

# Relazioni scientifiche

## Il rapporto nazionale sul tabagismo 2020 in Italia

Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista, Ilaria Palmi

Centro nazionale dipendenze e doping, Istituto Superiore di Sanità

### I fumatori in Italia

Nel corso degli ultimi 15 anni, la vendita di sigarette sul territorio nazionale è in costante diminuzione: solo nel 2019 è stata registrata una diminuzione del 4,2% rispetto all'anno precedente. I consumatori sembrano essersi rivolti al tabacco trinciato (+5,1% nel 2019) ma anche ai prodotti alternativi alle sigarette quali i prodotti a tabacco riscaldato (THP) e le sigarette elettroniche (e-cig). Nel 2019, le vendite di ricariche per sigarette elettroniche sono aumentate del 123%, mentre le vendite di prodotti a tabacco riscaldato sono aumentate del 118%. Nel corso del *lockdown* 2020 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con l'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", l'Università Vita-Salute S. Raffaele (UniSR) e l'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), ha effettuato una indagine campionaria volta alla valutazione degli effetti del *lockdown* sulle abitudini tabagiche degli italiani. La rilevazione ha previsto la compilazione anonima di un questionario informatizzato (strumento di indagine), disponibile online, raccolto con sistema CAWI (*computer assisted web interviewing*) su un campione di 6.000 persone. Secondo questa rilevazione, i fumatori in Italia prima del *lockdown* erano 10,1 milioni (il 23,3% della popolazione): 5,2 milioni di uomini (24,4%) e 4,9 milioni di donne (22,2%). Il *lockdown* ha determinato alcuni cambiamenti positivi nelle abitudini tabagiche degli italiani: circa 630mila persone (334.500 uomini e 295.500 donne), infatti, hanno smesso di fumare proprio durante i due mesi di confina-

mento in casa. Si tratta soprattutto di giovani (18-34 anni), single e conviventi con altre persone (+4). Il *lockdown*, tuttavia, ha visto anche un peggioramento in alcuni comportamenti dei fumatori: 3,9 milioni di fumatori (soprattutto donne) hanno aumentato il numero di sigarette fumate/die, mentre 218mila persone hanno iniziato o ripreso a fumare. Il confinamento in casa ha modificato anche il consumo degli altri prodotti contenenti nicotina (prodotti a tabacco riscaldato e sigaretta elettronica). Per quanto riguarda i prodotti a tabacco riscaldato, gli utilizzatori (occasionalmente + abituali) prima del *lockdown* erano circa 1.787.600 persone: durante il *lockdown* sono diventati 1.918.400, con un incremento pari a circa 130.800 persone. Per quanto riguarda le e-cig, gli utilizzatori (occasionalmente + abituali) prima del *lockdown* erano circa 3.531.000: durante il *lockdown* sono diventati 3.967.000, con un incremento pari a circa 436.000 persone. Tra gli utilizzatori di THP ed e-cig che hanno peggiorato le proprie abitudini durante il *lockdown* (perché hanno iniziato a utilizzarli, sono passati da un uso occasionale a regolare o hanno ricominciato dopo aver smesso) troviamo alcune caratteristiche socio-demografiche comuni: hanno un livello di istruzione medio-elevato, vivono con bambini (0-14 anni) e hanno utilizzato in precedenza un altro prodotto alternativo alla sigaretta tradizionale (THP o e-cig).

### Il Telefono Verde contro il Fumo (TVF)

Il Telefono Verde contro il Fumo dell'ISS è un servizio nazionale a-

nonimo e gratuito attivo dal 2000 che risponde a chiamate provenienti da tutto il territorio nazionale. Il TVF ha gestito, tra il 2003 e il 2019, circa 70.500 telefonate.

Nel corso dell'ultimo anno (novembre 2019-ottobre 2020) le telefonate gestite dal TVF sono state 9.935: hanno contattato il servizio soprattutto fumatori (92%), gli uomini risultano maggiormente rappresentati rispetto alle donne (68% vs 32%) e la classe di età maggiormente rappresentata è 45-55 anni (19% maschi e 22% femmine). Le telefonate sono giunte soprattutto dalla Lombardia (14,9%), dal Lazio (13%), dalla Campania (12,8%) e dalla Sicilia (10,1%). Il 94,2% dei fumatori che hanno contattato il TVF utilizza sigarette confezionate e il 45% di questi fumatori fuma tra le 11 e le 20 sigarette/die.

Il 68% degli utenti che contatta il servizio ha dichiarato di aver fatto almeno un tentativo per smettere di fumare: questi utenti hanno dichiarato di aver provato a smettere autonomamente (60%), gettando via il pacchetto di sigarette (51%). Il 9% dei fumatori che ha provato a smettere con un sostegno, lo ha fatto soprattutto utilizzando una terapia farmacologica (42%).

Gli utenti contattano il Telefono Verde soprattutto per ricevere aiuto per smettere di fumare (96,2%), ma anche per ricevere informazioni relative alla salute (2,4%), alle terapie per smettere di fumare (0,7%) e alla normativa vigente (0,2%).

Nel corso degli ultimi due anni il TVF ha attivato dei percorsi telefonici per smettere di fumare: su 452 percorsi attivati, 19 (4%) sono

tuttora in corso, mentre 83 percorsi (18%) si sono conclusi con la cessazione dal fumo di tabacco da parte del fumatore.

Durante il periodo di *lockdown* il numero di telefonate giornaliero giunte al TVF non ha subito importanti oscillazioni rispetto ai periodi pre-o post-*lockdown*: si è registrato tuttavia un aumento significativo della durata media delle telefonate, che è passata da circa 8 minuti prima del *lockdown* a circa 15 minuti durante il *lockdown*. Nel periodo successivo al *lockdown* (maggio-ottobre 2020) la durata media delle telefonate è ritornata a essere del tutto sovrapponibile a quanto registrato prima del confinamento (9 minuti). I fumatori che hanno contattato il servizio durante il *lockdown* sono stati soprattutto fumatori incentivati a smettere per la paura di essere più vulnerabili al COVID-19, fumatori già seguiti dai Centri Antifumo che hanno dovuto sospendere la loro attività, fumatori con difficoltà psichica e fumatori che hanno visto nel *lockdown* un'occasione per prendersi cura di sé.

### Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco

I servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Antifumo) sono strutture presenti su tutto il territorio nazionale dedicate alla cura del tabagismo e dei problemi fumo-correlati e afferenti al Sistema

Sanitario Nazionale (SSN), alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) o al privato sociale. A partire dal 2000 l'ISS si occupa annualmente del censimento dei Centri Antifumo attivi sul territorio nazionale: l'ultimo aggiornamento disponibile è relativo all'anno 2019 e conta 292 Centri. I Centri Antifumo offrono trattamenti integrati per smettere di fumare che possono comprendere il *counseling* individuale, la terapia farmacologica, la psicoterapia di gruppo, la psicoterapia individuale e gruppi psicoeducativi e per questo si avvalgono di differenti professionalità tra cui medici, infermieri professionali, psicologi. Ai Centri Antifumo si può accedere con diverse modalità e forme di contribuzione, da prestazioni completamente gratuite per l'utente ad altre soggette al pagamento del ticket sanitario o di altre tipologie contributive (quota associativa, contributo volontario).

