- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.127.232 Mon, 29 Apr 2024, 08:50:47

Patologie fumo-correlate

Claudio F. Donner

Dipartimento di Medicina Riabilitativa Pneumologica, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Veruno (NO)

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 34-36)

© 2001 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Claudio F. Donner

Dipartimento di Medicina Riabilitativa Pneumologica Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS Via per Revislate, 13 28010 Veruno (NO) E-mail: cdonner@fsm.it

In un imponente studio inglese a lungo termine, Doll et al.[1] hanno seguito 34 439 medici maschi per 40 anni e sono giunti alla conclusione che circa il 50% di tutti i fumatori sarebbe deceduto a causa di questa abitudine. La mediana di sopravvivenza dei fumatori, paragonata ai non fumatori, era di 7.5 anni più breve e la riduzione nella sopravvivenza risultava dose-dipendente.

In seguito è stato stimato che il numero medio di anni di vita persi a causa del fumo di tabacco era di 16 anni[2], attualmente si ritiene che il numero medio di anni persi sia di circa 22 (nella fascia di età compresa tra 35 e 69 anni) a causa del fatto che vi è un continuo aumento dell'aspettativa di vita tra la popolazione generale, mentre tra i fumatori l'aspettativa di vita rimane sostanzialmente invariata. L'industria del tabacco ha cercato dapprima di opporsi a questi risultati inizialmente negando gli effetti del fumo sulla salute e poi, più recentemente, invocando il concetto di diritto individuale, come per esempio il diritto di una persona ad assumersi dei rischi. Quest'ultima argomentazione è stata contestata da crescenti evidenze che l'esposizione ambientale al fumo di tabacco rappresenta un effettivo danno per i non fumatori. I bambini, esposti al fumo di membri della famiglia, presentano un aumentato numero di infezioni del tratto respiratorio, un'aumentata incidenza di asma ed un peggioramento della loro condizione generale[3,4]. Negli asmatici adulti l'esposizione al fumo di sigaretta di membri della famiglia si traduce in un aumento del numero delle riacutizzazioni, in un aumento dell'uso di steroidi e in un aumento delle visite in Pronto Soccorso[5]. A fronte di una riduzione del consumo di sigarette dei paesi industrializzati, il fumo resta la principale causa di morte evitabile da cardiopatia ischemica, cancro del polmone e pneumopatie croniche[6].

Attualmente nel mondo circa 3 milioni di persone perdono la vita ogni anno a causa del fumo, la metà delle quali prima dei 70 anni e due terzi nei paesi sviluppati; ciò costituisce un immenso costo umano[2]. Risulta difficile comprendere l'accettabilità sociale e politica di questa abitudine letale. L'industria del tabacco è probabilmente responsabile per la maggior parte delle morti premature e delle malattie più che qualsiasi altra impresa commerciale organizzata, superando l'impatto distruttivo delle attività legate alla produzione delle armi e delle droghe illegali. Attualmente vi sono 1 miliardo e 100 milioni di fumatori nel mondo (un terzo della popolazione mondiale sopra i 15 anni) di cui circa 300 milioni in Cina (circa 60% maschi e 10% femmine). La maggior parte di questi si trovano nei paesi in via di sviluppo. Un terzo delle donne fuma nei paesi industrializzati ed un ottavo delle donne fuma nei paesi in via di sviluppo. Il più alto tasso di fumatori maschi è in Corea del Sud (68%), il più alto tasso di donne fumatrici è in Danimarca (37%).

La prevalenza del fumo in Italia[7], analizzata su un campione di circa 24 500 uomini e 26 000 donne di età ≥ 15 anni, identificato in strati di area geografica e rappresentativo della popolazione nazionale, mediante questionario autocompilato, è risultata nel complesso di circa il 25% (fumatori maschi 34% e fumatrici femmine 17%). Inoltre una maggiore prevalenza è stata riscontrata, confermando i dati di precedenti indagini, nei maschi meno istruiti e residenti nelle regioni del Sud (36%), e nelle donne più istruite residenti al Nord (19%).

