

# EXPERT OPINION

Una mappa  
per la  
**lotta al fumo**

quotidiano**sanità**







---



## L'INIZIATIVA

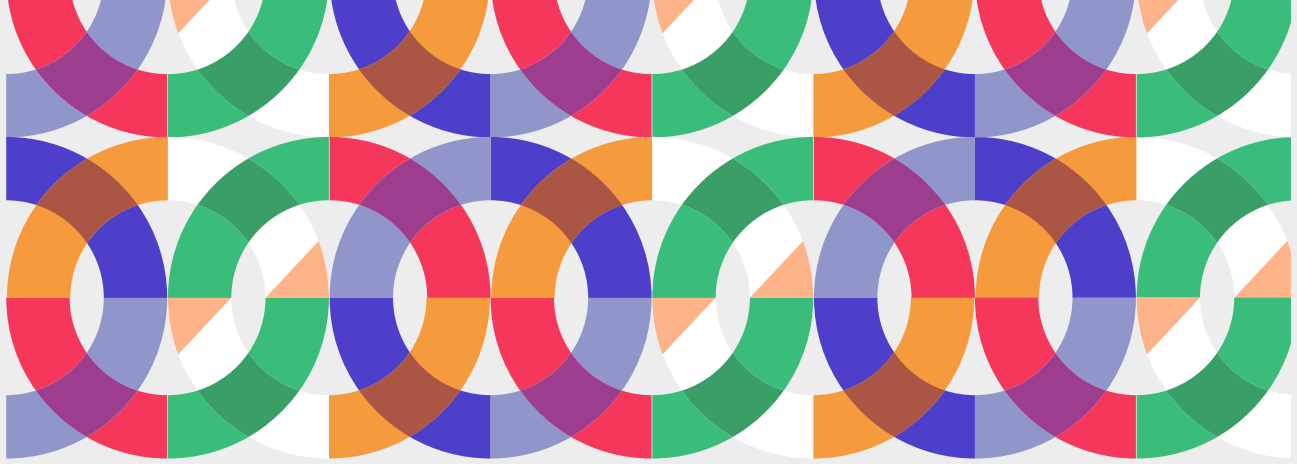
La “Legge Sirchia” è considerata come l’ultima vera e propria azione incisiva di carattere nazionale per la lotta al fumo da sigaretta, una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia. A 20 anni da quella legge, convincere i fumatori che sia necessario smettere di fumare attraverso campagne di comunicazione mirate rimane uno dei massimi impegni della sanità pubblica, così come convincere i giovani a non iniziare mai. Ma appare ormai evidente come i metodi tradizionali per convincere le persone adulte a smettere di fumare non stiano dando i risultati attesi, e che un approccio basato solo sul tentativo di persuasione dell’importanza di smettere di fumare, anche nei riguardi di chi – purtroppo – non abbandona questo comportamento non costituisca la strategia vincente per raggiungere l’obiettivo di una generazione libera dal fumo.

Di fronte al fatto che il numero dei fumatori è rimasto sostanzialmente stabile negli anni, appare quindi necessario ripensare strategie

e esplorare anche possibili altri approcci, proprio ai fini di non lasciare soli i fumatori adulti che non smettono. In questo ambito, la ricerca ha introdotto sul mercato forme alternative ai prodotti combustibili, come le sigarette elettroniche, i prodotti a tabacco riscaldato e lo snus o i nicotina pouches, che potrebbero essere una valida alternativa per chi non smette di fumare, nell’ottica di una strategia sanitaria che includa anche il principio di riduzione del danno.

Obiettivo del confronto è stato quello di stimolare alcuni esperti ed esponenti autorevoli del mondo della scienza e non solo, impegnati da anni su questi temi, per condividere proposte concrete su come potenziare le attuali politiche di prevenzione e cessazione e perseguire un approccio di salute pubblica che permetta, da un lato, di contrastare e disincentivare l’avvicinamento dei non fumatori e dei giovani; e, dall’altro, di favorire la cessazione e di contribuire a ridurre il rischio di danni da fumo nei fumatori adulti che decidono di continuare.





---

# I PARTECIPANTI



## **Introduzione**

**Ketty Vaccaro**

*Responsabile area Welfare e Salute del Censis*

## **Prevenzione:**

*idee creative per non iniziare*

**FACILITATORE**

**Cesare Buquicchio**

*Direttore sanità e  
informazione*

## **Idee creative per smettere**

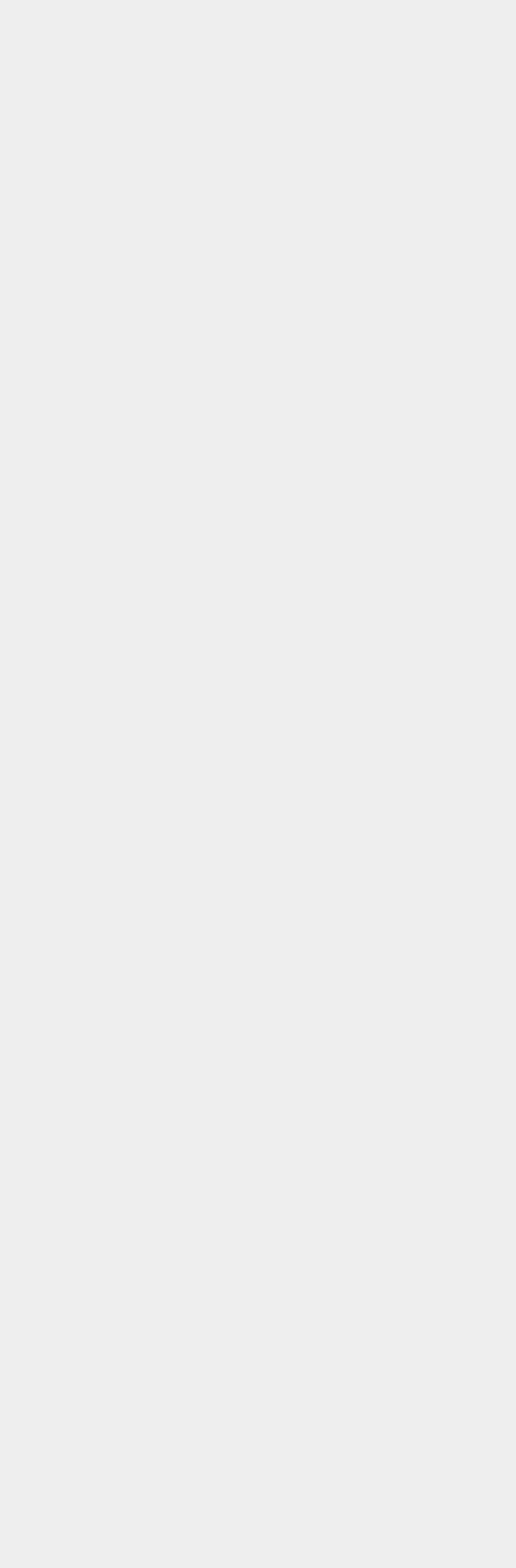
*e ruolo dei prodotti senza combustione*

**FACILITATORE**

**Luciano Fassari**

*Direttore Quotidiano  
Sanità*

**FOCUS:****Prevenzione:**  
*idee creative per non iniziare***Alberto Baldazzi***Giornalista scientifico,  
esperto di sanità*← **La videointervista****Pier Luigi Bartoletti***Vicesegretario  
nazionale FIMMG*← **La videointervista****Martina Gangale***psicologa clinica  
e giuridica, AIPG  
Associazione Italiana  
Psicologia Giuridica*← **La videointervista****Mario Rusconi***Presidente ANP  
Associazione Nazionale  
dirigenti pubblici e alte  
professionalità della scuola*← **La videointervista****Federico Zanin***medico chirurgo, specialista  
malattie dell'apparato  
cardiovascolare presso  
l'Università di Roma Tor  
Vergata, socio Sicsport*← **La videointervista****FOCUS:****Idee creative per smettere**  
*e ruolo dei prodotti senza combustione***Stefano De Lillo***Vicepresidente ordine  
dei medici di Roma*← **La videointervista****Fabio Lugoboni***responsabile medicina  
delle dipendenze,  
Università di Verona*← **La videointervista****Riccardo Polosa***professore di medicina  
interna università di  
Catania*← **La videointervista****Umberto Tirelli***direttore scientifico e  
sanitario clinica Tirelli  
Medicalc*← **La videointervista****Giuseppe Petrella***oncologo e già professore  
ordinario di chirurgia  
generale presso l'università  
Tor Vergata di Roma***Luigi De Santis***SICS, esperto in  
comunicazione scientifica*



# IL CONTESTO

## *La dimensione del problema fumo in Italia*

I dati del fumo in Italia sono consultabili a partire da due fonti principali: ISTAT e Istituto Superiore di Sanità.

Secondo i dati ISTAT relativi al 2021 (indagine multiscopo eseguita su un campione di circa 25.000 famiglie distribuite in circa 800 comuni italiani di diversa ampiezza demografica), considerando la popolazione della fascia di età compresa tra i 14 e i 75 anni, in Italia i fumatori di sigarette sarebbero poco meno di 10 milioni (19%)<sup>1</sup>.

In base all'ultima indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (in collaborazione con l'Istituto Mario Negri di Milano, su campioni annuali di circa 3000 soggetti, definiti rappresentativi della popolazione italiana), invece, i cui risultati sono stati presentati il 31 maggio 2023, risulta che i fumatori di sigarette in Italia sarebbero attualmente il 20,5% della popolazione (10,5 milioni di persone)<sup>5</sup>. Si tratta di un calo di ben 3,7 punti percentuali e di 1,9 milioni di persone rispetto all'indagine dell'anno precedente<sup>4</sup> e ai numeri riportati per il periodo 2021-22 dalla Sorveglianza PASSI (prevalenza 24,2% pari a 12,4 milioni di persone)<sup>6</sup>.

È lecito ipotizzare quindi, che l'aumento della prevalenza negli anni precedenti fosse una conseguenza dell'effetto pandemico e di lock-down allo stato attuale non solo è completamente rientrato, ma che è in calo di 2,8 punti percentuali anche rispetto al periodo pre-pandemico del 2018<sup>4</sup>.

Per quanto riguarda invece l'uso di prodotti senza combustione (*smoke-free*), ossia sigarette elettroniche (e-cig) e prodotti a tabacco riscaldato (HTP), attraverso la già citata indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"<sup>1</sup>, l'ISTAT ha iniziato dal 2014 a rilevare l'uso delle e-cig e, dal 2021, quello degli HTP. Nel 2014 erano circa 800mila le persone di 14 anni e più che utilizzavano le e-cig. Nel corso degli anni, seppur lentamente, i consumatori sono aumentati fino a diventare, nel 2021, quasi 1,5 milioni.

Nel 2021, tra le persone di 14 anni e più, il 2,8% ha dichiarato di utilizzare le e-cig e il 2,1% gli HTP. Si attesta all'1,7%, invece, la quota di coloro che dichiarano di aver utilizzato tali dispositivi in passato e di avere smesso di usarli. I giovani adulti sono i

più interessati all'uso di questi dispositivi: tra i 18 e i 34 anni, il 5,2% usa le e-cig e il 4,6% gli HTP. L'uso dei sistemi *smoke-free* tra gli adolescenti (14-17aa) appare invece piuttosto contenuto: l'1,4% usa e-cig e l'1,5% gli HTP. Circa l'uso duale, 1 consumatore su 4 usa sia e-cig che HTP mentre 3 consumatori su 4 di e-cig e/o HTP usano anche sigarette (quindi circa il 75%)<sup>7</sup>.

Anche in questo caso l'altra fonte di dati costituita dall'ISS (basata su un campione di circa 3000 persone ad indagine annuale) fornisce delle stime alquanto diverse.

L'ultima indagine chiusa al maggio 2023 riporta che, in Italia, gli utilizzatori occasionali e abituali di e-cig sarebbero il 2,5% della popolazione (pari a 1,3 milioni di utilizzatori). Per quanto riguarda gli HTP questi verrebbero utilizzati, occasionalmente e abitualmente, dal 3,7% della popolazione italiana, circa 1,9 milioni di persone<sup>5</sup>.

## *Il Fumo, la nicotina e la combustione*

Le Malattie Non Trasmissibili (*Non Communicable Diseases, NCD*) - principalmente malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete - sono la principale causa di morte in tutto il mondo. Più di 36 milioni muoiono ogni anno di malattie non trasmissibili (63% dei decessi globali), inclusi 14 milioni di persone che muoiono troppo giovani prima dei 70 anni. Più del 90% dei decessi prematuri da malattie non trasmissibili si verifica nei paesi a basso e medio reddito, si tratta di decessi che potrebbero essere ampiamente prevenuti e il fumo di sigaretta è al secondo posto tra i principali fattori di rischio eliminabili<sup>8</sup>. In Italia, circa 93.000 persone muoiono all'anno a causa del fumo<sup>9</sup>.

Il fumo è una vera e propria dipendenza, riportata dal *Diagnostic and Statistical Manual*

of *Mental Disorders* (DSM-5) come dipendenza dalla nicotina<sup>10</sup>. Ma bisogna fare delle opportune distinzioni, perché il meccanismo di dipendenza e gratificazione dalla nicotina è tale e quale per altre tipologie di dipendenze, anche non farmacologiche, laddove però la dipendenza dalla nicotina, sebbene sia forte, non genera danni fisici rilevanti quanto altre tipologie di dipendenze che non vengono tenute in dovuta considerazione, vedasi anabolizzanti, barbiturici, o solventi, per non parlare poi di droghe più pesanti<sup>11</sup>. Va peraltro specificato che se la dipendenza da nicotina è elevata, ma con un danno fisico più contenuto rispetto ad altre dipendenze, in genere si esplica durante un periodo di tempo particolarmente lungo, se non per tutta la vita, e quindi il danno è prolungato nel tempo. Inoltre, alla dipendenza fisica si associa anche una dipendenza psichica fatta di gestualità, rituali, abitudini difficili da debellare<sup>12</sup>.