Nel 2020 l'aggiornamento delle strutture ha coinciso con il periodo di *lockdown*: delle 292 strutture censite nel 2019 e contattate telefonicamente nel 2020, 164 hanno confermato la loro attività, 27 sono in attesa di riprendere il lavoro con i tabagisti, 101 non hanno dato alcun riscontro.

Durante il *lockdown* alcuni Centri Antifumo hanno offerto supporto dell'emergenza COVID-19 riconvertendo gli ambienti in COVID Center o inviando pneumologi a supporto

dei reparti COVID-19. I Centri Antifumo che hanno continuato a offrire assistenza hanno utilizzato il colloquio individuale e il supporto a distanza (telefono, SMS, etc.) come modalità di sostegno al fumatore.

### Linea guida clinica per il trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina

Nel febbraio del 2020 l'ISS si è fatto promotore, in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, di redigere una linea guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina, con l'obiettivo di promuovere una cultura dei trattamenti standardizzati, basati sulle evidenze e che siano accessibili in egual misura a tutti i cittadini. Le professionalità coinvolte nella stesura della linea guida vedono figure quali epidemiologi, pneumologi, terapeuti del tabagismo, igienisti, psicologi, cardiologi, economisti sanitari, oncologi, pediatri, farmacologi clinici, otorinolaringoiatri, esperti del Ministero della Salute, operatori dei SERD (servizi pubblici per le dipendenze patologiche), ma anche rappresentanti dei pazienti affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e rappresentanti dei cittadini. La linea guida è attualmente presente sul sito del SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida) dell'ISS nella sezione "LG in fase di sviluppo".

## Controllo del tabagismo in Italia: nuovi scenari e nuove sfide

Daniela Galeone, Lorenzo Spizzichino

Ministero della Salute, Roma

Secondo i dati ISTAT nel 2019, per la prima volta, in Italia la prevalenza dei fumatori è scesa al di sotto del 19% della popolazione ultraquattordicenne e i fumatori sono 9,8 milioni (il 18,4%), di cui 5,8 milioni uomini (22,4%) e 4 milioni donne (14,7%). Tuttavia, i dati del 2020

dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), pur evidenziando nel campione oggetto di indagine una riduzione della prevalenza, scesa dal 23,3% al 21,9%, mostrano un aumento del numero quotidiano di sigarette fumate (10,9 a 12,7) e del consumo di prodotti a tabacco riscaldato, so-

prattutto nei giovani tra i 18 e i 34 anni, durante il primo *lockdown* per la pandemia da COVID-19.

Questo non fa che confermare l'attualità della strategia di contrasto al tabagismo che si basa su tre elementi fondamentali: tutelare dalle emissioni i non consumatori, pre-

venire l'iniziazione, sostenere la cessazione. Tale strategia richiede politiche intersettoriali e comprende quindi sia interventi normativi sia azioni di promozione della salute, prevenzione e controllo.

Negli ultimi anni (2019 e 2020) il lavoro nazionale e territoriale è quindi proseguito e sono stati raggiunti alcuni risultati, ma molto ancora c'è da fare essendo il percorso lungo e accidentato.

Per quanto riguarda gli interventi normativi è proseguito il lavoro di attuazione della Direttiva 2014/40/UE (cosiddetta TPD) sui tabacchi lavorati e del D.Lgs. 6/2016 di recepimento nazionale. In particolare è entrato in vigore il 20 maggio 2019 il sistema europeo di tracciamento dei prodotti del tabacco per contrastare il traffico illecito e la circolazione di prodotti contraffatti. Inoltre, è continuato il lavoro della Joint Action Europea sul controllo del tabacco (JATC) di analisi delle notifiche non conformi per i prodotti del tabacco e le sigarette elettroniche, utilizzando la banca dati europea EU-CEG (EU Common Entry Gate) che, quando sarà sfruttata al meglio, consentirà di utilizzare le informazioni fornite dai produttori anche per definire ulteriori misure di controllo sugli ingredienti. Al riguardo il 20 maggio 2020 sarebbe dovuta avvenire l'eliminazione dei prodotti contenenti mentolo, ma è ancora in corso il complesso percorso europeo sull'individuazione degli aromi caratterizzanti (*panel* di esperti, segnalazione di Paesi membri dell'UE, etc.).

In Italia un risultato molto importante è stato il completamento della valutazione da parte dell'ISS dell'istanza della Philip Morris Italia sulla base della procedura definita con Decreto Interministeriale del 7 agosto 2017, richiamando il D.Lgs. 6/2006 "al fine di riconoscere la riduzione di sostanze tossiche ovvero il potenziale rischio ridotto dei prodotti del tabacco di nuova generazione rispetto ai prodotti da combustione, a parità di condizioni di utilizzo, nonché le relative modalità di etichettatura". Il rapporto

di valutazione ha concluso che le evidenze disponibili non sembrano essere sufficienti a dimostrare che l'uso del prodotto in esame sia associato a un'effettiva riduzione del rischio e pertanto, valutato il rapporto dell'ISS, il Ministero della Salute ha comunicato al richiedente che:

- 1) non sia possibile, allo stato attuale e sulla base della documentazione fornita dal proponente, riconoscere la riduzione delle sostanze tossiche del prodotto in esame rispetto ai prodotti da combustione, a parità di condizioni di utilizzo.
- 2) i dati scientifici presentati dal proponente non permettano di stabilire il potenziale di riduzione del rischio del prodotto in esame rispetto ai prodotti da combustione a parità di condizioni di utilizzo sia per quello che riguarda l'impatto nei fumatori relativamente alla riduzione della mortalità e morbilità fumo correlate sia per quanto riguarda l'impatto nei non fumatori e negli ex fumatori relativamente alla capacità del prodotto in esame di indurre al consumo di prodotti contenenti nicotina.

Nel biennio 2019-2020 sono, inoltre, proseguiti i controlli dei Carabinieri per la Salute (NAS). I 3.356 controlli del 2019 confermano un buon rispetto della Legge 3/2003 nella maggior parte dei contesti visti.

Altro elemento importante è stata la chiusura delle attività del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2014-2019 che prevedeva tre obiettivi per il tabagismo. Nessuno degli obiettivi è stato centrato: per quanto riguarda la prevalenza dei fumatori c'è stata una riduzione in quasi tutte le Regioni (in alcune in maniera statisticamente significativa) e buoni risultati sono stati raggiunti anche in merito al rispetto del divieto di fumo sul posto di lavoro. Il risultato peggiore ha riguardato l'obiettivo del consiglio di smettere di fumare dal medico di famiglia, molto lontano dall'essere conseguito e in alcuni casi addirittura in calo.

