Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale di statistica UST

Attualità UST

Embargo: 23.03.2009, 9:15

14 Salute

Neuchâtel, marzo 2009

La mortalità da fumo in Svizzera

Stima per gli anni 1995–2007

Informazioni:
Christoph Junker, UST, Sezione Salute della popolazione, tel.: +41 32 713 68 30
E-Mail: Christoph.Junker@bfs.admin.ch
n. di ordinazione: 1057-0700

Espace de l'Europe
CH-2010 Neuchâtel
www.statistica.admin.ch

La mortalità da fumo in Svizzera. Stima per gli anni 1995–2007

Sintesi

Il presente studio espone i dati nazionali relativi al numero di decessi riconducibili al fumo nel periodo 1995–2007. La stima si rifà al metodo SAMMEC sviluppato dal Centro americano per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC). I calcoli si basano sui dati dell'indagine sulla salute in Svizzera (ISS) e della statistica delle cause di morte realizzate dall'Ufficio federale di statistica (UST). Stando a tali risultati, nel 2007 sono deceduti per le conseguenze del fumo 6427 uomini e 2774 donne. 3729 decessi erano riconducibili a un'affezione neoplastica, di cui 2485 a un carcinoma polmonare (1797 uomini e 688 donne), 3800 a patologie del sistema cardiovascolare e 1669 a malattie dell'apparato respiratorio. Negli ultimi dieci anni, la mortalità tabacco-correlata è aumentata del 17% tra le donne di età inferiore ai 65 anni e dell'11% tra gli uomini della stessa classe d'età. Tra le persone di 65 anni e più, il numero di decessi è invece aumentato del 5% tra le donne e diminuito del 9% tra gli uomini. Quest'ultimo dato si spiega in particolare con una riduzione del 18% dei decessi dovuti a malattie cardiovascolari. Le morti fumo-correlate per broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO o COPD) sono cresciute del 2%, quelle per tumori dell'11%. In Svizzera, il fumo rimane la principale causa di morti evitabili.

Introduzione

Il consumo di sigarette e di altri derivati del tabacco costituisce un grave pericolo per la salute. Ma poiché malattia e morte non sopraggiungono immediatamente dopo il consumo di tali sostanze, il rapporto causa-effetto è spesso disconosciuto. I danni causati dal tabacco possono tuttavia essere quantificati, calcolando, ad esempio, il numero di decessi che essi provocano. Per la Svizzera, risultati del genere sono stati pubblicati per la prima volta nel 1992 [1], con 10'552 morti tabacco-correlate per il 1990.

Uno studio relativo alle cause di morte incentrato sulle generazioni pubblicato nel 2008 ha evidenziato che gli uomini nati tra il 1900 e il 1924 presentavano, a prescindere dalla loro età, un tasso di mortalità per carcinoma polmonare molto più elevato rispetto alle generazioni anteriori o posteriori [2]. Tra le donne, la crescita era addirittura esponenziale: a un'età data, i tassi di mortalità delle annate 1950–54 erano di circa due volte superiori a quelle delle annate 1930–34.

Nel 2003, la Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo ha dato un impulso vitale anche alla prevenzione al fumo di tabacco in Svizzera. Rimane tuttavia da chiarire se i risultati siano visibili già oggi. Lo scopo del presente studio è illustrare l'evoluzione del numero di decessi tabacco-correlati avvenuti tra il 1995 e il 2007.

Metodi

I risultati qui presentati sono stati effettuati sulla base dei dati dell'indagine sulla salute in Svizzera (ISS) e della statistica delle cause di morte, realizzate entrambe dall'UST. La prevalenza del consumo di tabacco tra uomini e donne è stata tratta dalle quattro indagini ISS del 1992, 1997, 2002 e 2007 e analizzata in funzione dell'età (20–64 anni e 65–84 anni). Per ciascun anno di nascita è stato effettuato uno smussamento dei valori dei quattro anni di riferimento e di quelli delle annate vicine. Le prevalenze per i quattro anni intermedi sono state interpolate per ciascun anno di nascita. Per giungere ai tassi di fumatori ed ex-fumatori, le prevalenze specifiche per età sono state infine ponderate sulla base dei relativi coefficienti di peso nella popolazione.