A fronte di tutto ciò, è stato ampiamente riconosciuto che gli effetti nocivi del fumo di sigaretta sulla salute non sono principalmente indotti dalla nicotina, ma dalle sostanze tossiche prodotte durante la combustione del tabacco<sup>13-14</sup> e definite dalla Food and Drug Administration (FDA) statunitense come "*Harmful or Potentially Harmful Constituents*" (HPHC). 79 di queste sostanze sono classificate cancerogene, 25 come tossiche per l'apparato respiratorio e 12 tossiche per l'apparato cardiovascolare<sup>15,16</sup>.

La combustione si configura come un processo fondamentalmente diverso rispetto ad altri processi termici che dipendono solo dal calore, come ad esempio l'essiccazione, la vaporizzazione e la pirolisi, o processi di decomposizione termica ossidativa, per i quali si verificano solo lente reazioni di ossidazione e non viene prodotta energia netta<sup>17,18</sup>.

Perché avvenga la combustione, devono sussistere tre diversi fattori: un materiale da bruciare (combustibile), una fonte di ossigeno (ossidante) e una fonte di calore. In assenza di uno solo dei tre elementi, la combustione non può avvenire<sup>19,20</sup>.

È stato osservato come nel processo di combustione si sprigionano quantità significative di HPHCs, i cui valori sono inferiori, anche fino al 95%, a temperature che non determinano combustione. Quest'ultima gioca dunque un ruolo fondamentale nella determinazione dei profili di tossicità dei prodotti. Come già specificato, all'aumentare della temperatura si verificano diversi processi termochimici, che possono dunque essere collocati – per semplificare – lungo una scala ideale ai cui estremi si trovano i processi di essiccazione (basse temperature) e quello di combustione vero e proprio (alte tempera-

ture). Il processo di pirolisi è tipicamente uno di quelli che si avviano a temperature inferiori alla combustione.

Il verificarsi di processi di pirolisi durante il riscaldamento del tabacco è da taluni usato come argomento per sostenere che vi sia combustione nei prodotti del tabacco riscaldato. Tuttavia, la pirolisi non è un processo di combustione in quanto non coinvolge l'ossigeno. È vero che la combustione non può avvenire senza pirolisi, ma la pirolisi può avvenire senza combustione<sup>21,22</sup>.

### ***I prodotti senza combustione (smoke-free)***

Nel corso degli ultimi anni ai prodotti tradizionali del tabacco (sigarette, tabacco trinciato, sigari, sigaretti, prodotti per pipa) si sono affiancati prodotti di nuova generazione: le sigarette elettroniche (e-cig), i prodotti a tabacco riscaldato (HTPs), lo snus e i *nicotine pouches*. Le e-cig sono disponibili in Italia dal 2010 mentre gli HTPs sono stati immessi nel mercato solo successivamente, nel 2014<sup>23</sup>.

Lo snus è attualmente proibito dalla legislazione europea, mentre i *nicotine pouches* non sono stati ancora lanciati nel mercato italiano.

In particolare, le e-cig sono dispositivi che permettono di produrre un vapore aromatizzato con/senza nicotina. Il risultato si ottiene grazie ad una resistenza all'interno dell'atomizzatore del sistema che, alimentata da una batteria, diventa incandescente e nebulizza un liquido contenuto nel piccolo serbatoio (ricaricabile) oppure in piccole cartucce intercambiabili.

Gli HTPs si basano su un dispositivo che permette di riscaldare uno *stick* di tabacco, consentendo il rilascio di un aerosol contenente nicotina, senza attivare alcun processo di combustione e senza generare cenere o fumo<sup>24-28</sup>.

Per quanto riguarda lo snus si tratta di piccoli sacchetti di polvere di tabacco da posizionare sotto il labbro superiore, a contatto con la gengiva, consentendo l'assorbimento prolungato di nicotina<sup>29</sup>. I *nicotine pouches* si differenziano dallo snus in quanto non contengono tabacco, ma sali di nicotina<sup>30</sup>.



## *Le strategie della lotta contro il fumo*

La lotta contro il fumo dovrebbe essere basata su strategie indirizzate a rispondere ai bisogni differenti della popolazione, che possono essere sintetizzate nel modo seguente: a) misure di prevenzione dell'iniziazione al fumo rivolte ai non fumatori (nella maggior parte dei casi adolescenti o giovani adulti); b) attività volte a favorire il percorso di cessazione e ad incrementarne le probabilità di successo nel lungo termine, rivolte ai fumatori che vogliono o cercano di smettere; c) identificazione di alternative anche solo potenzialmente meno pericolose rivolte all'ampia fetta di fumatori che decidono, nonostante tutto, di continuare a fumare (sui quali attualmente non si concentrano molte attenzioni e che rischiano di essere abbandonati a continuare a fumare sigarette con le note conseguenze in termini di morbilità e mortalità)<sup>31,32</sup>.

## *La legislazione italiana antifumo*

A fronte di un impatto così rilevante del fumo sulla salute, l'intervento del legislatore italiano è stato storicamente orientato alla prevenzione dell'iniziazione per i non fumatori e alla cessazione per i fumatori. In considerazione di ciò, gli interventi che si sono succeduti nel tempo hanno imposto un quadro normativo molto stringente, che si fonda sulla Direttiva Europea sui Prodotti del Tabacco (TPD)<sup>33</sup>.

L'Italia è sempre stata all'avanguardia in Europa per quanto riguarda la tutela dei non fumatori. La prima norma in questo senso risale infatti al 1975. La Legge n. 584 dell'11 novembre 1975, "Divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico", stabiliva il divieto di fumare in alcuni luoghi (art. 1), tra cui le corsie degli ospedali, le aule scolastiche, le sale d'attesa delle stazioni, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, i cinema, le sale da ballo<sup>34</sup>.

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995, "Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici", ha poi esteso il divieto di fumo ai locali destinati al ricevimento del pubblico per l'erogazione di servizi pubblici e utilizzati dalla pubblica amministrazione, dalle aziende pubbliche e dai privati esercenti servizi pubblici<sup>35</sup>.

Queste norme, che pure hanno contribuito alla progressiva riduzione della prevalenza dei fumatori nel nostro Paese a partire dagli anni Ottanta, avevano tuttavia una portata limitata, in quanto escludevano il fumo solo da certi locali e senza riscontare un impatto davvero decisivo sui compor-

tamenti dei fumatori, interferendo poco con le loro abitudini.

I limiti di tali normative sono stati superati con la Legge n. 3 del 16 gennaio 2003 (art.51) "Tutela della salute dei non fumatori" (cosiddetta Legge Sirchia) che ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi (compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, i luoghi di svago, palestre, centri sportivi), con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (abitazioni civili)<sup>36</sup>.

La legge non prevede l'obbligo, ma concede la possibilità di creare locali per fumatori, le cui caratteristiche strutturali e i parametri di ventilazione sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003, che prevede anche le misure di vigilanza e sanzionamento delle infrazioni<sup>37</sup>.

Un ulteriore passo avanti è stato fatto con la pubblicazione in gazzetta del Decreto Lgs. N. 6 del 12 gennaio 2016<sup>38</sup> che recepisce la Direttiva 2014/40/UE<sup>39</sup> sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati, che abroga la direttiva 2001/37/CE.

L'insieme di queste misure ha consentito solo in parte di far calare il numero dei fumatori. Infatti, a seguito dell'introduzione della cosiddetta "Legge Sirchia" nel 2003, implementata nel 2004, ad oggi (circa 20 anni) si è osservata una riduzione di soli 6 punti percentuali nella prevalenza dei fumatori (2004: 26,2%; circa 12,8 milioni di fumatori; 2023: 20,5%, circa 10,5 milioni di fumatori circa)<sup>5</sup>.

Da tale constatazione di fatto discende la possibilità di avviare un percorso di riflessione e impegno condiviso su come le strategie di sanità pubblica e prevenzione sul fumo possano essere rafforzate, nell'ottica di creare le condizioni per raggiungere più ambiziosi obiettivi di riduzione della prevalenza dei fumatori.

## **Contrasto all'iniziazione al fumo negli adolescenti e nei giovani adulti**

La questione dell'iniziazione al fumo negli adolescenti e nei giovani adulti è un argomento particolarmente dibattuto ed acceso e di difficile interpretazione per diversi ordini di motivi: il primo riguarda la numerosità dei dati disponibili - nazionali e internazionali; il secondo, le differenze esistenti nelle metodologie adottate, dalle diverse indagini condotte, per catturare tali dati. Nonostante i dati di seguito mostrino come i giovani inizino ancora principalmente con i prodotti combustibili, i nuovi prodotti *smoke-free* sono da molti criticati per il c.d. effetto di "accesso" (gateway to smoking) all'iniziazione al fumo di sigaretta. È tuttavia diffuso tra la comunità scientifica un certo scetticismo sulla validità dell'effetto *gateway to*: ciò in quanto risulta impossibile eliminare i fattori confondenti (come famiglia e ambiente casalingo, predisposizione mentale individuale, fattori comunitari, ambiente scolastico e le relative prestazioni, fattori genetici, preferenze di consumo etc.) che spingono all'uso di prodotti *smoke-free* e fumo di sigaretta. I dati della "National Youth Tobacco Survey" (NYTS) USA, raccolti annualmente, in una delle coorti più ampie disponibili di adolescenti (middle & high school: 15-18 anni) mostrano che dal 2012 al 2021 la prevalenza d'uso delle sigarette negli adolescenti è progressivamente diminuita, e che l'effetto *displace* ha quasi raggiunto l'eradicazione del fumo di sigaretta negli adolescenti statunitensi (dall'11% del 2012 allo 0,5% del 2021)<sup>40</sup>.

Inoltre, la sostituzione delle sigarette con prodotti *smoke-free* sembra accompagnarsi comunque ad un calo anche nel consumo di questi prodotti, non inducendo quindi un aumento netto dell'uso di prodotti a base di nicotina. Dati che sembrerebbero confermati anche in Italia dove la percentuale di fumatori nella fascia d'età 15-24aa è scesa al 17,3% nel 2023, rispetto al 21,1% del 2022 (decremento di 3,8 punti percentuali)<sup>45</sup>. Un segnale positivo che si accompagna al fenomeno di sostituzione della sigaretta con i nuovi

prodotti senza combustione, come riscontrato anche nella recente analisi dei dati della *Global Youth Tobacco Survey* (GTYS)<sup>41</sup>. La GTYS, inoltre, mostra un decremento di 3 punti percentuali nell'uso "corrente" (definito come utilizzo anche solo una volta negli ultimi 30gg, che quindi potrebbe essere anche un uso solo occasionale) di prodotti contenenti nicotina nella fascia 13-15aa (28% nel 2018 e 25% nel 2022).

Un trend riconosciuto dallo stesso ISS il quale, in occasione dell'evento per la Giornata Mondiale senza Tabacco del 31 maggio 2023, ha commentato che: "i nuovi prodotti non costituiscono una porta di ingresso al fumo anche se creano lo stesso dipendenza"<sup>42</sup>. Tuttavia, nel 2023, il 10,5% dei rispondenti afferma ancora di aver iniziato a fumare prima dei 15aa, contro il 9,1% nel 2022 (erano il 10,1% e l'11,4% rispettivamente nel 2019 e 2018).

Sono stati sempre recentemente presentati i risultati di un'altra indagine condotta da ISS-Explora su un campione di 3.623 ragazzi di 11-13aa e 5.132 di 14-17aa<sup>5</sup>. Il 36,6% degli studenti nella fascia 14-17 anni e il 9,6% tra 11 e 13 consuma almeno un prodotto tra sigaretta tradizionale, e-cig o HTPs (almeno una volta nel mese precedente la survey).

Nella fascia 11-13aa le sigarette sono consumate dal 2,7%, le e-cig dall'8,1%, gli HTPs dall'1,8%; in quella 14-17aa le sigarette sono consumate dal 22,6%, le e-cig dal 21,5% e gli HTPs dal 12,3%. Tra i 14-17enni che consumano tabacco o nicotina il 38,7% è un "policonsumatore", utilizza cioè più di un prodotto, mentre il resto del campione si divide quasi equamente tra consumatori esclusivi di sigarette tradizionali e di e-cig.

È bene sottolineare che la già citata *Global Youth Tobacco Survey*, condotta in Italia nel 2022 sempre da parte dell'ISS (2.069 ragazzi 13-15enni)<sup>41</sup>, ha mostrato un calo del 20% nell'uso di sigarette parallelamente all'incremento dell'uso di nuovi prodotti, segno di un fenomeno di sostituzione considerato che la percentuale di utilizzatori di prodotti del tabacco o con nicotina rimane sostanzialmente stabile negli adolescenti (2014 = 26%; 2018 = 28%; 2022 = 25%).

In sintesi, non si tratta di aumenti assoluti della prevalenza della esposizione a prodotti contenenti nicotina, ma di un calo accompagnato ad uno *shift* da sigaretta a nuovi prodotti.

## **Le campagne di prevenzione**

Nonostante il focus sulla prevenzione nella legislazione italiana, il Ministero della Salute ha portato avanti negli anni sostanzialmente solo due campagne contro il fumo: una nel 2015 ("Ma che sei scemo? Fumare fammale")<sup>43</sup> e l'altra nel 2018 ("Chi non fuma sta una favola")<sup>44</sup>, entrambe si sono av-

valse dell'attore Nino Frassica come testimonial e sono state veicolate su diversi media (video web, spot TV e radio). Dal 2018 in poi non sono state più realizzate campagne contro il fumo.