Occorre sottolineare che con l'Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020 è stato adottato il nuovo PNP 2020-2025 la cui *vision* e obiettivi sono coerenti con i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile per il futuro dell'umanità dell'«Agenda 2030» delle Nazioni Unite. Il Piano investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e prevede l'attuazione di linee di azione basate su evidenze di efficacia, o su buone pratiche consolidate e documentate, o rispondenti a strategie e raccomandazioni nazionali e internazionali attraverso cosiddetti Programmi "Predefiniti", comuni e vincolanti per tutte le Regioni e monitorati attraverso indicatori anch'essi predefiniti.

Nell'ambito del macro obiettivo 1, le malattie croniche, il piano mira a "promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei *setting* di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale" attraverso lo "sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali". Inoltre, è previsto il contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, anche per dare attuazione al Livello Essenziale di Assistenza dell'Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica, lettera F4 - Prevenzione e contrasto del tabagismo". La celebrazione della Giornata mondiale senza tabacco 2020 è stata l'occasione per dare ampia diffusione ai risultati della valutazione dell'ISS sul prodotto del tabacco riscaldato oggetto dell'istanza e per ribadire quindi che la "riduzione del danno", proposta dalla industria del tabacco, non è oggi una strategia di sanità pubblica. Anche la dr.ssa Sandra Zampa, sottosegretaria di Stato alla Salute, nel rispondere recentemente a una interrogazione parlamentare sul tema dei prodotti a tabacco riscaldato, ha affermato che: "le aziende produttrici ne so-

stengono l'uso in un'ottica di riduzione del danno. Allo stato attuale delle conoscenze tale approccio non può essere adottato quale strategia di salute pubblica, che mira invece alla disassuefazione dal fumo e dall'utilizzo di prodotti del tabacco o contenenti nicotina. [...] Auspicabili studi indipendenti. A oggi non abbiamo informazioni circa gli effetti di un suo uso prolungato".

Un altro importante risultato è stato intervenire per sensibilizzare sulla opportunità di evitare la partecipazione dell'industria del tabacco ai congressi delle Società Scientifiche. Il 24 novembre 2020 è stata inviata, a firma dei DG della Prevenzione Sanitaria e delle Professioni Sanitarie, una nota agli Assessorati alla sanità e alle Società Scientifiche per "riaffermare che l'unica strategia perseguibile è la disassuefazione totale dal fumo e dal consumo di altri prodotti del tabacco e richiedere, acquisito il parere favorevole del vertice politico del Ministero, la collaborazione di Istituzioni ed Enti raccomandando di vigilare affinché tutti gli enti del SSN,

anche convenzionati, università, e Società Mediche e Scientifiche si impegnino a garantire l'indipendenza dalle compagnie del tabacco in sedi di dibattito scientifico, e a condurre attività di *advocacy* affinché aumenti la consapevolezza delle conseguenze dell'ingerenza dell'industria del tabacco e dell'importanza di improntare le scelte preventive e terapeutiche esclusivamente sulla base di consolidate evidenze scientifiche, nell'interesse del singolo individuo e della collettività". Molte altre cose non si è riusciti ancora a portare a termine. Per esempio, la ratifica del Protocollo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sul traffico illecito dei prodotti del tabacco (entrato in vigore il 28 settembre 2018) per il quale in Italia manca la necessaria delibera del Consiglio dei Ministri. Non è stato ancora completato l'iter per l'emanazione del Decreto Interministeriale sulle tariffe a carico dei fabbricanti e degli importatori necessarie a coprire i costi connessi alla verifica da parte dei laboratori delle misurazioni dei livelli massimi di TNCO delle sigarette, alla raccolta, analisi e gestione, da par-

te del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dei dati e delle informazioni relative a ingredienti ed emissioni dei prodotti del tabacco e delle sigarette elettroniche, la valutazione dell'eventuale presenza di aromi caratterizzanti, dell'eventuale impiego di additivi o aromi vietati. Infine, le principali sfide per il prossimo futuro riguardano la possibilità di aggiornare la legge Sirchia per introdurre l'estensione dei divieti in altri luoghi all'aperto, ai prodotti del tabacco riscaldato e alle sigarette elettroniche, per l'eliminazione delle sale per fumatori; necessario è anche l'aggiornamento della legge sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco e con nicotina, affinché le previsioni di legge siano estese ai prodotti del tabacco riscaldato e alle sigarette elettroniche. Importante, infine, è anche il tema dell'adeguamento delle misure fiscali e dei prezzi, quale strumento per la riduzione della domanda, la cui competenza primaria è del Ministero dell'Economia che dovrebbe avere un ruolo più proattivo verso il controllo del tabagismo.

## La Legge 16.01.2003, n. 3, art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori": nel nome della civiltà e del buon governo

**Girolamo Sirchia**

*Ex ministro della Salute*

### La situazione (stato di fatto)

Da oltre 50 anni è stato dimostrato che il fumo di tabacco danneggia gravemente la salute e costituisce la prima e più importante causa di morte prematura. Per questo il tema fumo è sull'agenda di governo di tutti i Paesi sviluppati. In Italia si stima che il fumo causi 70-80.000 morti premature l'anno.

Secondo l'OCSE 2020 (Europe at a glance, Europe 2020), ogni anno nell'Unione Europea muoiono prematuramente a causa del tabacco circa 700.000 persone, ossia il doppio delle morti annue prematu-

re da inquinamento di polveri sottili (168.000-346.000) e da alcool (255.000-290.000). Oltre alle morti premature, il tabacco è responsabile di circa 2 milioni di malati con malattie croniche. I costi sono molto rilevanti. Si stima che ogni fumatore costi circa 2 Euro (o US\$3) al giorno in soli costi sanitari; in Italia si tratta di 20 milioni di Euro al giorno, pari a 7,5 miliardi di Euro l'anno di sole spese sanitarie, cui vanno aggiunte altrettante spese di natura sociale (assenza dal lavoro, malattia) a carico delle imprese. Il numero di fumatori in Italia nel 2020

non è significativamente diverso da quello del 2005 quando la Legge 16.01.2003, n. 3, art. 51 fece scendere la percentuale di fumatori dal 23,8% del 2003 al 22% del 2005 (i dati sono purtroppo diversi tra l'ISTAT e l'ISS-DOXA, forse per diversità di campionamento o altra causa). Questi dati hanno generato nella popolazione una forte reazione: oltre il 90% degli italiani si è più volte dichiarato favorevole alla Legge 16.01.2003, n. 3, art. 51 negli anni 2003-2005 e tuttora supporta la legge che ha così resistito ai tentativi di modifica seguiti al 2003

e che oggi viene ancora rispettata in modo esemplare dagli italiani. I vari Governi che si sono succeduti nel Paese, invece, hanno agito con timidezza per una serie di motivi:

- a) la filiera del tabacco è costituita da circa 200.000 persone e altrettanti posti di lavoro;
- b) difesa intelligente e dotata di ricchi mezzi della filiera;
- c) promozione e penetrazione molto abili e disinvolute dei produttori;
- d) diversificazione del prodotto (*e-cig* o sigarette elettroniche e IQOS, acronimo di *I quit ordinary smoking*, costituite da sigarette di tabacco riscaldato, ma non bruciate).

