni accurate e specifiche sul controllo del tabacco, nonché nel cogliere ogni opportunità per informare sia l'opinione pubblica in generale che alcuni gruppi specifici, quali i politici, attraverso i mezzi di informazione.

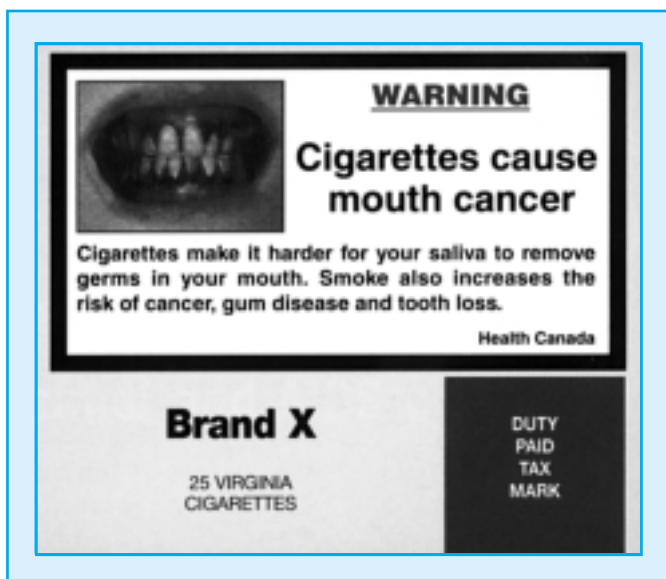
I programmi di educazione e di informazione dell'opinione pubblica spesso coincidono: ambedue sono elementi essenziali di un programma di controllo del tabacco di ampio respiro. Essi non sono in competizione tra loro ma si completano e si sostengono l'un l'altro. Ciascun programma verrà analizzato nei dettagli nelle sezioni seguenti.

Educazione pubblica

L'educazione pubblica è un settore gestito da specialisti, e in molti paesi rientra nelle competenze del Ministero della Sanità o di organizzazioni sanitarie statali. In alcuni paesi, alcune organizzazioni mediche non a scopo di lucro gestiscono i propri programmi di educazione pubblica.

Alcuni degli obiettivi dei programmi di educazione pubblica relativi al consumo di tabacco sono:

- Cambiare il comportamento dei consumatori di tabacco
- Mantenere intatto il comportamento del non consumatore
- Far sì che il pubblico si renda conto della pericolosità del fumo per la salute
- Tutelare il diritto dei non fumatori ad un'aria pulita
- Cambiare la visione predominante nella società secondo cui fumare è un'attività che rientra nella normalità.



Uno dei più impressionanti allarmi segnalato dai gruppi di sanità in Canada e stampato per la discussione nel 1999. Analoga iniziativa è stata presa in esame in Norvegia.

Spreco di risorse preziose

Quasi tutti quelli che operano nel campo dell'educazione sanitaria affermano che molti programmi di educazione sanitaria riguardanti non solo il tabacco sono stati portati avanti nonostante si fossero rivelati di scarsa efficacia. Allo stesso modo, sono state spese somme ingenti di denaro per progetti, quali la distribuzione di volantini, senza che fossero prima sperimentati.

Alla base di tutto ciò vi potrebbero essere motivi politici: i politici infatti spesso agiscono prematuramente per dimostrare agli elettori la loro intraprendenza, ad esempio nell'attribuzione di fondi per la risoluzione di un problema, ecc. Al tempo stesso, entra in gioco la superbia di coloro che hanno creato il programma, i quali non sono in grado di riconoscerne l'inefficacia.

Tali errori potrebbero essere evitati grazie al diretto coinvolgimento del personale qualificato delle AMN, quali scienziati ricercatori di comprovata esperienza.

I passi da compiere in un programma di educazione pubblica sono:

- Raccolta di dati sulle abitudini e sui comportamenti relativi al fumo
- Definizione di gruppi target
- Analisi dei problemi da affrontare
- Formazione professionale per coloro che sono impegnati nel programma
- Test di prova su piccoli gruppi ed eventuali correzioni
- Divulgazione delle informazioni tra i gruppi target – ad esempio tramite la distribuzione di volantini da parte dei medici alle pazienti incinte che fumano
- Valutazione dettagliata.

Un ulteriore piano di sostegno da attuare una volta che il programma si è concluso ne consentirà la massima efficacia.

Occorre essere realistici! Bisogna riconoscere sin dall'inizio i limiti dei programmi di pubblica educazione. Nel mondo degli affari (e coloro che operano ad alto livello nel mondo della pubblicità forniscono un aiuto essenziale ai gruppi che danno inizio a campagne di pubblica educazione tramite i mezzi di informazione), oscillazioni di mercato di pochi punti percentuali rappresentano già un ottimo risultato per le ditte che investono in campagne pubblicitarie con fondi di gran lunga superiori a quelli disponibili per le campagne sanitarie.

Come può competere la salute quando le industrie del tabacco spendono somme così ingenti? Una soluzione potrebbe essere l'attribuzione di appalti pubblicitari costanti, ad esempio a un canale televisivo o radio. Allo stesso modo, il governo potrebbe includere in accordi di concessioni per le emittenti private un numero minimo di spazi riservati ai servizi pubblici, di cui una parte potrebbe essere dedicata a spot pubblicitari antifumo.

Informazione pubblica

Alcuni degli obiettivi principali dei programmi di pubblica informazione sul tabacco sono:

- Sensibilizzare il pubblico per ciò che riguarda i rischi per la salute che il fumo comporta
- Incoraggiare gli adulti a smettere di fumare e di impiegare il tabacco per altri usi

- Influenzare ed informare i giovani
- Far sì che il consumo di tabacco venga considerato un comportamento nocivo per la salute
- Tutelare i diritti dei non fumatori a respirare un'aria pulita.

Le caratteristiche di un programma di pubblica informazione sono:

- È tatticamente utile, nel senso buono del termine, in quanto sfrutta i mass media per divulgare informazioni al maggior numero possibile di persone, tra cui gruppi target specifici
- Chi gestisce il programma ha una buona conoscenza del funzionamento dei mezzi di informazione televisiva e della stampa
- Chi gestisce il programma è in buoni rapporti con i giornalisti, affinché questi siano disponibili a fornire informazioni e suggerimenti
- Gli esperti in materia sono a disposizione dei giornalisti.

Questo tipo di lavoro può essere svolto puntualmente dalle AMN e può rientrare nei compiti degli addetti alla stampa e alle pubbliche relazioni, avvalendosi dell'aiuto di colleghi medici. Tuttavia, in altre situazioni, i programmi di pubblica informazione sul tabacco possono essere condotti da enti specializzati per il controllo del tabacco, come delucidato nel capitolo precedente.

Le attività tipiche della pubblica informazione comprendono:

- Pubblicizzare gli obiettivi specifici di una politica per sensibilizzare il pubblico e ottenerne l'appoggio, ad esempio, per un aumento della tassa sul tabacco
- Analizzare e fronteggiare le attività di propaganda delle industrie produttrici e manifatturiere del tabacco
- Discutere, enfatizzare e sottolineare l'importanza delle attività antifumo.

Alcuni degli aspetti di particolare interesse per i giornalisti possono essere:

- L'aspetto medico e scientifico della lotta al tabacco
- I cambiamenti nelle tendenze di consumo del tabacco
- Il consumo di tabacco tra gruppi esemplari, quali i dottori, gli insegnanti o gli atleti
- I metodi per smettere di fumare
- L'azione (o la mancanza di azione) da parte del governo
- L'azione intrapresa dalle scuole
- I diritti dei non fumatori
- I problemi specifici delle donne fumatrici
- Iniziative quali la Giornata Mondiale contro il Fumo, organizzata dall'OMS.

Alcuni buoni esempi che coprono molte delle aree sopra elencate sono rappresentati dalle iniziative della campagna contro il fumo delle AMN, nonché dai momenti chiave durante la campagna, quali la pubblicazione di una relazione speciale.

Avvertimenti per la salute

Un elemento essenziale in una politica modello di controllo del tabacco è l'obbligo di stampare avvertimenti per la salute forti ed efficaci sui pacchetti di sigarette e altri prodotti a base di tabacco venduti al pubblico, nonché di includere tali avvertimenti nella pubblicità là dove essa è lecita.

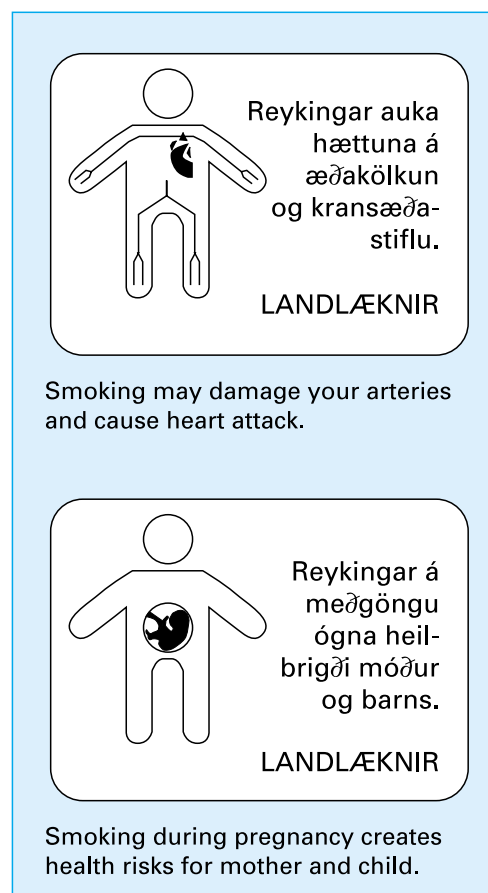
Un sistema efficace consiste nell'indicare l'enorme minaccia che il tabacco rappresenta per chi ne fa uso. Questo è un aspetto essenziale del concetto di consenso basato sulla

conoscenza che esiste in quasi tutti i paesi. È importante ricordare che per ogni campagna di controllo sul tabacco può risultare estremamente vantaggioso avvalersi della collaborazione di un'associazione dei consumatori, e in modo particolare di esperti in diritto dei consumatori.

Gli avvertimenti per la salute rappresentano anche una forma di educazione sanitaria a basso costo. Non basta avere un sistema che imponga tali avvertimenti: la parola chiave è efficacia.