### *Cessazione: i Centri Antifumo*

Il secondo pilastro nella lotta al fumo è rappresentato dagli interventi per favorire la cessazione. Quest'ultima non è un evento ma, più propriamente, un processo, che spesso viene purtroppo lasciato alla gestione autonoma del fumatore, a scapito della ricerca sistematica di possibili terapie o supporti atti a raggiungere la cessazione del fumo. I centri di trattamento del fumo (CAF) potrebbero rappresentare un'opzione importante su cui i medici potrebbero indirizzare i fumatori; tuttavia, di fatto, hanno un ruolo marginale anche in ragione della frammentarietà della rete, sia dal punto di vista della distribuzione territoriale, sia per quel che riguarda la difformità dell'assistenza fornita. Istituiti in Italia alla fine degli anni '80, hanno fatto registrare negli anni una riduzione pari al 61% del numero dei CAF presenti, passando dai 365 del 2018 a 223 del maggio 2022<sup>45,46</sup>:

- 189 afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- 32 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT)
- 2 al privato sociale.

Come si accennava, la distribuzione dei CAF non risulta omogenea sul territorio nazionale: 145 sono al Nord, 46 al Centro, 50 al Sud; le regioni con la maggior offerta di Servizi sono Piemonte e Lombardia; Toscana e Lazio sono le più rappresentate per il Centro e nel Sud e nelle Isole le regioni che ospitano il maggior numero di Centri risultano la Sicilia e la Campania. La disomogeneità dei CAF si riscontra anche rispetto alla struttura, all'offerta assistenziale ed alla modalità di accesso dell'utenza, alcune con prestazioni gratuite altre soggette al pagamento del ticket. In totale, raccolgono 419 professionisti: 41% di medici (41%), 23% di psicologi, 12% di infermieri professionali, 8% di educatori professionali 4% assistenti sociali (4%). L'offerta è rappresentata principalmente:

- dal counselling individuale (68%);
- dall'intervento farmacologico (62%);
- servizi di psicoterapia di gruppo e la psicoterapia individuale (30%);
- gruppi psicoeducativi (19%).

È stimata un'affluenza annuale dei fumatori ai centri mediamente intorno a 13.000 soggetti: ciò si tradurrebbe in un costo per singolo trattamento pari a 2061€, con risultati di cessazio-

ne al fumo che si verificano in meno del 50% dei tentativi<sup>47</sup>. Occorre dunque avviare una riflessione sugli strumenti più efficaci di potenziamento dell'infrastruttura dei CAF, sugli approcci e sui servizi offerti dagli stessi. Questo percorso è inoltre naturalmente collegato alla struttura dell'offerta sanitaria a livello regionale e alla trasformazione in atto con l'implementazione della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del c.d. DM77, che impegnerà i Servizi Sanitari Regionali (SSR) ad un ripensamento e ad un ridisegno della sanità territoriale, ad esempio con l'introduzione e la standardizzazione dei servizi erogati dalle c.d. Case della Comunità e dei servizi domiciliari. Altri strumenti possono tuttavia rilevare nell'ottica di un piano organico di potenziamento della rete dei CAF. Si pensi ai fondi europei di coesione, citati anche dallo Europe's Beating Cancer Plan<sup>48</sup> come una leva fondamentale per migliorare "la resilienza, l'accessibilità e l'efficacia dei sistemi sanitari degli Stati membri e delle loro regioni, o al c.d. Fondo per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico, veicolo centrale del bilancio dello stato per il potenziamento della sanità pubblica, oggi al centro di una riforma complessiva".

L'Istituto Superiore di Sanità, inoltre, attraverso il "Telefono Verde contro il Fumo" (800 554088) e la piattaforma web "smetto di fumare"<sup>49</sup> mira a facilitare l'incontro tra la domanda dei cittadini e l'offerta dei servizi di cura sul territorio. La piattaforma "smetto di fumare" pubblica la mappa geolocalizzata dei Centri Antifumo presenti sul territorio nazionale, fornendo indicazioni pratiche per un facile accesso ai centri; comprende anche la Guida digitale Smetto di Fumare quale strumento comprensivo di consigli e strategie utili per abbandonare la sigaretta e superare i momenti di criticità e fragilità. Il Telefono Verde contro il Fumo 800 554088 è un servizio nazionale anonimo e gratuito: dall'inizio della sua attività ha preso in carico oltre 106.000 telefonate e nell'ultimo anno (1° maggio 2022- 30 aprile 2023) sono giunte al Servizio oltre 8.000

telefonate<sup>5</sup>. Chi telefona è quasi sempre un fumatore (90%), ma non mancano le chiamate di familiari e amici che chiedono aiuto per far smettere di fumare i propri cari (8%). A contattare il Telefono verde nel 61% dei casi sono maschi e utenti appartenenti a tutte le fasce d'età senza importanti differenze di genere. Il 92% dei fumatori chiede aiuto per smettere di fumare e risultano in aumento le richieste di informazioni sulla sigaretta elettronica.

### ***ISS: le nuove linee guida per il trattamento della dipendenza del 31.05.2023***

In occasione della Giornata mondiale senza tabacco del 31 maggio 2023, sono state pubblicate le nuove Linee Guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e dalla nicotina, che aggiorna la precedente edizione risalente al 2008<sup>50</sup>. Rispetto alla precedente versione, per la prima volta, viene affrontato anche il tema di come trattare la dipendenza dai nuovi dispositivi senza combustione, con l'indicazione di alcune buone pratiche cliniche. La cessazione è l'obiettivo primario e prioritario da raggiungere per tutti i fumatori e deve seguire un percorso ben codificato dalle attuali linee guida europee ed italiane; tra gli "interventi comportamentali", le linee guida prevedono il counselling, da preferire rispetto alla sola informazione di tipo medico, che privilegia l'interazione diretta terapeuta-paziente (in presenza o in videochiamata) rispetto a un intervento di counselling solo telefonico ed un andamento intensivo, ovvero comprensivo di un minimo di 4 sessioni fino a un massimo di 10 sessioni. Le linee guida prevedono inoltre interventi di tipo digitale basato su applicazioni per dispositivi mobili, con supporti anche via sms. Suggestiscono inoltre l'utilizzo di NRT rispetto a nessun trattamento, oltre all'associazione del trattamento farmacologico con l'intervento di counselling rispetto al solo intervento di counselling.

Le stesse linee guida indicano inoltre come opportuna la realizzazione di percorsi di for-

mazione specifica, sia a livello universitario che post universitari per i MMG e gli altri professionisti della salute, con attenzione a portare avanti percorsi di formazione specifica, a livello universitario o post- universitario, rivolti ai MMG e altri professionisti della salute al fine di implementare delle attività di prevenzione e del trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina. Infine, sul presupposto che la componente psicologica riveste un ruolo fondamentale nel sostenere la dipendenza da fumo di tabacco e nicotina, gli interventi avere una matrice psicosociale, includendo materiali di auto-aiuto e counselling su base individuale o in gruppo e/o in combinazione tra loro.

### ***Il percorso di cessazione***

Le attuali linee guida per la cessazione prevedono una serie di passaggi che possono anche essere associati tra di loro per aumentare le probabilità di successo<sup>50</sup>. Il primo passo è che il Medico curante fornisca un consiglio anche minimo sulla cessazione seguito da un counseling più o meno approfondito, ma comunque basato sulle cosiddette 5 A (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange). Si può associare a questi interventi anche la terapia nicotinic sostitutiva (Nicotine Replacement Therapy – NRT) basata sull'uso di cerotti, gomme da masticare, inalatori o spray nasali, compresse sublinguali, tutti contenenti nicotina; si possono anche utilizzare alcuni presidi farmacologici (associati o meno alla NRT) che sono sostanzialmente costituiti da bupropione, vareniclina (peraltro non più disponibile in Italia), mentre farmaci di seconda linea e non specificamente approvati per questo uso sono la nortriptilina, la clonidina e la citisina<sup>51</sup>.

Seppur non raccomandate nel percorso di cessazione, dalle recenti Linee Guida italiane, secondo la letteratura internazionale, le e-cig possono invece avere un ruolo nel percorso di cessazione. In particolare uno studio sulla cessazione, randomizzato, controllato, di confronto tra e-cig e NRT (entrambe associate a counselling comportamentale), rappresenta il più importante studio condotto ad oggi in questo campo.

Ad un anno di distanza dall'arruolamento di 886 soggetti randomizzati a ricevere in alternativa NRT e counselling o e-cig e counselling, si è osservato un tasso di cessazione del 9,9% nel braccio NRT contro un 18% in quello e-cig (differenza statisticamente significativa;  $p < 0.001$ ). Nel contesto di un trattamento multisessione per i fumatori in cerca di aiuto, le e-cig sono quindi risultate significativamente più efficaci della NRT<sup>52</sup>. Per l'uso delle e-cig come strumento di aiuto per la cessa-

zione va ricordata la specifica revisione sistematica condotta dalla *Cochrane Library*<sup>53</sup>. Quest'ultima, che ha rivisto sistematicamente 78 studi completati (di cui 40 randomizzati e controllati), con un totale di 22.052 partecipanti, ha concluso che ci sono evidenze con elevata certezza che le e-cig con nicotina aumentino i tassi di cessazione rispetto alla NRT ed evidenze con moderata certezza che aumentino i tassi di cessazione rispetto alle e-cig senza nicotina. Anche le evidenze che confrontano le e-cig con nicotina con la cura abituale/nessun trattamento suggeriscono un beneficio, ma sono meno certe.

Sulla base di queste evidenze, è stata recentemente suggerita anche la possibilità che gli stessi medici prescrivano le e-cig in caso di fumatori adulti che non smettono<sup>54</sup>. In altre parole, viene suggerita per l'ennesima volta una sorta di prevenzione parziale con l'obiettivo di contenere la tossicità riducendo le patologie legate al consumo di tabacco bruciato. Nel Regno Unito questo approccio è alla base di una iniziativa lanciata l'11 aprile 2023 in cui 1 milione di fumatori sarà incoraggiato a sostituire le sigarette con e-cig nell'ambito di un nuovo programma denominato “*scambia per smettere*” progettato per migliorare la salute della nazione e ridurre i tassi di fumo di sigaretta. Nell'ambito del primo programma nazionale al mondo, quasi 1 fumatore su 5 in Gran Bretagna riceverà uno *starter kit* di e-cig insieme a un supporto comportamentale per aiutare a smettere di fumare come parte di una serie di nuove misure per aiutare il governo a soddisfare l'ambizione di essere senza fumo entro il 2030, riducendo i tassi di fumo al 5% o meno. Le autorità locali saranno invitate a prendere parte al programma entro la fine dell'anno e ciascuna progetterà un programma adatto alle proprie esigenze, compresa la decisione rispetto alle fasce di popolazione a cui dare la priorità<sup>55</sup>.

Un recentissimo editoriale, pubblicato su *Nature Medicine* (rivista con *impact factor* di 87.241), ad opera di autori appartenenti alla *Ann Arbor University* (Michigan), *University of California-San Francisco*, *Harvard Medical School* e *King's College London*, ha commentato le evidenze disponibili, dalla revisione sistematica della *Cochrane Library* all'esame dei principali dati ottenuti negli studi di popolazione che integrano le evidenze ottenute negli studi randomizzati e conclude che: l'uso di e-cig ha fatto registrare, sia in UK sia in USA, un incremento della percentuale di cessazione dal 10 al 15%<sup>56</sup>. Ciò ha indotto le Autorità Sanitarie britanniche ad introdurre le e-cig nelle strategie adottate nei centri anti-fumo del territorio nazionale. Anche i dati di mercato indicano che l'introduzione delle e-cig ha consentito di ridurre la vendita di sigarette, in maniera molto più rapida rispet-

to al passato. Esistono inoltre evidenze che mostrano come politiche che hanno ristretto l'uso di e-cig abbiano, non intenzionalmente, aumentato il fumo di sigarette (come avvenuto in Minnesota). Sempre in tale editoriale si afferma che “*se le e-cig possono rappresentare un rischio di dipendenza da nicotina per alcuni giovani, negli adulti già dipendenti dalle sigarette, fungono anche da alternativa importante e meno pericolosa al fumo abituale di sigarette. Evidenze consistenti indicano che le e-cig aiutano alcuni adulti a smettere di fumare*”.

Gli autori ritengono che i governi, la comunità medico-scientifica e i singoli operatori sanitari in paesi come Stati Uniti, Canada e Australia dovrebbero prendere in maggiore considerazione il potenziale delle e-cig per aumentare la cessazione del fumo.

Infine, concludono: “*le e-cig non sono la bacchetta magica che porrà fine alla devastazione causata dal fumo di sigaretta, ma possono contribuire a questo nobile obiettivo di salute pubblica. Tuttavia, l'accettazione della promozione delle e-cig come strumento per smettere di fumare dipenderà probabilmente dai continui sforzi per ridurre l'accesso e l'uso dei prodotti da parte dei giovani che non hanno mai fumato. I due obiettivi possono e devono coesistere*”.

Recentemente, sono stati inoltre resi disponibili i risultati di uno studio che suggerisce un potenziale uso nella cessazione anche per i prodotti a tabacco riscaldato.

Si tratta di uno studio randomizzato di non inferiorità, di 12 settimane per confrontare l'efficacia, la tollerabilità e la soddisfazione del prodotto tra sistema a tabacco riscaldato (HTP) ed e-cig ricaricabili nei fumatori che non intendono smettere e passano da sigarette a prodotti *smoke-free*. L'intervento di cessazione includeva la consulenza motivazionale.