### Successo della legge

La legge di tutela dei non fumatori è il primo e più importante provvedimento di un piano antifumo stilato dal Ministero della Salute nel 2002. Essa è riuscita a superare il fuoco di sbarramento di amici e nemici che avevano già affondato precedenti tentativi di ridurre il tabagismo. Le ragioni del successo sono da ricercare nei seguenti punti:

- 1) in Italia vige il principio fondamentale che tutti i cittadini hanno uguali diritti e uguali doveri. Ne deriva che il diritto di coloro che vogliono fumare deve essere salvaguardato (giacché viene rigettato il proibizionismo), ma deve essere parimenti salvaguardato il diritto di coloro che non vogliono inalare aria contaminata dal fumo generato da altri (fumo passivo);
- 2) il Governo ha chiesto e ottenuto dal Parlamento che la normazione della tutela dei non fumatori dal fumo passivo gli venisse delegata e la norma è stata poi inserita e approvata con la Legge Finanziaria 2003;
- 3) il proponente non era un professionista della politica e godeva quindi di relativa indipendenza dai partiti.

La popolazione ha sostenuto la legge e tuttora la rispetta malgrado:

- a) l'arresto di ogni successiva iniziativa governativa;
- b) la rarefazione dei controlli;



Prof. Girolamo Sirchia.

- c) nessuna iniziativa circa *e-cig* e IQOS che è addirittura stata oggetto di agevolazione fiscale;
- d) l'inerzia e compiacenza istituzionale verso IQOS; l'FDA (Food and Drug Administration) ha classificato IQOS a rischio modificato, subito tradotto dal produttore in rischio diminuito;
- e) finanziamento sistematico, da parte dei produttori, di Centri Studi, università, associazioni e Società Scientifiche, politici, giornalisti, lobbisti, coltivatori, etc. Da notare che è stata persino fondata dalla Philip Morris una Fondazione "per liberare il mondo dal Tabacco!".

### Che fare

Alla luce di questi fatti mi sembra improbabile che Governo e Parlamento italiani in questo momento storico prendano iniziative per intensificare il contrasto al consumo di tabacco e ai suoi succedanei.

Queste iniziative sono peraltro ben conosciute e sperimentate e alcune di esse non richiedono nemmeno interventi legislativi né addizionali spese. Se, per esempio, si desse applicazione alle normative già esistenti, intensificando il regime dei controlli circa:

- a) il rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro e in alcuni spazi semichiusi (gazebo e similari) che gli esercizi pubblici attrezzano per ampliare il loro spazio utile;
- b) il divieto di disperdere i mozz-

coni nell'ambiente, si potrebbe dare un segnale significativo di una rinnovata volontà di contrastare il fumo. Purtroppo il segnale è addirittura contrario nel caso dell'IQOS (tabacco riscaldato) che è entrato quasi automaticamente nella libera vendita in Italia, mentre forse sarebbe stato opportuno valutarne prima gli effetti, come è stato fatto per esempio in Australia. Per non parlare delle agevolazioni fiscali tuttora vigenti e rapidamente ripristinate nella bozza di Finanziaria 2021 che le aveva soppresse.

Una vera azione di contrasto tuttavia dovrebbe prevedere anche un significativo e progressivo incremento delle accise, finalizzato a scoraggiare l'acquisto dei prodotti del tabacco e ad acquisire fondi per rendere vantaggiosa ai coltivatori la conversione delle culture di tabacco, di cui l'Italia è tra i primi produttori europei.

Perché la lotta al fumo e ai suoi succedanei riprenda è allora necessario che l'opinione pubblica preme e spinga le Istituzioni preposte a ben operare.

Mi chiedo se possa essere utile dare impulso ai Movimenti Antifumo coinvolgendo, oltre alle Società Scientifiche, anche associazioni di persone che hanno subito danni dal fumo e che possano testimoniare la sua grave nocività, nonché i movimenti ambientalisti. Ma anche finanziatori e professionisti di nuovi modi di comunicare per far sapere agli italiani quanti artifici, bugie e azioni corruttive vengono messe in atto dai produttori. Abbiamo imparato che si può ottenere un grande coinvolgimento della popolazione con strumenti e modalità del tutto nuovi e che vi sono giovani di grande abilità che riescono a cambiare il mondo: i cosiddetti *influencer*.

Tutti insieme potremmo lavorare per acquisire risorse umane e finanziarie capaci di risvegliare l'attenzione della popolazione sui valori della salute pubblica e dell'etica d'impresa, valori oggi sopravanzati dalle logiche del profitto comunque conseguito.

## Consumo di tabacco e COVID-19. Lo studio COSMO-IT

Silvio Garattini, Silvano Gallus

Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS

In data 26 novembre 2020, in occasione del XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), il professor Silvio Garattini, Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", è intervenuto sul tema fumo e COVID-19, presentando uno studio, denominato COVid19 and SMOKing in Italy (COSMO-IT), che vede coinvolti, oltre all'Istituto "Mario Negri" e la SITAB; l'Istituto per lo studio la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Università La Sapienza, l'Istituto Nazionale dei Tumori e più di 30 Centri ospedalieri italiani. Nella sua relazione, il Professor Garattini ha spiegato che, in tutto il mondo, in seguito alla rapida diffusione dei contagi da COVID-19, molti scienziati hanno sollevato la domanda di ricerca relativa al ruolo del consumo di tabacco sulla progressione della malattia.

Tra i primi studi provenienti dalla Cina, uno basato su un grande campione di pazienti con COVID-19 ha evidenziato come il fumo fosse associato a un decorso peggiore della malattia, mostrando una frequenza di evoluzione sfavorevole della patologia del 90% superiore per i fumatori e gli ex fumatori rispetto a coloro che non avevano mai fumato (odds ratio, OR: 1,9; intervallo di confidenza, IC, al 95%: 1,3-2,8) [1]. Lo studio, in particolare, ha messo in luce come, tra i pazienti ospedalizzati per COVID-19, il ricovero in Terapia Intensiva, la necessità di ventilazione e il decesso fossero più frequenti nei fumatori ed ex fumatori rispetto a coloro che non avevano mai fumato (OR: 3,2; IC al 95%: 1,9-5,6) [1].

