

Nuovi prodotti del tabacco e riduzione del danno

New tobacco products and harm reduction

Biagio Tinghino

Riassunto

La recente introduzione di prodotti alternativi al tabacco combusto (*heat-not-burn*) e l'affermata presenza di sigarette elettroniche richiedono una riflessione sulle politiche di *Tobacco Control* e la necessità di chiarire se questi prodotti possono costituire una valida alternativa alla cessazione completa dal fumo (come riduzione del danno).

Nell'articolo si sottolinea che la maggior parte dei fumatori vorrebbe smettere e sarebbe in grado di farlo definitivamente, se ci fosse una politica attiva di facilitazione delle cure e di sostegno ai Centri per il Trattamento del Tabagismo. Al contrario, rinunciare a tutto ciò per ripiegare su prodotti contenenti nicotina, significherebbe restare comunque nell'ambito della dipendenza e ad alto rischio per ricominciare a fumare.

Nell'articolo vengono passate in rassegna le evidenze epidemiologiche correlate all'introduzione dei nuovi prodotti, in nazioni come l'Italia, il Regno Unito e l'Australia. Alla luce di questi dati si ritiene che le strategie efficaci per la riduzione dell'uso di tabacco non possano essere fondate su un solo fattore e non siano identificabili nella commercializzazione di nuovi derivati del tabacco, ma debbono tenere presenti tutte le indicazioni del progetto MPOWER del WHO. Esse mettono al primo posto la diffusione dei trattamenti di cessazione, il divieto di pubblicità per il tabacco, l'adozione dei *pictorial warning* e dei pacchetti anonimi, l'aumento della tassazione, un attento monitoraggio dell'uso del tabacco e l'incentivazione delle politiche di prevenzione.

Parole chiave: Riduzione del danno, sigarette elettroniche, *heat-not-burn*, nicotina.

Abstract

The recent introduction of alternative products to burnt tobacco (heat-not-burn) and the established presence of electronic cigarettes entail some considerations on Tobacco Control policies and the need to clarify whether these products may be considered as a possible alternative to complete smoking cessation (as harm reduction).

The article underlines that the majority of smokers would like to quit and would be able to do so permanently, if there were an active policy of fostering treatment and support for the Centres for the Treatment of Tobacco. On the contrary, giving up to all this to recur on nicotine containing products, would mean remaining in the area of dependence and high risk to resume smoking.

The article reviews the epidemiological evidence related to the introduction of new products, in countries such as Italy, the United Kingdom and Australia. In light of these data, effective strategies for tobacco use reduction cannot rely on a single factor and are not identifiable in the marketing of new tobacco derivatives, but must take into account all the indications of the MPOWER project of the WHO. Those indications primarily indicate wide spreading of cessation treatments, ban of tobacco advertising, adoption of pictorial warnings and anonymous packages, increase of taxation, a careful monitoring of tobacco use and inducement of prevention policies.

Keywords: Harm reduction, electronic cigarettes, *heat-not-burn*, nicotine.

Le politiche di produzione e vendita del tabacco hanno subito radicali cambiamenti negli ultimi 10 anni. Questi sono stati dettati dalle istanze dei consumatori e dalle pressioni che la comunità scientifica ha continuato a esercitare perché i governi prendessero una posizione netta nei confronti di un prodotto il cui consumo è causa di morte e sofferenza.

Nei paesi occidentali, come frutto delle politiche di Tobacco Control, abbiamo assistito a una considerevole riduzione del numero dei fumatori. Non così nei Paesi in via di sviluppo, dove la vendita di sigarette continua a essere elevata. In ogni caso, la direzione indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è molto chiara e va verso una "eradicazione dell'epidemia del tabacco".

Contestualmente sono apparsi sul mercato prodotti pubblicizzati come a "basso rischio", quali i dispositivi che erogano tabacco riscaldato (*heat-not-burn*, tabacco che non brucia), a cui si aggiungono le sigarette elettroniche già affermate da diversi anni [1]. La commercializzazione di questi prodotti viene vista in modo differente dagli esperti. Qualcuno intravede in essi una grande opportunità per ridurre il danno a cui vanno inevitabilmente incontro i fumatori, altri li interpretano come un tentativo delle multinazionali di riprendere in mano un mercato che sta loro sfuggendo e il cui destino sembra essere segnato. Mentre le sigarette elettroniche si sono diffuse lentamente, il tabacco riscaldato vede consumi crescenti, grazie a una pressante propaganda dei produttori.

Una parte non trascurabile dell'impegno pubblicitario è stata diretta verso il target dei medici e dei sanitari. La linea di comunicazione prevede sostanzialmente l'informazione sulla "ridotta tossicità" di questi prodotti e la spinta a vederli come una soluzione per chi "non vuole o non può" smettere di fumare.

La questione non è tossicologica, ma strategica

Per valutare la tossicità a breve termine di questi prodotti sono stati svolti degli studi (soprattutto in vitro e su animale) dagli stessi produttori. Alcuni studi sono stati condotti invece da ricercatori indipendenti [2-16]. In linea generale i dati mostrano una minore tossicità del tabacco riscaldato e delle sigarette elettroniche nei confronti delle sigarette tradizionali. I dati a lungo termine sull'uomo, ovviamente, non esistono. E sono altresì carenti i dati sui rischi correlati al consumo di nicotina sul rene, sul cuore e sull'apparato cardiovascolare.