Un totale di 211 partecipanti ha completato lo studio. Alla settimana 12, le percentuali di astinenza dal fumo erano del 40,2% per HTP e 41,1% per e-cig. Gli autori concludono affermando che: “*il passaggio ad HTP ha provocato una marcata riduzione del consumo di sigarette nei fumatori*

che non intendevano smettere, che era paragonabile alle e-cig ricaricabili. Gli HTP possono essere un'utile aggiunta all'arsenale di alternative a rischio ridotto per le sigarette di tabacco e possono contribuire alla cessazione del fumo<sup>57</sup>.

### **Il successo della cessazione nel medio/ lungo periodo**

In Italia, nel periodo 2021-2022, delle persone che avevano effettuato almeno un tentativo di cessazione nel corso dell'anno precedente (32,8%), solo il 10,5% è rimasto in astinenza a più di 6 mesi di distanza<sup>58</sup>. Una meta-analisi di 61 studi controllati randomizzati, che avevano incluso 27.647 soggetti, mostra che dopo 12 mesi, il 46%, il 43% e il 52% di chi ha smesso a 6 mesi, torna a fumare rispettivamente dopo adozione di bupropione, NRT o vareniclina<sup>59</sup>. Diversi studi disponibili in letteratura, indicano l'esistenza di alti tassi di re-inizio (entro 6 mesi) e di ricaduta (dopo 1 anno). La cessazione è un obiettivo estremamente difficile da raggiungere e mantenere. Come testimoniato dalle elevate percentuali di ricadute che si osservano a distanza di 12 mesi a seguito di un evento clinico maggiore (infarto del miocardio, angina, ictus/TIA, arteriopatia periferica (PAD), tumore del polmone, tumore dal cavo orale, BPCO) e che vanno dal 46% all'86% dei casi<sup>60-68</sup>.

### **Il principio della riduzione del rischio**

Come già ricordato, esiste un'ampia fetta di popolazione costituita da fumatori di sigarette che decidono di continuare a fumare e che, anche in Italia, è rimasta costante nell'arco degli ultimi 20 anni.

È questo lo scenario in cui la strategia di riduzione del rischio di danno, ad oggi non riconosciuta in Italia, può essere adottata con lo scopo di ridurre gli effetti negativi sulla salute del consumo di tabacco.

La riduzione del rischio di danno si riferisce quindi agli interventi volti a ridurre gli effetti negativi dei comportamenti di salute senza necessaria-

mente estinguere tali comportamenti problematici in modo completo o permanente<sup>69</sup>.

La stragrande maggioranza della letteratura si è concentrata sulla filosofia di riduzione del danno nel suo insieme. Ma i principi della riduzione del danno sono stati applicati anche all'abuso di alcol, ai disturbi alimentari e iniziano ad espandere la propria applicazione anche ad altri comportamenti a rischio, come ad esempio il gioco d'azzardo.

Il concetto di riduzione del danno è diventato importante negli anni '70 e '80 in risposta a malattie infettive come l'epatite B e l'HIV. Ma l'adozione di questo approccio è divenuta comune ad esempio in oncologia. Basti pensare alla vaccinazione contro il papilloma virus umano per l'eliminazione del carcinoma della cervice uterina<sup>70,71</sup>, ai mezzi di protezione solare per la riduzione del rischio di melanoma<sup>72</sup> e di altri tumori cutanei<sup>73</sup> e infine all'uso di protezioni individuali e collettive per ridurre l'esposizione occupazionale alle ammine aromatiche dei lavoratori nella produzione di coloranti, pigmenti e prodotti chimici della gomma e quindi il rischio, fra gli altri, di carcinoma della vescica<sup>74</sup>.

Sebbene sia più spesso applicata in questi contesti, si inizia a considerare la riduzione del danno, come principio, anche per il problema della riduzione del rischio legato al fumo di tabacco (*Tobacco Harm Reduction - THR*)<sup>75,76</sup>.

Per i fumatori non interessati ad utilizzare terapie per la cessazione, l'uso di prodotti smoke-free inizia a farsi strada come soluzione per smettere di fumare prodotti combustibili, come indicato dagli esperti dell'*American College of Cardiology*<sup>77</sup>.

Come affermò lo psichiatra Michael Russell, un pioniere nel campo, *“le persone fumano per la nicotina ma muoiono per il catrame”*<sup>78</sup>. Le evidenze disponibili nell'uomo, indicano anche che la nicotina, se somministrata tramite prodotti per NRT approvati dalla FDA, non pone un rischio aumentato di sviluppo di tumori<sup>79</sup>.

Pertanto, l'obiettivo del THR è di far passare completamente i fumatori di sigarette a consumare nicotina con modalità diverse dalla combustione del tabacco, in modo da ridurre significativamente l'esposizione ai prodotti della combustione e quindi, potenzialmente, al danno derivante. Il primo prodotto a essere stato utilizzato a tal fine è stato lo Snus. I dati epidemiologici disponibili in Europa indicano che l'uso diffuso dello Snus in Svezia, rispetto alle sigarette, potrebbe spiegare la bassissima incidenza di cancro ai polmoni nei maschi (29% contro 66% nei maschi). Ne rappresenta un'ulteriore prova il fatto che, essendo lo Snus un prodotto tipicamente maschile, i dati sul cancro ai polmoni nelle donne non sono altrettanto positivi, 28% contro 26%, rispetto a altre nazioni<sup>80</sup>. L'incidenza di tumore al polmone nei maschi svedesi è in effetti la più bassa tra tutte le nazioni europee<sup>81</sup>.

## ***La riduzione del rischio: le esperienze internazionali***

Sulla base delle risultanze degli studi svolti, alcuni Paesi hanno rivisto tanto l'approccio quanto le politiche in materia di contrasto al fumo, integrandole con il principio di riduzione del rischio, il che spinge a una riflessione ulteriore su quanto certi esempi possano essere validi e di ispirazione anche nel contesto italiano:

- Regno Unito: non solo incoraggia l'uso di prodotti senza combustione per chi è già fumatore, ma riflette tale differenziazione nel proprio quadro regolatorio e normativo. Nonostante una simile differenziazione sia maggiormente orientata verso prodotti che non siano a base di tabacco, l'approccio generale sostiene e promuove il principio della riduzione del rischio. Di recente, intervenendo alla Camera dei Comuni sull'attività del suo Governo in tema di prevenzione, il Primo Ministro britannico Rishi Sunak<sup>82</sup> ha richiamato il piano "swap to stop" avviato nel Paese, affermando che "aiutare i fumatori adulti a smettere utilizzando le sigarette elettroniche [...] comporta chiari benefici in termini di sanità pubblica, agendo prima che problemi maggiori si presentino".
- Portogallo: la legge sul tabacco portoghese, entrata in vigore del 2018, riconosce la riduzione del rischio per i soggetti che non smettono di fumare, affermando che "indipendentemente dalla loro natura giuridica, i servizi sanitari, in particolare i centri sanitari, gli ospedali, le cliniche, gli studi medici e le farmacie, devono promuovere e sostenere l'informazione sanitaria e l'educazione dei cittadini sugli effetti nocivi del consumo di tabacco e sui rischi per la salute e sull'importanza della prevenzione e dell'eliminazione del tabagismo, attraverso campagne, programmi e iniziative rivolte alla popolazione in generale o a gruppi specifici, in particolare bambini e giovani, donne incinte, genitori, donne in età fertile, malati, insegnanti e altri lavoratori, ma anche, ed esclusivamente, ai fumatori adulti che non smettono di fumare con le terapie di disassuefazione, sull'esistenza di alternative riconosciute dalla Direzione Generale della Sanità, in quanto comportano una riduzione del danno e del rischio".
- Grecia: la legge 4715 del 2020 ha statuito che la riduzione del rischio costituisce uno strumento aggiuntivo per contrastare il tabagismo, riconoscendo altresì il diritto dei cittadini ad accedere alle informazioni concernenti le proprietà di alcuni prodotti del tabacco, quali ad

esempio i prodotti del tabacco che non prevedano la combustione e la comunicazione di messaggi di riduzione del rischio, soggetta a rigorose valutazioni scientifiche condotte da un comitato specializzato.

- Nuova Zelanda: la legislazione promulgata nel 2020 al fine di regolare le e-cig e i prodotti a tabacco riscaldato si è posta l'obiettivo di conseguire un bilanciato equilibrio, prevenendo l'iniziazione dei giovani e dei non fumatori, riconoscendo al contempo che: i) tali prodotti sono meno dannosi del tabacco combusto; ii) i fumatori dovrebbero essere supportati nel passaggio a tali prodotti qualora non smettano completamente di fumare. Uno degli obiettivi espressamente citati nel provvedimento è quello di "sostenere i fumatori nel passaggio a prodotti significativamente meno dannosi".

## ***La riduzione del rischio – studi internazionali***

Questi approcci si basano su numerosi studi internazionali che hanno attenzionato il principio di riduzione del rischio, tra cui si annoverano:

- Regno Unito - Public Health England (PHE): ha analizzato le abitudini tra chi vuole disassuefarsi dal fumo, evidenziando l'efficacia dei dispositivi senza combustione, specie se accompagnato da counselling<sup>83</sup>. Le evidenze degli ultimi anni suggeriscono che con l'incremento dell'uso di tali dispositivi come tentativo di smettere di fumare, è cresciuto anche il numero di persone che è riuscito a chiudere con le sigarette (nel 2017, oltre di 50mila fumatori);
- USA – Food and Drug Administration (FDA): ha affermato che, seguendo un rigoroso processo di review basato su dati scientifici, l'autorizzazione alla commercializzazione dei prodotti innovativi negli Stati Uniti sarebbe stato "appropriato per la protezione della salute pubblica" (2019)

<sup>84</sup>; la stessa FDA ha altresì affermato che “sebbene non sia stata dimostrata una riduzione del rischio, l’insieme delle prove presentate suggerisce che una riduzione misurabile e sostanziale della morbilità o della mortalità tra i singoli consumatori di tabacco è ragionevolmente probabile in studi successivi” e che “un ordine di modifica dell’esposizione per i prodotti sarebbe appropriato per promuovere la salute pubblica e dovrebbe giovare alla Salute della popolazione nel suo complesso<sup>85</sup>;

- Germania – Federal Institute for Risk Assessment (BfR)<sup>86,87</sup>: ha affermato, in varie occasioni, che la riduzione delle emissioni dei prodotti a tabacco riscaldato riducono l’esposizione a sostanze tossiche, e potenzialmente i rischi per la salute (2018) e che “la profonda riduzione (>99%) delle principali sostanze cancerogene secondo Fowles e Dybing, come il benzene e l’1,3-butandiene, nonché la sostanziale riduzione complessiva delle sostanze tossiche, dovrebbero influire sui rischi per la salute, se le persone si astengono completamente da altri prodotti del tabacco. I livelli di nicotina sono simili a quelli delle sigarette convenzionali, limitando il rischio di tornare a fumare tabacco tradizionale”.

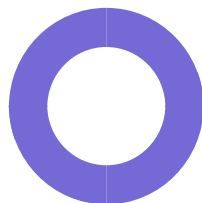
In Italia, invece, relativamente alla richiesta di riconoscimento della riduzione delle sostanze tossiche dell’HTP rispetto ai prodotti a combustione, a parità di condizioni di utilizzo, l’Istituto Superiore di Sanità nel 2018 ha ritenuto che, sulla base delle evidenze allora disponibili, non fosse possibile esprimere un giudizio conclusivo e favorevole; ciò in quanto i dati scientifici disponibili “non permettono di stabilire oltre ogni ragionevole dubbio, l’impatto dell’EHTP nei fumatori relativamente alla riduzione della mortalità e morbilità fumo correlate, né l’impatto nei non fumatori e negli ex-fumatori relativamente alla capacità dell’EHTP di indurre al consumo di prodotti contenenti nicotina”<sup>88</sup>.

## ***La mancata adozione della riduzione del rischio come strategia di salute pubblica in Italia***

L’approccio alla riduzione del rischio non è ancora adottato quale strategia di salute pubblica in Italia. Eppure, la realtà ed i dati ufficiali inducono ad un riesame della strategia in questo senso, che possa valutare il potenziale minor impatto in termini di salute dei prodotti *smoke-free* rispetto al tabacco combusto. Molti ritengono che per poter attivare tale approccio sia fondamentale disporre di maggiori studi indipendenti, pur tenendo conto che “non è possibile ad oggi avere informazioni circa gli effetti di un uso prolungato a lungo termine di tali prodotti, data la relativamente recente introduzione degli stessi sul mercato”, come sottolineato dal rapporto dell’ISS 2020. Eppure, ad oggi, il Governo non ha attivato né investito nello sviluppo di studi clinici indipendenti sui minor danni provocati dai dispositivi senza combustione ossia di studi sull’impatto in termini di salute delle alternative al tabacco combusto.

I dati disponibili relativamente a Europa, UK, Nuova Zelanda, Giappone suggeriscono che l’adozione di prodotti alternativi alla nicotina può aiutare a ridurre la prevalenza del fumo più velocemente rispetto alle tradizionali misure di controllo del tabacco focalizzate esclusivamente sulla prevenzione e la cessazione<sup>89</sup>.

Confrontando un paese come l’Australia che ha investito moltissimo nella prevenzione del fumo, con regolamentazioni proibizionistiche, ed il Giappone, dove non sono mai state applicate forti azioni di prevenzione, ma dove c’è stata una larghissima adesione ai dispositivi *smoke-free*, è possibile notare come nella seconda nazione ci sia stato un tasso addirittura maggiore di persone che hanno smesso di fumare<sup>89</sup>.