Affinché siano efficaci occorre che gli avvertimenti:

- Contengano messaggi chiari e inequivocabili circa i pericoli del fumo utilizzando parole semplici e crude
- Contengano ragguagli non solo relativi al rischio, ma anche alla relativa portata del rischio. È stato comprovato che se da un lato i fumatori sono coscienti del rischio che corrono, essi spesso non sono molto informati sulle singole patologie, e molti sottovalutano la portata dei rischi che corrono rispetto ad altri rischi direttamente percettibili
- Contengano illustrazioni con simboli grafici, laddove molti fumatori non sanno leggere o non conoscono la lingua impiegata
- Escludano diciture quali "avvertimento del Ministero della Sanità", in quanto delle indagini hanno rivelato che il messaggio perde di efficacia
- Siano applicati ad ogni prodotto a base di tabacco e ad ogni forma di imballaggio, ivi inclusi quelli esposti nei punti vendita



Esempi di etichette d'avvertimento sui pacchetti di sigarette in Islanda. Il testo avverte che "Il fumo danneggia le arterie e causa infarti. Fumare durante la gravidanza costituisce un rischio per la salute della madre e del bambino." In *Physicians on tobacco*, pubblicato dall'associazione medica svedese.

- Siano ben visibili, in alto sul fronte e sul retro del pacchetto, per una copertura totale pari al 25% ciascuno
- Indichino tutti i costituenti e gli additivi nocivi, indicandone anche gli effetti riscontrati sulla salute
- Contengano un'indicazione chiara relativa ai tassi di catrame e nicotina, con annotazioni relative alle loro gravi limitazioni (qualora possibile, le misurazioni dovrebbero essere verificate da un laboratorio neutrale)
- Escludano nomi e diciture fuorvianti: diciture quali "light" e "ultra light" dovrebbero essere vietate a norma di legge
- Siano di diversi tipi (circa 10) e vengano stampati a rotazione, in modo tale che nel giro di alcune settimane i fumatori li leggano tutti.

La legislazione sul controllo del tabacco deve specificare l'effetto auspicato, poiché le industrie ricorrono ad ogni scappatoia per attenuare l'effetto degli avvertimenti.

Il pacchetto come forma di pubblicità progresso

Un efficace sistema di avvertimenti può far sì che il pacchetto di sigarette diventi una forma di divulgazione efficace dell'informazione sanitaria anziché lanciare immagini suggestive legate al consumo di tabacco. Esso dovrebbe lanciare un messaggio in favore della salute in modo incisivo, proprio come i produttori vorrebbero che il loro prodotto venisse pubblicizzato.

Informazione sanitaria gratuita all'interno del pacchetto

Una forma innovativa di pubblicità progresso, direttamente mirata ai consumatori di tabacco, potrebbe essere quella di imporre l'obbligo per i produttori di inserire messaggi lunghi all'interno pacchetto. Questo metodo non consente solamente di avere più spazio a disposizione, bensì anche di utilizzare supporti grafici per far comprendere ai fumatori quali sono i pericoli che stanno correndo. Tale approccio al problema è da considerarsi come vivamente consigliato.

Il fumo nei luoghi pubblici

Lo scopo fondamentale della politica di controllo del tabacco in questo ambito è di proteggere i non fumatori dal fumo passivo nei luoghi pubblici e sui mezzi di trasporto pubblici.

Ciò significa che il divieto di fumare deve divenire la norma, con spazi riservati ai fumatori là dove possibile: esattamente il contrario di quanto succede ora nella maggior parte dei paesi europei.

Le politiche antifumo hanno anche il vantaggio di ridurre il consumo totale di sigarette, in quanto è stato dimostrato che i fumatori che rinunciano alla sigaretta quando si trovano in aree per non fumatori non provano sempre il desiderio di sopperire a tale necessità non appena ne abbiano l'occasione.⁴ Oltre a ciò, questo aspetto della politica concorre a diminuire l'accettabilità sociale nei confronti del fumo e questo è il motivo per cui le industrie del tabacco vi si oppongono in maniera così vigorosa.

Argomentazioni a favore delle restrizioni

- Proteggere i non fumatori dal rischio di patologie gravi

Il caso della sputacchiera in via d'estinzione

L'analogia della sputacchiera è molto utile quando si tratta di considerare il processo di mutazione a cui deve venire sottoposto il fumo. Nel 19° secolo l'atto di espellere la saliva in eccesso sputandola invece di deglutirla era un luogo comune di molti paesi, senza dubbio anche a causa dello smog che caratterizzava la vita di città. Allora il mezzo più comune era quello di utilizzare sputacchiere, che nella nostra analogia sono da considerarsi l'equivalente dei portacenere. Il progresso in campo medico consentì di individuare nell'atto dello sputo uno delle cause principali dell'alta percentuale di trasmissione delle malattie infettive, e, grazie anche all'incremento degli standard di vita e del rispettivo cambiamento delle abitudini sociali, l'atto dello sputo divenne inaccettabile dal punto di vista sociale e, molto più importante, addirittura vietato dalla legge nei luoghi pubblici. Cartelli con la scritta "Vietato sputare" spuntarono ovunque e ben presto l'abitudine dello sputo divenne così rara da non rendere più necessario alcun tipo di cartello o sputacchiera, assumendo sempre più le sembianze di norma. Oggigiorno sputare non è un crimine punibile a norma di legge, ma è rarissimo che qualcuno si prenda tale libertà in luoghi o mezzi di trasporto pubblici.

- Far sì che il divieto di fumare diventi la norma, in particolare nei confronti dei bambini.

Argomentazioni contro le restrizioni

"È una forma di discriminazione nei confronti di coloro che scelgono un'abitudine innocente." Questa argomentazione, cara alle industrie produttrici e manifatturiere di tabacco, si basa su diversi ragionamenti errati, e ancora più importante è il fatto che esistono ormai solide prove sui pericoli della lunga esposizione al fumo passivo.

"Sarà vietato l'accesso al pubblico nei luoghi pubblici." Questa affermazione ovviamente non ha senso, in quanto i fumatori potranno ancora utilizzare molte infrastrutture, con la sola differenza che non sarà più concesso loro di fumare, esattamente come coloro che hanno abitudini pericolose non reclamano il diritto di mettere in pericolo gli altri.

"Gli scienziati sono divisi circa la ricerca a sostegno dell'idea che il fumo passivo è nocivo." L'industria del tabacco ha volontariamente creato enti fraudolenti di ricerca in questo ambito. Tra le autorità di ricerca scientifica indipendenti non esiste alcun dissenso in materia.

"La ventilazione è la soluzione." Anche la migliore apparecchiatura per la ventilazione non è in grado di eliminare tutte le tossine presenti nel fumo; essa è inoltre costosa e spesso non si addice alla logistica degli interni.

L'opinione di un dirigente industriale attivo nel settore del tabacco

Dopo la Conferenza Mondiale sul Tabacco e la Salute tenutasi a Stoccolma nel 1979, un osservatore in rappresentanza delle grandi industrie del tabacco ha commentato un discorso tenuto dall'allora Direttore Generale dell'OMS dicendo che "le previsioni sono state confermate: sarà l'accettabilità sociale il campo di battaglia che decreterà la nostra vittoria o la nostra sconfitta".

Perché il posto di lavoro è un altro paio di maniche

Le restrizioni concernenti il fumo o addirittura il divieto di fumare sul posto di lavoro richiedono responsabilità e considerazioni particolari. Le responsabilità derivano dal fatto che, a differenza degli altri luoghi pubblici, le persone si intrattengono di norma negli stessi locali per un periodo che va ben oltre la mezz'ora occasionale e che normalmente si aggira sulle 8 ore e più al giorno. Inoltre, a differenza del bar o del ristorante, dove la persona è libera di non entrare, oppure di andarsene se il tasso di fumo diventa insopportabile, i dipendenti non possono certo avvalersi di questa opzione sul posto di lavoro. I punti fondamentali concernenti il divieto o meno di fumare sul posto di lavoro e su come implementare una politica appropriata sono elencati nel Capitolo 9 e nell'Appendice 1.

Divieto di vendita ai bambini

In molti paesi questo divieto rappresenta uno degli aspetti più vecchi della politica di controllo sul tabacco. Lo scopo è quello di evitare che i bambini abbiano accesso al tabacco per i seguenti motivi:

- Perché essi sono particolarmente inclini ai suoi effetti nocivi
- Per cercare di evitare che essi diventino fumatori costanti

Ci sono spesso degli errori nella teoria e nella pratica dei divieti di vendita di tabacco ai bambini:

- I divieti sono spesso scarsamente applicati, poiché le forze di polizia ed altre autorità non la considerano una priorità
- I bambini stessi, in modo particolare i più indisciplinati, vedono il divieto come una sfida (l'immagine del "frutto proibito") e fumare per loro è un modo per sentirsi adulti.

Un divieto dovrebbe:

- far sì che l'onere del reato di vendita ricada interamente su chi vende e non sul bambino
- essere accompagnato da sanzioni pecuniarie elevate ed eventualmente di un sistema di assegnazione di licenze
- prevedere un sistema di monitoraggio e supporto da parte della comunità e di enti preposti all'educazione.

Ulteriori informazioni sono facilmente reperibili da numerose fonti, tra cui diversi progetti europei sul fumo e i bambini.

Ridurre la tossicità del fumo da tabacco

Una politica modello di controllo del tabacco dovrebbe prevedere il potere di adattare i livelli di costituenti nocivi del fumo da tabacco, tra cui il catrame, il monossido di carbonio e la nicotina. L'obiettivo finale è quello di rendere il fumo meno pericoloso per coloro che non riescono o non hanno intenzione di smettere di fumare.

Aspetti importanti della tossicità del tabacco

- La nocività del fumo è strettamente connessa alla sua concentrazione di agenti chimici tossici. Ridurre l'esposizione alle tossine può comportare una riduzione di varie patologie causate dal fumo

Le AMN danno il buon esempio

Le associazioni mediche rivestono un ruolo fondamentale nelle campagne per la restrizione del fumo nei luoghi pubblici e molti sono i precedenti coronati da successo. Gli sforzi congiunti di molte associazioni mediche nazionali facenti parte del Foro Europeo delle Associazioni Mediche hanno fatto sì che le compagnie aeree imponessero il divieto di fumare sui loro aeromobili. Esempi di AMN in Europa sono quelle di Danimarca, Malta, Paesi Bassi, Norvegia e Slovenia.

- Le misure comunemente impiegate dai governi e dalle industrie produttrici e manifatturiere di tabacco sono fuorvianti, in quanto si basano su metodi di laboratorio che non riflettono necessariamente il livello di esposizione alle tossine tra i fumatori
- I fumatori tendono a fumare sigarette a basso contenuto di catrame con maggiore frequenza e intensità, ostruendo così involontariamente i fori di ventilazione. Degli studi hanno dimostrato che fumare in questo modo fa sì che la concentrazione di catrame sia dieci volte superiore rispetto ai livelli ufficiali.⁵

La politica dovrebbe:

- essere applicata e monitorata con un rigido controllo da parte del governo: all'industria del tabacco non dovrebbe mai essere concesso di determinare il modo in cui la politica sulle emissioni viene applicata e non deve svolgere alcun ruolo attivo al di là del suo conformarsi agli standard previsti dalla legge e stabiliti dal governo.