Per gli anni dal 1995 al 2007 le informazioni relative al numero di decessi ripartiti per diagnosi, età e sesso sono state riprese dalla statistica delle cause di morte. Per motivi legati alla modifica delle regole di codifica avvenuta tra il 1994 e il 1995 i dati degli anni precedenti non sono stati presi in considerazione.

L'analisi si basa sul metodo per il calcolo della mortalità tabacco-correlata sviluppato dall'ente sanitario americano CDC [modello SAMMEC, 3], nella sua versione del 2004. Per ciascuna delle 22 cause di morte la quota di decessi riconducibili al fumo (smoking attributable fraction) è calcolata partendo dal rischio relativo per i fumatori ed ex-fumatori (tabella 1) e la percentuale di fumatori ed ex-fumatori nella popolazione. Moltiplicando tali valori con il numero di decessi registrati per la corrispondente causa di morte si ottiene il numero di decessi riconducibili al consumo di tabacco. Per ciascuna causa di morte, le stime dei rischi relativi per fumatori ed ex-fumatori in funzione dell'età e del sesso sono state riprese dal «Cancer Prevention Study II, CPS-II» [4] dell'American Cancer Society per il periodo 1982–1988. Per le malattie cardiovascolari le stime del rischio relativo sono state stratificate per età (35–64 anni e > 65 anni).

Le presenti stime non tengono conto delle persone morte in incendi dovuti a sigarette dimenticate o gettate via né di quelle decedute in seguito al fumo passivo. Per il raffronto sui dieci anni si ricorre ai valori medi degli anni 1995–97 e 2005–07 al fine di compensare eventuali variazioni casuali sopraggiunti in un anno.

Risultati

Per il 2007, le morti dovute al fumo sono stimate in 9201: 6427 uomini e 2774 donne (tabella 2). Un quarto di esse riguarda persone di meno di 65 anni (tabella 3) e coinvolge parimenti uomini e donne (tabella 4). Sull'insieme dei decessi, quelli imputabili al fumo raggiungono il 22% tra gli uomini (indipendentemente dalla loro età) e il 16% tra le donne fino a 64 anni. Tra le donne di 65 anni e più tale valore scende all'8%.

Dei decessi fumo-correlati, il 41% è riconducibile a un tumore maligno, un altro 41% a una patologia cardiovascolare e il 18% a malattie del sistema respiratorio (tabella 5). Le tre principali cause di morte specifiche tabacco-correlate (tabella 6) sono il cancro del polmone (2485), le coronaropatie (1597) e le broncopneumopatie croniche ostruttive (1335).

Se i due sessi non si differenziano molto per quanto concerne la diffusione delle malattie cardiovascolari, gli uomini presentano un'incidenza maggiore di affezioni neoplastiche e una presenza minore di malattie polmonari (tabelle 7).

Nel raffronto sui dieci anni tra i risultati del periodo 1995–97 e quelli del periodo 2005–07, la mortalità tabacco-correlata è aumentata complessivamente del 7% (+185 casi) tra le donne. Tra le donne fino ai 64 anni, l'incremento e stato del 17% (+83 casi), tra quelle di 65 anni e più del 5% (+102 casi). Tra gli uomini invece, la mortalità da fumo è diminuita del 10% (-682 casi) e ha riguardato parimenti le due classi di età.

La riduzione del numero di decessi riconducibili al consumo di tabacco è il risultato, in primo luogo, della riduzione del 18% della mortalità legata alle malattie cardiovascolari (uomini -20%; donne -18%). Il numero di decessi per carcinoma polmonare tabacco-correlato è aumentato dell'1% tra gli uomini e del 61% tra le donne. Per gli altri tipi di tumori l'incremento è stato rispettivamente del 7% e del 19%. Le broncopneumopatie croniche ostruttive sono invece diminuite del 13% tra gli uomini e aumentate del 33% tra le donne. Per le altre affezioni polmonari è stata osservata una riduzione del numero di decessi (uomini -15%; donne -14%).

