



FOCUS ON

DALLA SIGARETTA ALLA NICOTINA NUOVI PRODOTTI, POLICONSUMO E VULNERABILITÀ GIOVANILI IN ITALIA

*Sintesi critica dei dati presentati al XXVIII Convegno Nazionale
“Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale” 29 Maggio 2026*

INDICE

Le voci dell'indice sono collegate alle rispettive sezioni del documento.

ABSTRACT

PROPOSTE SIPaD

1. INTRODUZIONE

2. FONTI, METODO E PERIMETRO DELL'ANALISI

3. LA POPOLAZIONE ADULTA: CALO DELLA SIGARETTA, PERSISTENZA DELLA NICOTINA

4. EVOLUZIONE DEL CONSUMO NELLA POPOLAZIONE ADULTA E ULTRA65ENNE: IL CONTRIBUTO DI PASSI E PASSI D'ARGENTO

5. POPOLAZIONE STUDENTESCA: PREVALENZA COMPLESSIVA, GENERE E GERARCHIA DEI PRODOTTI

6. INTENSITÀ D'USO, CONTENUTO DI NICOTINA E INIZIAZIONE PRECOCE

7. POLICONSUMO: DA COMPORTAMENTO ACCESSORIO A PATTERN DOMINANTE

8. BUSTINE CONTENENTI NICOTINA: SEGNALE EMERGENTE E POLICONSUMO ESTREMO

9. EVIDENZE EMERGENTI SUI RISCHI PER LA SALUTE E PROSPETTIVE D'INTERVENTO: IL CONTRIBUTO DELL'INTERVENTO BOFFI

9.1 SIGARETTE ELETTRONICHE: DISPOSITIVI, AROMI, SALI DI NICOTINA ED "ESPERIENZA SENZA FINE"

9.2 CESSAZIONE DEL VAPING: DOMANDA DI AIUTO ELEVATA, EVIDENZE ANCORA IMMATURE

9.3 RISCHI CARDIOVASCOLARI, BIOLOGICI E RESPIRATORI DELLE E-CIG: NON INNOCUITÀ E PROBLEMA DELL'USO DUALE

9.4 TABACCO RISCALDATO: MENO COMBUSTIONE NON SIGNIFICA ASSENZA DI DANNO BIOLOGICO

9.5 NICOTINE POUCHES: ESPOSIZIONE SISTEMICA, DISCREZIONE D'USO E RISCHIO REGOLATORIO

9.6 PROSPETTIVE D'INTERVENTO: AMBIENTI SMOKE-FREE/VAPE-FREE E RICERCA-INTERVENTO

10. ESPOSIZIONE PEDIATRICA AI NUOVI PRODOTTI A BASE DI TABACCO E NICOTINA: EVIDENZE RESPIRATORIE E RUOLO DEL PEDIATRA

10.1 AEROSOL, VIE AEREE E FUNZIONE POLMONARE

10.2 ESITI A LUNGO TERMINE E VULNERABILITÀ DEL POLMONE IN CRESCITA

10.3 BUSTINE DI NICOTINA, SNUS E RISCHIO PEDIATRICO

10.4 PREVENZIONE PEDIATRICA: SCREENING, COUNSELLING E RETE RESPIRA

11. SORVEGLIANZA TOSSICOLOGICA DEGLI EVENTI AVVERSI: RISULTATI PRELIMINARI DEL CENTRO ANTIVELENI DI MILANO

11.1 PERIMETRO DELL'ANALISI E RUOLO DEL CENTRO ANTIVELENI

11.2 CASISTICA PRELIMINARE E PROFILO DEGLI EVENTI

11.3 VIE DI ESPOSIZIONE, SINTOMI E SEVERITÀ TOSSICOLOGICA

11.4 PRODOTTI COINVOLTI E CRITICITÀ TECNOLOGICHE

11.5 TOSSICITÀ ACUTA DELLA NICOTINA E PRODOTTI ORALI

11.6 CASI SENTINELLA: DIPENDENZA ADOLESCENZIALE, INGESTIONE PEDIATRICA E IMITAZIONE DEGLI ADULTI

11.7 IMPLICAZIONI PER PREVENZIONE, CLINICA E SORVEGLIANZA

12. CESSAZIONE DEL CONSUMO DI TABACCO E NICOTINA: DATI, TREND E IMPLICAZIONI PER IL SISTEMA ITALIANO

12.1 BENEFICI DELLA CESSAZIONE E TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA

12.2 DALLO SMETTERE AUTONOMAMENTE AL PERCORSO STRUTTURATO NEI CENTRI ANTIFUMO

12.3 CITISINA, RIMBORSO E CRITICITÀ DI ACCESSO

12.4 SIGARETTA ELETTRONICA E CESSAZIONE: DISTINZIONE TRA STUDI CLINICI E MONDO REALE

12.5 TOBACCO CONTROL SCALE 2025 E CAPACITÀ DEL SISTEMA DI SOSTENERE LA CESSAZIONE

12.6 TENTATIVI DI SMETTERE IN EUROPA E IN ITALIA

12.7 NUOVI PRODOTTI E DOMANDA DI CESSAZIONE

12.8 SINTESI INTERPRETATIVA

13. SERVIZI TERRITORIALI PER IL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA TABACCO E NICOTINA:
RISULTATI DEL CENSIMENTO ISS 2026

13.1 RETE NAZIONALE, DISTRIBUZIONE TERRITORIALE E DENOMINATORI

13.2 ACCESSIBILITÀ ECONOMICA E PROCEDURALE

13.3 INVIO, PRESA IN CARICO E TEMPI DI ATTESA

13.4 VALUTAZIONE PSICOLOGICA E MEDICA

13.5 OFFERTA ASSISTENZIALE E TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

13.6 VALUTAZIONE DI EFFICACIA, QUALITÀ E SISTEMI INFORMATIVI

13.7 ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE E IMPLICAZIONI ORGANIZZATIVE

