

**Audizioni informali sulla Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio  
“Piano europeo di lotta contro il cancro”**

Camera dei Deputati, Commissione Affari Sociali  
6 luglio 2023

**Memoria del Prof. Riccardo Polosa**

*fondatore del CoEHAR, Centro di Ricerca per la Riduzione del Danno da Fumo, e ordinario di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Catania*

*Onorevole Presidente,  
Onorevoli Deputati,*

Ringrazio per l'opportunità di essere ascoltato nell'ambito dell'attività conoscitiva svolta da questa Commissione sullo Europe's Beating Cancer Plan (BCP), che rappresenta uno straordinario strumento di contrasto all'incremento delle patologie tumorali nei paesi della Commissione Europea.

Dato che la prevenzione rappresenta uno dei quattro punti centrali del Europe's BCP, è di fondamentale importanza comprendere il ruolo della riduzione del danno laddove risulti difficile realizzare obiettivi di prevenzione largamente recepibili da parte dei cittadini europei esposti a noti fattori di rischio oncologico. La comprensione di questo ruolo e gli effetti della riduzione del danno potranno facilitare il raggiungimento degli obiettivi ambiziosi che la Commissione Europea e altri organismi internazionali si sono dati per contrastare la crescita delle patologie tumorali. Molte di queste sono strettamente collegate al tabagismo.

**Che cosa è il CoEHAR?**

Il CoEHAR è il Centro di Ricerca per la Riduzione del Danno da Fumo, istituito nel 2018 presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Catania. Fondato dal prof. Riccardo Polosa con altri 38 docenti appartenenti a diversi dipartimenti dell'Ateneo catanese, a tutt'oggi **il CoEHAR conta 85 membri tra accademici italiani ed esperti internazionali con competenze scientifiche trasversali.**

L'obiettivo del CoEHAR è quello di contribuire alla rivoluzione globale che sta gettando le basi per un mondo senza fumo in Italia, in Europa e nel mondo attraverso un approccio basato sulle evidenze della più elevata qualità scientifica. Per fare questo, il Centro di Ricerca si avvale di professionalità e competenze in diversi ambiti scientifici, tra cui medicina, biologia, chimica, tossicologia, epidemiologia, statistica, informatica, psicologia, economia, legge. Solo analizzando il problema del tabagismo da tutti i punti di vista è possibile trovare e proporre le soluzioni più sicure ed efficaci.

**Il cancro entro il 2040**

La prevenzione è una delle direttrici più rilevanti del Europe's BCP e il raggiungimento entro il 2040 di una “*tobacco-free generation*” - in cui meno del 5% della popolazione faccia uso di tabacco (contro il 25% di oggi) - rappresenta uno dei suoi obiettivi più ambiziosi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2040 in Italia saranno diagnosticati circa 500 mila nuovi casi di cancro. Per le donne l'incidenza maggiore sarà per il cancro al seno, mentre per gli uomini si avrà una maggiore incidenza di cancro alla prostata e ai polmoni. Stili di vita sba-

gliati, stress, alimentazione, abuso di alcol e sesso non protetto rappresentano importanti fattori di rischio.

L'associazione tra fumo di sigaretta e tumore del polmone è nota a tutti. **Tuttavia, anche altri tumori sono associati in diversa misura al fumo di sigaretta, come i tumori del cavo orale e della gola, dell'esofago, del pancreas, del colon, della vescica, del seno, e di alcune leucemie. Pertanto ridurre il numero dei fumatori è l'obiettivo primario dei Governi di tutto il mondo.**

Secondo i dati dell'ISS, in Italia dal 2008 la percentuale di fumatori va riducendosi a rilento e rimane sostanzialmente troppo elevato. Il fumo di sigarette è più frequente fra gli uomini rispetto alle donne e disegna un gradiente sociale significativo, coinvolgendo molto di più le persone con difficoltà economiche o con bassa istruzione. La variabilità territoriale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, in particolare Umbria, Campania e Lazio.