Commento

Ogni anno in Svizzera muoiono per le conseguenze del fumo più di 9000 persone, pari al 15% dell'insieme dei decessi. Tra il 1995 e il 2007 la mortalità fumo-correlata è diminuita tra gli uomini ed è aumentata tra le donne. Tale evoluzione è differita nel tempo rispetto alle abitudini di consumo. Tra gli uomini, infatti, la diffusione del consumo di tabacco sta da tempo diminuendo. Tra le donne, invece, essa è progredita fino alla fine degli anni 1990. Oggi, le donne iniziano a fumare in età più giovanile. Corollario di tale evoluzione è la precoce comparsa delle malattie fumo-correlate.

Complice dell'elevatezza di tali cifre è l'evoluzione demografica, e precisamente il graduale invecchiamento della popolazione. Benché la mortalità presenti una tendenza decrescente in tutte le classi di età, in termini assoluti il numero di decessi diminuisce a ritmo molto più lento, in ragione della forte progressione del numero di persone in età avanzata.

Il forte incremento dei decessi imputabili al consumo di tabacco tra le donne, nonché la riduzione della mortalità dovuta alle malattie cardiovascolari e l'aumento dei decessi per le affezioni del sistema respiratorio sono fenomeni comuni anche a Stati Uniti e Canada [5–7]

I dati qui presentati non sono il risultato di un censimento statistico, ma l'esito di stime effettuate in base ai metodi internazionali correnti. La procedura impiegata è stata sviluppata dal CDC [3]. Altri metodi di stima portano in parte a cifre più basse con scarti dell'ordine di grandezza dal 10% al 20%. La procedura CDC-SAMMEC è stata scelta perché presenta tappe intermedie molto più chiare che facilitano la comprensione dei risultati. Il metodo concorrente di Peto et al. [8] rinuncia a stimare la prevalenza del fumo sulla base di indagini demografiche. Esso parte invece da un modello di rischio generale basato direttamente sui casi di decesso per carcinoma polmonare. Il suo vantaggio sta nella possibilità di essere applicato anche in Paesi che non dispongono di dati statistici sul consumo di tabacco. Per tale motivo è indispensabile per la valutazione della mortalità tabacco-correlata a livello internazionale.

Va tenuto presente che i risultati presentati in questo studio sottostanno ad alcune restrizioni che possono ingenerare risultati sovra o sottostimati.

– I rischi relativi impiegati nei calcoli sono tratti dai dati degli anni 1982–1988. A quei tempi, la popolazione americana presentava abitudini di consumo differenti (età più elevata alla prima sigaretta, altri tipi di sigarette, forse anche altre quantità consumate e altri metodi per smettere di fumare). È quindi impossibile determinare se e in quale direzione i rischi relativi siano cambiati.

– I rischi relativi soggiacenti sono stati depurati da eventuali effetti legati all'età ma non da altri fattori di distorsione potenziali. Secondo i risultati dello studio americano sulla prevenzione del cancro (Cancer Prevention Study II) le stime della mortalità per carcinoma polmonare, broncopneumopatie croniche ostruttive, cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari sarebbero poco influenzate dal grado di formazione, dal consumo di alcol e da altri fattori di distorsione potenziali.

– Le stime tengono conto esclusivamente del consumo di sigarette. I decessi riconducibili al consumo di cannabis, sigari e pipe non sono stati considerati.

– La broncopneumopatia cronica ostruttiva è una conseguenza grave del fumo che affligge – in misura diversa – tutti i fumatori di lunga data e che diminuisce le probabilità di guarigione di numerose malattie e interventi chirurgici. In oltre il 50% dei casi in cui la statistica delle cause di morte menziona la broncopneumopatia cronica ostruttiva, essa costituisce una malattia secondaria, ossia una malattia che ha contribuito, assieme all'affezione principale, alla morte della persona. I presenti calcoli non tengono conto delle malattie secondarie ma ricorrono unicamente ai dati relativi alle cause principali dei decessi.