14. CENTRI ANTIFUMO E CONTESTI REGIONALI: ASSETTI ISTITUZIONALI, OPERATIVI E PROSPETTIVE
DI SVILUPPO

14.1 GOVERNANCE INTERISTITUZIONALE E FONTI INFORMATIVE

14.2 ASSETTI ISTITUZIONALI E ORGANIZZATIVI DEI CENTRI ANTIFUMO

14.3 OPERATIVITÀ CLINICA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

14.4 ETEROGENEITÀ REGIONALE: POLITICHE, STRUMENTI E SPERIMENTAZIONI

14.5 PROSPETTIVE DI SVILUPPO E RACCORDO CON IL TOBACCO CONTROL

15. IL RUOLO DELLA LILT NEL SUPPORTO ALLA CESSAZIONE DEL CONSUMO DI TABACCO E NICOTINA

15.1 ORIGINE STORICA E CONTRIBUTO METODOLOGICO DELLA LILT

15.2 DAL PIANO FORMATIVO NAZIONALE AI CENTRI ANTIFUMO

15.3 LA LILT OGGI: FORMAZIONE, RETE TERRITORIALE E MODELLO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

15.4 PROSPETTIVE DI SVILUPPO: GIOVANI, NUOVE DIPENDENZE DA NICOTINA E CONTRASTO ALLA VENDITA
AI MINORI

15.5 SOS LILT: FUNZIONE DI ORIENTAMENTO, COUNSELLING E ACCESSO AI SERVIZI

15.6 SINTESI INTERPRETATIVA

16. ACCESSIBILITÀ, AMBIENTE DOMESTICO E SCOLASTICO

17. SALUTE PSICOFISICA E COMPORTAMENTI ASSOCIATI

18. RISPOSTE DI SANITÀ PUBBLICA: TELEFONO VERDE, SOS LILT, CENTRI ANTIFUMO E
PREVENZIONE

19. DISCUSSIONE

20. LIMITI DELL'ANALISI

21. CONCLUSIONI

22. TAVOLA ROTONDA CONCLUSIVA DEL XXVIII CONVEGNO: SINTESI TECNICA E PROSPETTIVE
OPERATIVE

22.1 DAL FUMO ALLA DIPENDENZA DA NICOTINA: IL CAMBIAMENTO DI PARADIGMA

22.2 GIOVANI, RAGAZZE E NUOVI PRODOTTI: PREVENZIONE PRIMA DELL'INIZIAZIONE

22.3 RISCHIO BIOLOGICO, CLINICO E TOSSICOLOGICO: APPLICARE IL PRINCIPIO DI PRECAUZIONE

22.4 CESSAZIONE E PRESA IN CARICO: DAL CONSIGLIO OCCASIONALE ALLA RETE INTEGRATA

22.5 SERVIZI, REGIONI E TERZO SETTORE: GOVERNANCE DELLA RISPOSTA

22.6 REGOLAZIONE, ENFORCEMENT E AMBIENTI LIBERI DA FUMO, AEROSOL E NICOTINA

22.7 PRIORITÀ OPERATIVE CONDIVISE

22.8 CHIUSURA INTERPRETATIVA

MESSAGGI CHIAVE

NOTA DI CONTROLLO FINALE

RIFERIMENTI ESSENZIALI

ABSTRACT

Il tabagismo continua a rappresentare una delle principali cause prevenibili di malattia, disabilità e mortalità nel nostro Paese e nel mondo. Tuttavia, il fenomeno sta attraversando una profonda trasformazione epidemiologica e culturale che impone una revisione delle strategie tradizionali di prevenzione e cura.

Oggi non è più sufficiente monitorare esclusivamente il consumo di sigarette combustibili: l'esposizione alla nicotina si realizza sempre più frequentemente attraverso una pluralità di prodotti, tra cui sigarette elettroniche, dispositivi a tabacco riscaldato e bustine contenenti nicotina, spesso utilizzati in modo concomitante.

I dati presentati al XXVIII Convegno Nazionale “Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale” 2026 evidenziano una progressiva riduzione dell'uso esclusivo delle sigarette tradizionali, ma una sostanziale persistenza della dipendenza da nicotina nella popolazione, favorita dalla diffusione di nuovi prodotti e dal crescente fenomeno del policonsumo.

I contributi scientifici relativi alle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento, alle indagini epidemiologiche sugli studenti di età compresa tra 11 e 17 anni, ai dati tossicologici del Centro Antiveleni di Milano, alle evidenze sui rischi respiratori e cardiovascolari dei nuovi prodotti, nonché alle esperienze dei Centri Antifumo, delle Regioni e della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), delineano uno scenario complesso e in continua evoluzione.

Il quadro che emerge conferma che la riduzione del consumo di sigarette combustibili costituisce un importante risultato di salute pubblica, ma non coincide automaticamente con una riduzione della dipendenza da nicotina né con l'eliminazione dei rischi sanitari correlati.

Per questo motivo appare necessario rafforzare e modernizzare le strategie di contrasto al tabagismo attraverso un approccio integrato che comprenda prevenzione precoce, protezione degli ambienti di vita, contrasto all'accesso dei minori ai prodotti contenenti nicotina, regolamentazione delle strategie commerciali e presa in carico clinica dei fumatori.