In Italia nel 1990[2] si sono verificati 38 000 decessi maschili attribuiti al fumo nella fascia di età 35-69 anni, su un totale di 102 000 (37%). Oltre i 70 anni le morti sono state 35 000 su 166 000 (21%). Per il ses-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.127.232 Mon, 29 Apr 2024, 08:50:47

so femminile le percentuali scendono al 5% (2700/53 000) nell'età media ed al 4% (7400/203 000) tra le più anziane.

Risulta pertanto una perdita media di 21 anni di vita per la fascia di età media e di 8 anni per i decessi oltre i 70 anni. Viene stimato che su un totale di 26 milioni di decessi, stimati dal 1950 al 2000, 2.8 milioni siano dovuti al fumo.

Esaminiamo a questo punto le patologie mortali che sono state positivamente associate al fumo, classificandole in tre categorie in base al grado con cui la differenza di incidenza o di mortalità tra fumatori e non fumatori è un effetto causale del fumo:
- da aumentato rischio in gran parte o interamente dovuto al fumo (Tab. I)[8-11];
- da aumentato rischio parzialmente dovuto al fumo (Tab. II);
- da aumentato rischio dovuto a fattori di confondimento (Tab. III).

In seguito verranno prese in considerazione le malattie non mortali (Tabb. IV e V) e le patologie in corso di gravidanza (Tab. VI).

Tra le patologie associate positivamente al fumo in gravidanza (Tab. VI) un raro ma grave rischio che colpisce il feto è il deficit congenito di un arto, dove una parte o tutto l'arto può non svilupparsi, nelle donne fumatrici è doppio rispetto alle non fumatrici. L'aborto spontaneo nonostante la quota attribuibile al fumo sia mo-

Tabella I. Patologie mortali fumo-correlate[8]. Aumentato rischio prevalentemente o interamente dovuto al fumo[11].

Patologia	Rischio relativo	Percentuale di rischio attribuibile
Cancro polmone		
Maschi	22.4	87
Femmine	11.9	77
Cancro vie aeree superiori		
Maschi	24.5	89
Femmine	5.6	58
Cancro vescica e vie urinarie		
Maschi	2.9	36
Femmine	2.6	32
Cancro pancreas		
Maschi	2.1	25
Femmine	2.3	29
Cardiopatia ischemica		
Maschi	1.9	22
Femmine	1.8	19
Aneurisma dell'aorta		
Maschi	4.1	48
Femmine	4.6	52
Pneumopatie croniche ostruttive		
Maschi	9.7	72
Femmine	10.5	74
Polmonite di comunità[9]		
Maschi + femmine	2.0	32
ARDS < 20 sigarette[10]		
Maschi + femmine	2.85	50
ARDS ≥ 20 sigarette[10]		
Maschi + femmine	4.59	50

ARDS = sindrome da distress respiratorio acuto.

Tabella II. Patologie mortali fumo-correlate[8]. Aumentato rischio parzialmente dovuto al fumo.

Patologia	Rischio relativo	Percentuale di rischio attribuibile
Cancro esofago		
Maschi	7.6	66
Femmine	10.3	74
Cancro rene		
Maschi	3	37
Femmine	1.4	11
Ischemia cerebrale		
Maschi	2.2	27
Femmine	1.8	20

Tabella III. Patologie mortali fumo-correlate[8]. Aumentato rischio da fattori di confondimento.

Patologia	Rischio relativo	Percentuale di rischio attribuibile
Cancro cervice uterina	2.1	?

Tabella IV. Patologie non mortali fumo-correlate[8]. Aumentato rischio largamente o interamente dovuto al fumo.

Patologia	Rischio relativo	Percentuale di rischio attribuibile
Arteriopatie periferiche	2	23

Tabella V. Patologie non mortali fumo-correlate[8]. Aumentato rischio parzialmente dovuto al fumo.