Una metanalisi preliminare [2], costituita interamente da studi condotti in Cina, ha mostrato come i fumatori avessero una peggiore progressione della malattia (per fumatori attuali rispetto a coloro che non hanno mai fumato, OR: 1,6; IC al 95%: 1,0-2,5).

Un'altra metanalisi di maggio 2020 ha confermato come il rischio di una condizione più grave tra i pazienti COVID fosse quasi doppio per i fumatori (ex o attuali) rispetto ai coloro che non hanno mai fumato (OR: 1,9; IC al 95%: 1,4-2,6) [3]. Sebbene l'evidenza scientifica sembri coerente nel definire il tabacco come fattore di rischio di progressione della malattia da COVID-19, la metanalisi di Simons [4], che ha valutato l'associazione tra il fumo e l'ospedalizzazione, la gravità e la mortalità per COVID-19 in fumatori ed ex fumatori rispetto a mai fumatori, non ha confermato tale associazione e ha mostrato differenze di rischio tra i fumatori attivi ed ex fumatori. Lo studio ha infatti evidenziato per gli ex fumatori un rischio maggiore di ospedalizzazione (RR: 1,2; IC al 95%: 1,0-1,4), di sviluppo di una patologia più severa (RR: 1,5; IC al 95%: 1,1-2,1), e di decesso (RR: 1,4; IC al 95%: 1,2-1,7) rispetto ai mai fumatori. Nessuna associazione statisticamente significativa è stata tuttavia trovata per i fumatori rispetto ai mai fumatori. A oggi le domande aperte risultano ancora molteplici e la letteratura scientifica ancora limitata. Molti degli studi clinico-epidemiologici sulla progressione di COVID-19 mostrano diverse limitazioni metodologiche, per esempio non forniscono stime di rischio relativo, forniscono solo stime crude (non aggiustate

per possibili fattori confondenti); spesso il fumo non rappresenta il principale fattore investigato nello studio e la percentuale di *missing* sullo stato di fumo risulta molto elevata; spesso hanno una dimensione campionaria ridotta (studi sottopotenziati) e alcuni studi non sono pubblicati su riviste *peer-reviewed*, ma solo postati come *preprint*, causando una forte eterogeneità di qualità dell'offerta disponibile.

Inoltre, risultano insufficienti i dati sul ruolo della cessazione del fumo di tabacco sulla gravità del COVID-19 e non è ancora stato investigato se ci siano differenze di genere. In aggiunta, mancano studi riguardo alle sigarette elettroniche e le sigarette a tabacco riscaldato.

A questo proposito è stato istituito il progetto COSMO-IT: il ruolo del fumo e altri fattori di rischio evitabili sulla prognosi di COVID-19 [5]. Si tratta di uno studio osservazionale, longitudinale e multicentrico che vede il coinvolgimento di 31 Centri ospedalieri e università dislocate su tutto il territorio italiano, per un totale previsto di 2.000-3.000 pazienti.

Gli obiettivi primari dello studio sono quantificare l'associazione tra stato di fumo e rischio di una progressione sfavorevole di COVID-19 e valutare il ruolo della cessazione del fumo di sigaretta sul decorso della patologia.



Prof. Silvio Garattini, Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano.

Lo studio è volto anche a determinare l'associazione tra altri potenziali fattori e il rischio di un decorso sfavorevole della patologia da COVID-19 e confrontare la prevalenza di fumo in pazienti ospedalizzati con quella in pazienti posti in isolamento domiciliare.

I dati sono raccolti tramite un questionario integrato con informazioni tratte dalle cartelle cliniche. L'indagine prevede un questionario al *baseline* e nel corso del *follow-up*. Nel questionario al *baseline* sono raccolte informazioni relative alle caratteristiche socio-demografiche, le abitudini e gli stili di vita, le comorbidità e le pregresse terapie farmacologiche. Un'intera sezione del questionario è dedicata allo stato di fumo (incluse sigarette elettroniche e sigarette a tabacco riscaldato). Infine, sono raccolti dati relativi ai sintomi e il tipo di trattamento somministrato per la cura del COVID-19.

Il questionario al *follow-up* (fase longitudinale dello studio) è invece rivolto a raccogliere informazioni sul ricovero o l'isolamento domicilia-

re, le possibili complicanze, il trattamento effettuato e l'esito della malattia.

Lo studio COSMO-IT consentirà di superare le limitazioni degli studi attualmente pubblicati su fumo e gravità della malattia da COVID-19 e sarà il primo a fornire i dati sul ruolo della cessazione dal fumo. Inoltre, per la prima volta verrà studiato il ruolo della sigaretta elettronica e del tabacco riscaldato sulla progressione della malattia.

Lo studio COSMO-IT è stato ideato più di 7 mesi fa, in risposta all'esplosione della pandemia da COVID-19. A oggi alcuni Centri hanno già iniziato la raccolta dei dati, ma altri non hanno ancora ottenuto l'approvazione da parte del comitato etico. Lo studio mette in luce la più che attuale necessità, nel rispetto dei vincoli di tutela dei pazienti, di uno snellimento delle procedure burocratiche e una maggiore flessibilità che tenga conto delle caratteristiche metodologiche dei diversi studi, per non permettere che la burocrazia possa rallentare la ricerca.

## Bibliografia

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang W, Ou C, Heet J, et al; for the China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;382:1708-20.
2. Gallus S, Lugo A, Gorini G. No double-edged sword and no doubt about the relation between smoking and COVID-19 severity. *Eur J Intern Med* 2020;77:33-5.
3. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 2020;22:1653-6.
4. Simons D, Shahab L, Brown J, Perski O. The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalization and mortality from COVID-19: a living rapid evidence review with Bayesian meta-analyses (version 7). *Addiction* 2020. Doi:10.1111/add.15276.
5. Cattaruzza MS, Gorini G, Bosetti C, Boffi R, Lugo A, et al. Covid-19 and the role of smoking: the protocol of the multicentric prospective study COSMO-IT (COvid19 and SMOKing in ITaly). *Acta Biomed* 2020;91:e2020062.

## Organizzazione e standard dei servizi per la smoking cessation

Biagio Tinghino

Centro per il Trattamento del Tabagismo, ASST di Vercate (MB), Direttore Scientifico National School of Medical Tobaccology

I servizi per il trattamento del tabagismo si presentano, nel nostro Paese, prevalentemente attraverso due forme organizzative: gli Ambulatori per il Trattamento del Tabagismo (ATT) e i Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT). Nonostante sia auspicabile che tutti gli operatori sanitari propongano un *minimal advice* (3-5 minuti) a tutti i fumatori e che tutti i medici abbiano ricevuto una formazione per trattare il tabagismo nei vari *setting*, i servizi per il tabagismo costituiscono invece una risposta specializzata per la cura della dipendenza da tabacco e derivati.