PROPOSTE SIPaD

In tale prospettiva risulta prioritario potenziare la rete dei Centri Antifumo sul territorio nazionale, incrementandone il numero, garantendo una distribuzione più omogenea tra le diverse aree del Paese e rafforzando gli organici multidisciplinari attraverso l'inserimento di medici, psicologi, infermieri e altri professionisti dedicati.

L'accesso ai programmi di cessazione deve diventare più semplice, tempestivo ed equo, consentendo a un numero crescente di fumatori di beneficiare di interventi evidence-based.

Parallelamente, nell'ambito di percorsi terapeutici strutturati e personalizzati erogati dai Centri Antifumo, appare opportuno integrare strategie di riduzione del danno rivolte ai fumatori che non riescono o non intendono interrompere immediatamente il consumo di nicotina.

Tali interventi devono essere inseriti all'interno di programmi clinici finalizzati prioritariamente alla cessazione completa del fumo, con l'obiettivo di ridurre l'esposizione ai prodotti della combustione, limitare i danni sanitari correlati e favorire progressivamente l'abbandono di ogni forma di dipendenza.

La risposta di sanità pubblica deve quindi evolvere verso un modello multidimensionale che integri prevenzione, trattamento, riduzione del danno, monitoraggio epidemiologico e valutazione degli esiti, mantenendo come obiettivo finale la riduzione della morbidità e mortalità attribuibili al consumo di tabacco e nicotina.

1. INTRODUZIONE

Il fumo di tabacco resta uno dei principali fattori di rischio prevenibili per malattie cardiovascolari, respiratorie e oncologiche. Negli ultimi anni, però, il tabagismo ha cambiato forma. La sigaretta tradizionale non è più l'unico indicatore da osservare: accanto al fumo combustibile si sono consolidati sigarette elettroniche, prodotti a tabacco riscaldato e bustine contenenti nicotina. Per questo il vero oggetto dell'analisi non è più solo "chi fuma", ma quanta nicotina circola, attraverso quali prodotti e in quali fasce di popolazione.

Il XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", organizzato presso l'Istituto Superiore di Sanità in occasione della Giornata mondiale senza tabacco 2026, si colloca esattamente in questo passaggio. Il tema indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il 2026, "Unmasking the appeal - countering nicotine and tobacco addiction", richiama la necessità di smascherare l'attrattività commerciale dei nuovi prodotti e di contrastare la dipendenza da tabacco e nicotina, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti.

L'obiettivo di questo articolo è ricostruire, con taglio critico, la trasformazione dei consumi di tabacco e nicotina in Italia. Il lavoro integra i dati sulla popolazione adulta, le evidenze sulla popolazione studentesca, i contributi clinici sui rischi dei nuovi prodotti, la sorveglianza tossicologica, il tema della cessazione e il ruolo dei servizi territoriali. Il filo conduttore è uno: il calo della sigaretta tradizionale è un segnale positivo, ma non basta più a descrivere il fenomeno.

2. FONTI, METODO E PERIMETRO DELL'ANALISI

Questo lavoro utilizza come base informativa i dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità il 29 maggio 2026, in occasione della Giornata mondiale senza tabacco e del XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". Sono stati considerati il programma ufficiale del Convegno, le pagine istituzionali ISS, EpiCentro, Ministero della Salute, WHO, Cochrane, Gazzetta Ufficiale, LILT e altre fonti scientifiche o istituzionali autorevoli.

Per la popolazione adulta il riferimento principale è il sistema di sorveglianza PASSI; per la popolazione ultra65enne, PASSI d'Argento. Per la popolazione studentesca la fonte primaria è stata la registrazione dell'intervento di L. Mastrobattista, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, dedicata al consumo di tabacco e nicotina tra studenti 11-13enni e 14-17enni.

Sono stati integrati anche gli interventi specialistici dedicati ai rischi dei nuovi prodotti e alla risposta del sistema: il contributo pneumologico di Boffi, l'intervento pediatrico-respiratorio di La Grutta/SIMRI, l'analisi osservazionale del Centro Antiveneni di Milano/Niguarda, la relazione di Gallus sulla cessazione, il censimento ISS dei Centri Antifumo presentato da Mortali, l'approfondimento di Salvini sui contesti regionali e il contributo della LILT.

La registrazione della tavola rotonda conclusiva è stata utilizzata come fonte qualitativa di sintesi. Poiché non introduce nuove slide quantitative, il relativo contributo è stato trattato come chiusura interpretativa e programmatica, senza aggiungere dati numerici non documentati dalle relazioni precedenti o dalle fonti istituzionali.

La metodologia delle indagini studentesche, come descritta nella relazione congressuale, prevede un disegno campionario Probability Proportional to Size (PPS) a tre stadi e somministrazione tramite Computer Assisted Web Interviewing (CAWI). Il campione consente la rappresentatività nazionale delle popolazioni studentesche considerate.

Tabella 1. Campione e caratteristiche principali delle indagini studentesche 2026, secondo la registrazione dell'intervento del Centro Nazionale Dipendenze e Doping.