Ma il nocciolo della questione non è tossicologico, bensì strategico. Esistono numerose perplessità sul fatto che si possa affidare a questi prodotti un ruolo principale nella battaglia contro le patologie tabacco correlate. La radicale riduzione dei fumatori nel mondo occidentale ottenuta negli ultimi 50 anni si è basata sull'aumento delle conoscenze mediche e sulla divulgazione di queste informazioni. Ad essa si sono aggiunte le politiche restrittive sulla vendita e l'aumento della tassazione. Si tratta di strategie che hanno funzionato veramente e hanno messo in crisi il business delle multinazionali del tabacco.

Dovrebbe essere evidente che la prospettiva delle aziende produttrici di tabacco e quella degli operatori sanitari è dettata da interessi diversi. Da una parte è prioritario mantenere il mercato, dall'altra si vuole (o si dovrebbe) tendere all'azzeramento dei rischi per la salute.

Di mezzo ci sono spesso non solo i dati scientifici, ma anche le trappole della comunicazione e della percezione da parte della popolazione, nonché dei sanitari stessi.

Molti giovani, per esempio, possono essere e sono indotti a iniziare a consumare derivati del tabacco con l'idea che facciano meno male. Un medico, per esempio, mi ha dichiarato che aveva preferito comprare al figlio una sigaretta elettronica anziché vederlo fumare tabac-

co tradizionale. Peccato che il ragazzo non avesse ancora iniziato e, in tal modo, si intendeva "prevenire" l'iniziazione al tabacco combusto, quasi si trattasse di un evento inevitabile.

Molti adolescenti si avvicinano al tabacco attraverso le sigarette elettroniche (anche se dovrebbe essere loro proibita la vendita). Una parte considerevole di questi passa poi al fumo tradizionale [17-20]. In questo modo si ha il rischio di alimentare per altre vie il consumo di sigarette tradizionali, fronteggiando la progressiva perdita di mercato per le multinazionali che lo sforzo congiunto dei medici di tutto il mondo ha determinato.

Il secondo problema è costituito dal fatto che, quando si passa alle sigarette elettroniche e al tabacco riscaldato spesso si resta fumatori duali. Il motivo è che permane il consumo di nicotina. Le persone sono "incatenate" dalla nicotina, non dal fumo di per sé e perciò rimangono inevitabilmente all'interno del circuito dell'utilizzo di questi prodotti. Si viene perciò a creare un sistema di contenitori comunicanti da cui è molto difficile uscire, a meno di scegliere prodotti senza nicotina (**Figura 1**).

Se consideriamo il consumo di nicotina come un sistema di vasi comunicanti a tre comparti (fumo, *e-cig*, *heat-not-burn*) ci accorgiamo che è molto facile entrare in questo circuito (iniziazione attraverso una delle tre modalità), è altamente probabile restarci (spesso spostandosi da forme meno tossiche a quelle più tradizionali), ma è difficilissimo uscirne (cessazione completa da ogni prodotto).

Nonostante ciò, secondo alcuni autori (tra cui K. Fagerström) facilitare la diffusione di prodotti con nicotina e senza fumo potrebbe costituire una strategia in tre fasi per avvicinarsi al risultato di una definitiva eliminazione sia del fumo che della nicotina. La prima fase sarebbe costituita dall'offerta facilitata di prodotti con nicotina e senza combustione. Ciò dovrebbe portare alla riduzione o al forte controllo dei

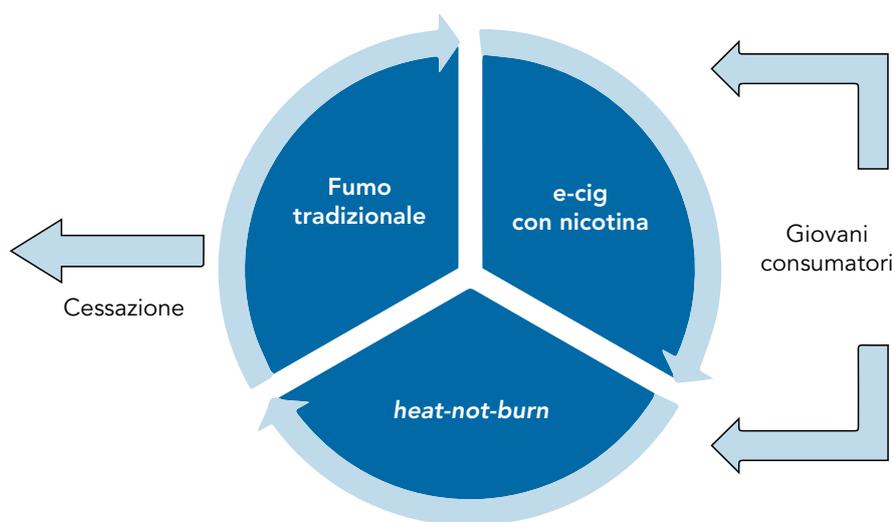


Figura 1 Il mercato della nicotina: modalità di ingresso, consumo e uscita.

prodotti fumati. Poi si dovrebbe passare alla riduzione della nicotina stessa fino ad azzeramento [21]. Lo stesso NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) e il Royal College of Physicians si sono espressi a favore di una politica di riduzione del danno.