Nonostante non vi sia ancora consenso sugli effettivi vantaggi sanitari in questo ambito di una politica di controllo, è stato suggerito che qualora i livelli di emissioni superino quelli previsti dalle raccomandazioni dell'UE, il governo dovrebbe:

- ordinare un progressivo abbassamento dei livelli di emissione a tutte le marche
- fissare dei limiti massimi il cui superamento comporti l'esclusione dal mercato dei prodotti con emissioni più elevate.

Una politica di riduzione delle tossine dovrebbe venire applicata e monitorata a norma di legge, come parte integrante di una strategia più ampia mirata a ridurre l'insorgere di patologie legate al fumo.

L'OMS e l'UICC hanno indicato che l'obiettivo di una gamma commercializzabile di sigarette dovrebbe oscillare tra 5 e 15 mg. La Commissione Europea ha esortato i 12 stati membri a fissare un limite massimo di 15 mg di catrame per sigaretta, sceso a 12 mg nel 1995.

Attenzione, anche la ricerca può nascondere la frode

L'industria del tabacco ha abusato di questo aspetto della politica di controllo del tabacco per tentare di giustificare la pubblicizzazione continuativa dei loro prodotti, asserendo che per ridurre il contenuto medio di catrame devono essere creati marchi che hanno bisogno di essere pubblicizzati affinché l'utente finale sia messo a conoscenza delle loro caratteristiche. Ebbene, ciò non corrisponde alla verità: cambiamenti sostanziali possono essere apportati anche ai marchi già esistenti modificando semplicemente il loro contenuto.

Alla luce dei dati concernenti i relativi pericoli delle singole tossine, alcuni esperti sostengono che una sigaretta a bassa concentrazione di catrame e di monossido di carbonio, ma con una concentrazione media di nicotina, sia il prodotto meno pericoloso per chi continua a fumare. Tuttavia, nell'ottobre del 1998, le associazioni mediche statunitensi, australiane e britanniche hanno lanciato un appello congiunto affinché i loro governi imponessero ai produttori una riduzione a zero o poco più dei livelli di nicotina nell'arco di 10 anni, riducendo così la capacità del fumo di provocare dipendenza.

Sostegno per chi smette di fumare

Come ogni altro aspetto contenuto in una politica di controllo del tabacco di ampio respiro, il sostegno a chi smette di fumare è una parte importante dell'intero programma ed è interdipendente da altre misure.

Alcuni governi non sono inizialmente favorevoli a promuovere forme di sostegno per chi smette di fumare all'interno di una politica di controllo, in quanto credono (erroneamente) che esse implicino un costo netto, mentre gli altri elementi della politica non comportano costi significativi.

In realtà, se il governo segue la giusta politica fiscale (vedi sopra), è facile attingere a parte dell'introito aggiuntivo per fornire le risorse necessarie. In breve, le misure di supporto per chi smette di fumare non dovrebbero risultare in un costo netto.

Altrettanto importante è che il governo si dimostri favorevole all'idea di abbandono del fumo. Ciò può infatti costituire un importante punto di partenza in una politica nazionale di controllo del tabacco, se solo si pensa che l'abbandono del fumo può influire sul livello di accettabilità sociale nei confronti di questa abitudine e che, qualora vi sia l'adeguato sostegno, sempre più persone smetterebbero di fumare.

Di conseguenza, una politica nazionale di controllo del tabacco dovrebbe prevedere forme di sostegno per chi smette di fumare e dovrebbe attribuire alcune competenze e determinati doveri ai Ministri della Sanità, tra cui la possibilità di fissare degli obiettivi e degli standard per le autorità sanitarie per ciò che riguarda l'abbandono del fumo, applicare politiche generalizzate per incoraggiare coloro che intendono smettere di fumare e fornire loro il giusto sostegno.

In questa sede ci si riferisce alle linee guida per coloro che operano nel settore sanitario contenute nel *British smoking cessation guidelines for health professionals*.⁶ Questo argomento è stato ampiamente trattato nel Capitolo 6.

Agricoltura

Per ulteriori informazioni relative a questo settore specialistico è consigliabile rivolgersi alle organizzazioni per lo sviluppo nazionali ed internazionali e ad esperti sanitari nei paesi che hanno affrontato problemi simili.

In breve, è importante ricordare che la FAO, l'organizzazione mondiale per l'alimentazione e l'agricoltura delle Nazioni Unite, ha preso in considerazione il problema ed è cosciente della necessità di incoraggiare il passaggio dalla coltivazione di tabacco a coltivazioni non nocive. Tale riconoscimento è giunto anche dalla Banca Mondiale, e molte politiche di sostegno attuate nei singoli paesi confermano la tendenza ad incoraggiare e assistere i paesi affinché diminuiscano sempre più la produzione e la lavorazione del tabacco.

Controversie

Questo argomento, il quale sta assumendo sempre maggiore importanza, sarà trattato nel prossimo capitolo. Lo si cita in questa sede a riconoscimento del fatto che quello che una volta era considerato un ambito che garantiva sussidi sanitari ad un numero ristretto di paesi, si è ormai dimostrato essere un percorso essenziale che ciascun paese dovrebbe intraprendere.

Questo aspetto è analizzato in modo più dettagliato nel prossimo capitolo, con particolare riferimento al ruolo dei medici nelle controversie.

Referimenti

- 1 World Health Organisation. *Third action plan for a tobacco-free Europe 1997–2001*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 1997.
- 2 Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ* 1997;**16**:359–73.
- 3 Townsend J. The role of tobacco taxation in tobacco control. In Abedian I et al, eds. *The economics of tobacco control*. Cape Town, South Africa: University of Cape Town, 1998:89.
- 4 Borland R, et al. Effects of a workplace smoking ban on the consumption of cigarettes. *Am J Public Health* 1990;**80**:178–80.
- 5 National Cancer Institute. The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine, and carbon monoxide yields of US cigarettes: report of the NCI Expert Committee. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health, 1996. (NIH Publication 96-4028.)
- 6 Raw M, et al. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;**53**:suppl 5.

12 I dottori e le controversie relative al tabacco

In questo capitolo

- Una strategia di controllo sul tabacco relativamente nuova consiste nel contestare in giudizio le industrie produttrici e manifatturiere del tabacco
- In molti paesi, il tabacco elude unicamente le norme vigenti in materia di protezione del consumatore
- Il sistema della controversia si è sviluppato inizialmente negli Stati Uniti, ma presto sono emersi diversi casi in Europa e altrove
- I medici svolgono il ruolo di testimoni: le AMN incoraggiano la controversia
- Quantità ingenti di documentazione industriale interna è stata resa pubblica
- Sono state intentate altre forme di controversia e probabilmente ne emergeranno altre in futuro
- Vi sono gruppi legali per il controllo sul tabacco la cui esperienza e i cui suggerimenti sono a disposizione di coloro che intendono intraprendere un'azione

La controversia: una nuova strategia

Nonostante il fatto che la maggior parte degli aspetti del controllo sul tabacco siano stati suggeriti e messi in atto per diversi decenni ormai, vi è un nuovo elemento che sta assumendo sempre maggiore importanza: il ricorso alla controversia.

Fino a tempi relativamente recenti, soltanto le industrie del tabacco ricorrevano a vie legali nei casi riguardanti il controllo del tabacco, principalmente nei confronti dei governi, nonché nel loro tentativo di controllare le attività di promozione e di mettere in atto altri aspetti della politica di controllo. Tuttavia, alla fine degli anni 90, il lavoro di anni di avvocati e associazioni per la salute mirato a impiegare il diritto civile contro l'industria del tabacco ha cominciato a produrre risultati sorprendenti, negli Stati Uniti prima, e in altri paesi poi.

Questo aspetto continuerà certamente ad assumere maggiore importanza e campo d'azione e ci si appellerà sempre più alle AMN in cerca di aiuto.

Il tabacco: un aspetto unico nel diritto

Uno dei traguardi più sorprendenti dell'industria del tabacco è stato per molti decenni il fatto di riuscire ad eludere i

controlli legali applicati regolarmente in molti paesi ad una vasta gamma di altri prodotti di consumo potenzialmente nocivi, nonostante il tabacco abbia effetti di gran lunga più pericolosi per la salute.

Gli alimenti, l'alcool, i veleni, gli agenti chimici industriali pericolosi e i prodotti farmaceutici sono i prodotti più comunemente contemplati dalla legge. Solitamente la fabbricazione, l'imballaggio e la pubblicità di questi prodotti costituisce l'oggetto di leggi specifiche o di norme stabilite da leggi generali. In questi casi, le norme possono solitamente subire modifiche da parte del governo o del parlamento senza l'emanazione di una nuova legge. Queste procedure rientrano nelle normali competenze del governo per ciò che riguarda la tutela del cittadino. Il conferimento di questo potere specifico ai diversi ministeri avviene attraverso leggi speciali.

Tuttavia, nella maggior parte dei paesi il tabacco elude la normativa, nonostante i pericoli che esso comporta, poiché esso non figura, ai sensi di legge, tra i prodotti summenzionati. In realtà, l'industria del tabacco gode di un duplice vantaggio: non vi è né responsabilità civile, né una normativa vera e propria in materia.

Esistono prove del fatto che in alcuni paesi sono stati presi provvedimenti per classificare il tabacco come, ad esempio, un prodotto farmaceutico, al fine di includerlo automaticamente in un contesto legislativo che consenta al governo di emanare in materia, ma l'industria del tabacco è corsa ai ripari e sta riuscendo nel tentativo di respingere l'attacco.

Un'eccezione degna di nota, la quale però deve ancora passare il faticoso test della controversia legale, è la recente decisione dell'organizzazione americana per la somministrazione di alimenti e droghe (United States Food and Drug Administration) di considerare la nicotina come una droga a tutti gli effetti e quindi di catalogare tutti i prodotti a base di tabacco come tramite di somministrazione di tale droga. A tempo debito, ciò potrebbe avere importanti implicazioni per altri paesi.

Sviluppo della controversia

In passato si è optato per due tipi principali di azione:

- Azioni intentate da istituti di assistenza sanitaria nell'intento di farsi risarcire i costi sostenuti per il trattamento dei fumatori
- Azioni intentate da oppure in nome di singoli che hanno subito danni fisici a causa del fumo, spesso sotto forma di "azioni di classe", dove un intero gruppo di persone (in questo caso i fumatori che soffrono di malattie provocate dal fumo oppure quelli che si trovano ancora in una

situazione di dipendenza da fumo) si considera come parte potenziale in causa. In questi casi l'azione legale viene iniziata in nome e per conto di una "classe" di persone.