Popolazione	N campione	Distribuzione per genere	Distribuzione per età / indirizzo
11-13 anni	5.270 studenti	Maschi 49,1%; femmine 48,6%; preferisco non rispondere 2,3%	11 anni 28,0%; 12 anni 35,1%; 13 anni 37,0%
14-17 anni	6.882 studenti	Maschi 46,2%; femmine 51,2%; preferisco non rispondere 2,6%	14 anni 19,86%; 15 anni 26,5%; 16 anni 26,75%; 17 anni 26,84%; liceo 31,30%; tecnico 38,94%; professionale 23,37%; artistico 6,39%

3. LA POPOLAZIONE ADULTA: CALO DELLA SIGARETTA, PERSISTENZA DELLA NICOTINA

I dati PASSI presentati nel 2026 documentano una riduzione consistente dell'uso esclusivo della sigaretta tradizionale nella popolazione adulta. Tra i 18 e i 69 anni, la prevalenza dell'uso esclusivo di sigarette tradizionali è passata dal 30% nel 2008 al 18% nel 2025. Tuttavia, se si considera il consumo complessivo di prodotti contenenti nicotina - includendo sigarette tradizionali, sigarette elettroniche e prodotti a tabacco riscaldato - la riduzione è molto più contenuta, dal 30% al 27% nello stesso periodo. La distanza tra il calo della sigaretta combustibile e la persistenza dell'esposizione nicotinica complessiva è il punto interpretativo più importante. Il dato suggerisce che i nuovi prodotti non funzionano sempre come pura sostituzione della sigaretta: in molti casi possono mantenere, integrare o rendere più stabile l'uso di nicotina.

4. EVOLUZIONE DEL CONSUMO NELLA POPOLAZIONE ADULTA E ULTRA65ENNE: IL CONTRIBUTO DI PASSI E PASSI D'ARGENTO

PASSI e PASSI d'Argento confermano la tesi di fondo: il profilo del fumatore italiano sta cambiando. La domanda di sanità pubblica non può più limitarsi a "chi fuma sigarette", ma deve includere chi usa

nicotina con dispositivi diversi, chi combina più prodotti, chi è esposto passivamente agli aerosol e chi vuole smettere ma non trova un supporto sanitario strutturato.

Nei dati PASSI 2024-2025, circa il 73% della popolazione adulta non utilizza prodotti a base di tabacco o nicotina, il 18% usa esclusivamente sigarette tradizionali, il 4% combina sigarette e altri dispositivi, mentre il 5% utilizza esclusivamente dispositivi diversi dalla sigaretta tradizionale. In altri termini, una quota non trascurabile di popolazione adulta si colloca già fuori dal modello classico del solo fumo combustibile, utilizzando sigarette elettroniche, dispositivi usa e getta/puff bar o prodotti a tabacco riscaldato.

Anche i tentativi di cessazione mostrano criticità. Circa un terzo dei fumatori riferisce di aver provato a smettere nei 12 mesi precedenti, ma tre tentativi su quattro falliscono e solo il 13% raggiunge l'obiettivo dichiarato nel periodo osservato. Inoltre, la modalità più frequente di cessazione resta il tentativo senza alcun supporto, mentre il ricorso a servizi sanitari, farmaci o percorsi strutturati appare marginale.

Un punto critico riguarda il consiglio sanitario. Nei dati PASSI 2024-2025, il 51% dei fumatori 18-69enni riferisce di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare; la frequenza aumenta nei forti fumatori, ma resta comunque insufficiente se si considera il peso del fumo come fattore di rischio prevenibile. Tra gli ultra65enni il consiglio è riportato dal 62% dei fumatori, con frequenze più elevate nelle persone con patologie croniche e, in particolare, con malattie respiratorie. Infine, il tema del fumo passivo deve essere aggiornato alla presenza dei nuovi dispositivi. Nei luoghi di lavoro, la percezione del rispetto del divieto di fumo è elevata e in lieve miglioramento. All'interno delle mura domestiche, invece, emerge una nuova tolleranza verso l'uso dei soli dispositivi elettronici, anche nelle famiglie con bambini. La categoria "solo dispositivi elettronici" segnala che una parte della popolazione distingue l'aerosol dei nuovi prodotti dal fumo tradizionale e può percepirlo come meno problematico.

5. POPOLAZIONE STUDENTESCA: PREVALENZA COMPLESSIVA, GENERE E GERARCHIA DEI PRODOTTI

La registrazione dell'intervento del Centro Nazionale Dipendenze e Doping consente di precisare i dati e di correggere alcune formulazioni troppo generiche degli appunti iniziali. Negli ultimi 30 giorni ha usato prodotti contenenti tabacco o nicotina il 5,9% degli studenti tra 11 e 13 anni, pari a 93.449 studenti stimati, e il 37,1% degli studenti tra 14 e 17 anni, pari a 851.393 studenti stimati. Le formule "circa 93 mila" e "oltre 850 mila" restano corrette per un uso divulgativo; in un articolo scientifico è preferibile riportare anche i valori puntuali presentati nella relazione.

La differenza di genere è evidente in entrambe le fasce d'età: tra gli 11-13enni il consumo riguarda il 6,9% delle ragazze e il 4,8% dei ragazzi; tra i 14-17enni il divario è ancora più ampio, con il 44,2% delle ragazze e il 30,3% dei ragazzi. È però necessario evitare una lettura semplificata del termine "femminilizzazione". Nei preadolescenti il consumo complessivo cala rispetto al 2022 e, nel 2026, il calo complessivo è compatibile con la riduzione osservata tra i maschi; tuttavia, rispetto al 2025, tra le ragazze aumentano tabacco riscaldato e sigarette elettroniche. Nei 14-17enni, tra il 2025 e il 2026, la

crescita riguarda soprattutto le ragazze per sigarette elettroniche e tabacco riscaldato, mentre la sigaretta tradizionale diminuisce.

La gerarchia dei prodotti è un punto centrale. La sigaretta elettronica è il prodotto più utilizzato in entrambe le fasce d'età: 5,2% negli 11-13enni e 30,8% nei 14-17enni. Il tabacco riscaldato supera di poco la sigaretta tradizionale: 2,5% contro 2,4% negli 11-13enni e 22,8% contro 22,3% nei 14-17enni. Pertanto, l'espressione "superamento della sigaretta tradizionale" è corretta solo se specificata: si tratta di un superamento lieve, ma epidemiologicamente rilevante, nella prevalenza d'uso negli ultimi 30 giorni.