La formazione per operare in questi Centri dovrebbe seguire i migliori standard internazionali al fine di permettere che essi offrano un approccio scientificamente validato ed efficace [1,2]. I servizi per il tabagismo basano i trattamenti sugli standard della letteratura internaziona-

le più recente, gli operatori che ne fanno parte frequentano regolarmente percorsi formativi accreditati specifici per il tabagismo e sono in grado di comprendere e descrivere le implicazioni della ricerca attuale sul tabacco e i derivati. Sembra inoltre importante, che dopo un primo periodo di avviamento, essi trattino un numero adeguato di pazienti/anno.

### Competenze di counseling

Il trattamento più efficace, descritto dalle revisioni di letteratura, è indicato nella combinazione di terapie farmacologiche e sostegno comportamentale [3,4]. Quest'ultimo è un termine usato in modo non specifico per intendere un insieme di strumenti, mutuati dalle terapie cognitive-comportamentali, dal *counseling* e della *motivational interview*, utili ad aiutare il paziente sia nella fase di costruzione della relazione

terapeutica sia lungo il percorso di cessazione, spesso complesso e capace talora di coinvolgere più piani psicologici della persona, come peraltro succede nella cura di altre dipendenze.

L'operatore dei servizi per il tabagismo, dunque deve:

- dimostrare competenze relative al *counseling*, come l'ascolto attivo e l'empatia;
- saper stabilire un contesto accogliente, confidenziale e non giudicante;
- poter spiegare al paziente gli interventi di provata efficacia;
- basarsi su modelli/teorie relativi al cambiamento, la terapia cognitivo comportamentale e il *counseling*;
- dimostrare competenze nell'approccio motivazionale;
- dimostrare competenze nel supporto ai tabagisti, almeno in una

delle modalità: individuale, di gruppo o telefonica.

La cura del tabagismo non è costituita da un evento, o una singola prescrizione, bensì da un processo. Per tale motivo i servizi devono essere in grado di valutare i pazienti in modo personalizzato e poi di pianificare la terapia lungo una serie di sessioni che accompagnino il fumatore alla cessazione.

### La valutazione

Può essere effettuata in un'unica sessione di 30-45 minuti, durante la quale si raccoglie l'anamnesi sanitaria, la storia relativa al tabagismo e all'eventuale uso di altre sostanze psicotrope (droghe, alcool), si ottengono notizie su precedenti (o attuali disturbi) psichiatrici e si esplora la motivazione del paziente a smettere, tenendo conto delle sue risorse personali e degli ostacoli. Fondamentali risultano la misurazione della dipendenza fisica da nicotina (test di Fagerstöm o di West), la misurazione del CO espirato, della *self-efficacy*. Le revisioni sistematiche evidenziano che l'esecuzione di esami strumentali per le patologie correlate (per esempio spirometria, Rx o ECG), a parte la misurazione del CO, non incrementano l'efficacia dei trattamenti, salvo casi di pazienti con specifiche patologie in atto [5].

### La pianificazione del trattamento

Dovrebbe prevedere più di 4 sessioni e fino a un massimo di 10, limite oltre il quale un ulteriore incremento di sessioni non aumenta in modo proporzionale il tasso di cessazioni. Uno standard di 5-8 incontri, di 20-30 minuti ciascuno, sembra essere nell'esperienza della maggior parte dei centri italiani quello più proficuo. Tale programma si snoda generalmente per una durata tra 1-2 mesi, oltre agli step di *follow-up* (3,6,12 mesi) [1,6].

### Terapia farmacologica e casi complessi

I servizi per il tabagismo dovrebbero usare farmaci di provata efficacia (attualmente: vareniclina, NRT,



Dr. Biagio Tinghino.

bupropione, citisina) [7,8], ma conoscere anche indicazioni, limiti e controindicazioni di altri farmaci, da usare a seconda dei casi. L'utilizzo di risorse da dedicare a terapie alternative, per cui non esiste evidenza attuale di efficacia) è discutibile. Il medico deve saper utilizzare combinazioni di farmaci, conoscere le interazioni tra di essi e tra i farmaci e il fumo di tabacco. Nel caso di pazienti con comorbidità psichiatrica o polidipendenti, gli operatori devono saper gestire i vari aspetti del trattamento, se possibile raccordandosi con psichiatri e medici dei SERD.

### Aspetti organizzativi

Presso i CTT o gli ATT è indispensabile l'uso di una cartella clinica informatizzata, da cui sia possibile preferibilmente estrarre dati in modo automatizzato, al fine di implementare la ricerca e la valutazione degli esiti [9]. È importante che i servizi siano in rete con altre unità di offerta ospedaliera e territoriali, *quit-line*, sappiano indirizzare i pazienti rispetto ai farmaci più costo/efficaci o rimborsabili [9]. È fortemente auspicabile che il trattamento del tabagismo possa basarsi su norme di tipo nazionale che ne definiscano gli standard, la definizione organizzativa, la loro legittimità e collocazione all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

### Bibliografia

1. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Clinical Practice Guideline, Treating

Tabacco Use and Dependence: 2008 Update. <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/clinicians/update/index.html>

2. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ, et al. Training health professionals in smoking cessation Cochrane Database Syst Rev 2012;CD000214.

3. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016;3:CD008286.

4. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017; 3:CD001292.

5. Clair C, Mueller Y, Livingstone-Banks J, Burnand B, Camain JY, Cornuz J, et al. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019;3:CD004705.

6. Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, Litt J. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. Aust Fam Physician 2005;34:461-6.

7. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2013; CD009329.

8. Nagano T, Katsurada M, Yasuda Y, Kobayashi K, Nishimura Y. Current pharmacologic treatments for smoking cessation and new agents undergoing clinical trials. Ther Adv Respir Dis 2019; 13:1753466619875925.

9. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco 2018.