Azioni iniziate da istituti di assistenza sanitaria

Il primo tipo di casi fu intentato a metà degli anni 90 negli Stati Uniti, quando cioè le autorità statali citarono in giudizio i colossi del tabacco per ottenere il rimborso dei costi sopportati per il trattamento dei fumatori che lamentavano danni fisici dovuti al fumo. Stando a quanto affermato dai Procuratori di Stato che hanno aperto il caso, gli schemi sanitari statali Medicaid hanno dovuto sopportare costi molto maggiori di quelli che le industrie produttrici e manifatturiere del tabacco avrebbero causato se avessero riconosciuto le proprietà letali dei loro prodotti, avessero evitato di pubblicizzarli e si fossero presi le responsabilità del caso per la dipendenza e la cattiva salute dei loro clienti.

Fino ad oggi un discreto numero di casi sono stati conciliati in via amichevole perché le industrie produttrici e manifatturiere del tabacco hanno effettivamente ammesso la loro responsabilità e hanno ordinato il pagamento di indennizzi per un totale di diversi miliardi di dollari.

Alcune variazioni a questo tipo di caso includono:

- Azione legale avviata dagli schemi di assistenza sociale dei sindacati, quali ad esempio, sempre negli Stati Uniti, Blue Cross e Blue Shield
- Casi portati in giudizio da erogatori acquisiti di assistenza sanitaria pubblica (ad esempio Blue Cross e Blue Shield).

Azioni intentate da singoli

Il secondo tipo di casi vede i fumatori stessi (oppure le loro famiglie nel caso in cui essi siano deceduti) intentare un'azione legale per danni. Sebbene i primi casi di questo tipo di azione legale risalgano agli anni '80, molti di essi sono ancora aperti e rimarranno probabilmente tali per molti anni a venire.

Incoraggiati dal progresso ottenuto negli Stati Uniti, avvocati ed assistenti sanitari in Europa e non solo, hanno scelto di seguirne le orme: il 1998 ha visto numerosi processi intentati in un discreto numero di paesi europei, tra cui anche Francia, Israele e Regno Unito.

La risposta dell'industria del tabacco e lo sviluppo della controversia

Inizialmente le multinazionali del tabacco misero in discussione il fatto che il fumo danneggiasse la salute ed affermarono che, ammesso che il fumo fosse veramente nocivo, l'avvertimento prescritto dalla legge ed impresso sul pacchetto li esonerava da ogni responsabilità nei confronti dei fumatori. Esse aggiunsero inoltre che, qualora i fumatori considerassero il fumo come nocivo per la loro salute, avrebbero dovuto smettere di fumare.

Grazie a questa linea di difesa che le aveva sempre consentito di aggirare l'ostacolo della responsabilità, l'industria del tabacco snobbò per molti anni ogni tipo di azione legale, vantandosi del fatto di non aver mai sborsato una lira in qualità di risarcimento danni. Ciò non scoraggiò gli avvocati di parte civile degli Stati Uniti, i quali offrono i loro servizi gratuitamente, contando sul fatto che, in caso di vittoria, una significativa percentuale dei danni pagati dall'altra parte in causa avrebbe più che onorato la loro parcella. Grazie a questo tipo di supporto legale pro bono, le

cause intentate contro l'industria del tabacco continuarono a proliferare, nonostante numerose sentenze avessero sancito la sconfitta dei querelanti. È a questo punto che due scenari si delinearono all'orizzonte:

- Per ordine delle corti, le industrie furono obbligate a pubblicare documenti interni, un processo che gli americani hanno definito con il termine "Discovery" (la scoperta). Molti di questi documenti illustravano la vasta gamma di attività disoneste e di disinformazione volontaria volute dalle industrie stesse
- Ex-dipendenti di industrie produttrici e manifatturiere del tabacco iniziarono a fornire prove contro i loro ex-datori di lavoro.

Va fatto notare che i dipendenti e gli ex-dipendenti erano sempre stati propensi a tacere sulla vera natura dei fatti per paura di tagli contributivi, una paura da ritenersi fondata alla luce delle azioni legali, investigazioni private e campagne diffamatorie orchestrate dalle industrie contro altre "talpe".

Ciononostante, le sempre più evidenti prove contro le multinazionali, nonché il crescente disdegno dell'opinione pubblica nei confronti del comportamento da esse tenuto, convinsero una schiera sempre più folta di ex-dipendenti a sedersi sul banco accusatorio, cosa che a sua volta fornì ancor più prove a sfavore dei colossi del tabacco.

La crescente intolleranza dell'opinione pubblica nei confronti delle industrie produttrici e manifatturiere portò a sua volta ad una sempre più nutrita volontà d'azione da parte dei politici, i quali cercarono di rompere con un passato in cui regnava molta riluttanza nel rendere inerme quella che era stata una delle industrie più potenti d'America ed uno dei più generosi sponsor di carriere politiche.

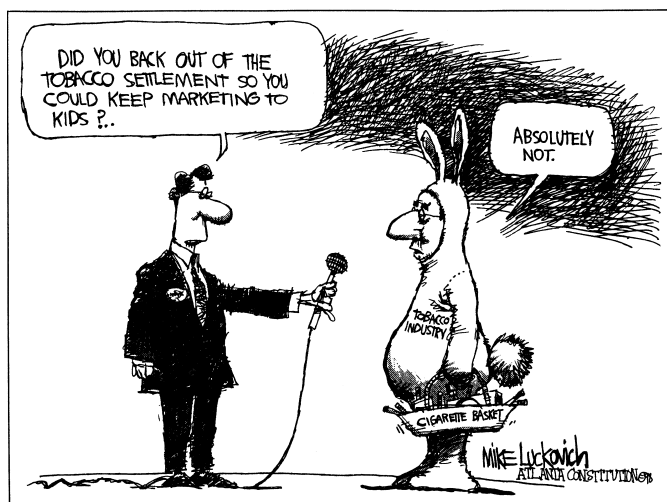
Questa tendenza fu sicuramente un fattore determinante nella decisione dei Procuratori di Stato (i quali, non dimentichiamolo, vengono nominati dai politici) di fare causa all'industria del tabacco, cosa che generò un turbine di documenti interni, alcuni dei quali ebbero ripercussioni molto negative sulle industrie interessate.

Nel 1997, di fronte ad un incremento sempre maggiore di cause intentate ed alla scoperta di materiale apparentemente ancor più incriminante, le multinazionali americane delle sigarette si sedettero al tavolo delle trattative e negoziarono un accordo in base al quale, in cambio di una cifra pari ad oltre 300 miliardi di dollari in qualità di risarcimento dei costi sopportati dall'assistenza sanitaria statale nonché sovvenzionamento dei programmi di educazione sanitaria previsti, si misero al sicuro contro la maggior parte delle cause legali future.

L'industria non puntava solamente alla stabilità, ponendo un limite ad una responsabilità apparentemente senza confini, ma voleva anche porre un fine alla catena di prove incriminanti che, in un futuro non lontano, avrebbe potuto intaccare le vendite oltreoceano.

I promotori delle campagne per la salute precisarono che anche un risarcimento di centinaia di miliardi di dollari avrebbe potuto tranquillamente venire compensato con un aumento di prezzo, e quindi ritorcersi sui fumatori stessi: i prezzi delle sigarette negli Stati Uniti, infatti, sono molto più bassi rispetto a quelli di molti altri paesi industrializzati.

A questo punto l'industria giocò la carta delle pressioni politiche e delle pubbliche relazioni, cercando disperatamente di guadagnare il consenso dei politici sulla bozza dell'accordo e quindi di convertirlo in legge. Ulteriore danno fu comunque arrecato dai documenti ancora pubblicati nelle



Di Mike Luckovich dell'Atlanta (Georgia, USA) Constitution. Ristampa resa possibile per gentile concessione del Creators Syndicate.

cause civili intentate dallo stato, ed alcuni membri del Congresso degli Stati Uniti cominciarono a formulare versioni emendate dell'accordo riconoscendo un aumento dell'entità dei danni e limitando la protezione accordata all'industria per il futuro.

Nell'aprile 1998 le multinazionali decisero di uscire dall'accordo, e dopo il fallimento di un concreto tentativo di implementare una serie di misure sostitutive da parte del Congresso, l'industria ed i Procuratori di Stato si risedettero al tavolo delle trattative. E questa volta le motivazioni degli Stati sembrarono non riguardare tanto il forte desiderio di giovare alla salute pubblica quanto l'aspetto finanziario e si giunse ad un accordo.

Il ruolo dei dottori nelle controversie

I dottori rivestono un ruolo fondamentale nelle controversie. In passato, in entrambi i tipi di processo essi:

- Hanno testimoniato in qualità di esperti, sia come curanti della salute pubblica che come epidemiologi, sul ruolo del fumo come causa di malattie
- Sono apparsi in casi di lesioni personali in qualità di medici che hanno esaminato le lesioni subite dai fumatori e fornendo la loro opinione riguardo al problema del fumo come causa dei danni arrecati alla salute del paziente.

In futuro saranno senza dubbio molti i dottori ad essere chiamati a fornire la loro testimonianza in questo tipo di processi. La tattica delle industrie produttrici e manifatturiere forse cambierà in quei paesi dove la battaglia legale o politica è da considerarsi persa, ma, laddove verrà loro concesso ancora spazio per agire, esse continueranno a perseguire la politica di difesa più aggressiva possibile, visto anche il loro budget virtualmente illimitato per quanto concerne le spese legali.

L'industria del tabacco tenterà con tutti i mezzi di raggiungere i suoi scopi, vagliando anche le più remote possibilità di successo, evitando di farsi molti scrupoli anche quando si tratta di tentare di discreditarne le parti civili e i suoi testimoni.

In questo contesto il ruolo delle AMN è di vitale importanza, soprattutto quando si tratta di intentare controversie e

di prendere provvedimenti per promuoverne l'uso. Esse possono, ad esempio:

- Organizzare incontri tra i principali specialisti legali del settore
- Incoraggiare i dottori a intessere legami professionali con gruppi di avvocati interessati all'azione legale
- Mantenersi in continuo contatto con gli analisti finanziari ed i giornalisti al fine di rendere pubblico il concetto di controversia, sottolineando indirettamente la concezione del tabacco quale prodotto altamente pericoloso.

Nella Regione Europea un discreto numero di associazioni mediche, tra cui anche la British Medical Association e l'Israeli Medical Association (l'associazione medica britannica e quella israeliana), hanno già dimostrato di voler incoraggiare i casi di controversia contro l'industria del tabacco.

Pubblicazione di documenti industriali

Ciò che finora ha contribuito maggiormente alla salute pubblica è stato senz'ombra di dubbio la pubblicazione di diversi milioni di documenti interni delle industrie produttrici e manifatturiere del tabacco. Questo mezzo si è rivelato d'instimabile valore non solo perché di supporto ad ulteriori controversie, bensì anche per il suo ruolo nella battaglia contro la disinformazione relativa all'industria del tabacco in molte delle situazioni all'ordine del giorno in ogni paese.