Tabella 2. Prevalenza di consumo negli ultimi 30 giorni per fascia d'età, genere e prodotto, secondo la registrazione dell'intervento.

Indicatore	11-13 anni	14-17 anni	Nota interpretativa
Consumo di almeno un prodotto con tabacco/nicotina	5,9%; 93.449 studenti stimati	37,1%; 851.393 studenti stimati	Dato puntuale da video; arrotondabile a circa 93 mila e oltre 850 mila per uso divulgativo
Maschi	4,8%; 39.179	30,3%; 358.390	Prevalenza inferiore rispetto alle femmine
Femmine	6,9%; 52.967	44,2%; 490.142	Prevalenza superiore in entrambe le fasce d'età
Sigaretta tradizionale	2,4%; 37.971	22,3%; 511.805	In calo rispetto al 2025
Tabacco riscaldato	2,5%; 39.202	22,8%; 523.218	Supera di poco la sigaretta tradizionale
Sigaretta elettronica	5,2%; 83.008	30,8%; 705.356	Prodotto maggiormente utilizzato

Tabella 3. Variazione 2025-2026 per prodotto e genere: dati da usare in modo puntuale per evitare letture improprie del trend.

Fascia / prodotto	Totale 2025 -> 2026	Maschi 2025 -> 2026	Femmine 2025 -> 2026	Lettura corretta
11-13 / sigarette tradizionali	3,2% -> 2,4%	3,4% -> 2,2%	2,8% -> 2,5%	Diminuzione complessiva; calo soprattutto maschile
11-13 / tabacco riscaldato	2,7% -> 2,5%	3,1% -> 1,8%	2,2% -> 3,2%	Dato complessivo stabile/in lieve calo; aumento femminile
11-13 / sigarette elettroniche	6,3% -> 5,2%	6,1% -> 4,0%	6,1% -> 6,4%	Calo complessivo; aumento femminile lieve
14-17 / sigarette tradizionali	24,5% -> 22,3%	21,4% -> 19,5%	27,2% -> 25,0%	Diminuzione in entrambi i generi
14-17 / tabacco riscaldato	22,4% -> 22,8%	16,0% -> 16,2%	28,0% -> 29,4%	Stabilità complessiva; incremento femminile
14-17 / sigarette elettroniche	29,9% -> 30,8%	27,2% -> 25,3%	32,2% -> 36,3%	Aumento trainato dalle ragazze

6. INTENSITÀ D'USO, CONTENUTO DI NICOTINA E INIZIAZIONE PRECOCE

L'analisi dell'intensità d'uso mostra che il dato di prevalenza deve essere integrato con la frequenza e la quantità di esposizione. Tra gli 11-13enni consumatori, l'uso per 20-30 giorni nell'ultimo mese riguarda il 23,2% dei consumatori di sigarette tradizionali, il 17,4% dei consumatori di tabacco riscaldato e il 22,6% dei consumatori di sigarette elettroniche. Tra i 14-17enni le corrispondenti percentuali salgono al 34,0%, 37,8% e 31,8%. Questi dati non devono essere tradotti automaticamente in diagnosi di dipendenza, ma indicano pattern di uso frequente compatibili con maggiore rischio di dipendenza da nicotina.

Per la sigaretta elettronica, la registrazione chiarisce un punto che andava corretto negli appunti originali: tra gli 11-13enni consumatori di e-cig, il 42,9% riferisce uso di liquidi con nicotina, il 23,0% uso sia con sia senza nicotina e il 15,2% non sa se il prodotto contenga nicotina. Pertanto, la quota di consumatori esposti a nicotina è almeno del 65,9%, non semplicemente del 42,9%. Nei 14-17enni, la quota esposta a nicotina raggiunge l'86,3%.

La quantità d'uso rafforza questa lettura. Tra i consumatori di sigaretta elettronica, il 15,8% degli 11-13enni e il 19,4% dei 14-17enni riferisce oltre 200 puff al giorno. Per il tabacco riscaldato, l'uso di almeno 11 stick al giorno riguarda l'8,0% degli 11-13enni e il 12,9% dei 14-17enni. Per la sigaretta tradizionale, il consumo di almeno 11 sigarette al giorno riguarda il 2,1% degli 11-13enni e il 7,8% dei 14-17enni.

L'iniziazione precoce va riformulata con precisione. Non è corretto scrivere genericamente che "il 20% degli 11-13enni ha iniziato prima dei 10 anni": la registrazione mostra che, tra i consumatori 11-13enni, circa un quinto riferisce il primo uso del prodotto a 10 anni o prima: 22,9% per la sigaretta tradizionale, 20,9% per il tabacco riscaldato e 19,5% per la sigaretta elettronica. Le età medie di primo consumo sono 11,12 anni per la sigaretta tradizionale, 11,41 per il tabacco riscaldato e 11,38 per la sigaretta elettronica. Nei 14-17enni le età medie sono rispettivamente 13,57, 14,10 e 13,58 anni.

Tabella 4. Indicatori di intensità d'uso e iniziazione precoce.