*Per raggiungere l'obiettivo previsto del 5% di fumatori entro il 2040 le attuali politiche di contrasto al tabagismo non sono sufficienti. E' necessario un deciso cambio di passo. E' importante integrare alle politiche esistenti il principio della riduzione del danno, prendendo esempio da paesi virtuosi come Gran Bretagna, Svezia e Giappone, dove sono evidenti epocali contrazioni nel consumo di sigarette. La Svezia, addirittura, è il primo paese ad avere raggiunto l'obiettivo del 5% con ben 17 anni di anticipo rispetto al European's BCP di una "Europa senza fumo" entro il 2040.*

Come noto, *“si muore per il catrame e non per la nicotina”*. La nicotina – ai dosaggi normalmente assunti dai fumatori – non è cancerogena e non provoca danni ai polmoni. Inoltre, sebbene essa possa provocare una accelerazione del battito cardiaco e un aumento della pressione, non è un fattore di rischio significativo per eventi cardiovascolari. Grazie all'utilizzo di strumenti innovativi e all'applicazione di standard di ricerca condivisi, **il CoEHAR ha dimostrato in maniera incontrovertibile, che gli effetti dannosi sulle cellule umane sono esclusivamente riconducibili alle migliaia di sostanze tossiche e cancerogene sprigionate durante il processo di combustione delle sigarette e non alla nicotina.**

*È un dato di fatto che in Italia ci sono milioni di fumatori che non vogliono o che non riescono a smettere. Ad oggi in Italia non abbiamo una politica sanitaria che si prenda carico di queste persone. Sebbene la migliore soluzione al problema del fumo è smettere definitivamente e completamente, se non si vuole o non ci si riesce è fondamentale considerare una alternativa a rischio ridotto per ridurre in modo drastico l'esposizione cronica alle sostanze tossiche e cancerogene derivanti dalla combustione delle sigarette.*

**Pertanto bisogna tener conto di un approccio fondato sul principio di riduzione del danno nel quadro più ampio delle politiche sanitarie e di prevenzione esistenti nel nostro Paese.**

Al riguardo, di seguito si riportano alcune proposte ed osservazioni, a partire dalla necessità di includere il principio di riduzione del danno tra le strategie di prevenzione.

## 1. Il principio di riduzione del danno

In molti Paesi, l'applicazione del principio di Riduzione del danno ha cambiato le sorti di milioni di cittadini. Il Regno Unito ha segnato la storia della lotta al fumo ergendosi ad esempio concreto di come l'attuazione di efficaci politiche di Riduzione del Danno da Fumo possano rappresentare un punto di svolta. Secondo stime recenti, infatti, si è assistito per la prima volta al declino della sigaretta convenzionale e alla contemporanea diminuzione dell'uso regolare di sigarette elettroniche. Nel 2020, nel paese britannico, si sono registrati 2 milioni di fumatori in meno. Oltre la metà (58,9%) degli attuali svapatori sono ex fumatori e la percentuale è cresciuta di anno in anno. Tutti i numeri indicano come le politiche di Harm Reduction nel paese siano effettivamente funzionali ad una più ampia politica antifumo tesa a far divenire il paese smoke-free entro il 2030. In Inghilterra il tasso di fumatori attuale è del 13%, in Italia è del 24%.

Le strategie di riduzione del danno adottate in Inghilterra si basano sul concetto che in presenza di un comportamento dannoso e dell'impossibilità di eradicarlo completamente, sia opportuno adottare tecniche o strumenti che riducano il costo in termini di salute.

La politica inglese di contrasto al fumo ha previsto:

- Prevenzione come direttrice chiave del sistema sanitario nazionale
- Investimento di 125 milioni di sterline all'anno in programmi destinati ad alcune categorie di pazienti
- Utilizzo del vaping come strumento più efficace per far smettere di fumare
- Promozione di interventi specifici per le popolazioni vulnerabili
- Accesso rapido e semplice ai farmaci per la cessazione

Al primo posto nella classifica dei paesi più virtuosi, c'è anche la Svezia, con una percentuale di fumatori giornalieri pari al 9.7%. È curioso sottolineare che la Svezia sia uno dei paesi dove è maggiore la diffusione di forme di consumo alternative della nicotina e del tabacco, e dove da anni si attua una strenua lotta nei confronti del fumo di sigaretta. Da sottolineare, infatti, che proprio le autorità svedesi hanno confermato di recente che l'attuale livello di fumo in Svezia è sceso al 5,6%, facendo del paese l'unica nazione europea già vicina a raggiungere l'obiettivo smoke-free fissato dall'UE entro il 2030.