– Infine, non è stata considerata neanche la variabilità delle stime dei dati di base. Il grado di precisione statistica dei calcoli non può essere pertanto determinato.

Queste restrizioni possono condurre a una sovrastima o sottostima dei risultati. Non essendo tuttavia i dati direttamente misurabili, le stime rappresentano l'unica possibilità di determinare i danni provocati dal fumo. Il metodo utilizzato nel presente studio è sempre lo stesso. Per tale motivo, le variazioni individuate nel periodo 1995–2007 sono molto meno soggette alle restrizioni summenzionate.

In sintesi possiamo dire che tra il 1997 e il 2007 il numero di decessi riconducibili al consumo di tabacco è diminuito del 10% tra gli uomini, con una flessione meno marcata tra quelli di 65 e più anni (9%) e un calo più sostenuto nella classe di età più giovane (11%). La mortalità tabacco-correlata è invece progredita del 17% tra le donne di meno di 65 anni e del 5% tra quelle più anziane, prevalentemente in seguito a carcinomi polmonari, broncopneumopatie croniche ostruttive e altre affezioni tumorali. In Svizzera, il fumo rimane la causa principale di morti evitabili.

Bibliografia

1. Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Rauchen und Sterblichkeit in der Schweiz. UFSP, 1992, 8, p. 101–105
2. Ufficio federale di statistica (UST) Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004. Neuchâtel, UST, 2008
3. CDC. Smoking-attributable mortality, morbidity, and economic costs (SAMMEC): Consultabile all'indirizzo: *http://apps.nccd.cdc.gov/sammec*.
4. American Cancer Society's Cancer Prevention Study II (CPS-II) *http://www.cancer.org/ → research programs and funding → Cancer Prevention Studies*
5. CDC. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997–2001. MMWR 2005(Jul 1); 54(25): 625–628
6. CDC. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses, United States, 2000–2004. MMWR 2008(Nov 14); 57(45): 1226–1228
7. Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and Its Regions, 1998. Canadian Journal of Public Health 2004 Jan/Feb;95(1):38–44
8. Peto R, Lopez A, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992;339:1268–78.

T1 Patologie considerate

Numero di diagnosi	ICD-9	ICD-10	Denominazione della diagnosi
1	010–012	A15–A16	Tubercolosi respiratoria
2	140–149	C00–C14	Tumori maligni del labbro, della cavità orale e della faringe
3	150	C15	Tumore maligno dell'esofago
4	157	C25	Tumore maligno del pancreas
5	161	C32	Tumore maligno della laringe
6	162	C33–C34	Tumore maligno del polmone
7	180	C53	Tumore maligno della cervice uterina
8	188	C67	Tumore maligno della vescica
9	189	C64–C66	Tumore maligno del rene
10	390–398	I00–02, 05–09	Reumatismo articolare acuto e cardiopatie reumatiche croniche
11	400–404	I10–I15	Malattie ipertensive
12	410–414	I20–I25	Cardiopatie ischemiche
13	426	I26–I28	Cuore polmonare e malattie del circolo polmonare
14	420–425, 427–429	I30–I52	Altre forme di cardiopatia
15	430–438	I60–I69	Malattie cerebrovascolari
16	440	I70	Aterosclerosi
17	441	I71	Aneurisma e dissezione dell'aorta
18	442–448	I72–79, M30–31	Altre malattie delle arterie
19	480–486, 470–474	J10–J18	Influenza e polmonite
20	490–492	J40–J44	Bronchite, enfisema, pneumopatie ostruttive croniche
21	493	J45–J46	Asma
22	776,2	P22	Distress respiratorio del neonato