Indicatore	11-13 anni	14-17 anni	Interpretazione
Uso 20-30 giorni/mese: sigarette tradizionali	23,2% dei consumatori	34,0% dei consumatori	Uso frequente, non diagnosi clinica
Uso 20-30 giorni/mese: tabacco riscaldato	17,4% dei consumatori	37,8% dei consumatori	Uso frequente, più elevato nei 14-17enni
Uso 20-30 giorni/mese: sigarette elettroniche	22,6% dei consumatori	31,8% dei consumatori	Uso frequente
E-cig con esposizione a nicotina	65,9% dei consumatori; 15,2% non sa	86,3% dei consumatori; 6,4% non sa	Corregge il dato "42,9%": quello è il solo uso esclusivo con nicotina
Oltre 200 puff/die	15,8% dei consumatori di e-cig	19,4% dei consumatori di e-cig	Indicatore di elevata intensità d'uso
Primo uso a 10 anni o prima	19,5%-22,9% secondo prodotto	Non applicabile come soglia principale	Non "prima dei 10 anni", ma "a 10 anni o prima"

7. POLICONSUMO: DA COMPORTAMENTO ACCESSORIO A PATTERN DOMINANTE

Il policonsumo costituisce uno dei risultati più rilevanti della relazione. Tra gli 11-13enni consumatori, la quota di uso combinato di due o più prodotti è passata dal 26,0% nel 2022 al 45,5% nel 2025 e al 51,4% nel 2026. Nello stesso gruppo diminuisce l'uso esclusivo dei singoli prodotti, mentre aumentano in particolare la combinazione tabacco riscaldato + sigaretta elettronica e l'uso simultaneo di tutti e tre i prodotti principali.

Tra i 14-17enni, il policonsumo è ancora più consolidato: 38,7% nel 2022, 62,4% nel 2024, 70,7% nel 2025 e 69,5% nel 2026. Il dato 2026 indica quindi una lieve riduzione rispetto al 2025, ma su livelli molto elevati. È scorretto descriverlo semplicemente come “in costante crescita” se si guarda all'ultimo anno; la formulazione corretta è che il policonsumo è stabilmente molto elevato e si è fortemente consolidato rispetto al 2022.

Tabella 5. Utilizzo esclusivo e policonsumo tra gli studenti consumatori negli ultimi 30 giorni.

Fascia / anno	Solo tradizionale	Solo e-cig	Solo HTP	Tradizionale + e-cig	HTP + e-cig	Tutti e tre	Policonsumo totale
11-13 / 2022	12,8%	57,9%	3,3%	15,8%	3,6%	6,3%	26,0%
11-13 / 2025	7,0%	41,2%	6,2%	15,6%	9,7%	18,3%	45,5%
11-13 / 2026	4,8%	39,3%	4,5%	13,7%	15,4%	20,9%	51,4%
14-17 / 2022	26,9%	26,6%	7,8%	13,3%	3,3%	16,6%	38,7%
14-17 / 2024	13,3%	13,9%	10,4%	11,0%	9,3%	27,0%	62,4%
14-17 / 2025	6,2%	18,3%	4,7%	15,6%	11,4%	34,5%	70,7%
14-17 / 2026	5,6%	19,7%	5,1%	13,2%	15,1%	34,8%	69,5%

8. BUSTINE CONTENENTI NICOTINA: SEGNALE EMERGENTE E POLICONSUMO ESTREMO

Le bustine contenenti nicotina rappresentano un segnale emergente, ma devono essere descritte distinguendo sperimentazione, consumo recente e modalità d'uso. Tra gli studenti 14-17enni, il 9,1% dichiara di averle provate almeno una volta nella vita, rispetto all'8,2% del 2025 e al 3,8% del 2024. L'uso negli ultimi 30 giorni riguarda il 3,3% degli studenti, pari a 75.309 soggetti stimati, con prevalenza maggiore tra i maschi (4,5%) rispetto alle femmine (2,1%).

Il profilo degli utilizzatori è marcatamente maschile: tra gli studenti che consumano bustine, il 66,8% è maschio, il 31,0% femmina e il 2,1% preferisce non rispondere. La prevalenza cresce con l'età, dal 2,5% a 14 anni al 4,5% a 17 anni. Le modalità del primo contatto mostrano canali eterogenei: 26,6% acquisto

personale, 6,1% regalo da genitori o familiari, 27,7% regalo in eventi promozionali, 4,7% offerta da amici e 35,1% offerta da altre persone. Questi dati indicano che la categoria “altre persone” non deve essere automaticamente interpretata come canale online: va descritta come zona grigia da approfondire.

Tra i consumatori di bustine, il 51,9% riferisce uso per 1-2 giorni nell’ultimo mese, ma il 13,3% le ha utilizzate per 20-30 giorni. Il numero abituale di bustine è pari a una al giorno nel 63,8% dei casi, ma il 10,4% riferisce cinque o più bustine al giorno. Il 44,8% segnala consumo prevalente nel fine settimana o nei giorni di festa. Gli aromi più riferiti sono freschi/mentolati (48,2%) e fruttati (45,7%); il 38,8% dichiara di non utilizzare bustine aromatizzate.

Il dato più critico è il policonsumo: solo il 5,5% degli utilizzatori di bustine ne fa un uso esclusivo, mentre il 94,5% combina le bustine con uno o più altri prodotti. In particolare, il 51,7% utilizza contemporaneamente tutti e quattro i prodotti considerati: sigarette tradizionali, tabacco riscaldato, sigarette elettroniche e bustine contenenti nicotina. In questa sottopopolazione, le bustine non appaiono dunque come sostitutive, ma come ulteriore fonte di esposizione nicotinica.

Tabella 6. Bustine contenenti nicotina tra gli studenti 14-17enni: indicatori principali.