Il punto però resta quello di una politica complessiva, che governa tutti i fattori o la maggior parte di quelli strategici rispetto al rischio del tabagismo. Cosa che non può essere affidata a iniziative isolate, di natura commerciale e slegate da una *governance* almeno nazionale.

La nicotina non è un prodotto a rischio zero

Un altro errore concettuale è quello di assimilare la nicotina a un prodotto innocuo. Nel 1976, Michael Russell coniò la slogan secondo cui "le persone fumano per la nicotina ma muoiono per il catrame". Se questa affermazione, un po' grossolana, poteva però andar bene quaranta anni fa, oggi non è più sostenibile. Nell'era in cui (giustamente) si rende obbligatorio il vaccino per il morbillo al fine di evitare qualche decina di morti l'anno, non è più possibile sostenere che la nicotina è una sostanza innocua [22-25]. Essa infatti:

- mantiene la dipendenza dai prodotti del tabacco e impedisce al

fumatore di interrompere definitivamente il legame con queste sostanze dannose;

- induce alterazioni nelle strutture cerebrali dei giovani che la consumano, sensibilizzandoli all'assunzione di sostanze d'abuso;
- ha effetti cardiovascolari, quali riduzione del flusso ematico nella placenta, alle coronarie, al cervello e ai reni, aumento dei valori di pressione arteriosa e di frequenza cardiaca, accelerazione dell'aterogenesi;
- può a lungo termine contribuire all'insorgenza di eventi cardiovascolari.

Quando si assume nicotina si continua ad acquistare il prodotto che lo dispensa, qualunque esso sia. In questa considerazione si trova la vera ragione per cui l'FDA ha proposto di ridurre progressivamente il contenuto di nicotina nel tabacco.

L'esperienza italiana

Quanto l'uso di prodotti a base di nicotina possa risolvere il problema del fumo tradizionale non è ancora chiaro. La discussione è ancora molto aperta, soprattutto rispetto alla sigaretta elettronica [26-28]. In alcuni Paesi sembra che da quando essa è entrata nel mercato la prevalenza di tabagisti si sia ridotta

fortemente. In altri non si è avuto nessun effetto.

In Italia, per esempio, il maggior crollo della prevalenza di fumatori si è avuta nel decennio 1955-1965, con un costante calo fino ai primi anni '90. La discesa è continuata più lentamente fino al 2013. Di sicuro questa riduzione è stata determinata dalle leggi contro il fumo, dal crescere della cultura sanitaria sui danni da tabacco e dalle politiche di *Tobacco Control*, non da interventi di riduzione del danno.

Dal 2013 il numero di fumatori ha ripreso ad aumentare lentamente e così è successo per 5 anni consecutivi, fino al 2017, anno in cui l'indagine ISS-DOXA indicava una prevalenza di fumatori di ben 22,7%. La commercializzazione della sigaretta elettronica avrebbe dovuto portare a un effetto contrario. La sigaretta elettronica ha visto, nel nostro Paese, un picco di consumi già dal 2011. Gli "svapatori" sono passati dal 4,2% del 2013, all'1,6% del 2014, al 3,9% e al 2,5% del 2016 e 2017 rispettivamente. Nel 2017 erano 1,3 milioni, ma i tabagisti sono costantemente e lentamente aumentati negli ultimi 5 anni. Non possiamo dire che i fumatori sono aumentati a causa delle sigarette elettroniche, ma è evidente che l'impatto di questi prodotti è stato, nel migliore dei casi, nullo (Figura 2).

L'offerta di trattamenti per smettere di fumare non si può dire che abbia inciso in modo essenziale, visto che i pazienti trattati dai servizi per il tabagismo non hanno mai superato per anno le 15-20.000 unità e la maggior parte delle cessazioni sono non assistite.

Rimane da considerare la questione della tassazione sulle e-cig, che in Italia è molto elevata, ma non è maggiore delle sigarette tradizionali. Un fumatore, insomma, magari non sarà incentivato a usare le sigarette elettroniche, ma se volesse usarle per smettere non le troverebbe economicamente svantaggiose. Ma così non è stato.