I documenti offrono una prova inconfutabile di diverse pratiche, tra le quali:

- L'inganno sistematico da parte dell'industria per quanto concerne le questioni sanitarie
- La manipolazione di nicotina per mettere i fumatori in condizioni di dipendenza
- L'azione promozionale deliberatamente mirata ai bambini
- La creazione organizzata e la disseminazione di prove scientifiche false e tendenziose, soprattutto nel contesto dei danni provocati dal fumo passivo
- Pagamento di tangenti a politici e ad altre persone ed organizzazioni influenti al fine di prevenire l'implementazione di efficaci misure di controllo del tabacco.

Molti di questi documenti sono già stati vagliati e catalogati, e i dettagli su come accedere a tale documentazione (spesso tramite siti internet) può essere ottenuta da diverse agenzie sanitarie internazionali.

Sembra inoltre che l'OMS consideri la velocizzazione di questo processo come parte integrante della sua Iniziativa sul Tabacco, la quale si pone come fine ultimo quello di sostenere gli sforzi internazionali miranti al controllo del tabacco.

Altre forme di controversia

Come precedentemente accennato, esistono due altri aspetti della controversia:

- Casi intentati da singoli, solitamente contro i propri datori di lavoro, i quali sostengono di essere stati esposti nell'arco degli anni al fumo di tabacco, cosa che ha causato seri danni alla loro salute

- La potenziale minaccia rappresentata da coloro che in futuro potrebbero intentare una causa contro i propri medici per non avere loro consigliato di smettere di fumare.

Nel primo dei due casi i dottori potrebbero essere chiamati a verificare il grado di probabilità che la malattia sofferta dal paziente sia stata effettivamente causata dal fumo passivo, mentre nel secondo è possibile che ai dottori venga chiesto di dimostrare che essi abbiano fatto del loro meglio per incoraggiare i pazienti a smettere di fumare e che li abbiano assistiti in modo adeguato.

Gruppi legali di controllo del tabacco

Ormai si può a ragione parlare di una nutrita esperienza nel campo degli aspetti legali del controllo del tabacco,

soprattutto negli Stati Uniti. È qui infatti che agisce un affermato gruppo di avvocati specializzati nelle controversie legate al tabacco, il quale organizza incontri, diffonde pubblicazioni e funge da contatto principale per altri avvocati e promotori interessati al controllo del tabacco provenienti da ogni parte del mondo. La rivista internazionale *Tobacco Control*, pubblicata a cura della BMJ Publishing Group (vedere Appendice 3), si occupa dei più importanti sviluppi legali legati al settore in questione.

Per quanto riguarda gli altri aspetti di interesse internazionale, le AMN sono ora in grado di mettersi facilmente in contatto con coloro che hanno l'esperienza e la motivazione necessarie per rispondere ad ogni domanda concernente la controversia.

Appendice 1 Introduzione di una politica antifumo per il personale delle associazioni mediche nazionali

Come si è già detto nel capitolo 9, l'introduzione di una politica antifumo per il personale delle associazioni mediche nazionali (AMN) dovrebbe essere considerata allo stesso modo in cui viene raccomandata per ogni altro luogo di lavoro. In questa sede vengono illustrate le procedure di base a riguardo. Si consiglia di far riferimento anche alle pagine 52-53 (fumo nei luoghi pubblici) nel Capitolo 11, in cui si pone particolare enfasi sulle restrizioni applicate al fumo sul luogo di lavoro.

Passi essenziali verso una politica antifumo

La procedura da seguire può variare leggermente a seconda dei paesi, in linea con le norme sull'occupazione, ma la procedura globale dovrebbe essere la stessa.

- Le associazioni mediche dovrebbero nominare un coordinatore in grado di gestire il processo di negoziazione e di applicazione della politica
- Occorrerebbe creare un gruppo di lavoro che rappresenti tutte le parti interessate, tra cui anche i fumatori
- È necessario che vi sia un periodo di consultazione ed educazione
- L'elemento chiave del cambiamento proposto dovrebbe riguardare "la salute e la sicurezza sul posto di lavoro", e altri aspetti importanti che rientrano in questa categoria, quali, ad esempio, il divieto di utilizzare materiale da costruzione a base di amianto
- Lo scopo minimo generale dovrebbe essere tutelare il diritto dei non fumatori a respirare un'aria pulita sul loro posto di lavoro, considerando al tempo stesso le esigenze di coloro che non possono o non vogliono smettere di fumare.

Le note ed i commenti qui di seguito riportati riguardano la strategia a vasto raggio d'azione sopra illustrata.

La negoziazione non implica il fatto che se la maggior parte del personale si oppone ad una politica antifumo questa non verrà applicata, bensì implica un processo di consultazione e scambio di opinioni su come adattarsi alle nuove norme.

Ciò può comportare la creazione di spazi per i fumatori o di procedure per stabilire quando e come essi possono fumare durante le pause dal lavoro.

Le AMN potrebbero optare per un trattamento ragionevole nei confronti di coloro che dipendono dal fumo e, per quanto riguarda la normativa sull'occupazione,

potrebbe essere necessario adottare un approccio moderato nei confronti di quello che in effetti è un cambiamento nelle condizioni di lavoro del personale.

Informare il personale

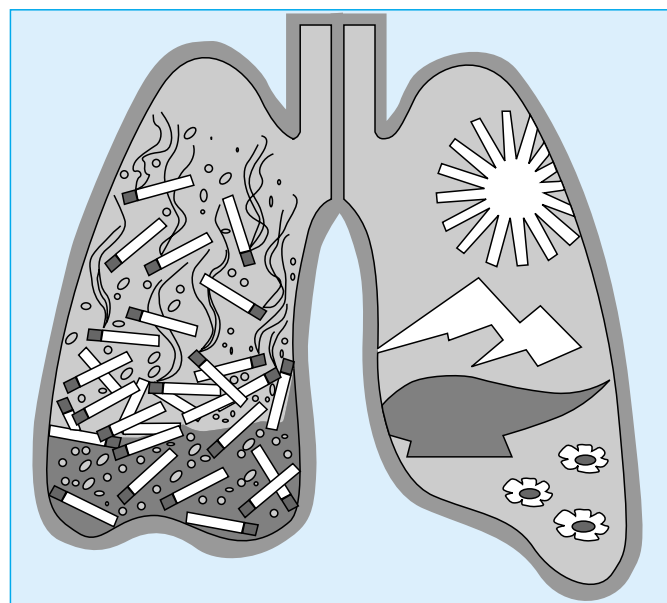
È consigliabile ricorrere ad ogni metodo possibile di comunicazione con il personale per spiegare il perché della nuova politica. Sarebbe meglio procedere ad una fase di discussione prima di mettere in atto il nuovo programma.

Il gruppo dovrebbe spiegare al personale che:

- La ricerca scientifica ha dimostrato che l'esposizione prolungata al fumo passivo rappresenta un serio pericolo per la salute
- Le AMN hanno scelto di proteggere il personale da tale pericolo.

Il personale dovrebbe anche essere informato su altri importanti motivi alla base delle nuove norme:

- I medici costituiscono un ruolo guida all'interno della comunità e lo stesso vale per le AMN
- I vantaggi per i fumatori e per le AMN qualora il personale smetta di fumare o riduca le quantità (ambedue sono effetti probabili della nuova politica) sono: costi inferiori di pulizia e manutenzione; riduzione dei congedi per malattia;



I lati positivi vanno accentuati: i divieti sul posto di lavoro liberano dall'oppressione del fumo di tabacco e proteggono la salute delle persone.

Il fumo e la normativa sull'occupazione

Le AMN dovrebbero consultare altre organizzazioni sanitarie che potrebbero aver analizzato il problema della normativa sull'occupazione e di come essa influenza le politiche antifumo.

In mancanza di una letteratura specifica in materia di norme sull'occupazione, le AMN potrebbero raccogliercene e pubblicarne i risultati al fine di aiutare altri datori di lavoro che intendono adottare politiche simili.

Nonostante la legge sull'occupazione preveda parte del processo di consultazione, occorre considerare altri imperativi che costituiscono la base legale per l'adozione di una politica antifumo. Tra questi imperativi il più importante interessa la maggior parte dei paesi: l'obbligo da parte del datore di lavoro di garantire la sicurezza sul posto di lavoro per i propri dipendenti. In alcuni paesi quest'obbligo è espresso in termini molto precisi, come ad esempio l'obbligo riguardante gli standard di qualità dell'aria, mentre in altri paesi vige una normativa più vaga.

I dati comprovanti i pericoli connessi ad un'esposizione prolungata al fumo da tabacco sono ormai sostanziali ed è dunque imperativo che coloro che vi si espongono in modo involontario siano tutelati.

riduzione dei premi assicurativi contro gli incendi (e, laddove necessaria, dei premi di assicurazione sanitaria).

È necessario che l'opinione del personale venga presa in considerazione, ma non va data l'impressione che l'opinione della maggioranza possa prevalere: ciò è infatti sconsigliabile, poiché è come se si permettesse alla maggioranza di decidere nuovi standard di igiene alimentare o di norme per la sicurezza.

La salute deve essere messa al primo posto

In altri campi in cui si parla di salute e di sicurezza, gli standard fissati vengono applicati a norma di legge, e sarebbe auspicabile che la politica antifumo venisse applicata allo stesso modo. Questa idea dovrebbe essere alla base della politica delle AMN.

Implementazione

Il gruppo di lavoro dovrebbe fornire chiarificazioni dettagliate su:

- Come e quando applicare la politica
- L'affissione di segnali "Vietato fumare"
- La consulenza e l'assistenza per coloro che vogliono smettere di fumare
- Le misure speciali per chi non può o non vuole smettere di fumare per concedere loro spazi specifici laddove necessario e a seconda dello spazio a disposizione.

A questo punto occorrerebbe redigere e divulgare una politica precisa, nonché sollecitare un feedback. Dopo aver apportato le necessarie modifiche sulla base delle consultazioni, a condizione che esse siano in linea con lo scopo prefissato, occorrerebbe:

- Fissare una data per l'applicazione effettiva
- Affiggere i divieti
- Informare il personale e i visitatori che è vietato fumare nell'edificio, ed indicare eventuali zone fumatori (secondo molti presso le AMN non dovrebbe mai essere permesso di fumare, tranne forse nel periodo di transizione)

- Monitorare e applicare la politica in modo rigoroso.

In pratica, l'adozione di una normativa antifumo sul posto di lavoro è molto semplice da attuare, a condizione che il lavoro venga svolto in maniera metodica e con la giusta considerazione per i fumatori e per il cambiamento loro imposto. Se il personale era abituato a fumare sul lavoro ogni qual volta lo desiderava, è importante (e potrebbe essere imposto ai sensi di legge) introdurre le misure discusse solo dopo una fase di informazione e consultazione.

Suggerimenti per una buona riuscita

Per ogni politica antifumo vi sono diversi suggerimenti da ricordare per facilitarne l'applicazione e per far fronte ad eventuali dissensi.