Il 30 aprile 2019 la Food and Drug Administration (FDA) americana ha stabilito che autorizzare i prodotti a tabacco riscaldato è appropriato per la protezione della salute pubblica perché, tra diverse considerazioni chiave, i prodotti a tabacco riscaldato producono livelli più bassi di sostanze cancerogene rispetto alle sigarette convenzionali.

Secondo l'ultimo aggiornamento della *Cochrane review*, una delle fonti più autorevoli nel settore, in grado di valutare e comparare i risultati di un numero elevato di studi nel campo del fumo elettronico, esiste un alto numero di prove certe secondo le quali le persone che utilizzano le sigarette elettroniche hanno più possibilità di smettere rispetto a chi utilizza i metodi tradizionali.

**Per riduzione del rischio si intende la possibilità di eliminare una delle cause (fattore di rischio) che determinano un evento, nel nostro caso una malattia, per esempio un tumore. Il fattore di rischio più importante per i tumori è il fumo delle sigarette combustibili.**

*Numerosi studi internazionali, la maggior parte condotti presso l'Università degli Studi di Catania, hanno dimostrato che le elettroniche possono migliorare le condizioni di salute di soggetti con patologie gravi come la BPCO (broncopneumopatia cronico ostruttiva) e l'asma severa, nonché le malattie del sistema cardiovascolare, il diabete e persino i disturbi dello spettro schizofrenico.*

In molteplici campi della medicina (medicina delle dipendenze in primis, ma anche oncologia, nutrizione, malattie infettive e ginecologia) è contemplato il concetto di riduzione del rischio. In quello della lotta al tabagismo questo principio invece viene ostacolato per interessi di parte o per pregiudizi di forma.

**Ridurre il danno significa attuare una varietà di interventi di sanità pubblica volti a diminuire l'impatto di un fenomeno o di una patologia sul sistema sanitario. Il concetto si basa sul riconoscimento del principio che tutte le persone meritano sicurezza e dignità.**

## **2. Potenziare i Centri Antifumo e portare l'assistenza a casa del fumatore**

Smettere di fumare è un processo complesso e coordinato che può essere immediato per qualcuno ma difficile e lungo per altri. La cessazione è l'obiettivo primario e prioritario da raggiungere per tutti i fumatori e deve seguire un percorso ben codificato dalle attuali linee guida europee ed italiane.

Le linee guida per la cessazione prevedono una serie di passaggi che possono anche essere associati tra di loro per aumentare le probabilità di successo. Il primo passo è fornire, da parte del Medico, un consiglio anche minimo sulla cessazione, seguito da un counseling più o meno approfondito, e basato sulle cosiddette 5 A (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange).

In Italia la creazione e l'adozione di un piano antitabagismo si basa su interventi legislativi volti a limitare il consumo di sigarette in determinati luoghi, a vietare la possibilità di acquisto ai minori di 18 anni, a sovvenzionare iniziative regionali e nazionali che intercettino i comportamenti poco salutarissimi, e reti di sostegno che passano attraverso i Centri Antifumo.

*A livello assistenziale territoriale, il contatto e il supporto del fumatore sono lasciati in mano ai CAF, i Centri Antifumo, e ai servizi telefonici: ma è una rete che inizia a scricchiolare. Le stime numeriche indicano che i fumatori che si rivolgono ai centri antifumo sono sempre meno.*

Per implementare e rendere più efficace l'azione svolta dai CAF italiane sono, a nostro avviso, necessario cambiare punto di vista cercando di portare l'assistenza sanitaria a casa del fumatore. A tal proposito sarebbe opportuno:

- 1. Implementare il dialogo diretto tra struttura ospedaliera e territorio, esportando le azioni antifumo al di fuori dei cancelli degli ospedali verso i luoghi di incontro dei fumatori (piazze, centri di aggregazioni, stazioni e impianti sportivi). Un legame fisico che dia l'opportunità al fumatore di trovare assistenza diretta nei luoghi in cui si svolge la vita quotidiana associata alla malsana abitudine di fumare. L'Inghilterra, ad esempio, ha istituzionalizzato questa prassi realizzando desk informativi dove i fumatori hanno ricevuto in regalo un dispositivo efficace a smettere di fumare. Un piano di intervento che trova la sua realizzazione*