# HIGHLIGHTS



## KETTY VACCARO

Responsabile Area Welfare e Salute del CENSIS

*“Il fumatore è abbandonato a sé stesso, e questo è un aspetto di politica sanitaria rilevante; l'informazione è basata sul passa parola, sul fai da te, mentre credo che i fumatori abbiano bisogno di un'informazione istituzionale, di essere sostenuti nella decisione di smettere, perché smettere di fumare è un processo e c'è anche un tema di dipendenza da affrontare.”*



## FEDERICO ZANIN

Medico chirurgo, specialista malattie dell'apparato cardiovascolare presso l'Università di Roma Tor Vergata, socio Sicsport

*“I medici devono avere un ruolo centrale per la prevenzione delle patologie legate al fumo, ed avere quindi accesso ad una formazione mirata e continua per essere supportati nelle loro attività”*



## STEFANO DE LILLO

Vicepresidente ordine dei medici di Roma

*“è fondamentale una azione concentrata alla corretta percezione da parte dei cittadini dei danni del fumo attraverso la peer education ma anche infondere conoscenza delle differenze tra i vari prodotti oggi disponibili”*



## DANIELE GRASSUCCI

Direttore di Skuola.net

*“l'educazione al fumo è irrinunciabile, ma è necessario attivare progetti informativi precoci già nell'ambito delle scuole primarie”*



## PIER LUIGI BARTOLETTI

Vicesegretario nazionale FIMMG

*“sulla lotta al fumo c'è ancora molto da fare: è una sfida per la società ma anche per lo stesso sistema sanitario ed è un sistema che si deve muovere in modo coerente, organizzato e strutturato”.*



## FABIO LUGOBONI

Responsabile medicina delle dipendenze, Università di Verona

*“ai Centri Antifumo hanno accesso un millesimo dei fumatori: è necessario aggiornare l'offerta e l'organizzazione degli stessi e aprire nuovi canali e nuove strategie di accompagnamento ed assistenza”.*



## UMBERTO TIRELLI

Direttore scientifico e sanitario clinica Tirelli Medical Group

*“le strategie poste in essere sino ad oggi sono state del tutto inefficaci; è necessario attivare nuove formule per la riduzione del rischio anche sfruttando le nuove tecnologie alternative al fumo tradizionale”.*



## RICCARDO POLOSA

professore di medicina interna università di Catania

*“la politica della riduzione del danno è una realtà che avanza rapidamente ed irreversibilmente in tutti i contesti internazionali; è cambiata la geografia del contrasto al tabagismo”*



## MARIO RUSCONI

Presidente ANP Associazione Nazionale dirigenti pubblici e alte professionalità della scuola

*“la lotta al fumo deve iniziare sin nelle scuole primarie, con il coinvolgimento di equipe psicopedagogiche e dei genitori”*



## MARTINA GANGALE

psicologa clinica e giuridica, AIPG Associazione Italiana Psicologia Giuridica

*“il ruolo dello psicologo nel supporto al contrasto al fumo è cruciale ed irrinunciabile, anche nelle fasi di ideazione di progetti di peer education e la promozione non paternalistica a percorsi alternativi al fumo tradizionale”*

## L'indagine Censis sulla consapevolezza delle problematiche del fumo

La discussione è stata preceduta dall'esposizione di una recente ricerca condotta dal Censis<sup>90</sup> dalla quale è emerso come l'informazione sulle sigarette è molto ampia, così come è alta anche la quota di chi afferma di essere informato su sigarette elettroniche (71,8%) e, seppure in misura minore, sui prodotti a tabacco riscaldato (54,0%). Si tratta di una informazione che ha come caratteristica preminente quella di essere autogestita e basata sul passaparola: la fonte più indicata, dal 50% circa del campione, sono gli amici e conoscenti che utilizzano prodotti alternativi, mentre il 23% cita internet e il 16% il rivenditore.

Su questa conoscenza "fai da te" si basano anche le convinzioni dei fumatori in materia di rischi per la salute, che appaiono talvolta rinforzate dall'esperienza diretta. Così, interpellati sugli elementi del fumo più rischiosi per la salute, i fumatori citano correttamente prima di tutto i prodotti della combustione, catrame (indicato da oltre il 70%) e monossido di carbonio e quindi la nicotina (circa il 50% in entrambi i casi), mettendo all'ultimo posto di questa sorta di graduatoria di pericolosità il tabacco, indicato solo dal 13,7%. Per questo, nelle opinioni sui vantaggi e svantaggi dei diversi prodotti rispetto alla salute, appare prevalente l'idea che i prodotti *smoke free* siano meno dannosi per la salute, sia in generale (55,1%), che sotto diversi aspetti, perché danno meno problemi fisici, a livello di tosse e mancanza di fiato, ad esempio (58,2%), e anche a livello estetico (meno effetti su unghie e pelle) (69,3%). Sono proprio gli utilizzatori ad indicare questi aspetti positivi in misura maggiore, mentre rimangono alte tra i fumatori di prodotti convenzionali le quote di chi ammette di non sapersi pronunciare.

Non è banale anche il fatto che questi prodotti siano meno fastidiosi per chi sta vicino al fumatore (71,2%). Il tema dell'iniziazione viene segnalato come un potenziale rischio da circa la metà del campione.

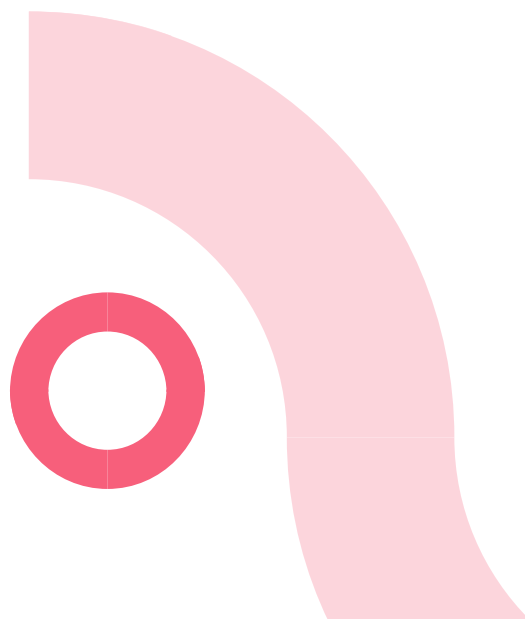
Il 69,7% pensa che diano comunque dipendenza, ma per il 40,2% danno meno dipendenza dei prodotti tradizionali. Meno pericolosi, anche rispetto a sigaro e pipa, sono considerati rispettivamente prodotti a tabacco riscaldato (indicati dal 53%) e le sigarette elettroniche (49%). Questa consapevolezza è con ogni probabilità alla base del cambiamento di preferenze nei prodotti da fumo indicato dalla metà del campione; tra questi la quota più elevata, pari al 45,1%, afferma che ha diminuito il consumo di sigarette tradizionali passando ai prodotti senza combustione, mentre molto più

raro è l'inverso (6,9%). Se nel 19% dei casi il passaggio ai prodotti *smoke free* non ha portato ad una diminuzione delle sigarette, per una quota quasi equivalente (18%) l'opzione per i prodotti non convenzionali ha comportato la cessazione dell'uso di sigarette.

L'idea che i prodotti senza combustione siano potenzialmente meno dannosi per salute ritorna nella motivazione prevalente della scelta di utilizzarli, indicata dalla maggioranza relativa (47%) dei fumatori che lo fa attualmente. Ma si tratta della motivazione addotta dalla quota più elevata anche considerando i fumatori attuali di prodotti tradizionali che hanno utilizzato i prodotti senza combustione (38,3%).

Emerge anche il bisogno di essere informati da fonti autorevoli su questo aspetto cruciale e, indicando la fonte ritenuta più affidabile per ricevere informazioni sui rischi connessi al fumo, tutte le tipologie di fumatori citano prima di tutto il ruolo dei documenti ufficiali del Ministero della Sanità, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Subito dopo segue il Medico curante.

Anche alla luce dei risultati di questa ricerca, dunque, appare strategico ribadire la necessità del potenziamento di un'azione di sanità pubblica su questo tema centrale, un'azione che sia mirata a garantire informazione e sostegno per prevenire prima di tutto, ma anche per aiutare i fumatori a smettere e ridurre il fumo e i gravi danni che esso provoca.



# LA DISCUSSIONE

## *La dimensione del problema fumo in Italia*

In generale ed in premessa, gli esperti ritengono necessario approcciare il contrasto alla iniziazione al fumo ed alla cessazione al fumo su più livelli:

- il primo, quello della prevenzione, soprattutto per i più giovani. Occorre approfondire le motivazioni sottese alla iniziazione ed individuare strategie efficaci di dissuasione. L'educazione e l'informazione risultano componenti irrinunciabili per la realizzazione di strategie efficaci di prevenzione; eppure, l'ultima campagna del Ministero della Salute risale a 5 anni fa, e non risulta essere stata "sostituita" da altri programmi strutturati in altri ambienti, quali gli istituti scolastici e comunque disegnati sul linguaggio e sugli strumenti utilizzati (e pertanto decodificabili) dai giovani e dai giovanissimi.
- Quello dei servizi di accompagnamento alla cessazione al fumo, inteso come processo di strumenti e servizi aventi il fine di scongiurare la tendenza all'autogestione, da cui deriva un alto tasso di insuccesso sia nel lungo che nel medio termine. È pertanto necessario un ripensamento – anche in chiave di attuazione del PNRR – Missione 6 – dei servizi e delle modalità multidisciplinari di intervento, con immissione per i professionisti della salute di strumenti innovativi.

Con specifico riferimento al tema della **informazione alla cittadinanza**, si è rilevato quanto la domanda di informazione da fonti istituzionali sia alta da parte della cittadinanza, pur a fronte di una risposta non soddisfacente in termini di qualità e completezza delle informazioni.

Risulta pertanto una condizione necessaria, anche se non sufficiente, l'aggiornamento da parte delle Istituzioni (in particolare, il Ministero della Salute), di un rinnovamento delle piattaforme informative e dei suoi contenuti. Gli esperti ritengono impellente una risposta istituzionale organizzata, strutturata e completa, con informazioni scientifiche validate ed orientate a trattare ogni aspetto direttamente ed indirettamente connesso al tema del

fumo. Una informazione, pertanto, costruita con **superamento dell'approccio tradizionale**. Come riconosciuto dallo stesso ISS, le evidenze dimostrano infatti che il semplice fornire informazioni attraverso materiali standardizzati (quali depliant o opuscoli informativi) non risulta efficace né esaustivo del bisogno di conoscenza ed approfondimento. Sarebbe auspicabile, pertanto, una dimensione innovativa dell'informazione, costruita anche consentendo percorsi di lettura interattivi e personalizzabili. Le iniziative informative ed educazionali dovrebbero in ogni caso essere nel tempo aggiornate rispetto all'evoluzione ed al mutamento degli strumenti e delle piattaforme utilizzate, ed in ogni caso essere suscettibili di rilevamento dati ed analisi di efficacia, "penetrazione" ed impatto rispetto agli obiettivi target che, comunque, sono dinamici.

**L'approccio ai giovani per la dissuasione all'iniziazione** del fumo risente, ancora oggi, di una informazione paternalistica, e che difetta in una dimensione importante e fondamentale, tanto più in questo contesto, quella dell'ascolto profondo e dell'empatia nella ideazione di strumenti e metodi decodificabili e condivisibili da parte dell'utente. A parere degli esperti, al contrario, è fondamentale lo sviluppo di strumenti ed azioni posti a scongiurare l'iniziazione al fumo che si basino su una solida valutazione del contesto ambientale e socioculturale dei giovani, oltre che dall'evoluzione degli stili di vita generali: un "condizionamento positivo" può infatti originare solo da un approccio quanto più empatico e concreto. Ai fini di superare il tradizionale approccio è preliminarmente necessario focalizzare azioni di sensibilizzazione ed informazione nei luoghi di frequentazione scolastica ed extrascolastica dei giovani e dei giovanissimi, quali gli

ambienti sportivi. In generale, l'informazione dovrebbe intervenire anche sulla errata percezione, tipicamente giovanile, del fumo come occasione di integrazione sociale, che si risolve nella iniziazione al fumo; l'esigenza di una informazione che scalfisca tale credo con la più corretta dannosità del fumo risulta irrinunciabile di ogni azione pubblica sulla lotta al tabagismo.

Per quanto attiene l'informazione e l'educazione ai giovani, i partecipanti formulano una premessa essenziale: l'età dei giovani che si affacciano a pratiche preadolescenziali è in calo; ciò è riconosciuto dalle stesse istituzioni laddove, ad esempio, la vaccinazione anti HPV è raccomandata a partire dagli 11 anni di età nonché dagli stessi medici di medicina generale i quali testimoniano che l'incontro con il quattordicenne è spesso tardivo rispetto all'iniziazione al fumo, avvenuta in epoca precedente sotto la cura del pediatra di libera scelta. Non può infatti trascurarsi che l'elemento motivazionale più comune all'iniziazione al fumo risulta essere il rito di iniziazione all'età adulta.

Ne consegue che interventi preventivi alla iniziazione e, più alla radice, di educazione alla salute ed alla percezione del rischio alla salute devono trovare gemmazione già nelle scuole primarie, con la definizione di programmi formativi programmati non sporadici ma declinati lungo il percorso di studi, coinvolgendo quindi da vicino anche il corpo docente. Un punto nodale è quello di declinare le informazioni da fornire in base all'età ovvero alla propensione a recepire i diversi messaggi, in modo da determinare una informazione progressiva e "crescente", adatta alle capacità di recepimento oltre che, naturalmente, tempestiva. Una informazione che, ad esempio, potrebbe, e dovrebbe, già nelle classi primarie indirizzarsi a sviluppare nei bambini il concetto della percezione e della valutazione del rischio alla salute ed all'ambiente – necessario deterrente all'acquisizione successiva di stili di vita e comportamenti scorretti o dannosi.