Indicatore	Dato 2026	Lettura scientifica
Sperimentazione nella vita	9,1%; 8,2% nel 2025; 3,8% nel 2024	Fenomeno in crescita rispetto al 2024
Uso ultimi 30 giorni	3,3%; 75.309 studenti stimati	Primo anno di monitoraggio specifico del consumo recente
Distribuzione per genere	Maschi 4,5%; femmine 2,1%; tra gli utilizzatori: 66,8% maschi	A differenza degli altri prodotti, prevalenza maschile
Primo contatto	26,6% acquisto personale; 27,7% eventi promozionali; 35,1% altre persone	Canali da approfondire; non dedurre automaticamente “online”
Uso 20-30 giorni/mese	13,3% dei consumatori	Uso frequente in una minoranza rilevante
5 o più bustine/die	10,4% dei consumatori	Possibile esposizione nicotinica elevata, specie se combinata con altri prodotti
Policonsumo	94,5%; tutti e quattro i prodotti 51,7%	Segnale di esposizione multiprodotto estrema

9. EVIDENZE EMERGENTI SUI RISCHI PER LA SALUTE E PROSPETTIVE D’INTERVENTO: IL CONTRIBUTO DELL’INTERVENTO BOFFI

L’intervento di Roberto Boffi, medico pneumologo, Responsabile della SSD Pneumologia della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e Presidente della Società Italiana di Tabaccologia, consente di integrare il quadro epidemiologico con una lettura clinica e regolatoria dei nuovi prodotti del tabacco e contenenti nicotina. Il punto di partenza è che il mercato non è più organizzato intorno a un singolo prodotto, ma a un ecosistema in rapida evoluzione, nel quale coesistono dispositivi elettronici, prodotti a tabacco riscaldato, nicotine pouches, aromi, differenti concentrazioni di nicotina e modalità d’uso sempre più compatibili con il consumo continuativo [7].

Secondo l'impostazione presentata, il panorama dei nuovi prodotti è reso complesso da quattro elementi: l'immissione continua di dispositivi sul mercato, la relazione ambigua con il fumo convenzionale, il policonsumo e l'effetto del quadro regolatorio. Questa impostazione è particolarmente rilevante per l'articolo perché impedisce una lettura semplificata del fenomeno: la riduzione della combustione non equivale automaticamente ad assenza di rischio, né l'adozione di un nuovo prodotto equivale di per sé a un percorso terapeutico di cessazione.

9.1 SIGARETTE ELETTRONICHE: DISPOSITIVI, AROMI, SALI DI NICOTINA ED “ESPERIENZA SENZA FINE”

Boffi ha richiamato i principali modelli oggi in commercio: dispositivi con serbatoio, pod-mod/pod system e dispositivi usa e getta. La loro attrattività deriva da caratteristiche tecniche e commerciali che vanno considerate come determinanti di consumo: ampia varietà di aromi, diverse gradazioni di nicotina, facilità d'uso, possibilità di utilizzo in molti contesti e minore visibilità sociale rispetto alla sigaretta tradizionale. In particolare, la disponibilità di aromi non tabaccosi rappresenta un elemento centrale dell'appeal giovanile. Gli studi di Leventhal richiamati nell'intervento mostrano che gli aromi non tabaccosi aumentano l'attrattività del prodotto e possono risultare particolarmente rilevanti nei gruppi che non traggono un beneficio sanitario diretto dallo switch da sigaretta combustibile a e-cig, come i giovani non fumatori o i consumatori non orientati alla cessazione [23].

Un elemento tecnico decisivo riguarda la formulazione della nicotina. Rispetto alla nicotina a base libera, i sali di nicotina producono un “colpo in gola” più morbido e graduale, hanno assorbimento più rapido, effetto più immediato ma più breve, sono compatibili con sistemi chiusi come pod-mod e usa e getta e risultano molto più simili all'esperienza del fumo tradizionale. Questa configurazione facilita un uso ripetuto, discreto e potenzialmente continuativo. La slide dell'intervento definisce tale modalità come esperienza “senza fine”: il dispositivo può essere usato in modo intermittente o quasi ininterrotto, senza limiti precisi di unità consumata, favorendo microdosi costanti e immediate di nicotina durante la giornata e rafforzando la componente comportamentale della dipendenza.

9.2 CESSAZIONE DEL VAPING: DOMANDA DI AIUTO ELEVATA, EVIDENZE ANCORA IMMATURE

Un contributo importante dell'intervento riguarda la cessazione del vaping. Boffi ha sottolineato che gli studi disponibili su “quit vaping” riguardano spesso consumatori esclusivi di e-cig, popolazioni giovani, follow-up brevi e una storia tabagica non sempre adeguatamente considerata. Il dato non deve però essere interpretato come assenza di domanda di cura: in uno studio su adolescenti statunitensi utilizzatori correnti di e-cig, il 44,5% riferiva di pensare seriamente di smettere e il 24,9% aveva tentato di interrompere completamente l'uso nell'anno precedente [24].

Tra i giovani adulti, lo studio di Williams e colleghi su JAMA Network Open ha mostrato che il 29,1% aveva smesso o aveva provato a smettere l'uso di prodotti elettronici contenenti nicotina nei 12 mesi precedenti. Il supporto sociale di familiari e amici risultava il metodo più utilizzato, mentre il ricorso a trattamenti farmacologici specifici era molto limitato. Nella lettura proposta da Boffi, questo dato evidenzia uno scarto tra bisogno di cessazione e disponibilità/uso di interventi clinici strutturati [25].

Sul piano delle evidenze, una revisione sistematica Cochrane sugli interventi per smettere di svapare indica prove a bassa certezza a favore di interventi basati su messaggi di testo nei giovani e nei giovani adulti e prove a bassa certezza anche per la vareniclina. Le evidenze su terapia nicotinic sostitutiva combinata, citisina/cytisinicline e riduzione graduale del comportamento di vaping restano invece incerte o inconclusive per rischio di bias e imprecisione [26].