Occorre sottolineare che la nuova politica:

- Non è una mossa ai danni dei fumatori
- Ma è soltanto una mossa contro il fumo (particolarmente il fumo passivo) a causa dei suoi effetti nocivi
- Non riguarda il fatto che una persona fumi, ma il dove e quando.

Occorre evitare ogni associazione negativa. Occorre utilizzare un linguaggio positivo, nonostante l'idea fondamentale che un divieto sul fumo abbia carattere negativo per i fumatori:

- Le AMN agiscono per tutelare la salute ed il benessere del proprio personale e di coloro che accedono ai propri edifici
- Si tratta di creare un ambiente pulito e libero dal fumo, fornire un buon esempio e tutelare la salute pubblica, due idee estremamente positive.

Opinioni negative o salute migliore?

Potrebbe essere necessario correggere il modo in cui alcuni fumatori ed altri commentatori (ivi inclusi coloro che hanno un conflitto di interessi) potrebbero presentare la politica antifumo. Solitamente essi potrebbero ignorare le motivazioni legate alla salute che giustificano la politica in questione, così come altri commentatori potrebbero attirare l'attenzione sui rischi degli agenti inquinanti interni, come le particelle di amianto. Per far fronte a questa situazione, è necessario ricordare le ragioni di carattere sanitario alla base della politica.

Un'altra argomentazione frequente contro la politica antifumo riguarda l'accesso vietato ai fumatori. I giornali potrebbero ad esempio fare bella mostra di titoli di questo tipo: "Vietato l'accesso per i fumatori agli uffici delle associazioni mediche". Questo è ovviamente un controsenso: i fumatori saranno i benvenuti, sarà soltanto vietato loro di fumare. I fumatori potranno ancora usufruire delle infrastrutture a condizione che non fumino, così come ad esempio è fatto divieto di bere alcool in classe ad un insegnante che ne fa solitamente uso.

Vi sono molti luoghi in cui i fumatori non possono fumare e accettano tale restrizione: ad esempio in chiesa, nei negozi di alimentari e nelle fabbriche. Tale confronto potrebbe rivelarsi utile nel neutralizzare l'eventuale pubblicità negativa da parte della stampa.

Appendice 2 Codice deontologico relativo alla ricerca finanziata con i proventi del commercio del tabacco

Come si è già visto nel Capitolo 7, l'associazione britannica *Cancer Research Campaign (CRC)*, una delle più grandi associazioni senza scopo di lucro d'Europa per la ricerca sul cancro, ha redatto un codice deontologico per il finanziamento della ricerca con i proventi derivati dalla vendita del tabacco. Il codice è stato fatto circolare tra associazioni volontarie e agenzie di stato che finanziano la ricerca scientifica, ed è stato riconosciuto da molte di loro, prima tra tutte il Committee of Vice-Chancellors and Principals. Qui di seguito, assieme al testo del codice deontologico, viene riportata anche la postilla della CRC rivolta a tutti coloro a cui è stata concessa una borsa di studio o che intendono presentare domanda per l'ottenimento, la quale mira a delucidare i contenuti del codice, nonché in che termini esso concerne le domande.

Condizioni supplementari di assegnazione 1999

La CRC è in procinto di aggiornare i termini e le condizioni di assegnazione delle borse di studio. Ai candidati ed ai borsisti a cui viene chiesto di aderire alle condizioni della CRC viene consigliato di leggere le condizioni correnti di assegnazione datate dicembre 1995 e di considerare la nuova politica perseguita dalla CRC concernente il finanziamento relativo a quelle istituzioni che hanno ricevuto sovvenzioni da parte dell'industria del tabacco come sotto indicato. Questa politica verrà applicata a tutte le nuove borse di studio assegnate dopo il 1 aprile 1999, ma non a borse di studio della CRC precedentemente conferite. Le condizioni ed i termini aggiornati, i quali includono la politica concernente i finanziamenti dell'industria del tabacco sotto forma di nuove borse di studio nonché altre problematiche, verranno completati in un futuro molto prossimo e quindi fatti circolare tra tutti i borsisti a cui verrà richiesto di firmare un nuovo modulo d'intenti.

Finanziamento delle università e delle istituzioni da parte dell'industria del tabacco

Uno degli scopi ultimi della CRC è quella di promuovere pratiche eticamente ineccepibili nel campo della ricerca scientifica e medica. Consapevole dell'immenso pericolo che il tabacco rappresenta per la salute e per la vita, essa mira a non lasciare nulla di intentato per evitare di creare qualsiasi tipo di legame, diretto o indiretto che sia, con l'industria del tabacco e di opporsi alla promozione e all'uso del tabacco in tutte le sue forme. In seguito all'approvazione del Committee of Vice-Chancellors and Principals, quindi, la CRC ha redatto il seguente protocollo.

A partire dal 1° aprile 1999 la CRC non fornirà alcun tipo di supporto per la ricerca, ovvero non assegnerà più borse di studio, ad alcuna istituzione ove candidati o borsisti operano accanto ad altri sovvenzionati dall'industria del tabacco, e quindi sussista la probabilità o la possibilità che infrastrutture, equipaggiamento o altre risorse vengano condivise. Questo protocollo non contempla finanziamenti per una scuola o facoltà universitaria completamente diversa.

Per finanziamenti dell'industria del tabacco sono da intendersi i fondi provenienti da una industria o un gruppo di industrie operante nel campo della manifattura di prodotti a base di tabacco, i fondi stanziati nel nome di una marca di tabacco (indifferentemente dal fatto che la marca venga utilizzata solamente per prodotti a base di tabacco), nonché quei fondi provenienti da un organismo creato dall'industria del

tabacco oppure da una o più compagnie operanti nel campo della manifattura di prodotti a base di tabacco.

Questo protocollo non considera come finanziamenti sovvenzionati dall'industria del tabacco i seguenti punti:

- Finanziamenti provenienti da ditte sussidiarie e consociate, a meno che esse non utilizzino un nome contravvenente a quanto decretato nel protocollo, oppure sia probabile che la ditta madre o consociata che porta tale nome pubblicherà i finanziamenti
- Donazioni anonime
- Lasciti provenienti da investimenti nell'industria del tabacco (a meno che il nome di una industria produttrice di tabacco o sigarette non sia associato ad esse)
- Finanziamenti provenienti da un fedecommesso o una fondazione non avente più alcun tipo di legame con l'industria del tabacco, anche se utilizza un nome che, per ragioni storiche, induce all'associazione con l'industria del tabacco
- Donazioni intestate all'università per usi generali da parte dell'università interamente a sua discrezione.

I finanziamenti menzionati in questo protocollo includono somme in denaro utilizzate o da utilizzarsi per tutti o parte dei costi sostenuti in nome della ricerca, incluso il personale, i beni di consumo, l'equipaggiamento, gli edifici, i viaggi, gli incontri e le conferenze, nonché i costi sostenuti per la gestione di laboratori ed uffici, ma non per gli incontri o le conferenze non legate ad un determinato progetto di ricerca.

Appendice 3 Risorse e contatti utili

Danimarca

WHO Regional Office for Europe Action Plan for a Tobacco-free Europe

World Health Organisation
Regional Office for Europe
8, Scherfigsvej
2100 København

Persona da contattare: Dr Peter Anderson, consulente regionale
Tel: +45 3 917 1435
Fax: +45 3 917 1854
Email: pan@who.dk
Sito web: www.who.dk

Francia

International Non-Governmental Coalition Against Tobacco (INGCAT)

68 Boulevard Saint-Michel
75006 Paris

Persona da contattare: Dr Karen Slama (kslama@worldnet.fr)
Tel: +33 1 44 32 03 60
Fax: +33 1 43 39 90 87
Email: info@ingcat.org
Sito web: www.ingcat.org

Svezia

European International Network of Women Against Tobacco (INWAT)

National Institute of Public Health
Tobacco Control Programme
S-103 52 Stockholm

Persona da contattare: Margaretha Haglund
Tel: +46 8 5661 3535
Fax: +46 8 5661 3505
Email: margaretha.haglund@fhinst.se

INWAT è una rete il cui scopo è quello di sostenere e unire le donne che agiscono al fine di prevenire il consumo di tabacco tra la popolazione femminile. I tre principali obiettivi di INWAT sono contrastare la promozione del tabacco rivolta alle donne, sviluppare programmi di sostegno per le ragazze e le donne che hanno smesso o intendono smettere di fumare e promuovere le donne alla guida del movimento di controllo sul tabacco.

Svizzera

GLOBALink

International Union Against Cancer
3 rue du Conseil-General
1205 Geneve

Persona da contattare: Ruben Israel
Tel: +41 22 809 1850
Fax: +41 22 809 1810
Email: israel@uicc.org
Sito web: www.globalink.org

International Union Against Cancer (UICC)

3 rue du Conseil-General
1205 Geneve

Persona da contattare: Isabel Mortara
Tel: +41 22 809 18 11
Fax: +41 22 809 18 10
Email: info@uicc.org
Sito web: www.uicc.org

Tobacco Free Initiative (TFI)

World Health Organization
1211 Geneve 27

Persona da contattare: Derek Yach, ricercatore
Tel: +41 22 791 2108
Fax: +41 22 791 4832
Email: yachd@who.ch
Sito web: www.who.int/toh

Regno Unito

ASH (Action on Smoking and Health)

102-108 Clifton Street
London EC2A 4HW

Persona da contattare: Clive Bates, direttore
Tel: +44 20 7739 5902
Fax: +44 20 7613 0531
Email: action.smoking.health@dial.pipex.com
Sito web: www.ash.org.uk

Cochrane Tobacco Addiction Group

ICRF General Practice Research Group
Division of Public Health and Primary Care
Institute of Health Sciences
Old Road, Headington
Oxford OX3 7LF

Persona da contattare: Mrs Lindsay Stead
Tel: +44 1865 226997
Fax: +44 1865 227137
Email: lindsay.stead@dphpc.ox.ac.uk

Questo gruppo appartiene alla Cochrane Collaboration, che prepara, gestisce e promuove l'accessibilità agli studi sistematici sugli effetti delle politiche sanitarie. Degli estratti degli studi condotti dal Tobacco Addiction Group sono reperibili sul sito:

<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/cochrane/revabstr/g160index.htm>

Health Development Agency (HDA)

National Smoking Education Programme
Trevelyan House
30 Great Peter Street
London SW1P 2HW
Persona da contattare: Dr Ann McNeill
Tel: +44 20 7 413 1900
Fax: +44 20 7413 2632
Email: ann.mcneill@hea.org.uk
Sito web: www.hea.org.uk

International Agency on Tobacco or Health (IATH)

24 Highbury Crescent
London N5 1RX
Persona da contattare: David Simpson
Tel: +44 20 7359 7568
Fax: +44 20 7704 8086
Email: admin@iath.org

IATH è un'organizzazione non governativa che fornisce informazioni e consulenza, mediante anche un bollettino informativo mensile, ai colleghi che operano per il controllo sul tabacco in paesi meno abbienti.