Tale programma informativo dovrebbe legarsi inscindibilmente con altri strumenti e supporti di nuova generazione, anche gaming, social e più in generale a carattere digitale. Sotto questo aspetto, dal punto di vista operativo sarebbe necessaria una organizzazione a monte orientata alla formazione mirata degli insegnanti, nonché iniziative strutturali che evitino disomogeneità di offerta territoriale. Né deve essere sottovalutata la leva della protezione dell'ambiente, che sta avendo una crescita "inedita" nelle coscienze anche dei più giovani rispetto alle generazioni passate.

Con riguardo alle iniziative da attuarsi in ambito extrascolastico, anche a supporto del medico di medicina generale, un piano nazionale consapevole di contrasto all'iniziazione e per il supporto alla cessazione del fumo dovrebbe coinvolgere ed ingaggiare tutte le categorie di professionisti che vengono in contatto coi giovani, quali gli odontoiatri, gli igienisti dentali, i medici dello sport.

La leva della paura non è secondo gli esperti funzionale ed efficace alla maggiore percezione del rischio ed alla prevenzione della iniziazione al fumo, né alla cessazione. Eppure, nel passato, le "politiche di contenimento al fumo" hanno concentrato le azioni su tale meccanismo, quali attraverso l'introduzione delle fotografie sui pacchetti di sigarette ed altre iniziative. Sono iniziative che il fumatore infatti "supera", non vede. Il nodo centrale su cui fondare l'informazione e l'educazione ai giovani deve quindi essere secondo gli esperti una attenta valutazione di quale informazione e quale fonte possa per questi essere considerata autorevole ed accolta; i giovani di oggi trovano le loro fonti di informazione sui social e sulle piattaforme digitali che, pertanto, devono divenire il fulcro su cui si snoda la politica comunicativa, accanto a programmi che si inseriscano nel corso di scienze nelle scuole primarie e secondarie. La tendenza all'iniziazione al fumo ed alla pratica del fumo in generale trova inoltre una determinante significativa nel contesto familiare e relazionale, nell'esempio. Una educazione ottimale non dovrebbe essere indirizzata solo agli studenti, ma anche alle loro famiglie, per accrescere la consapevolezza del valore dell'esempio e dei rischi legati allo sviluppo di alcune dipendenze.

Vi è inoltre il ruolo centrale dell'influencer e del leader, in grado di trascinare e determinare attraverso interventi strutturati e con modalità innovative il comportamento di collettività ampie e diversificate: un soggetto o più soggetti in grado di formulare la trasgressione di nuova generazione, quella del "non fumo", opposta a quella a noi conosciu-

ta degli anni passati. Una delle chiavi di successo per l'efficacia delle politiche educazionali è riconosciuta essere infatti la **Peer Education**, o comunicazione tra pari, che ha una capacità di persuasione esponenzialmente maggiore di altri mezzi di informazione.

Una ulteriore e diversa leva che può risultare efficace sui giovani è rappresentata, secondo gli esperti, dal fattore estetico come espressione di salute e di "accettazione nel gruppo": la pelle, il sorriso, l'alito pulito sono aspetti che sui giovani di oggi possono trovare un appeal superiore rispetto al passato.

### *Formazione degli operatori sanitari*

Il panel concorda che non sia compatibile con l'attuale domanda di salute ed un modello di politica sanitaria aggiornata di contrasto al fumo l'assenza di programmi formativi mirati nell'ambito delle facoltà di medicina degli Atenei pubblici e privati; sarebbe al contrario necessario un aggiornamento dei programmi formativi, che sappiano associare alla didattica scientifica strategie di prevenzione e di comunicazione ad ampio spettro, ovvero orientate sia alla più approfondita anamnesi del paziente rispetto agli stili di vita ed alle sue dinamiche emotive e psicologiche alle dipendenze, tra cui la pratica al fumo, sia alle modalità di indirizzo ed accompagnamento del paziente alla dissuasione alla iniziazione al fumo o alla cessazione a tale pratica. Formazione che dovrebbe, successivamente, considerarsi obbligatoria per l'irrinunciabile necessità di continuo aggiornamento scientifico e professionale. Peraltro, tale formazione dovrebbe estendersi a tutte le categorie che entrano maggiormente in contatto con i fumatori (e le famiglie): a titolo esemplificativo, farmacisti, odontoiatri, igienisti dentali, professioni infermieristiche.

### *Comunicazione medico - paziente, tra competenze e fattore tempo*

Il medico deve trovare, nella considerazione degli esperti, il delicato bilanciamento tra comunicazione ottimale ed un approccio che non polarizzi e distanzi il paziente dal tema e dal medico stesso: ciò che realizza una proficua "alleanza terapeutica tra medico e paziente". Né il medico di medicina generale deve essere investito di un ruolo isolato e specialistico, che non gli compete. Tendenzialmente, secondo i medici presenti, il 50% dei soggetti fumatori "tipo"

soggetti a infarto riprende a fumare dopo pochi mesi dall'evento; pochi medici riescono ad intervenire sullo stile di vita e pochi, in ogni caso, trasferiscono al paziente i rischi connessi di emorragia cerebrale, infarto, ictus, colesterolo. Ciò accade anche a causa dell'alto volume di pazienti fumatori con cui il medico si interfaccia, che necessiterebbero un contatto continuativo e dedicato incompatibile con i tempi ridotti dedicabili al paziente dal singolo medico curante.

Né sarebbe efficace, come detto, un approccio standardizzato del medico al paziente fumatore, che non tenga conto della tipologia di fumatore, delle motivazioni, del "bagaglio psicologico ed emotivo" e del contesto in cui questo fonda le proprie abitudini al fumo. Risulta pertanto necessario un approccio multidisciplinare e sistemico, che supporti (e sgravi) il medico di medicina generale dall'essere la solo interfaccia del paziente rispetto al fumo.

### *Approccio e strumenti per la cessazione al fumo tradizionale*

In premessa, gli esperti valutano che, dal punto di vista psicologico, il fumatore che cessa di fumare "subisce" un vissuto di deprivazione cui non corrisponde la visibile e relativamente immediata "restituzione" di un bene, che al contrario, ad esempio, avviene nella constatazione di un migliore aspetto fisico successivo ad una dieta alimentare; a ciò consegue un meccanismo psicologico di difesa del proprio stile di vita.

È impellente, al fine di un affrontare finalmente il problema in maniera decisa, procedere con la messa in atto di una azione coordinata e strutturata che induca il valore della cessazione al fumo tradizionale ed al contempo lo supporti nel superamento della percezione di isolamento del fumatore che si accosta al processo di cessazione.

Accanto alla predisposizione di una informazione istituzionale, strutturata e puntuale, già richiamata in premessa, sono irri-

nunciabili la messa in opera di campagne di comunicazione, tese a raggiungere la comunità in senso ampio, capace di intercettare diversi target e contesti sociali.

A giudizio degli esperti, bisognerebbe superare il tabù dell'argomento fumo, anche meglio utilizzando i canali di comunicazione di massa, in particolare quelli televisivi ed almeno quelli pubblici, per sviluppare contenuti pedagogico – educativi attrattivi, da inserire anche nei programmi di prima serata: affinché i contenuti ed i modelli culturali e comportamentali ivi rappresentati siano coerenti al messaggio del non fumatore come soggetto alla “moda”, forte.

Infine, andrebbe fatta rispettare con rigore la legge che vieta di vendere ai minori qualsiasi prodotto con nicotina.

### *Inefficacia delle politiche di cessazione e potenzialità di politiche di riduzione del rischio*

Rispetto alle dichiarazioni del Ministro della Salute, recentemente fatte in audizione presso la Commissione permanente XII Affari Sociali della Camera dei Deputati di limitare ulteriormente gli spazi e gli ambiti in cui è possibile esercitare la pratica del fumo, quali la banchina delle stazioni ed i parchi pubblici, parificando il “trattamento” dei prodotti da fumo tradizionale con quelli innovativi, sembra vi sia stata una battuta d'arresto. In realtà, osservano gli esperti, la vera sfida, stante le negative esperienze anche internazionali del passato, è quella di aggiornare l'armamentario e le soluzioni per la lotta al fumo, individuando opzioni innovative, concrete ed adattabili ai contesti sociali, profondamente dinamici. La premessa necessaria per rispondere al bisogno di tutela della salute e caratterizzare politiche innovative ed efficaci per il contrasto al fumo è quello di definire il “fumo” stesso. Questo deve essere riferito, in coerenza con la letteratura scientifica internazionale, al prodotto della combustione del tabacco. Tale defini-

zione caratterizza la natura del tipo di intervento, poiché escluderebbe dall'ambito di applicazione i prodotti contenenti nicotina che non generano combustione.

Un concetto come questo, seppur semplice e di immediata comprensione, è stato oggetto di confusione, perlopiù generata da una scarsa od insufficiente informazione. In primo luogo, gli esperti rilevano che la stessa documentazione ufficiale pubblicata sui siti istituzionali (quali quello del Ministero della Salute) risulta non aggiornata ed incompleta e, come tale, suscettibile di generare incertezze e confusione non solo sull'utenza ma anche sui professionisti sanitari e sociosanitari. Né è possibile ammettere che il cittadino non dotato di competenze linguistiche possa essere penalizzato dall'impossibilità di lettura di fonti su siti istituzionali esteri a causa della non conoscenza della lingua, oppure che possa discernere l'autorevolezza e la fondatezza delle fonti disponibili su siti non istituzionali. Le determinanti di salute sono infatti enormemente influenzate dalla percezione del rischio e del danno. Tale considerazione è indice di un atteggiamento di scarso interesse dei Governi post “legge c.d. Sirchia” alle politiche sul fumo, nonostante i dati relativi ai volumi di patologie tabacco correlate – e dei relativi costi sul SSN – non siano affatto trascurabili; investimenti sul contenimento al fumo potrebbero generare più che significativi vantaggi sulla salute pubblica ma anche sul sistema Paese, già in affanno da tempo. L'irrinunciabile valore dell'informazione si esprime più compiutamente laddove si registra negli anni, con andamento pressoché costante, l'orientamento del fumatore che intende provare a cessare o a contenere il fumo ad autogestirsi ed a ricercare autonomamente informazioni “istituzionali”. È quindi irrinunciabile che si dia avvio ad una politica di riduzione del rischio, nell'ambito della quale sia informata adeguatamente ed approfonditamente la cittadinanza, degli innumerevoli danni del fumo tradizionale e delle sue alternative. Il perdurare di posizioni tese alla mera cessazione del fumo è da considerarsi un elemento che ingessa ed impedisce l'adozione di strumenti diversificati, mirati ed organizzati, a tutela della salute pubblica. Sul fronte della cessazione da fumo, un aspetto da considerare per l'individuazione di strumenti efficaci è la valutazione delle diverse forme di dipendenza che tale pratica genera: chimica, fisica, ma anche cognitiva, emotiva, comportamentale.

A monte, è quindi essenziale che si dia inizio ad un innovativo sistema informativo da parte delle istituzioni, scientificamente validato e teso a soddisfare ogni aspet-

to scientifico del fumo, anche attraverso i dati di indagine delle agenzie statali preposte. Queste, ed in particolare l'ISS, è auspicabile che aggiornino il proprio sistema di rilevamento, analisi ed esposizione dei dati; in particolare evidenziando con maggiore dettaglio le tipologie, la distribuzione e le qualità dei fumatori in Italia ed articolando il bagaglio informativo in base all'attento ascolto delle domande di sapere da parte della cittadinanza.

Oltre a tale aspetto, quello che suscita maggiore riflessione attiene alla informazione scientifica relativa ai prodotti alternativi al fumo, stante l'assenza di analisi di lungo periodo sugli effetti delle sigarette elettroniche e dei prodotti a tabacco riscaldato. Ciò nonostante, gli esperti ritengono doverosa una informazione tesa alla differenziazione delle diverse tipologie di prodotti e, rimarcando quanto esposto in premessa, la differenza tra prodotti da fumo e prodotti senza combustione, secondo quanto le acquisizioni della ricerca scientifica consegnano alla comunità.

È da aggiungersi che per normativa vigente non è ammessa l'informazione scientifica alla comunità da parte dei produttori; in assenza, pertanto, di informazione da parte di istituzioni terze, si verifica un vulnus altamente penalizzante del diritto all'accesso di informazioni essenziali.

Inoltre, rispetto al tema delle malattie tabacco correlate, è necessario raggiungere una dimensione innovativa e di medio lungo periodo di politica sanitaria per coloro che continuano a fumare; essa non può prescindere ed anzi deve fondarsi sul principio della riduzione del rischio e del contenimento. La prevenzione e la riduzione del rischio è già praticata quotidianamente dai medici, laddove risulta impossibile il raggiungimento del risultato ottimale di cura e soluzione. Le realtà estere più coraggiose, che hanno implementato le politiche sulla riduzione del rischio stimolando la migrazione ai prodotti alternativi, tra le quali spiccano le esperienze nordeuropee, hanno registrato dati di cessazione da fumo tradizionale importanti.

Principio, quello della riduzione del rischio, da cui può propriamente fondarsi la mappa di interventi strutturati, comprensivi di interventi trasversali e di azioni mirate ai diversi livelli target (quali i giovani).

In primo luogo, è necessario innovare l'offerta informativa depurandola da elementi confondenti; così, a titolo esemplificativo, è necessario operare una più attenta informazione sulle premesse scientifiche: come sopra accennato, che cosa si intende per fumo, quali sono gli elementi ed i meccanismi di tossicità, quali sono le patologie tabacco

correlate e quali alternative al fumo tradizionale sono disponibili. Accanto ad una informazione scientifica ed ufficiale ben strutturata rivolta alla cittadinanza (anche sulla base di una auspicata rimodulazione dei modelli di acquisizione ed analisi di osservazione istituzionale), è irrinunciabile l'adozione di misure che possano giocare un ruolo in un "sistema organizzato": l'isolamento e la spadicità di iniziative sul territorio non sono atte ed in alcun modo sufficienti a stimolare il desiderio di cessazione e a realizzare il superamento della tendenza all'autogestione al processo di cessazione del fumo da parte del singolo. Alla radice, pertanto, lo stesso pacchetto informativo – sia quello reso disponibile alla cittadinanza sia quello reso disponibile alle classi di operatori sanitari ed agli educatori – dovrebbe essere sapientemente costruita con ottica multidisciplinare e in grado di cogliere gli aspetti non solo chimici ma anche psichici ed emotivi che realizzano comportamenti preventivi e quelli derivanti dalla cessazione del fumo.