## Fumo passivo delle sigarette convenzionali e aerosol passivo delle sigarette elettroniche: il progetto TackSHS

Esteve Fernández<sup>1</sup>, Silvano Gallus<sup>2</sup>, Olena Tigova<sup>1</sup>, Beladenta Amalia<sup>1</sup>, Alessandra Lugo<sup>2</sup>, Xiaoqiu Liu<sup>2</sup>, Marcela Fu<sup>1</sup>, Sean Semple<sup>3</sup>, Luke Clancy<sup>4</sup>, Ario Ruprecht<sup>5</sup>, Roberto Boffi<sup>5</sup>, Constantine Vardavas<sup>6</sup>, Cornel Radu-Loghin<sup>7</sup>, Giuseppe Gorini<sup>8</sup>, Giulia Carreras<sup>8</sup>, Angel López-Nicolás<sup>9</sup>, Joan B. Soriano<sup>10</sup>, Maria J. López<sup>11</sup> e TackSHS Project investigators\*

<sup>1</sup>Institut Català d'Oncologia (ICO); Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); CIBER Respiratory Diseases School of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Barcellona, Spagna; <sup>2</sup>Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS, Milano, Italia; <sup>3</sup>Institute for Social Marketing, University of Stirling, Stirling, Scozia, UK; <sup>4</sup>TobaccoFree Research Institute Ireland, Dublino, Irlanda; <sup>5</sup>Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, Italia; <sup>6</sup>George D Behrakis Research Lab, Hellenic Cancer Society, Atene, Grecia; <sup>7</sup>European Network for Smoking and Tobacco Prevention, Bruxelles, Belgio; <sup>8</sup>Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica, Firenze, Italia; <sup>9</sup>Universidad Politécnica de Cartagena, Cartagena, Spagna; <sup>10</sup>Hospital Universitario "La Princesa", CIBER Respiratory Diseases, Madrid, Spagna; <sup>11</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiology and Public Health; Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB St. Pau), Barcellona, Spagna

**\*TackSHS Project investigators:** Catalan Institute of Oncology (ICO), Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), Spagna: Esteve Fernández, Yolanda Castellano, Marcela Fu, Montse Ballbè, Beladenta Amalia, Olena Tigova; Public Health Agency of Barcelona (ASPB), Spagna: María José López, Xavier Contente, Teresa Arechávala, Elisabet Henderson; Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS (IRFMN), Italia: Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Xiaoqiu Liu, Cristina Bosetti, Enrico Davoli; Istituto DOXA, Worldwide Independent Network/Gallup International Association, Italia: Paolo Colombo; University of Stirling (UNISTIR), UK: Sean Semple, Rachel O'Donnell, Ruaraidh Dobson; TobaccoFree Research Institute Ireland (TFRI), Irlanda: Luke Clancy, Sheila Keogan, Shashsa Li, Elizabeth Breslin, Hannah Byrne; Hellenic Cancer Society - George D. Behrakis Research Lab (HCS), Grecia: Panagiotis Behrakis, Anna Tzortzi, Constantine Vardavas, Vergina Konstantina Vyzikidou, Stephanie Teloniatis, Gerasimos Bakelas, George Mattiampa; Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (INT), Italia: Roberto Boffi, Ario Ruprecht, Cinzia De Marco, Alessandro Borgini, Chiara Veronese, Martina Bertoldi, Andrea Tittarelli; Istituto per lo studio, la prevenzione, e la rete oncologica (ISPRO), Italia: Giuseppe Gorini, Giulia Carreras, Barbara Cortini, Simona Verdi, Alessio Lachi, Elisabetta Chellini; Polytechnic University of Cartagena (UPCT), Spagna: Ángel López Nicolás, Marta Trapero-Bertran, Daniel Celdrán Guerrero; European Network on Smoking and Tobacco Prevention (ENSP), Belgio: Cornel Radu-Loghin, Dominick Nguyen, Polina Starchenko; Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario "La Princesa" (IISP), Spagna: Joan B. Soriano, Julio Ancochea, Tamara Alonso

L'esposizione al fumo passivo (in inglese *second-hand smoke*, SHS) è stata classificata dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) come "cancerogeno di gruppo 1" (agente sicuramente cancerogeno per l'uomo). Il fumo passivo è stato dimostrato avere effetti negativi sulla salute di adulti e bambini; in particolare, essere causa di malattie cardiache e disturbi respiratori. L'affermarsi, nel mercato mondiale, delle sigarette elettroniche ha portato negli ultimi 10 anni a un aumento considerevole dei volumi di vendita in tutta l'UE, e, di conseguenza, a una crescente preoccupazione relativa agli effetti potenziali dell'esposizione ad aerosol passivo delle sigarette elettroniche (in inglese *second-hand aerosol*, SHA), in quanto il loro utilizzo è aumentato anche nei luoghi

al chiuso, inclusi quelli con divieto di fumo. Attualmente l'evidenza scientifica consiste principalmente di indagini di laboratorio e vi sono ancora pochi studi che affrontano l'impatto del SHA in condizioni "reali".

Il progetto TackSHS ([www.tackshs.eu](http://www.tackshs.eu)) prevede una serie di studi coordinati condotti da 11 organizzazioni accademiche e di sanità pubblica appartenenti a sei diversi Paesi europei [1]. Il progetto ha analizzato: a) la prevalenza dei determinanti del fumo di sigaretta e dell'utilizzo di sigaretta elettronica, le esposizioni a SHS e SHA valutate a livello individuale (indagini su campioni rappresentativi della popolazione generale) [2,3] e in contesti specifici (campionamento ambientale in alcuni luoghi [4]; b) il peso complessivo delle malattie, la mortalità e

le morbilità attribuibili a tali esposizioni, [5], e infine c) il loro impatto economico in termini di costi diretti per l'assistenza sanitaria.

Il progetto ha anche esaminato l'impatto dell'esposizione a SHS e SHA [6] sulla salute respiratoria di individui sani e di pazienti con malattie respiratorie. Il progetto ha inoltre valutato l'efficacia di un nuovo intervento volto a ridurre l'esposizione al SHS nelle famiglie in cui è consentito fumare [7]. Tali studi sono tutti interconnessi tra loro e hanno richiesto un coordinamento collaborativo tra le organizzazioni partecipanti.

Nel 2017-2018, nell'ambito del *work-package* 3 del Progetto TackSHS, abbiamo condotto un'indagine trasversale "faccia a faccia" in 12 Paesi europei (Bulgaria, Francia, Germania, Grecia, Inghilterra, Irlanda, Italia, Lettonia, Polonia, Porto-

gallo, Romania e Spagna). In ogni Paese è stato intervistato un campione rappresentativo di circa 1.000 soggetti con età  $\geq 15$  anni. L'indagine ha raccolto informazioni sul fumo di tabacco, uso di sigaretta elettronica, nonché esposizione al fumo passivo e all'aerosol passivo della sigaretta elettronica in diversi contesti.