Tobacco Control: An International Journal

BMJ Publishing Group
Journals Marketing Department
PO Box 299
London WC1H 9TD
Persona da contattare: Natalie Somekh, Addetto esecutivo al marketing
Tel: +44 20 7383 6862
Fax: +44 20 7383 6661
Email: nsomekh@bmjgroup.com
Web site: www.tobaccocontrol.com

Tobacco Control Resource Centre

c/o British Medical Association
BMA House
Tavistock Square
London WC1H 9JP
Persona da contattare: Lucien Rivière, dirigente dell'informazione
Tel: +44 20 7383 6754
Fax: +44 20 7554 6754
Email: lriviere@bma.org.uk
Sito web: www.bma.org.uk

Stati Uniti

Advocacy Institute

1707 L Street, NW, Suite 400
Washington
DC 20036
Persona da contattare: Kay Arndorfer
Smoking Programs (karndorfer@advocacy.org)
Tel: +1 202 659 8475
Fax: +1 202 659 8484
Email: info@advocacy.org
Sito web: www.advocacy.org

American Medical Association (AMA)

515 North State Street
Chicago
Illinois 60610
Persona da contattare: Dr Tom Houston, direttore
Department of Preventive Medicine
Tel: +1 312 464 5957
Fax: +1 312 464 4111
Email: houston@globalink.org
Sito web: www.ama-assn.org

Office on Smoking and Health

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
Mail Stop K-50
4770 Buford Highway NW
Atlanta
Georgia 30341-3724
Persona da contattare: Samira Asma
Tel: +1 770 488 5719
Fax: +1 770 488 5939
Email: sea5@cdc.gov
Sito web: www.cdc.gov/nccdphp/osh/tobacco.htm

World Bank

Centers for Disease Control and Prevention
Health, Nutrition and Population
Room S-9065
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
Persona da contattare: Joy de Beyer, responsabile dei rapporti esterni CDC
Tel: +1 202 458 7616
Fax: +1 202 522 3489
Email: jdebeyer@worldbank.org
Sito web: www.worldbank.org

Indice

La lettera “R” prima del numero di pagina indica che il testo è racchiuso in un riquadro

- aborto, spontaneo 7
- accordi volontari sul tabacco pubblicità 45
- Action on Smoking and Health (ASH) 18
- adetto stampa 40
- adolescenti e il fumo 12–13
 - medici che aiutano i fumatori a smettere 20, 21, 22
 - quando cominciano a fumare R13
- agopuntura per aiutare a smettere di fumare 23
- agricoltura, assistenza per i produttori di tabacco 54
- aiuto della comunità locale 25–6
- alcool, rischi associati al tabacco e 6
- amputazione di arti, inferiori, a causa del fumo 5
- ansiolitici per aiutare a smettere di fumare 23
- antidepressivi per aiutare a smettere di fumare 23
- argomentazione di libertà di scelta da parte dell'industria del tabacco 12–13
- arteriosclerosi 5
- Asia meridionale, tipo di tabacco fumato 4
- aspetti politici del controllo sul tabacco R45
- Associazione Medica Polacca R38
- Associazioni mediche nazionali (AMN)
 - aumentare la consapevolezza dei medici sul tabacco 31–2
 - azione per il controllo sul tabacco 39
 - formazione 30, 32, 36
 - fornire informazioni al pubblico R50, 50–1
 - gruppi a basso livello socioeconomico 15
 - istruire i medici sulla cessazione del fumo 35
 - istruzione medica e 41–2
 - le donne e il fumo 11
 - locali, senza fumo 35
 - membri specialisti 39
 - minoranze etniche 15
 - nuclei antifumo e 34
 - occuparsi di bambini e fumo 13
 - politica di divieto di fumo per il personale 35, 59–60
 - portafoglio investimenti 37–8
 - priorità 39
 - pubblicazioni R35
 - ruolo nelle controversie 57
 - scopo del manuale per 1
 - zone pubbliche senza fumo R53
- Australia, mortalità attribuita al fumo R4
- Austria, mortalità attribuita al fumo R4
- autoregolamentazione da parte dell'industria del tabacco 45
- avvertimenti per la salute 51
- bambini
 - divieto di vendita ai 53
 - fumo e 12–13
 - pubblicità e 47
 - quando si comincia a fumare 25
- Banca Mondiale, coltivazione del tabacco e la 54
- Belgio
 - Insegnatori fumatori R13
 - medici fumatori R13, R33
 - mortalità attribuita al fumo 4
 - multa per le industrie produttrici di tabacco R47
 - brand stretching 46–7
- British Medical Association, controversie e 57
- Brundtland, Dott. Gro Harlem 1, R4, 47
- Bulgaria, mortalità attribuita al fumo R4
- bupropione per aiutare a smettere di fumare 23
- cambiamento nello stile di vita, sfida 14
- campagna dell'ospedale della Lituania R41
- campagna di ricerca contro il cancro R25
 - sovvenzioni 55
- campagna in Lituania presso la Clinica Universitaria di Kaunas R41
- campagne antifumo R34
 - pubblicizzazione 36
- Canada, mortalità attribuita al fumo R4
- Cancer Research Campaign 29
 - sovvenzioni 55
- cancro 6
- casì di danni personali 56
- catrame
 - contenuto, tumore del polmone e 6
 - livelli, politica 53
- coalizione antifumo 40
- Cochrane Tobacco Addition Group 22
- codice di condotta sul finanziamento della ricerca
 - da parte dell'industria del tabacco R29, 61
- compagnie aeree, con divieto di fumo R53
- conferenze su soggetti relativi al tabacco 26
- conoscenza del pubblico, sul monitoraggio del tabacco 43
- consulenza assistita da infermiera/e R21, 23–4
- consulenza di gruppo per fumatori 19–20
- consulenza per fumatori 27–28, 30
 - da operatori sanitari 23–4
- contrabbando di tabacco 49
- contraccettivi orali, il fumo e i 5
- controllo del tabacco 58
- controversie 54, 55–8
 - i medici e il tabacco 1
 - ruolo dei medici 57
 - sviluppo 55–6
- costi
 - del tabacco per l'economia 7–8
 - della terapia di sostituzione della nicotina 23
- costrizioni di tempo per consulenza medica 21–2
- Danimarca
 - insegnanti fumatori R13
 - medici fumatori R13, R33
 - mortalità attribuita al fumo R4
 - tipo di tabacco fumato 4
- datori di lavoro, controversie contro i 56–7
- deambulazione, dolore e 5
- decesso *vedi* mortalità
- dibattiti televisivi, simulati R32
- Doctors Against Tobacco R17
- Doll, Sir Richard *iii*, 16
- donne
 - cause di decesso negli Stati Uniti R5
 - fumatrici 10–12
 - patologie cardiovascolari 5
 - tumore del polmone 6, 7, 11
 - nucleo antifumo 34
 - rischi del fumo 3–4
- economisti sanitari, aiuto per gruppi a basso livello socioeconomico 15
- educazione
 - bambini, contro il fumo 12–13
 - nuclei antifumo 35
 - pubblica 50
 - studenti di medicina 41
 - sul tabacco 31–32
- educazione del pubblico, informazione e 49–50
- enti artistici, come alleati dell'industria del tabacco R40
- enti sportivi come alleati dell'industria del tabacco R40
- Europa
 - CHD in fumatori maschi R5
 - mortalità attribuita al fumo 3–4
- finanziamento dell'università da parte dell'industria del tabacco R61
- Finlandia, mortalità attribuita al fumo R4
- fondi di promozione della salute 46
- fondi istituzionali da parte dell'industria del tabacco R61
- Food and Agricultural Organisation (FAO)
 - coltivazione del tabacco e 54
 - decisioni sulla nicotina 55
- formazione 30
 - funzionari di informazione pubblica 50
 - media 40
 - vedi anche* educazione
- formazione dei professionisti sanitari 31–2
- fornitori di assistenza sanitaria, azioni intentate da 55–6