Rispetto alle classi di fumatori più giovani, ad esempio, l'informazione deve risultare duttile ai modelli espressivi di riferimento e calarsi nel linguaggio da questi stessi utilizzato. Ne possono essere declinazioni, quindi, l'informazione condotta attraverso i social network, le piattaforme digitali ed il possibile coinvolgimento di influencer in grado di stravolgere il concetto del fumo come strumento di aggregazione. Tra le leve comunicative, pertanto, gli esperti rimarcano la necessità di indirizzare la comunicazione non tanto sui danni da fumo alla salute – principio su cui la percezione dei giovani è meno sensibile ed accogliente – ma sul disvalore sociale del fumatore e sugli impatti evidenti nella vita quotidiana a partire dalla possibilità di incorrere anche in età giovanile in impotenza, per quanto riguarda i fumatori di sesso maschili, e in generale la diminuzione della qualità delle prestazioni fisiche ed atletiche, oltre al fatto che il fumo non emana un buon odore, deteriora l'aspetto fisico (es.

denti, pelle) e non dimostra “carattere”. Riguardo ai medici di medicina generale ed ai medici specialistici, è evidente che questi da una parte subiscono una scarsa formazione ed informazione e, dall'altra, che la carenza dei medici impone un contingentamento del tempo dedicato al singolo paziente. Lo scenario impone pertanto di valorizzare e massimizzare il ruolo di altre categorie di professionisti, quali infermieri, psicologi, odontoiatri, igienisti dentali, ginecologi, farmacisti, per una alleanza sinergica ad accompagnare il cittadino alla cessazione del fumo tradizionale: creando a monte ed a valle del medico curante strumenti utili all'accompagnamento del fumatore nel percorso di cessazione. Ai fini di porre a sistema gli strumenti e le iniziative per l'accompagnamento alla cessazione del fumo è pertanto prioritaria l'azione su due linee di intervento. I centri antifumo risultano essere del tutto inadeguati alla domanda di assistenza: una emipasse strutturale ed organizzativa di difficile soluzione. Dovrebbe pertanto valutarsi l'opportunità di un loro “aggiornamento”, anche inserendoli nelle case delle comunità con l'apposizione di personale infermieristico adeguatamente formato.

In secondo luogo, è necessario strutturare misure che coadiuvino il medico di medicina generale, supportandolo rispetto alla gestione del paziente fumatore ed alla insufficienza di materiale e strumenti a sua disposizione. Accanto alla declinazione di programmi formativi e di materiale scientifico, già sopra richiamata, sarebbe innovativa la realizzazione di una **piattaforma online** per favorire l'accesso alle informazioni, lo scambio di esperienze ed il passaparola nell'ambito della comunità medica e dei farmacisti, con messa a disposizione di informazioni, materiali e documentazione per la messa a punto comune di iniziative di successo.

Non di minor impatto in termini di efficacia sarebbe il più **profondo ed esteso coinvolgimento della capillare comunità dei far-**

**macisti**, che sempre più stanno acquisendo il ruolo di primo front office fidato del cittadino. Per massimizzare tale coinvolgimento e rendere immediata la propensione alla cessazione al fumo, le farmacie potrebbero essere dotate di servizi e strumenti di informazione e di diffusione dedicati ed altamente tecnologici, quali corner con materiali audiovisivi, materiali in QR code ecc.

Le politiche di promozione della prevenzione e della cessazione al fumo tradizionale dovranno in ogni caso, a valutazione degli esperti, trovare una declinazione mirata agli specifici contesti urbani e territoriali: è quindi auspicabile che sia assunto un piano nazionale che coinvolga, stimoli e supporti iniziative territoriali con il pieno coinvolgimento degli amministratori delle realtà locali.

Gli esperti ritengono inoltre percorribile un inasprimento dei divieti al fumo tradizionale ed alla sua tassazione, quale misura adottata in associazione ad altre orientate allo sviluppo strutturato e non episodico di azioni di prevenzione, informazione, educazione e comunicazione efficaci.





# LE PROPOSTE

## 1

**Introdurre la riduzione del rischio come principio operativo nell'elaborazione di strategie di salute pubblica e di contrasto al fumo**, con mutuando le buone pratiche già sperimentate in altri Paesi, accanto al "gold standard" della cessazione, con specifico riferimento ai tanti fumatori che non smettono.

## 2

**Aggiornamento del sistema e delle metodologie di indagine e di rilevamento statistico dei dati**, ai fini di una più realistica capacità di lettura del Paese e dell'adozione di misure efficaci per la riduzione del rischio:

- a. Periodicità e trasparenza delle metodologie e dei risultati delle rilevazioni;
- b. Disaggregazione dei dati per tipologia di consumatori: fumatori di prodotti del tabacco tradizionali; utilizzatori di prodotti a tabacco riscaldato, sigarette elettroniche e altri prodotti innovativi senza combustione; definizione di "uso abituale" e "uso occasionale" standardizzate;
- c. Calcolo dei costi diretti ed indiretti sul sistema sanitario generati dai danni da fumo tradizionale.

## 3

**Campagne di prevenzione:**

- a. **Formazione nelle scuole a partire dalla primaria:** inserire nei programmi moduli di formazione non episodici, ma strutturati, sulla prevenzione, gli stili di vita, la percezione del rischio nonché aumentare le ore di ed. Civica e programmi di laboratori;

- b. **Peer education:** utilizzare i canali di comunicazione preferiti dai ragazzi e i loro riferimenti alla pari (peer-to-peer) inclusi gli influencer, in una logica non paternalistica, per trasmettere messaggi corretti (anche sotto il profilo ambientale), adattando il linguaggio utilizzato per renderlo più accessibile e coinvolgente per loro. Questo può includere l'uso di social media, serious game, app di messaggistica o altre piattaforme digitali popolari tra i giovani;
- c. **ripristinare sportelli medici ed equipe psicopedagogiche:** le Regioni dovrebbero considerare il ripristino degli sportelli medici e delle equipe psicopedagogiche nelle scuole. Queste risorse possono offrire supporto multidisciplinare per la prevenzione del fumo e per affrontare altre problematiche legate alla salute e al benessere degli studenti;
- d. **Valutazione degli esiti e audit delle strategie:** monitorare e valutare costantemente gli esiti delle campagne di prevenzione del fumo ed effettuare audit periodici per valutare l'efficacia delle strategie messe in atto;

## 4

**Formazione continua ed aggiornata agli operatori sanitari e sociosanitari** (con coinvolgimento delle Società scientifiche e delle associazioni nella gestione di una comunicazione ed una formazione concreta, precisa e mirata):

- a. sulle metodologie innovative per la dissuasione al fumo tradizionale;
- b. Campagne di informazione e prevenzione per tutti gli operatori addetti all'informazione e alla

- formazione dei più giovani: pediatri, medici dello sport, odontoiatri;
- c. inserimento nei moduli di **formazione universitaria** delle facoltà di medicina e farmacia di programmi di prevenzione e gestione “del fumo”, comprensivi di moduli comunicativi medico – paziente;
  - d. **Sviluppare campagne di Educazione Continua in Medicina (ECM)** per tutti gli operatori sanitari a cura delle rispettive società scientifiche sulla prevenzione del fumo, fornendo agli operatori sanitari gli strumenti e le conoscenze necessarie per affrontare il problema e fornire interventi efficaci.
  - e. Fornire **ai medici materiale informativo aggiornato, attrattivo ed adeguato** da condividere con i pazienti sul fumo e sulle caratteristiche dei prodotti alternativi;

## 5

---

**Rafforzare le normative e garantirne l'applicazione efficace per contrastare il fumo**, ad esempio attraverso:

- a. **rafforzamento delle misure atte a rispettare il divieto di vendita di prodotti del tabacco ai minori;**
- b. **estensione del divieto di fumare in luoghi pubblici** (scuole, insegnanti, ospedali), per proteggere anche da fumo passivo;
- c. **divieto di affissione di poster e cartellonistica promozionale nelle aree pubbliche**, riducendo l'esposizione visiva a prodotti con nicotina per la popolazione;
- d. incrementare gradualmente, per evitare effetti sull'illecito, della tassazione al fumo tradizionale.

## 6

---

**Centri Antifumo:** riorganizzare e rafforzarne la presenza nell'ambito delle case di comunità:

- a. Inserimento di protocolli di prevenzione sia secondaria che primaria, idonei ad incidere sui tassi di cessazione nel medio – lungo periodo;

- b. Rivisitazione delle competenze, con attivazione di funzioni di informazione, formazione ed educazione continuative, quali gli ambiti scolastici e lavorativi.

## 7

---

**Interventi sulla medicina territoriale:** massimizzare il coinvolgimento delle farmacie, dotandole di servizi e strumenti innovativi di informazione e di diffusione dedicata (es. corner, QR code, materiali scientifici, audiovisivi e tecnologici);

## 8

---

**Creazione di una piattaforma online** per favorire l'accesso alle informazioni, lo scambio di esperienze ed il passaparola nell'ambito della comunità medica e dei farmacisti, con messa a disposizione di informazioni, materiali e documentazione per la messa in atto di iniziative di successo;

## 9

---

**Modifica della normativa sul processo di notifica delle evidenze scientifiche al Ministero della Salute da parte dei produttori**, attraverso un meccanismo sempre più evidence-based, che veda il coinvolgimento attivo di esperti in un approccio multidisciplinare e che tenga conto degli avanzamenti compiuti a livello regolatorio in un numero crescente di Paesi.

## 10

---

**Istituzione di un Osservatorio permanente**, con esperti nazionali ed internazionali, per monitorare l'evoluzione della ricerca scientifica sui prodotti senza combustione



- tenutiFumo.jsp?lingua=italiano&id=5579&area=fumo&menu=vuoto.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
  11. Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*. 2007 Mar 24; 369(9566):1047-53. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60464-4.
  12. American Cancer Society. Why People Start Smoking and Why It's Hard to Stop. 23 June 2022. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8351.00.pdf>.
  13. McNeil A. Reducing Harm from Nicotine Use. Fifty Years since Smoking and Health. Progress, Lessons and Priorities for a Smoke-free UK, 2012.
  14. Royal College of Physicians, London. Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. London: RCP, 2016.
  15. Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular risk. *Eur. Heart J*. 2013; 34: 3259-326.
  16. U.S. Food and Drug Administration. Harmful and Potentially Harmful Constituents in Tobacco Products and Tobacco Smoke: Established List. <https://www.fda.gov/tobacco-products/rules-regulations-and-guidance/harmful-and-potentially-harmful-constituents-tobacco-products-and-tobacco-smoke-established-list>.
  17. Rodgman A, Perfetti T, The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke. 2nd Edition ed. 2013. Boca Raton: CRC Press.
  18. National Fire Protection Association. NFPA Glossary of Terms 2019 Edition (Updated as of February 8, 2019).
  19. Barontini F, Tugnoli A, Cozzani V *et al*. Volatile Products Formed in the Thermal Decomposition of a Tobacco Substrate. *Industrial & Engineering Chemistry Research* 2013; vol. 52, pp. 14984-14997, DOI: 10.1021/ie401826u.
  20. Senneca O, Chirone R, Salatino P, Nappi L. Patterns and kinetics of pyrolysis of tobacco under inert and oxidative conditions. *J. Anal. Appl. Pyrolysis* 2007; 79(1):227-233 DOI:10.1016/j.jaap.2006.12.011.
  21. Bankston CP, Zinn BT, Browner RF, Powell EA. Aspects of the mechanisms of smoke generation by burning materials. *Comb. Flame* 1981; 41: 273-292, ISSN 0010-2180, [https://doi.org/10.1016/0010-2180\(81\)90062-6](https://doi.org/10.1016/0010-2180(81)90062-6).
  22. Rasbash DJ, Drysdale DD. Fundamentals of smoke production. *Fire Safety J*. 1982; 5(1): 77-86, ISSN 0379-7112, [https://doi.org/10.1016/0379-7112\(82\)90008-X](https://doi.org/10.1016/0379-7112(82)90008-X).
  23. Gallus S, Lugo A, Pacifici R, Pichini S, Colombo P, Garattini S, La Vecchia C (2014). E-cigarette awareness, use, and harm perceptions in Italy: a national representative survey. *Nicotine Tob Res* 1; 6(12):1541-1548. DOI: 10.1093/ntr/ntu124.
  24. Cozzani V, Barontini F, McGrath T. An experimental investigation into the operation of an electrically heated tobacco system. *Thermochimica Acta* 2019; 684(Supplement 2):178475. DOI:10.1016/j.tca.2019.178475.
  25. Kärkelä, T., Ebinger, J.C., Tapper, U., Robyr,