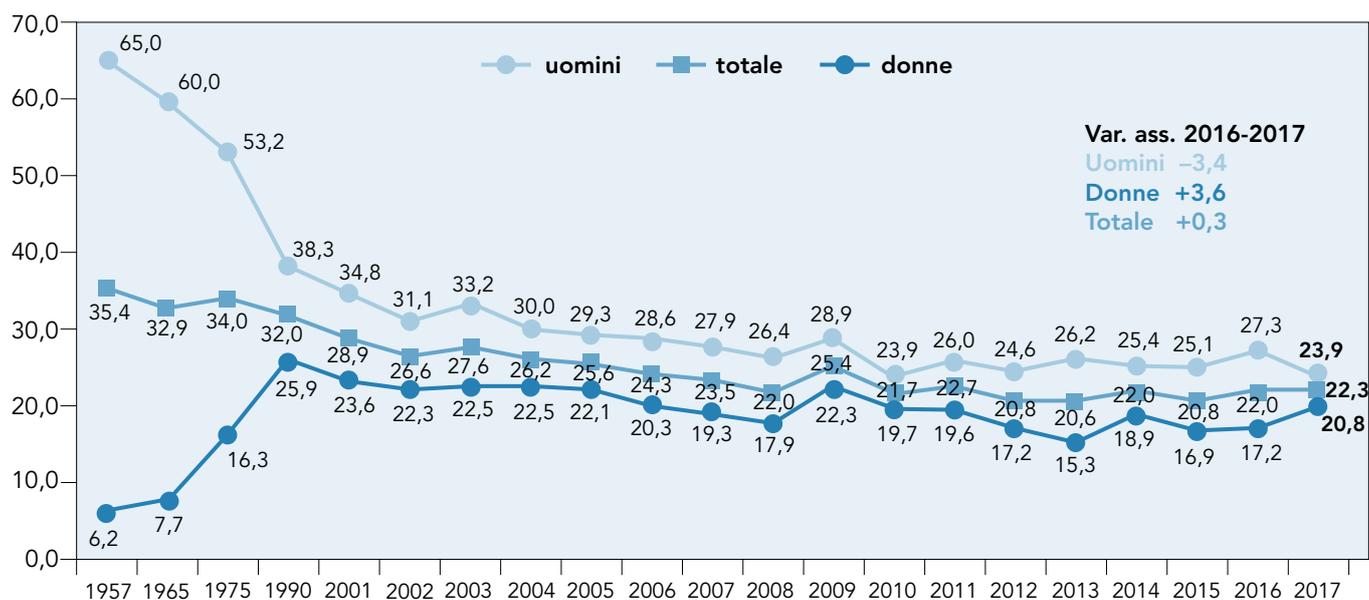


Figura 2 Prevalenza del fumo di sigarette secondo le indagini DOXA condotte fra il 1957 e il 2017.

Il caso dell'Inghilterra e dell'Australia

Dall'altra parte ci sono invece coloro che sostengono che la facilitazione dell'uso delle sigarette elettroniche aiuti la popolazione a smettere di fumare. Questo punto di vista riguarda per lo più la libera vendita, anche se sono disponibili studi sull'uso per scopi terapeutici. In Inghilterra, dopo alcuni anni in cui la prevalenza dei fumatori era ferma tra il 20 e il 21%, si è avuto un improvviso crollo al 16,9% [29]. Quasi contemporaneamente le autorità sanitarie avevano puntato a una detassazione delle e-cig e a una comunicazione facilitante per il loro uso. La concomitanza di questi fattori ha fatto ritenere che liberalizzare le sigarette elettroniche sia uno strumento efficace per ridurre il numero di consumatori. Un lavoro di Beard, West e coll. dimostra che l'uso di sigarette elettroniche non ha disincentivato i fumatori a smettere [30]. Seguendo queste evidenze si potrebbe ritenere che il loro uso non abbia, quantomeno, un impatto negativo su chi già fuma, ma potrebbe costituire una facilitazione. La riduzione della percentuale di fumatori in Inghilterra potrebbe,

stando agli stessi autori citati, essere dovuta anche ad altri fattori. In UK si è avuto di recente un importante cambiamento del sistema sanitario, che è passato da un forte controllo centrale a una gestione locale. Ciò ha comportato una frammentazione delle strategie sulla *smoking cessation* e sta producendo effetti non facilmente comparabili da una regione all'altra. In Inghilterra c'è stata inoltre una forte attuazione di politiche di *Tobacco Control* negli anni precedenti, che ha incentivato la motivazione a smettere di fumare e promosso l'azione dei servizi, cosa che non è successa in Italia. Lo studio di Beard era, fra l'altro, gravato da bias dichiarati e aveva registrato ampie deviazioni standard. Tutto ciò rende problematica una generalizzazione dell'impatto delle sigarette elettroniche sul numero di fumatori, soprattutto in altre nazioni. L'Australia ha puntato anch'essa, negli anni scorsi, a una forte politica di disincentivazione del consumo di sigarette, attraverso l'introduzione delle immagini sui pacchetti, l'anonimizzazione degli stessi e una efficace campagna promozionale dei trattamenti [31,32]. Le sigarette sono aumentate di prezzo e nel 2020 arriveranno a 45 dollari al pac-

chetto. Al contrario dell'Inghilterra, però, l'Australia non ha favorito la diffusione delle sigarette elettroniche. Anche in questo Paese i risultati sono stati molto favorevoli, i fumatori sono passati dal 25 al 15% nel giro di pochi anni.

Se considerassimo (impropriamente) questo confronto (Italia, Australia, Inghilterra) come uno studio caso-controllo, dovremmo concludere che non è stata la sigaretta elettronica a fare la differenza, ma l'insieme delle misure contro il tabacco: informazione, aumento delle tasse, promozione dei trattamenti e dei servizi, immagini shock e pacchetti anonimi.

Ma le conclusioni non sono così facili da trarre e probabilmente bisognerà aspettare alcuni anni per avere più chiarezza.

I fumatori vogliono e possono smettere di fumare

La riduzione del danno è un concetto già noto che può avere un senso clinico, nelle mani di chi cura, quando le opzioni terapeutiche sono state gestite al meglio e non hanno funzionato. Potrebbe avere anche un senso nelle scelte politiche e nelle politiche sanitarie, ma qui il sentiero è irto di trappole,

commistioni tra scelte politiche, commerciali e sanitarie. In ogni caso non è possibile immaginare altra guida se non quella pragmatica dei risultati ottenuti.