Patologia	Rischio relativo	Percentuale di rischio attribuibile
Morbo di Crohn	2.1	25
Ulcera gastrica	3.4	42
Ulcera duodenale	4.1	48
Frattura dell'anca	1.3	8
Periodontite	3	38

Tabella VI. Patologie in gravidanza fumo-correlate[8].

Patologia	Rischio relativo	Percentuale di rischio attribuibile
Malformazioni congenite degli arti	2.1	25
Aborto spontaneo	1.28	8
Gravidanza ectopica	2.2	26

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.127.232 Mon, 29 Apr 2024, 08:50:47

desta (28% di aumento) colpisce quasi 4000 donne su 100 000 che fumano.

Il rischio di contrarre una gravidanza ectopica è doppio rispetto alle non fumatrici. Infine è stato dimostrato che i bambini di madri fumatrici pesano alla nascita, in media 150-200 g di meno[12].

Gli effetti del fumo di tabacco nei paesi a più alto reddito assumono le caratteristiche di un'epidemia che non ha confronti in questo secolo (circa 2 milioni di persone perdono la vita ogni anno a causa del fumo, la metà delle quali prima dei 70 anni), ma analoghe conseguenze nei paesi a basso reddito si possono configurare come un disastro economico. Si tratta non soltanto di malattie mortali ma anche di disturbi e patologie croniche meno impressionanti sul piano sanitario ma di non minore importanza economica e sociale.

In ogni continente l'impatto del fumo di sigaretta sulla Sanità pubblica è immenso, ma si tratta di una pandemia che potrebbe essere evitata o comunque controllata. Dall'altra parte i soli interventi sanitari (disassuefazione dal fumo e informazione sanitaria) non sono sufficienti e il personale sanitario, da solo, non può contrastare questa epidemia in modo efficace se sul piano sociale e normativo non vengono introdotte e rese operative misure restrittive ed educative in grado di diffondere la coscienza del problema e di fronteggiare efficacemente le *lobbies* dell'industria del tabacco, che peraltro finora hanno goduto di una libertà pressoché totale e di notevoli privilegi.

L'impegno dei governi non deve quindi limitarsi a retoriche affermazioni di principio, ma aderire rapidamente agli standard che l'Organizzazione Mondiale della Sanità indica, fruendo anche dell'aiuto delle organizzazioni non governative locali e internazionali.

Bibliografia

1. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. BMJ 1994; 309: 901-11.
2. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heat C. Mortality from smoking in developed countries: 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
3. Evans D, Levison MJ, Feldman CH, et al. The impact of passive smoking on emergency room visits of urban children with asthma. Am Rev Respir Dis 1987; 135: 567-72.
4. Chilmonczyk BA, Salum LM, Megathlin KN, et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. N Engl J Med 1993; 328: 1665-9.
5. Weiss ST. Environmental tobacco smoke and asthma. Chest 1993; 104: 991-2.
6. Mortality trends for selected smoking-related cancers and breast cancer - United States, 1950-1990. MMWR Morb Wkly Rep 1993; 42: 857, 863-6.
7. Pagano R, La Vecchia C, Decarli A. Smoking in Italy, 1995. Tumori 1998; 84: 456-9.
8. Conte SC, Enzo E, Nardini S, Giuntini C. Patologie fumo-correlate. In: Nardini S, Donner CF, eds. L'epidemia di fumo in Italia. Pisa: EDI-AIPO Scientifica, 2000: 23-30.
9. Almirall J, Gonzales C, Balanzò X, Bolìbar I. Proportion of community-acquired pneumonia cases attributable to tobacco smoking. Chest 1999; 116: 375-9.
10. Iribarren C, Jacobs DR Jr, Sidney S, Grossa MD, Eisner MD. Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of ARDS. A 15 year cohort study in a managed care setting. Chest 2000; 117: 163-8.
11. Doll R, Crofton J. Tobacco and health. Br Med Bull 1996; 52: 3-11.
12. Department of Health and Social Security. Fourth report of the Independent Scientific Committee on Smoking and Health. London: HMSO, 1998.