- O., Jalanti, T. Investigation into the Presence or Absence of Solid Particles Generated from Thermal Processes in the Aerosol from an Electrically Heated Tobacco Product with and without Filter Elements. *Aerosol Air Qual. Res.* 2021; 21, 200667. <https://doi.org/10.4209/aaqr.200667>.
26. Amorós-Pérez A, Cano-Casanova L, Román-Martínez MdC, Lillo-Ródenas MA. Comparison of particulate matter emission and soluble matter collected from combustion cigarettes and heated tobacco products using a setup designed to simulate puffing regimes. *Chem. Engin. J. Adv.* 2021; 8: 100144, ISSN 2666-8211, <https://doi.org/10.1016/j.cej.2021.100144>.
27. Mallock N, Böss L, Burk R, *et al.* Levels of selected analytes in the emissions of “heat not burn” tobacco products that are relevant to assess human health risks. *Arch. Toxicol.* 2018 Jun; 92(6):2145-2149. doi: 10.1007/s00204-018-2215-y.
28. Schaller JP, Keller D, Poget L *et al.* Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 2: Chemical composition, genotoxicity, cytotoxicity, and physical properties of the aerosol. *Regul. Toxicol. Pharmacol.* 2016 Nov 30;81 Suppl 2: S27-S47. doi: 10.1016/j.yrtph.2016.10.001.
29. Lund I, Lund KE. How has the availability of Snus influenced cigarette smoking in Norway? *Int J Environ Res Public Health.* 2014; 11(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph111111705>.
30. Azzopardi D, Liu C, Murphy J. Chemical characterization of tobacco-free “modern” oral nicotine pouches and their position on the toxicant and risk continuums. *Drug Chem Toxicol.* 2022 Sep; 45(5):2246-2254. doi: 10.1080/01480545.2021.1925691. Epub 2021 May 25. PMID: 34034614.
31. Bates C. The Counterfactual. Rethinking U.S. tobacco and nicotine regulation (part 2). <https://clivebates.com>.
32. GSTHR Briefing Papers. The right to health and the right to tobacco harm reduction. June 2022. [https://gsthr.org/documents/133/right\\_to\\_health\\_en.pdf](https://gsthr.org/documents/133/right_to_health_en.pdf).
33. European Commission. Tobacco Products Directive 2014/40/EU. [https://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision\\_en](https://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision_en).
34. Legge 11 novembre 1975, n. 584. **Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico.** (G.U. Serie Pregressa, n. 322 del 05 dicembre 1975). <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=21047>.
35. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 dicembre 1995. Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici. (G.U. Serie Generale, n. 11 del 15 gennaio 1996). <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=8034>.
36. Legge 16 gennaio 2003, n. 3. **Disposizioni ordinarie in materia di pubblica amministrazione.** (G.U. Serie Generale, n. 15 del 20 gennaio 2003). <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=24010&articolo=51>.
37. Decreto del presidente del consiglio dei ministri 23 dicembre 2003. Attuazione dell’art. 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, come modificato dall’art. 7 della legge 21 ottobre 2003, n. 306, in materia di «tutela della salute dei non fumatori». (G.U. Serie Generale, n. 300 del 29 dicembre 2003). <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=9078>.

38. Decreto legislativo 12 gennaio 2016, n. 6. **Recepimento della direttiva 2014/40/UE sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati e che abroga la direttiva 2001/37/CE. (16G00009).** (G.U. Serie Generale, n. 13 del 18 gennaio 2016). <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=53942>.
39. Direttiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio. 3 aprile 2014. "Sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati e che abroga la direttiva 2001/37/CE". (G.U. Unione Europea, L 127/1, 29 aprile 2014). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0040&from=LV>.
40. Polosa R, Casale TB, Tashkin DP. A close look at vaping in adolescents and young adults in the United States. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2022 Jun 17; S2213-2198(22)00584-0. doi: 10.1016/j.jaip.2022.06.005.
41. Istituto Superiore di Sanità. Sistema di Sorveglianza GYTS. Indagine GYTS 2022: la raccolta dati in Italia. <https://www.epicentro.iss.it/gyts/Indagine-2022>.
42. XXV Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale. World No-Tobacco Day 31 maggio 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=LuG3L7d-3Bg>.
43. Ministero della Salute. Campagna di comunicazione contro il tabagismo. 2015. [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_6\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=104](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=104).
44. Ministero della Salute. Campagna di comunicazione contro il tabagismo. 2018. [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_6\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=119](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=119).
45. Istituto Superiore di Sanità. **Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento maggio 2021).** A cura del Centro Nazionale Dipendenze e Doping. 2021, viii, 166 p. (Strumenti di riferimento 21/S1). [https://www.iss.it/documents/20126/0/21\\_S1+web.pdf/272d5cb6-e163-f47f-11168-f0d794e327c9?t=1622450825748](https://www.iss.it/documents/20126/0/21_S1+web.pdf/272d5cb6-e163-f47f-11168-f0d794e327c9?t=1622450825748).
46. Istituto Superiore di Sanità. Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento maggio 2022). A cura Luisa Mastrobattista, Roberta Pacifici 2022, viii, 140 p. (Strumenti di riferimento 22/S3). [https://www.iss.it/documents/20126/6679889/22\\_S3+web.pdf/0a72a28e-a5a6-45dd-dc01-5ab9bcb4f084?t=1653979087230](https://www.iss.it/documents/20126/6679889/22_S3+web.pdf/0a72a28e-a5a6-45dd-dc01-5ab9bcb4f084?t=1653979087230).
47. Beatrice F, Albera A. No Smoke Centers in Italy: Critical Issues & Perspectives. *J Community Med Public Health Care* 2022; 9: 117.
48. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan: a new EU approach to prevention, treatment and care. 2021. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer\\_plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer_plan_en_0.pdf).
49. Istituto Superiore di Sanità. Smetto di Fumare. <https://smettodifumare.iss.it/it/guida-smetto-di-fumare/>.
50. Istituto Superiore di Sanità. Linea guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina. 31 Maggio 2023. <https://www.iss.it/en/-/lg-trattamento-della-dipendenza-da-tabacco-e-nicotina>
51. Nardini S.I trattamenti farmacologici. <https://>

- www.iss.it/documents/20126/2225077/NAR-DINI.1153394871.pdf/f0a33109-497d-3031-5de9-35c3ab5f40d5?t=1575726872190.
52. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D *et al.* E-cigarettes compared with nicotine replacement therapy within the UK Stop Smoking Services: the TEC RCT. *Health Technol Assess.* 2019 Aug; 23(43):1-82. doi: 10.3310/hta23430.
  53. Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR *et al.* Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 11. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub7.
  54. Kirby T. Prescription for e-cigs in the UK. *Lancet Respir. Med.* 2022; 10: e10.
  55. Gov.UK. Press Release. Smokers urged to swap cigarettes for vapes in world first scheme. 11 April 2023. <https://www.gov.uk/government/news/smokers-urged-to-swap-cigarettes-for-vapes-in-world-first-scheme>.
  56. Warner KE, Benowitz NL, McNeill A, Rigotti NA. Nicotine e-cigarettes as a tool for smoking cessation. *Nat Med.* 2023 Feb 13. doi: 10.1038/s41591-022-02201-7.
  57. Caponnetto P, Campagna D, Maglia M *et al.* Comparing the Effectiveness, Tolerability, and Acceptability of Heated Tobacco Products and Refillable Electronic Cigarettes for Cigarette Substitution (CEASEFIRE): Randomized Controlled Trial *JMIR Public Health Surveill.* 2023; 9: e42628. doi: 10.2196/42628.
  58. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. Sorveglianza PASSI. Smettere di fumare. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo>.
  59. Rosen LJ, Galili T, Kott J, Goodman M, Freedman LS. Diminishing benefit of smoking cessation medications during the first year: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction.* 2018 May; 113(5):805-816. doi: 10.1111/add.14134.
  60. Aberg A, Bergstrand R, Johansson S, Ulvenstam G, Vedin A, Wedel H, Wilhelmsson C, Wilhelmsson L. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *Br. Heart J.* 1983 May; 49(5):416-22. doi: 10.1136/hrt.49.5.416.
  61. Choi YJ, Park JS, Kim U *et al.* Changes in smoking behavior and adherence to preventive guidelines among smokers after a heart attack. *J. Geriatr. Cardiol.* 2013 Jun; 10(2):146-50. doi: 10.3969/j.issn.1671-5411.2013.02.006.
  62. Yudi MB, Farouque O, Andrianopoulos N *et al.* The prognostic significance of smoking cessation after acute coronary syndromes: an observational, multicentre study from the Melbourne interventional group registry. *BMJ Open.* 2017 Oct 6; 7(10):e016874. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016874.
  63. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch. Intern. Med.* 2000 Apr 10; 160(7):939-44. doi: 10.1001/archinte.160.7.939.
  64. Corrigan M, Cupples ME, Stevenson M. Quitting and restarting smoking: cohort study of patients with angina in primary care. *BMJ* 2002 Apr 27; 324(7344):1016-7. doi: 10.1136/bmj.324.7344.1016.
  65. Armstrong EJ, Wu J, Singh GD, Dawson DL, Pevec WC, Amsterdam EA, Laird JR. Smoking cessation is associated with decreased mortality

- and improved amputation-free survival among patients with symptomatic peripheral artery disease. *J. Vasc. Surg.* 2014 Dec; 60(6):1565-71. doi: 10.1016/j.jvs.2014.08.064.
66. Bak S, Sindrup SH, Alslev T, Kristensen O, Christensen K, Gaist D. Cessation of smoking after first-ever stroke: a follow-up study. *Stroke* 2002 Sep; 33(9):2263-9. doi: 10.1161/01.str.0000027210.50936.d0.
  67. Gritz ER, Talluri R, Fokom Domgue J, Tami-Maury I, Shete S. Smoking Behaviors in Survivors of Smoking-Related and Non-Smoking-Related Cancers. *JAMA Netw Open.* 2020 Jul 1; 3(7):e209072. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9072.
  68. Sandoval M, Font R, Mañós M, Dicenta M, Quintana MJ, Bosch FX, Castellsagué X. The role of vegetable and fruit consumption and other habits on survival following the diagnosis of oral cancer: a prospective study in Spain. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009 Jan; 38(1):31-9. doi: 10.1016/j.ijom.2008.09.004.
  69. Hawk M, Coulter RWS, Egan JE *et al.* Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduc. J.* 2017; 14:70. DOI 10.1186/s12954-017-0196-4.
  70. Canfell K *et al.* Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet* 2020 Feb 22; 395: 591-603.
  71. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PPL. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD009069. DOI: 10.1002/14651858.CD009069.pub3.
  72. Watts CG *et al.* Sunscreen Use and Melanoma Risk Among Young Australian Adults. *JAMA Dermatol.* 2018 Sep; 154(9): 1001–1009.
  73. Narayanan DL, Saladi RN, Fox JL. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Int. J. Dermatol.* 2010; 49, 978–986.
  74. Boffetta P, Jourenkova N, Gustavsson P. Cancer risk from occupational and environmental exposure to Polycyclic Aromatic Hydrocarbons. *Cancer Causes Control.* 1997 May;8(3):444-72. doi: 10.1023/a:1018465507029.
  75. McNeill A. Harm Reduction. *Br. Med. J.* 2004; 328: 885-887.
  76. Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL *et al.* Harm minimization and tobacco control: reframing societal views of nicotine use to rapidly save lives. *Annu. Rev. Public Health* 2018; 39: 193-213.
  77. Barua RS *et al.* 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2018; 72(25): 3332-3365.
  78. Russell M. Low-tar medium-nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking. *Br. Med. J.* 1976; 1:1430-1433.
  79. Murray RP, Connett JE, Zapawa LM. Does nicotine replacement therapy cause cancer? Evidence from the Lung Health Study. *Nicotine Tob. Res.* 2009 Sept; 11(9): 1076-1082.
  80. Clarke E *et al.* Snus: a compelling harm reduction alternative to cigarettes. *Harm Reduction J.* 2019; 16:62. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0335-1>.
  81. International Agency for Research on Cancer (IARC). WHO. GCO Cancer Today. <https://>



- gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020 (accessed on 11/04/2023).
82. UK House of Commons, Liaison Committee, The work of the Prime Minister, 4<sup>th</sup> July 2023, [committees.parliament.uk/oralevidence/13426/pdf/](https://committees.parliament.uk/oralevidence/13426/pdf/).
  83. McNeill A *et al.* Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England, 2018. London: Public Health England. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/684963/Evidence\\_review\\_of\\_e-cigarettes\\_and\\_heated\\_tobacco\\_products\\_2018.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e-cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf).
  84. U.S. Food and Drug Administration. News Release. FDA grants first-ever modified risk orders to eight smokeless tobacco products. Oct 22 2019. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-first-ever-modified-risk-orders-eight-smokeless-tobacco-products>.
  85. U.S. Food and Drug Administration. News Release. FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with 'Reduced Exposure' Information. 7 July 2020. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information>.
  86. Mallock, N., Böss, L., Burk, R. *et al.* Levels of selected analytes in the emissions of “heat not burn” tobacco products that are relevant to assess human health risks. *Arch. Toxicol.* 92, 2145–2149 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00204-018-2215-y>.
  87. Mallock N, Pieper E, Hutzler C, Henkler-Stephani F, Luch A. Heated Tobacco Products: A Review of Current Knowledge and Initial Assessments. *Front Public Health.* 2019 Oct 10; 7:287. doi: 10.3389/fpubh.2019.00287.
  88. Istituto Superiore di Sanità. Rapporto di valutazione. Prot. N. 12822-15914-23032-23367/CNDD 01.00. 21 dicembre 2018.
  89. Fagerström K. Can alternative nicotine products put the final nail in the smoking coffin? *Harm Reduct J.* 2022 Dec 1;19(1):131. doi: 10.1186/s12954-022-00722-5.
  90. Censis. Gli italiani e il fumo. 1° Rapporto Censis su fumo di sigaretta e prodotti senza combustione in Italia. Novembre 2022. <https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/SINTESI%20GLI%20ITALIANI%20E%20IL%20FUMO.pdf>.





con il contributo non condizionante di  
PHILIP MORRIS ITALIA

The logo for SICS, featuring the letters 'SICS' in a white, serif font. The letter 'S' has a small orange arc at its base.

*A Company of*

**CONSULCESI**  
GROUP

| we are  
different!