Le politiche generaliste di riduzione del danno, se e quando funzionano, dovrebbero derivare da orientamenti delle agenzie governative che tengono ben presente il quadro generale delle scelte e agiscono all'interno di una scala di priorità.

Nell'attuale, la proposta di prodotti alternativi alle sigarette non sembra tenere presente nel nostro Paese né le scelte generali né le priorità. Per un semplice motivo: questa proposta è, allo stato attuale, puramente commerciale. E nelle strategie di comunicazione utilizzate sembra prevalere una descrizione dei tabagisti come fumatori che spesso "non vogliono o non possono smettere di fumare". Si tratta di uno slogan che non descrive correttamente tutta la realtà.

È vero che il tasso di cessazione spontanea è molto basso (1-3% stando alla Cochrane) [33]. Ma non è vero che molti non vogliono o non possono. L'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara che circa 3 fumatori su quattro hanno pensato di smettere (fonte: OMS, progetto MPOWER) [34]. Se questo concetto fosse chiaro alle persone e ai sanitari, la domanda che ne scaturirebbe non sarebbe "come posso ridurre il danno?", ma "come posso aiutare queste persone a smettere di fumare?" Esiste la concreta possibilità che la maggior parte dei fumatori esca fuori dal circuito della dipendenza? La risposta è pragmaticamente "sì", se:

- i fumatori fossero informati del fatto che esistono modi semplici ed efficaci per smettere;
- i sanitari praticassero comunemente questi trattamenti;
- le cure fossero facilmente accessibili.

Per comprenderci meglio dobbiamo pensare alla situazione sanitaria prima della scoperta degli antibiotici. Chi guariva dalla polmonite lo faceva col "fai-da-te" e le cure mediche

erano poco più che dei palliativi. Oggi non sarebbe etico curare queste malattie dimenticando che sono disponibili degli antibiotici e non sarebbe etico parlare di cure palliative per le polmoniti sostenendo che, tanto, una gran parte di pazienti non ha probabilità di cavarsela.

Nel campo del tabagismo assistiamo a un paradosso simile. Abbiamo gli strumenti per far smettere di fumare, ma sono poco conosciuti e gli stessi servizi sono poco frequentati, vivendo ancora in un limbo costituito da una collocazione istituzionale incerta e da risorse sempre traballanti. Dall'altra parte emerge la proposta di cure per la riduzione del danno.

È l'equivalente del raccomandare le fumigazioni di eucalipto nella polmonite, trascurando di proporre gli antibiotici, o del proporre le terapie palliative per il cancro, senza aver messo a disposizione le cure oncologiche.

È necessario, perciò, rovesciare le trappole concettuali e affermare che la maggior parte dei fumatori vorrebbe smettere e ci riuscirebbe con successo se fosse messa in condizione di accedere ai trattamenti disponibili.

L'agenda e le sue priorità

Le politiche sanitarie si fanno stabilendo delle priorità. La priorità, sulla base di questi dati, è perciò far conoscere le opportunità di cessazione e facilitarne l'uso. Non a caso questo è in cima all'agenda dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e delle convenzioni tra Stati per il *Tobacco Control*. Le priorità, infine, si fanno con le strategie di cui è già nota l'efficacia. È emblematico che il concetto di riduzione del danno sia interpretato in modo diverso a seconda degli interessi di riferimento. L'FDA propone la riduzione della nicotina, mentre i produttori di tabacco puntano al mantenimento dell'uso di questa sostanza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità propone l'innalzamento delle tasse sui prodotti del tabacco, le

immagini shock e i pacchetti anonimi. I produttori hanno contrastato e continuano a contrastare questi provvedimenti.

Ecco, in sintesi, le azioni consigliate come efficaci dall'OMS, attraverso il progetto MPOWER [34]:

- **Monitor tobacco use and prevention policies:** monitoraggio dell'uso di tabacco e di politiche di prevenzione;
- **Protect people from tobacco smoke:** divieti di fumo nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro;
- **Offer help to quit tobacco use:** offerta di trattamenti efficaci per smettere;
- **Warn about the dangers of tobacco:** introduzione di campagne mediatiche anti-fumo e di immagini di avvertenza sui pacchetti;
- **Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship:** divieto di pubblicità e di sponsorizzazione da parte dell'industria;
- **Raise taxes on tobacco:** aumento delle tasse sul tabacco.

C'è, poi, tutta la parte che riguarda la possibilità di usare device elettronici (*e-cig* in particolare) all'interno di percorsi terapeutici. L'idea non è da scartare a priori e alcuni studi sembrano mostrare una loro utilità. Ci sono pazienti che possono trovare in questi prodotti una "stampella" momentanea per avvicinarsi all'obiettivo.

Ma le incognite sono tante. La prima è che bisognerebbe disporre di prodotti controllati sul piano della qualità e costruiti secondo le norme che regolano i dispositivi medici. Banalmente, ricordiamo che gli aromi delle sigarette elettroniche sono spesso autorizzati per uso alimentare e non inalatorio.

In secondo luogo, questi prodotti andrebbero tenuti come riserva in caso di fallimento delle terapie di provata efficacia e non già come una alternativa.