- Forum Europeo delle Associazioni Mediche 2, R53
- Francia
 insegnanti e medici fumatori R13
 mortalità attribuita al fumo R4
- fumatori
 atteggiamenti nei confronti dell'abitudine 19–20
 controversie da parte di 56
 dissonanti 37
 rinnego R37
vedi anche medici
- fumatori di età avanzata, tasso di decesso 3–4
- fumatori di mezza età, perdita media della durata presunta della vita in 3
- fumatori dissonanti 37
- fumo (*solo generale*)
 cessazione 19–22
 AMN informano i medici sul 33–4
 formazione 30
 metodi alternativi 22–24
 sostegno da parte del governo 53–4
 vantaggi 6
 e legge sull'occupazione R60
 epidemico, modello di diffusione R11
 età in cui si comincia, tumore del polmone e 6
 in luoghi pubblici 28
 tassi dell'indagine sui medici 34
 diffusione dei risultati 34–35
vedi anche fumo di tabacco ambientale;
 tabacco
- fumo dei genitori 7
- fumo della madre
 effetti sui bambini 12
 e SIDS 7
- fumo del padre 7
- fumo di pipa 4
 cancro e il 6
 gruppi socioeconomici 15
- fumo di sigari 4
 cancro e 6
- fumo di tabacco ambientale (fumo passivo) 7
 bambini e 12, 13
 luoghi pubblici 35
- fumo passivo *vedi* fumo di tabacco ambientale
- Georgian Medical Association R23
- Germania
 insegnanti fumatori 13
 medici fumatori R13, R33
 mortalità attribuita al fumo R4
- giappone, mortalità attribuita al fumo R4
- gioco dei ruoli R32
- giornalisti
 contatto con i R40
vedere anche media
- GLOBALink 2
- governo locale, consiglio dei medici al 26–8
- Grecia
 CHD in fumatori maschi R5
 insegnanti fumatori R13
 medici fumatori R13, R33
 mortalità attribuita al fumo R4
 gruppi di professionisti, il fumo e i 14
- gruppi socioeconomici
 il fumo e i 14–15
 meno abbienti, aumento di tasse e 49
- Hill, Austin Bradford *iii*, 16
- immigrati 15
- impatto economico del tabacco, indagini su 43
- impotenza 7
- incontri con i politici 27
- indagini, di morbosità 43
- industria del tabacco
 argomentazioni per iniziare a fumare 12–13
 autoregolamentazione 45
 fondi per la ricerca 28–9, R61
 frode della ricerca R53
 guadagni 44
 interessi costituiti R40
 occupazione e aumento di tasse 49
 pubblicazione di documenti da parte di 57
 risposta alle controversie 56
 strumentalizzazione della scienza R28
- informazione sanitaria all'interno del pacchetto di sigarette R52
- informazioni del pubblico 49–51
- iniziative per bambini per smettere di fumare 26
- insegnanti fumatori R13
 interessi costituiti R40
- interessi minoritari nell'industria del tabacco 37–8
- International Union Against Cancer 2
- internet, informazioni sul tabacco su 2
- INWAT 12
- ipertensione 7
- Irlanda
 insegnanti fumatori 13
 medici fumatori R13, R33
 mortalità attribuita al fumo R4
- ischemia cardiaca 7
- Israeli Medical Association, controversie e 57
- istruzione medica continua sul tabacco 31–2
- Italia
 malattie coronariche in fumatori maschi 5
 insegnanti fumatori 13
 medici fumatori R13, R33
 mortalità attribuita al fumo R4
- lavoratori manuali, il fumo e i 14
- legge sull'occupazione, il fumo e R60
- lettere ai politici 27
- leucoplasia 7
- linee di condotta delle AMN 34
- livelli di colesterolo, elevati, smettere di fumare e 6
- livelli di nicotina nel sangue 7
- lobbying, antitabacco 41
 negli Stati Uniti 56
 politici 27, 41
- lobeline per aiutare a smettere di fumare 23
- luogo pubblico, fumare in un 28, 52
- Lussemburgo
 insegnanti e medici fumatori 13
- medici fumatori R13, R33
 mortalità attribuita al fumo R4
- malattia al fegato 6
- malattia dell'arteria coronaria 7
- malattia polmonare 6
- malattia polmonare cronica ostruttiva 6
- malattia vascolare periferica 5, 7
- malattie circolatorie 5
- malattie respiratorie 7
- malattie respiratorie croniche 7
- masticare tabacco, gruppi socioeconomici 14
- media
 formazione 30
 medici e 26
 portavoce dei 40
 pubblicità antifumo 49–50
 relazioni delle AMN con i 36
- media radiotelevisivi, medici e 26
- medici
 aggiornare le conoscenze sul tabacco 31–2
 aiutare i fumatori a smettere, adolescenti 25
 azione a livello locale 25–6
 consigli 19–21
 ruolo 19
 atteggiamenti nei confronti del tabacco 33
 aumentare la consapevolezza in materia di tabacco 33–38
 e controversie 54
 cause di decesso nei 5
 come fumatori 16–17
 aiutare a smettere 37
 diffusione dei risultati R33
 indagine 33–4
 studi sui 16–17
 tasso di decessi 3, 4
 contestazioni in giudizio 55
 durata della consulenza 22
 formazione 30
 ruoli, di consulenza 27–8
 in controversie 54
 nella lotta contro il tabacco 16–17
- medici di medicina occupazionale 27–8
- medici di salute ambientale 28
- menopausa, età di raggiungimento della 7
- mercato nero R49
- ministero della Sanità, politica di controllo del fumo R46
- ministri della finanza, imposte sul tabacco e 48
- minoranze etniche 15
- monitoraggio
 politici 41
 progresso della conoscenza del pubblico 43
- mortalità
 a causa del tabacco 3–4
 cause R5
 dovuta al cancro, a causa del fumo R5
 in medici fumatori 4
 indagini 43
 nascita prematura 7
 necessità di una legislazione 44–5
 neonati di scarso peso 7
- nicotina
 come droga 55

- livelli nel sangue di consumatori di tabacco non fumatori 7
- manca di regolamentazioni R23
- terapia di sostituzione 22–3
- Norvegia
 - mortalità attribuita al fumo R4
 - tipi di sigarette fumate 4
- Nuova Zelanda, mortalità attribuita al fumo R4
- operatori sanitari per aiutare a smettere di fumare 23–4
- opinione esperta di medici 26
- Organizzazione Mondiale della Sanità
 - materiali per il corso di formazione 30
 - nuovo programma sul tabacco 1
 - politica dei livelli di catrame 53
- organizzazioni femminili 10–12
- organizzazioni sanitarie nella coalizione antifumo 40
- otite media, fumo dei genitori e 7
- Paesi Bassi
 - insegnanti fumatori R13
 - medici fumatori R13, R33
 - mortalità attribuita al fumo R4
 - tipo di tabacco fumato 4
- patologie cardiovascolari 5
 - nelle donne 11
- perdita media della durata presunta della vita nei fumatori 3
- personale
 - politica antifumo 59–60
 - nelle AMN 35
- politica di divieto di fumo
 - implementazione 60
 - passi essenziali della 59
 - per il personale delle AMN 35, 59–60
 - suggerimenti utili 60
- politica nazionale sul controllo del tabacco 39, 52
- politici
 - collaborare insieme ai 41
 - persuadere contro il tabacco 27
 - risorse e i R50
- Polonia, mortalità attribuita al fumo R4
- popoli nomadi 15
- portafoglio di investimenti 33
- portogallo
 - insegnanti fumatori R13
 - medici fumatori R13, R33
 - mortalità attribuita al fumo R4
- posizione sindacale sul tabacco R40
- posto di lavoro, zona con divieto di fumo R52, 59–60
- pressione sanguigna, alta, smettere di fumare e 6
- problemi di riproduzione 7
- programmi di educazione sanitaria
 - per bambini 13
 - risorse R50
- provvedimento legislativo sul tabacco (Svezia) 17
- pubblicazioni
 - AMN R34
 - mediche, campagne in 33–4
- pubblicità
 - accordi volontari 45
 - antitabacco 46
 - argomentazioni contro la 47
 - aspetti particolari 47
 - avvertimenti per la salute della 51
 - diretta e indiretta 46
 - direttiva UE 1
 - divieto dell'UE R41, 46
 - gruppi socioeconomici 14–15
 - i bambini e la 12
 - luoghi pubblici 26
 - per donne 10, 11
 - tipi di 46
 - pubblicità che aiuta R35
- qualità del seme 7
- rapporto di riferimento sul fumo 42
- Regno Unito
 - insegnanti fumatori R13
 - medici fumatori R13, R33
 - mortalità attribuita al fumo R4
 - rapporto prezzo-tasse e consumo di sigarette R48
- regolamentazione, tabacco e 55
- repubblica Ceca, mortalità attribuita al fumo R4
- ricerca
 - Codice deontologico 61–2
 - fondi 46, R61
 - medici e 28–9
 - frode per conto dell'industria del tabacco R53
- rischi del tabacco 3–8
- rischio di infarto, smettere di fumare e il 6
- risorse per programmi di educazione sanitaria R50
- rivelatore a base di monossido di carbonio R20
- riviste, per donne, pubblicità di sigarette su 10, 11
- Romania, mortalità attribuita al fumo R4
- Royal College of Physicians of London 17
- ruoli di consulenza dei medici 27–8
- sanità
 - costi del tabacco 7–8
 - locali liberi dal fumo 41
- schemi sanitari di Medicaid, controversie e 56
- serie *Europa senza fumo* dell'OMS 1
- sigarette
 - arroolate a mano 4
 - rapporto prezzo-consumo R48
 - tipi 4
- sigarette sottili R10
- sindrome di morte improvvisa di neonato (SIDS)
 - fumo della madre e 7
- Slovacchia, mortalità attribuita al fumo R4
- snuff 4
- sostegno del governo per chi smette di fumare 53–4
- Spagna
 - insegnanti fumatori R13
 - medici fumatori R13, R33
 - mortalità attribuita al fumo R4
- sponsorizzazioni degli eventi sportivi R46
- sputacchiere R52
- stampa, medici e 26
 - vedi anche* media; stampa medica
- stampa medica
 - indagine sui medici fumatori 37
 - relazioni dell'AMN con la 36
- Stati Uniti
 - cause di decesso R5
 - contrabbando dagli R49
 - mortalità attribuita al fumo R4
 - Surgeon General 17
- stato di sovrappeso, smettere di fumare e 6
- studenti di medicina, istruzione sul tabacco 31, 41–2
- successo delle campagne, monitoraggio 43
- Svezia
 - medici fumatori R34
 - mortalità attribuita al fumo R4
 - provvedimento legislativo sul tabacco R17
 - tipo di tabacco fumato 4
- sviluppo professionale continuo sul tabacco 31–2
- Svizzera, mortalità attribuita al fumo R4
- tabacco
 - agricoltura 54
 - come tramite di somministrazione della droga 55
 - controllo, azione delle AMN 39–43
 - a livello locale 25–9
 - gruppi legali 58
 - gruppo di promozione 42
 - politica 44–54
 - nazionale 54
 - costi per l'economia 7–8
 - foglia, stagionata 4
 - gruppo, funzionari R34
 - membri specialisti R39
 - pianificazione 34–5
 - immagine 12–13, 25, R47
 - indagini sull'impatto economico 43
 - indagini sulla prevalenza di consumo 43
 - industria *vedi* industria del tabacco
 - informazioni su Internet 2
 - pacchetto, informazione sanitaria all'interno del R52
 - piano di azione 39
 - pubblicità *vedi* pubblicità
 - rapporto di riferimento 42
 - rischi
 - tipi consumati 4
 - tossicità dovuta al fumo, ridurre la 53
 - vedi soprattutto argomenti specifici come* pubblicità;
- tabacco per uso nasale 4, 7
- tabacco per uso orale 4, 7
- talpe 54
- tasse sul tabacco 7, 8, 48–9
 - argomentazione del declino delle entrate 49
 - argomentazioni a favore 48–9
 - argomentazioni a sfavore 49
 - politica, efficace 49
- teenagers *vedi* adolescenti
- testimone esperto, medico come 57
- Tobacco Control Resource Centre 2
- Tobacco Free Initiative 1
- tossicità fetale 7
- tossine chimiche nel tabacco 4
- tossine nel fumo da tabacco, ridurre le 53
- tumore cervicale 6

- tumore del cavo orale 6, 7
- tumore dell'esofago 6
- tumore della faringe 6, 7
- tumore della laringe 6, 7
- tumore del polmone 6
 - in medici fumatori 16
 - nelle donne 6, 10
 - storia degli studi sul tabacco 16
- trombosi coronarica, medici fumatori e 17

- ulcere peptiche 7
- uomini, mortalità attribuita al fumo 3

- Ungheria, mortalità attribuita al fumo R4
- Unione Europea (UE)
 - direttiva sulla pubblicità del tabacco 1
 - divieto di pubblicità R41
 - insegnanti fumatori R13
 - medici fumatori R13, R33
 - tabacco per via orale e 4
- Union Internationale Contre le Cancer (UICC) 2
 - politica dei livelli di catrame 53
- Unione Sovietica (ex), mortalità attribuita al fumo R4

- vendita ai bambini 53

- Yugoslavia (ex)
 - CHD in fumatori maschi R5
 - mortalità attribuita al fumo R4

- zingari 15
- zone senza fumo
 - AMN 35
 - in luoghi pubblici 52
 - sanità 41
 - sul posto di lavoro R52