- nell'iniziativa "Swap to Stop" ad esempio che mira a raggiungere più di un milione di fumatori in meno fornendo kit per il vaping gratuiti abbinati a un sostegno professionale.*
- 2. Sostenere la creazione di una comunità virtuale tra associazioni di salute, medici, pazienti e fumatori, con l'obiettivo di supportare i fumatori nel cammino della completa cessazione;*
  - 3. Invitare medici e operatori sanitari ad essere il primo valido esempio di vita sana, con una maggiore attenzione e conoscenza delle dinamiche che causano la dipendenza.*

### **3. Formazione professionale di specialisti della *smoking cessation* in tutta Italia**

Sul tema della cessazione da fumo esiste un gap formativo importante. Persino nei corsi di specializzazione medica non è previsto uno spazio dedicato a questa tematica. **La smoking cessation è una disciplina riconosciuta che andrebbe maggiormente prevista anche nell'ambito dei corsi di formazione e aggiornamento per il personale sanitario.** Molti medici ritengono ancora che smettere di fumare sia una questione di scelta personale del paziente e che il suo percorso di cessazione debba essere lasciato alla sua personale volontà di smettere. In realtà, i percorsi di cessazione dal fumo sono complessi e spesso vanno adattati al profilo storico di salute del paziente. Solo la piena consapevolezza delle tecniche e del programma giusto da seguire può aiutare i fumatori a smettere definitivamente. In realtà, secondo alcune indagini condotte di recente da organizzazioni scientifiche (come SIMG, FADOI e SIAPAV) dimostrano che una percentuale alta di medici consiglia ai pazienti di smettere di fumare (quasi l'80%) ma solo pochissimi di loro (25%) suggeriscono al paziente di rivolgersi ad un centro antifumo o di scegliere il percorso più opportuno da seguire per riuscire a smettere. **Il dato più preoccupante è che una percentuale molto alta di medici e di operatori sanitari è ancora oggi un forte fumatore.**

*Occorre investire in un percorso di formazione e aggiornamento continuo della classe medica che sia improntato alla ricerca di soluzioni percorribili in tema di disassuefazione del fumo e di riduzione del rischio.*

### **4. Prevenzione ed educazione a stili di vita sani**

Una linea programmatica efficace dovrebbe tenere conto di direttrici di azioni differenti ma interconnesse che si inseriscano nel contesto di un intervento preventivo ed educativo, rivolto sia ai più giovani sia alle classi a rischio di qualsiasi età. E' necessario monitorare costantemente la prevalenza dell'abitudine al tabagismo tra i giovani e promuovere azioni sia prevenzione che di contrasto all'uso di sigarette convenzionali. Di certo fumare in tenera età aumenta il rischio di cancro ai polmoni. Molti sondaggi internazionali rivelano come oltre il 10% degli adolescenti tra i 13 e i 15 anni siano fumatori.

Il CoEHAR considera come propria responsabilità quella di diffondere informazioni scientifiche sui rischi per la salute legati al fumo. **L'obiettivo è quello di prevenire la diffusione di questa dipendenza tra le nuove generazioni e si impegna ad informare gli studenti dei rischi correlati all'uso di sigarette tradizionali grazie ad un programma di sensibilizzazione specifico già in atto da più di 5 anni in tutte le comunità scolastiche della provincia di Catania.**

L'idea alla base delle nostre azioni è la consapevolezza che una sensibilizzazione degli studenti nelle scuole e il sostenere una cultura senza fumo significhi diminuire il numero di futuri fumatori.

Nel dibattito sui prodotti privi di combustione (smoke-free), la questione dell'utilizzo da parte di adolescenti è tra i temi più discussi. Da un lato ci sono coloro che li considerano una potenziale e pericolosa porta d'ingresso all'iniziazione, anche di sigarette. Dall'altro chi invece ritiene costituiscono un sistema con potenziale riduzione del rischio fumo-correlato per coloro che avevano già iniziato a fumare.