T2 Decessi tabacco-correlati secondo il sesso, 1995–2007 secondo il metodo CDC

Anno	Uomini		Donne		Totale	In % di tutti i decessi		
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	Uomini	Donne	Totale
1995	7247	75	2449	25	9696	22,9	7,7	15,3
1996	7016	74	2526	26	9542	22,8	7,9	15,2
1997	7214	73	2687	27	9901	23,5	8,3	15,8
1998	7191	73	2708	27	9899	23,2	8,6	15,8
1999	7007	71	2798	29	9805	23,0	8,7	15,7
2000	6867	71	2762	29	9629	22,6	8,6	15,4
2001	6602	72	2547	28	9149	22,1	8,1	14,9
2002	6450	71	2604	29	9054	21,7	8,1	14,7
2003	6627	70	2787	30	9414	21,9	8,5	14,9
2004	6309	70	2663	30	8972	21,8	8,5	14,9
2005	6649	71	2715	29	9364	22,4	8,6	15,3
2006	6356	70	2730	30	9086	21,8	8,8	15,1
2007	6427	70	2774	30	9201	21,8	8,8	15,1
Variazioni tra il 1995–97 e il 2005–07								
Valori assoluti	-682		185		-496			
Valori relativi	-9,5%		7,3%		-5,1%			

T 3 Decessi tabacco-correlati per età, 1995–2007 secondo il metodo CDC

Anno	0–64		65+		Totale	In % di tutti i decessi		
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	0–64	65+	Totale
1995	2253	23	7443	77	9696	18,7	14,5	15,3
1996	2116	22	7426	78	9542	18,7	14,5	15,2
1997	2266	23	7635	77	9901	20,2	14,8	15,8
1998	2291	23	7608	77	9899	20,7	14,8	15,8
1999	2223	23	7582	77	9805	20,7	14,6	15,7
2000	2232	23	7397	77	9629	20,5	14,3	15,4
2001	2113	23	7036	77	9149	20,1	13,9	14,9
2002	2073	23	6981	77	9054	19,6	13,6	14,7
2003	2059	22	7355	78	9414	19,7	14,0	14,9
2004	2030	23	6942	77	8972	20,0	13,9	14,9
2005	2123	23	7241	77	9364	21,0	14,2	15,3
2006	2062	23	7024	77	9086	20,6	14,0	15,1
2007	2125	23	7076	77	9201	21,2	13,9	15,1
Variazioni tra il 1995–97 e il 2005–07								
Valori assoluti	-108		-388		-496			
Valori relativi	-4,9%		-5,2%		-5,1%			

T 4 Decessi tabacco-correlati per età e sesso, 1995–2007 secondo il metodo CDC

Anno	Uomini				Donne				Totale	In % di tutti i decessi			
	0–64		65+		0–64		65+			Uomini		Donne	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	0–64	65+	0–64	65+
1995	1749	24	5498	76	504	21	1945	79	9696	21,8	23,3	12,4	7,0
1996	1645	23	5371	77	471	19	2055	81	9542	22,1	23,0	12,1	7,3
1997	1765	24	5449	76	501	19	2186	81	9901	24,1	23,4	13,0	7,7
1998	1762	25	5429	75	529	20	2179	80	9899	24,0	22,9	14,2	7,8
1999	1670	24	5337	76	553	20	2245	80	9805	23,9	22,8	14,9	7,9
2000	1703	25	5164	75	529	19	2233	81	9629	24,1	22,1	13,8	7,9
2001	1585	24	5017	76	528	21	2019	79	9149	23,2	21,8	14,3	7,3
2002	1547	24	4903	76	526	20	2078	80	9054	22,8	21,4	14,0	7,3
2003	1510	23	5117	77	549	20	2238	80	9414	22,4	21,7	14,8	7,7
2004	1512	24	4797	76	518	19	2145	81	8972	22,9	21,4	14,6	7,8
2005	1570	24	5079	76	553	20	2162	80	9364	23,9	21,9	15,5	7,8
2006	1479	23	4877	77	583	21	2147	79	9086	23,2	21,3	16,0	7,8
2007	1537	24	4890	76	588	21	2186	79	9201	24,1	21,1	16,3	7,8
Variazioni tra il 1995–97 e il 2005–07													
Valori assoluti	-191		-491		83		103		-496				
Valori relativi	-11,1%		-9,0%		16,8%		5,0%		-5,1%				