Infine, bisogna sempre ricordare che i tassi di "uscita" dal circuito del tabacco sono fino ad ora stati maggiori quando l'uso di nicotina è cessato del tutto.

Le sigarette elettroniche con nicotina sembrano poter costituire un ausilio a chi vuole smettere, quando si è aiutati da un professionista. Una review della Cochrane del 2016, però, concludeva dicendo che non esistono dati definitivi e che il livello di evidenza dei trial disponibili – secondo il sistema GRADE – è basso. È possibile che il modesto livello di evidenza non sia determinato dal fenomeno in sé e che studi più ampi possano invece confermare l'utilità della *e-cig*. Servono studi ampi, randomizzati e con gruppo di controllo. Infine, cosa da non trascurare, gli studi devono essere effettuati da personale altamente qualificato nei trattamenti tradizionali e devono essere indipendenti.

Gli "antibiotici" che esistono già per smettere di fumare

Come si diceva all'inizio, a fronte di strategie i cui dati non sono ancora definitivi, occorre ricordare che "gli antibiotici per il fumo" esistono già e che in via prioritaria vanno usati quelli. Non mi riferisco ai farmaci per la cessazione dal fumo, *sic et simpliciter*, ma al concetto più ampio di "trattamento" che include anche un adeguato supporto "psicologico" (in senso lato). La formula più efficace è costituita, come ci ricordano gli studi, da un approccio che segua il doppio binario dell'uso dei farmaci specifici e dal sostegno comportamentale. I fattori di efficacia, con alti livelli di evidenza, sono costituiti da:

- corrette modalità di motivazione ed *engagement* dei fumatori;
- l'uso di farmaci di provata efficacia;
- un calendario di visite/colloqui programmati per almeno 5 step successivi al primo incontro;
- l'adozione di modalità di supporto comportamentale, dopo adeguata formazione degli operatori (il modello del *counseling* motivazionale si è rivelato molto efficace).

In qualsiasi caso, anche se non si disponesse di molto tempo da dedicare in ambulatorio alla cessazione dal fumo, occorre ricordare che anche un *Minimal Advice* (intervento breve < 5 minuti) è in grado di produrre grandi risultati.

Quando si comparano i dati sulle strategie di salute, ci si rende conto che quei cinque minuti costituiscono uno degli interventi più costo-efficaci disponibili. Per prevenire una morte ogni cinque anni, per esempio, occorre trattare 107 pazienti con le statine. Bisogna trattare 700 ipertesi per prevenire uno *stroke*, un infarto miocardico e una morte ogni anno. Si devono effettuare 1.140 screening della cervice uterina per prevenire una morte ogni 10 anni, ma basta un *Minimal Advice* di 5 minuti da parte del medico di medicina generale per prevenire una morte prematura su 80 fumatori. Se, poi, questo medico prescrive un farmaco specifico si previene una morte prematura su 38-56 pazienti. Somministrando un supporto comportamentale, si arriva a salvare una vita su 16-40 [35-41]. Nostri dati mostrano come, quando un operatore sanitario è stato formato sulle tecniche di *counseling* secondo le modalità della *Motivational Interview*, si giunge ad ottenere una cessazione su 13 [42, 43].

Strategie integrate per il *Tobacco Endgame*

Dopo quasi un secolo di lotta al tabagismo, le più grandi istituzioni scientifiche e sanitarie internazionali puntano alla fine dell'epidemia del tabacco. Ciò significa considerare il problema come risolvibile e soprattutto paragonabile alle esperienze che hanno contraddistinto la lotta alle malattie infettive.

Si tratta di un parallelismo rischioso, ovviamente, viste le differenze che passano tra una infezione e una dipendenza. Ma avere un traguardo serve.

Tornando al nostro Paese, non credo serva inventare molto, se non seguire ciò che è già di provata efficacia:

- Serve formare di più gli operatori sanitari e i medici in particolare. Fino a quando le università dedicheranno lezioni al diabete (l'esempio è casuale) e non (anche) al tabagismo è ovvio che nessuno proporrà e praticherà le cure per smettere i fumare.
- Bisogna incentivare i servizi per la cessazione dal fumo. Essi fondano, oggi, la loro esistenza su un riconoscimento precario e su standard non dichiarati. Hanno poche risorse e riescono a trattare pochi pazienti.
- È indispensabile rendere gratuite le cure per il tabagismo, ossia i farmaci e i colloqui/visite di sostegno che compongono il programma per smettere.
- Si deve diffondere una politica degli interventi multilivello. Il *Minimal Advice* deve entrare tra gli standard in ogni contesto di cura, poi vanno potenziati anche i servizi di livello più specialistico: ambulatori (singolo professionista) e CTT (Centri per il Trattamento del Tabagismo, con equipe multidisciplinari).
- Occorre investire in prevenzione, con politiche centrate su progetti di provata efficacia, facilmente replicabili, soggetti a un continuo monitoraggio dei risultati.

Un documento di consenso sui nuovi prodotti del tabacco

Nelle scorse settimane abbiamo cominciato a far circolare un documento di consenso sui nuovi derivati del tabacco. Il motivo che sta alla base di questo documento è la necessità di fornire ai sanitari e alla popolazione una informazione più bilanciata rispetto a una campagna puramente commerciale che propone nuovi prodotti come la soluzione principale al problema. Il *consensus paper* ha raccolto numerose adesioni, sia di singoli esperti che di Istituzioni e Società Scientifiche. L'adesione ha valicato i confini nazionali e ha aggregato anche importanti istituzioni europee.