***Per creare una "generazione libera dal tabacco", è necessario predisporre e supportare gli operatori e i dirigenti scolastici nella predisposizione di linee guida volte al monitoraggio, alla prevenzione ma soprattutto al contrasto diretto dell'abitudine tabagica. L'attività di mera sensibilizzazione non è più sufficiente. Azioni condivise di contrasto al fumo, al vaping e all'abuso di sostanze alcoliche potrebbero risultare più efficaci di quanto avvenuto sino ad ora.***

## **5. Regolamentazione e fisco**

La normativa italiana prevede che l'imposta di consumo sui liquidi da inalazione e l'accisa sul tabacco da riscaldare sia agganciata all'accisa sul tabacco tradizionale. Fatta 100 quella sul tabacco tradizionale, il tabacco riscaldato paga circa 40 mentre i liquidi per sigarette elettroniche pagano 15 (con nicotina) e 10 (senza nicotina). Il meccanismo ideato dal legislatore è progressivo, ovvero se aumenta la tassa sul tabacco, aumenta proporzionalmente anche quello degli altri due.

La norma, infatti, non stabilisce imposte in valore assoluto ma sotto forma di sconto fiscale. Quindi, se sale il tabacco salgono anche le altre due. ***Una fiscalità equa dovrebbe dividere le tre categorie, cosicché si possa intervenire penalizzando in modo specifico la tipologia di prodotto a rischio più elevato*** (come la sigaretta convenzionale). Sempre seguendo l'esempio inglese, dove vige una politica fiscale aggressiva nei confronti delle sigarette (un pacchetto costa mediamente il triplo che in Italia) e più permissiva nei confronti dei liquidi e del tabacco riscaldato. Oggi, in Italia, un pacchetto di sigarette (5,5 euro) costa solo marginalmente meno di un flacone liquido per sigarette elettroniche (6 euro) o di una sigaretta elettronica usa e getta contenente 2 millilitri di liquido (8 euro). Una ricarica da 20 di tabacco da riscaldare costa mediamente 3,5 euro. ***È del tutto evidente che l'equivalenza fiscale così come è concepita non regge. Basterebbe, come detto, sganciare la fiscalità dei prodotti a rischio ridotto da quella del tabacco tradizionale.***

## **6. Il fumo negli ambienti di lavoro**

L'ambiente di lavoro è un importante luogo di esposizione a fumo attivo e passivo. La salute dei non fumatori, sul luogo di lavoro, è tutelata dai diversi provvedimenti di carattere normativo. Nelle strutture pubbliche e private soggette al divieto di fumare, i soggetti incaricati della vigilanza, dell'accertamento e della contestazione delle infrazioni vigilano sull'osservanza dell'applicazione del divieto, accertano le infrazioni, contestando immediatamente al trasgressore la violazione.

***Considerato che il piano d'azione per attuare i principi del pilastro europeo dei diritti sociali riguarderà anche le condizioni di lavoro, la protezione e l'inclusione sociali, la promozione della salute e dell'assistenza per tutti i lavoratori, è necessario agevolare i lavoratori con percorsi di cessazione specifici e mirati all'interno delle proprie organizzazioni, come già avvenuto per alcu-***

***ne importanti aziende italiane. Il fattore “gruppo”, al pari di quello imitativo, è uno di quegli elementi che rende il fumo un’abitudine difficile da combattere: una volta che si innescano determinati comportamenti ritualistici, nonostante si inizi per noia, per sperimentare o con noncuranza, è difficile smettere ma non impossibile. Nello specifico, partecipare a programmi di cessazione di gruppo, coordinati da personale specializzato nella smoking cessation può aiutare ad arrivare più velocemente all’obiettivo concreto della completa cessazione da fumo.***

*Grato per essere stato audito dal presidente e dagli onorevoli membri della Commissione Parlamentare, rappresento qui la nostra, mia e dei numerosi membri del CoEHAR, completa disponibilità a partecipare ad ulteriori incontri o a supportare i lavori della commissione per la giusta definizione di politiche pubbliche sui temi sin qui oggetto dell’audizione.*

*Prof. Riccardo Polosa*