T5 Decessi tabacco-correlati per gruppo di diagnosi, 1995–2007 secondo il metodo CDC

Anno	Tumori maligni (incl. cancro del polmone)		Malattie cardiovascolari		Malattie polmonari (escl. cancro del polmone)	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
1995	3288	34	4766	49	1640	17
1996	3289	34	4583	48	1673	18
1997	3326	34	4703	48	1871	19
1998	3435	35	4582	46	1884	19
1999	3366	34	4466	46	1973	20
2000	3538	37	4272	44	1816	19
2001	3514	38	4087	45	1551	17
2002	3433	38	3993	44	1626	18
2003	3509	37	4120	44	1781	19
2004	3486	39	3857	43	1626	18
2005	3642	39	3922	42	1798	19
2006	3653	40	3806	42	1626	18
2007	3729	41	3800	41	1669	18
Variazioni tra il 1995–97 e il 2005–07						
Valori assoluti	374		-841		-30	
Valori relativi	11,3%		-18,0%		-1,8%	

T6 Decessi tabacco-correlati per diagnosi principale, 1995–2007 secondo il metodo CDC

Anno	Cancro del polmone		Cardiopatie coronariche		Pneumopatie ostruttive croniche		Altre malattie	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
1995	2168	22	2073	21	1238	13	4215	43
1996	2164	23	1977	21	1300	14	4104	43
1997	2199	22	2026	20	1379	14	4296	43
1998	2274	23	2034	21	1389	14	4204	42
1999	2217	23	1930	20	1481	15	4177	43
2000	2360	25	1847	19	1298	13	4121	43
2001	2334	26	1717	19	1202	13	3899	43
2002	2256	25	1697	19	1223	14	3876	43
2003	2333	25	1747	19	1386	15	3944	42
2004	2327	26	1613	18	1258	14	3771	42
2005	2432	26	1654	18	1389	15	3887	42
2006	2416	27	1614	18	1286	14	3769	41
2007	2485	27	1597	17	1335	15	3781	41
Variazioni tra il 1995–97 e il 2005–07								
Valori assoluti	267		-404		31		-393	
Valori relativi	12,3%		-19,9%		2,4%		-9,3%	

T7 Decessi tabacco-correlati per diagnosi e sesso, 1995–2007 secondo il metodo CDC

Anno	Cancro del polmone		Altre affezioni tumorali		Malattie cardiovascolari		Pneumopatie costruttive croniche		Altre affezioni polmonari	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
1995	1760	408	850	270	3426	1340	957	281	253	149
1996	1770	394	858	267	3209	1374	952	348	227	146
1997	1788	411	849	278	3275	1428	1013	366	289	203
1998	1814	460	881	280	3203	1379	1007	382	286	209
1999	1717	500	878	271	3047	1419	1073	408	291	201
2000	1829	531	882	296	2929	1343	916	382	309	209
2001	1836	498	891	289	2826	1261	837	365	213	136
2002	1725	531	878	299	2742	1251	859	364	246	157
2003	1763	570	885	291	2800	1320	943	443	234	161
2004	1731	596	873	286	2623	1234	863	395	218	150
2005	1843	589	898	312	2707	1215	958	431	241	168
2006	1742	674	922	315	2629	1177	853	433	211	129
2007	1797	688	913	331	2634	1166	877	458	205	129
Variazioni tra il 1995–97 e il 2005–07										
Valori assoluti	21	246	59	48	-647	-195	-78	109	-37	-24
Valori relativi	1,2%	60,8%	6,9%	17,5%	-19,6%	-14,1%	-8,0%	32,9%	-14,6%	-14,5%