Il documento non vuole ostacolare la ricerca di nuove soluzioni alla piaga del tabagismo, né condannare i tentativi che la ricerca compie e deve compiere per individuare strade alternative. Esso non esprime una opposizione a priori al concetto di riduzione del danno, ma mette però in luce tutti gli aspetti della questione, mostrando anche i rischi di una semplificazione del problema e non solo gli ipotetici vantaggi legati ai nuovi prodotti.

Il documento di consenso sottolinea la necessità di una strategia globale, multilivello e fondata su molti interventi. Tali interventi devono coincidere con il miglior livello delle evidenze, espresso dal WHO-MPOWER project. L'obiettivo è, come appare ragionevole a chi

agisce in modo indipendente dagli interessi dell'industria del tabacco, ricordare quali sono le strategie di efficacia già nota che si dovrebbero usare per contrastare il tabagismo. È su queste basi che bisogna costruire alleanze, rinforzare le prassi, sollecitare i decisori.

Non sappiamo se si realizzerà veramente il sogno di un mondo senza tabacco (e senza nicotina, io aggiungerei). La storia delle dipendenze segue una logica diversa da quella di molte altre patologie. Ma è certo che possiamo continuare sulla strada della riduzione della dipendenza da tabacco, perché ciò significa dare continuità agli sforzi di migliaia di colleghi che da più di un secolo lavorano in questa direzione.

Se vogliamo avere speranze dobbiamo avere memoria e guardare indietro, per accorgerci che tanta strada è stata fatta. Ma se vogliamo avere successo dobbiamo avere cuore e ostinazione, perché tanta strada è ancora da fare.

[*Tabaccologia* 2018; 2:9-16]

Biagio Tinghino

✉ tinghino.biagio@gmail.com
Past President, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB),
Centro per il Trattamento del Tabagismo, ASST di Vimercate

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

Bibliografia

1. Caputi TL, Leas E, Dredze M, Cohen JE, Ayers JW. They're heating up: Internet search query trends reveal significant public interest in heat-not-burn tobacco products. *PLoS One* 2017;12:e0185735.
2. Bekki K, Inaba Y, Uchiyama S, Kunugita N. Comparison of chemicals in mainstream smoke in heat-not-burn tobacco and combustion cigarettes. *J UOEH* 2017;39:201-7.
3. Li X, Luo Y, Jiang X, Zhang H, Zhu F, Hu S, et al. Chemical analysis and simulated pyrolysis of tobacco heating system 2.2 compared to conventional cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2018 Jan 8. doi: 10.1093/ntr/nty005.
4. Phillips B, Veljkovic E, Peck MJ, Buettner A, Elamin A, Guedj E, et al. A 7-month cigarette smoke inhalation study in C57BL/6 mice demonstrates reduced lung inflammation and emphysema following smoking cessation or aerosol exposure from a prototypic modified risk tobacco product. *Food Chem Toxicol* 2015;80:328-45.
5. Titz B, Boué S, Phillips B, Talikka M, Vihervaara T, Schneider T, et al. Effects of cigarette smoke, cessation, and switching to two heat-not-burn tobacco products on lung lipid metabolism in C57BL/6 and Apoe^{-/-} Mice-An integrative systems toxicology analysis. *Toxicol Sci* 2016;149:441-57.
6. van der Toorn M, Frentzel S, De Leon H, Goedertier D, Peitsch MC, Hoeng J. Aerosol from a candidate modified risk tobacco product has reduced effects on chemotaxis and transendothelial migration compared to combustion of conventional cigarettes. *Food Chem Toxicol* 2015;86:81-7.
7. Oviedo A, Lebrun S, Kogel U, Ho J, Tan WT, Titz B, et al. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 6: 90-day OECD 413 rat inhalation study with systems toxicology endpoints demonstrates reduced exposure effects of a mentholated version compared with mentholated and non-mentholated cigarette smoke. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81 Suppl 2:S93-S122.
8. Kogel U, Titz B, Schlage WK, Nury C, Martin F, Oviedo A, et al. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 7: Systems toxicological assessment of a mentholated version revealed reduced cellular and molecular exposure effects compared with mentholated and non-mentholated cigarette smoke. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81 Suppl 2:S123-S138.
9. Schaller JP, Pijnenburg JP, Ajithkumar A, Tricker AR. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 3: Influence of the tobacco blend on the formation of harmful and potentially harmful constituents of the Tobacco Heating System 2.2 aerosol. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81 Suppl 2:S48-S58.
10. Wong ET, Kogel U, Veljkovic E, Martin F, Xiang Y, Boue S, et al. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 4: 90-day OECD 413 rat inhalation study with systems toxicology endpoints demonstrates reduced exposure effects compared with cigarette smoke. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81 Suppl 2:S59-S81.
11. Schaller JP, Keller D, Poget L, Pratte P, Kaelin E, McHugh D, 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;81 Suppl 2:S27-S47.
12. Lopez AA, Hiler M, Maloney S, Eissenberg T, Breland AB. Expanding clinical laboratory tobacco product evaluation methods to loose-leaf tobacco vaporizers. *Drug Alcohol Depend* 2016;169:33-40.
13. Smith MR, Clark B, Lüdicke F, Schaller JP, Vanscheeuwijck P, Hoeng J, et al. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 1: Description of the system and the scientific assessment program. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81 Suppl 2:S17-S26.
14. Mitova MI, Campelos PB, Goujon-Ginglinger CG, Maeder S, Mottier N, Rouget EG, et al. Comparison of the impact of the Tobacco Heating System 2.2 and a cigarette on indoor air quality. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;80:91-101.