Complessivamente, il 25,9% dei partecipanti era fumatore (21,2% donne; 31,0% uomini) con una variazione dal 18,9% in Italia al 37,0% in Bulgaria. Il 16,5% era ex-fumatore. La prevalenza di fumo è risultata in diminuzione con l'aumento dell'età e del livello di istruzione. Il 30,9% dei non fumatori (29,0% donne; 33,2% uomini) ha riferito di essere esposto a SHS in ambienti al chiuso (tempo mediano 60 min/giorno). La prevalenza di esposizione al SHS è risultata del 13,1% in casa, dell'11,4% sul posto di lavoro,



Prof. Esteve Fernández.

del 4,7% nei trasporti privati, del 4,0% nei trasporti pubblici e del 14,7% in "altri ambienti al chiuso" (bar e ristoranti inclusi). La prevalenza dell'utilizzo di sigarette elettroniche è risultata complessivamente

del 2,4% (2,3% per le donne; 2,5% per gli uomini e con una relazione inversa con l'età) con una variabilità dallo 0,6% in Spagna al 7,2% in Inghilterra. Il 16,0% dei non utilizzatori di sigarette elettroniche ha

## Exposure to second-hand smoke (SHS) from conventional cigarettes and to second-hand aerosols from electronic cigarettes. The TackSHS Project

Exposure to second-hand tobacco smoke (SHS) has been classified as a "Group 1 carcinogen" (known human carcinogen) by the International Agency for Research on cancer (IARC) and has been shown to have adverse health effects on adults and children, including heart disease and respiratory disorders. Electronic cigarettes (e-cigarettes) have irrupted in the past 10 years with sales volumes increasing considerably across the EU, and there are concerns regarding the potential passive exposure to the aerosols exhaled by e-cigarette users, as their use has increased in indoor places, including those with tobacco smoke-free bans. Available evidence derives mainly from laboratory studies and

there are few studies addressing secondhand exposure to exhaled vapours from e-cigarettes in more or less "real conditions".

The TackSHS project ([www.tackshs.eu](http://www.tackshs.eu)) involves a series of coordinated studies carried out by 11 academic and public health organisations from six European countries [1]. The project has investigated: a) the prevalence of determinants of smoking and e-cigs use, and SHS and SHA exposure assessed at the individual level (surveys on representative general population samples) [2,3] and in common environments (environmental sampling in specific settings [4]; b) the overall disease burden, mortality and morbidity attributable to such ex-

posure [5]; and c) its economic impact in terms of direct healthcare costs. The project has also examined specific acute respiratory health changes in healthy individuals and patients with respiratory diseases exposed to SHS and SHA [6]. In addition, the project has examined the effectiveness of a novel intervention to reduce SHS exposure in households where smoking is permitted [7]. All these studies are inter-related and involve collaborative coordination among the participant organisations.

In 2017-2018, within work-package 3 of the TackSHS Project, we conducted a cross-sectional face-to-face survey in 12 European countries (Bulgaria, England, France,

riportato di essere esposto a SHA in un qualsiasi ambiente al chiuso almeno una volta a settimana (dal 4,3% in Spagna al 29,6% in Inghilterra) con un tempo mediano di esposizione pari a 43 min/giorno. Il luogo in cui la maggior parte dei non utilizzatori di sigarette ha affermato di essere stato esposto a SHA è stato "altri ambienti al chiuso" (8,3%), seguito da luoghi di lavoro/educativi (6,4%), casa (5,8%), trasporti pubblici (3,5%) e privati (2,7%).

Il fumo di sigaretta e l'esposizione al SHS continuano a essere molto diffusi, mentre l'uso di sigarette elettroniche e l'esposizione passiva ai loro aerosol, seppur in aumento, risultano ancora limitati. Per contrastare l'epidemia dell'uso di tabacco è necessaria l'attuazione e l'implementazione di una legislazione più rigorosa sia a livello nazionale che europeo.

## Bibliografia

1. Fernández E, López MJ, Gallus S, Semple S, Clancy L, Behrakis P, et al.; TackSHS Project Investigators; TackSHS Project Investigators. Tackling secondhand exposure to tobacco smoke and aerosols of electronic cigarettes: the TackSHS project protocol. *Gac Sanit* 2020;34:77-82.
2. Gallus S, Lugo A, Liu X, Behrakis P, Boffi R, Bosetti C, et al.; TackSHS Project Investigators. Who smokes in Europe? Data from 12 European countries in the TackSHS survey (2017-2018). *J Epidemiol* 2020. doi: 10.2188/jea.JE20190344.
3. Amalia B, Liu X, Lugo A, Fu M, Odone A, van den Brandt PA, et al.; TackSHS Project Investigators. Exposure to secondhand aerosol of electronic cigarettes in indoor settings in 12 European countries: data from the TackSHS survey. *Tob Control* 2020;30:49-56.
4. Henderson E, Contente X, Fernández E, Tigova O, Cortés-Francisco N, Gallus S, et al.; TackSHS project inves-

tigators. Secondhand smoke exposure in outdoor children's playgrounds in 11 European countries. *Environ Int* 2020; 105775.

5. Carreras G, Lachi A, Cortini B, Gallus S, López MJ, López-Nicolás Á, et al.; TackSHS Project Investigators. Burden of disease from exposure to secondhand smoke in children in Europe. *Pediatr Res* 2020. doi: 10.1038/s41390-020-01223-6.

6. Keogan S, Alonso T, Sunday S, Tigova O, Fernández E, López MJ, et al.; TackSHS Project Investigators. Lung function changes in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma exposed to secondhand smoke in outdoor areas. *J Asthma* 2020;1-7.

7. Dobson R, O'Donnell R, Tigova O, Fu M, Enríquez M, Fernandez E, et al.; TackSHS investigators. Measuring for change: a multi-centre pre-post trial of an air quality feedback intervention to promote smoke-free homes. *Environ Int* 2020;140:105738.

Germany, Greece, Ireland, Italy, Latvia, Poland, Portugal, Romania and Spain). In each country, a representative sample of around 1,000 subjects aged  $\geq 15$  years was interviewed. The survey gathered information on tobacco smoking, and e-cigs, and exposure to secondhand tobacco smoke (SHS) and secondhand aerosols (SHA) of e-cigs in different settings.

Overall, 25.9% of participants were current smokers (21.2% women, 31.0% men), ranging from 18.9% in Italy to 37.0% in Bulgaria. Former smokers were 16.5%. Smoking prevalence decreased with increasing age and education level. 30.9% of non-smokers (29.0% women, 33.2% men) reported being exposed to SHS in indoor settings (median time 60 min/day). The prevalence of SHS exposure was 13.1% at home, 11.4% at the workplace, 4.7% in private transportation, 4.0% in pub-



lic transportation, and 14.7% in "other indoor settings" (leisure including bars and restaurants). Prevalence of e-cig use was 2.4% overall

(2.3% women, 2.5% men and inversely related to age) ranging from 0.6% in Spain to 7.2% in England. Overall, 16.0% of e-cig non-users were exposed to SHA in any indoor setting at least weekly (from 4.3% in Spain to 29.6% in England). The median duration of SHA exposure was 43 min/day. "Other indoor settings" was the place where most e-cig non-users were exposed (8.3%), followed by workplace/educational venues (6.4%), home (5.8%), public transportation (3.5%) and private transportation (2.7%).

Cigarette smoking and SHS exposure continue to be highly prevalent, while the use of e-cigs and exposure to their aerosols is still limited. Implementation and enforcement of stricter tobacco control legislation at the national and European level to tackle the tobacco epidemic is still needed.