15. Martin F, Talikka M, Ivanov NV, Haziza C, Hoeng J, Peitsch MC. Evaluation of the tobacco heating system 2.2. Part 9: Application of systems pharmacology to identify exposure response markers in peripheral blood of smokers switching to THS2.2. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81 Suppl 2:S151-S157.
16. Pratte P, Cosandey S, Goujon Ginglinger C. Investigation of solid particles in the mainstream aerosol of the Tobacco Heating System THS2.2 and mainstream smoke of a 3R4F reference cigarette. *Hum Exp Toxicol* 2017;36:1115-20.
17. Carroll Chapman SL, Wu LT. E-cigarette prevalence and correlates of use among adolescents versus adults: a review and comparison. *J Psychiatr Res* 2014;54:43-54.
18. Gallus S, Lugo A, Pacifici R, Pichini S, Colombo P, Garattini S, et al. E-cigarette awareness, use, and harm perceptions in Italy: a national representative survey. *Nicotine Tob Res* 2014;16:1541-8.
19. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, Leventhal AM, Unger JB, Gibson LA, et al. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2017;171:788-97.
20. Primack BA, Soneji S, Stoolmiller M, Fine MJ, Sargent JD. Progression to traditional cigarette smoking after electronic cigarette use among US adolescents and young adults. *JAMA Pediatr* 2015;169:1018-23.
21. Fagerström KO, Bridgman K. Tobacco harm reduction: the need for new products that can compete with cigarettes. *Addict Behav* 2014;39:507-11.
22. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. *BMJ* 2004;328:277-9.
23. Benowitz NL, Burbank AD. Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for electronic cigarette use. *Trends Cardiovasc Med* 2016;26:515-23.
24. Jensen K, Nizamutdinov D, Guerrier M, Afroze S, Dostal D, Glaser S. General mechanisms of nicotine-induced fibrogenesis. *FASEB J* 2012;26:4778-87.
25. Lee J, Cooke JP. Nicotine and pathological angiogenesis. *Life Sci* 2012;91:1058-64.
26. Nardini S, Pacifici R. E-cigarettes, smokers and health policies. *Monaldi Arch Chest Dis* 2013;79:6-7.
27. Polosa R, Rodu B, Caponnetto P, Maglia M, Raciti C. A fresh look at tobacco harm reduction: the case for the electronic cigarette. *Harm Reduct J* 2013;10:19.
28. Manzoli L, Flacco ME, Fiore M, La Vecchia C, Marzuillo C, Gualano MR, et al. Electronic cigarettes efficacy and safety at 12 months: cohort study. *PLoS One* 2015;10:e0129443.
29. Public Health England <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>.
30. Beard E, West R, Michie S, Brown J. Association between electronic cigarette use and changes in quit attempts, success of quit attempts, use of smoking cessation pharmacotherapy, and use of stop smoking services in England: time series analysis of population trends. *BMJ* 2016;354:i4645.
31. Swift E, Borland R, Cummings KM, Fong GT, McNeill A, Hammond D, et al. Australian smokers' support for plain or standardised packs before and after implementation: findings from the ITC Four Country Survey. *Tob Control* 2015;24:616-21.
32. Dunlop SM, Dobbins T, Young JM, Perez D, Currow DC. Impact of Australia's introduction of tobacco plain packs on adult smokers' pack-related perceptions and responses: results from a continuous tracking survey. *BMJ Open* 2014;4:e005836.
33. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD000165.
34. http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1
35. Rembold CM. Number need to screen: development of a statistic for disease screening. *BMJ* 1998; 317:307-12.
36. Cook RJ, Sackett DL. The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect. *BMJ* 1995;310:452-4.
37. Zoorob R, Anderson R, Cefalu C, Sidani M. Cancer screening guidelines. *Am Fam Physician* 2001;63:1101-12.
38. Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. *Am Fam Physician* 2001;63:513-22.
39. Musini VM, Gueyffier F, Puil L, Salzwedel DM, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in adults aged 18 to 59 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 8:CD008276.
40. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation intervention. *Thorax* 1998;53 (Suppl 5, part 2):S2-37.
41. BTS smoking cessation guidelines and their cost effectiveness. *Thorax* 1998;53 (Suppl 5, part 2): S30-S4.
42. Moretti R, Tinghino B, Cremaschini M, Cereda D, Anghinoni E, Ceresa P, et al. Counselling breve per disassuefazione dal fumo di sigaretta nel setting degli screening oncologici (mammografico): RCT in Regione Lombardia. *Tabaccologia* 2012;10:17-8.
43. Tinghino B. L'impatto della formazione sul counseling breve con metodi attivi e videotraining. *Tabaccologia* 2012; 10:13-4.