Alcuni trial recenti forniscono segnali promettenti ma non definitivi. In uno studio randomizzato su 261 giovani di 16-25 anni, la vareniclina associata a counselling ha prodotto tassi di astinenza superiori al placebo più counselling e al solo counselling sia a 12 sia a 24 settimane [27]. In adulti utilizzatori di e-cig, lo studio ORCA-V1 ha mostrato che la cytisinicline, associata a supporto comportamentale, aumentava l'astinenza rispetto al placebo a fine trattamento e al follow-up a 4 mesi [28]. Questi risultati sono rilevanti, ma vanno trasferiti con cautela alla popolazione adolescenziale italiana, per differenze di età, contesto regolatorio, prodotti disponibili e pattern di policonsumo.

9.3 RISCHI CARDIOVASCOLARI, BIOLOGICI E RESPIRATORI DELLE E-CIG: NON INNOCUITÀ E PROBLEMA DELL'USO DUALE

La parte più rilevante per la discussione sanitaria riguarda i segnali di rischio associati alle e-cig. L'intervento ha richiamato evidenze sperimentali e cliniche secondo cui lo svapo non può essere letto innocuo. Studi californiani su funzione endoteliale indicano che sia il fumo combustibile sia l'uso cronico di e-cig possono compromettere la funzione endoteliale; inoltre, l'inalazione di aerosol irritanti può attivare meccanismi neurovascolari e contribuire a disfunzione vascolare. Questo punto è centrale nei pattern di uso duale, nei quali gli effetti potenzialmente dannosi di sigaretta tradizionale ed e-cig possono sommarsi anziché sostituirsi [29].

Boffi ha inoltre richiamato evidenze biologiche ed epigenetiche che documentano alterazioni di metilazione del DNA in cellule della mucosa orale in utilizzatori di e-cig e fumatori. Queste evidenze non devono essere presentate come prova definitiva di causalità oncologica, ma come segnali biologici coerenti con la necessità di prudenza nella comunicazione pubblica sui nuovi prodotti [30].

Particolare cautela richiede il dato sul rischio di tumore polmonare nel consumo combinato. Lo studio caso-controllo di Bittoni e colleghi, richiamato nell'intervento, ha confrontato 4.975 casi di tumore polmonare con 27.294 controlli e suggerisce che l'uso combinato di vaping e fumo di sigaretta sia associato a un rischio più elevato rispetto al fumo di sigaretta da solo. Trattandosi di uno studio osservazionale, il risultato non autorizza formulazioni causali definitive, ma rafforza una conclusione pratica: il dual use non deve essere comunicato come strategia sicura o automaticamente riduttiva del rischio [31].

9.4 TABACCO RISCALDATO: MENO COMBUSTIONE NON SIGNIFICA ASSENZA DI DANNO BIOLOGICO

Per i prodotti a tabacco riscaldato, l'intervento ha richiamato evidenze precliniche e cellulari che vanno integrate con i dati epidemiologici sugli adolescenti. Uno studio pubblicato nel 2026 su cellule bronchiali ha mostrato che l'estratto di aerosol da prodotti heat-not-burn, analogamente all'estratto di sigaretta

tradizionale, può aumentare modificazioni post-traduzionali delle proteine, influenzare la vitalità cellulare e aumentare meccanismi di apoptosi, con un possibile ruolo in percorsi biologici rilevanti per l'artrite reumatoide [32]. Anche in questo caso il dato non equivale a dimostrazione di esito clinico nella popolazione generale, ma contrasta l'idea che il tabacco riscaldato sia biologicamente neutro.

9.5 NICOTINE POUCHES: ESPOSIZIONE SISTEMICA, DISCREZIONE D'USO E RISCHIO REGOLATORIO

Le nicotine pouches costituiscono il prodotto emergente più critico sul piano regolatorio. Sono prodotti senza combustione e senza tabacco in senso tradizionale, ma rilasciano nicotina per assorbimento buccale. La revisione farmacocinetica citata nell'intervento mostra che le bustine da 4 mg possono fornire un'esposizione totale alla nicotina simile a quella delle sigarette, pur con concentrazioni di picco più basse e tempi di assorbimento più lunghi. Questo profilo è rilevante perché può favorire un uso discreto, ripetuto e difficilmente intercettabile, in particolare in contesti scolastici o sociali [33].

Le preoccupazioni sollevate da Boffi sono coerenti con la posizione dell'OMS, che nel 2026 ha richiamato l'attenzione sul marketing aggressivo delle nicotine pouches, sui livelli elevati di nicotina, sugli aromi attrattivi per i giovani e sui canali promozionali digitali. L'uso precoce di nicotina può aumentare la probabilità di dipendenza di lungo periodo e di successivo uso di altri prodotti contenenti nicotina o tabacco [4,21]. Nel contesto dell'articolo, questo passaggio integra direttamente i dati italiani sui 14-17enni: le bustine non appaiono come prodotto di sostituzione, ma come ulteriore fonte di nicotina in profili spesso multiprodotto.

9.6 PROSPETTIVE D'INTERVENTO: AMBIENTI SMOKE-FREE/VAPE-FREE E RICERCA-INTERVENTO

La parte conclusiva dell'intervento sposta l'attenzione dalle evidenze di rischio alle prospettive operative. Boffi ha presentato il caso del Regolamento per la qualità dell'aria del Comune di Milano, entrato in vigore dal 1 gennaio 2025 per l'estensione del divieto di fumo in tutte le aree pubbliche o ad uso pubblico, salvo luoghi isolati nei quali sia rispettata una distanza di almeno 10 metri da altre persone. Il razionale è ridurre il fumo attivo e l'esposizione al fumo passivo negli spazi pubblici, con particolare attenzione anche alle aree antistanti gli ospedali.

Nel contesto dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano è stata illustrata una ricerca-intervento del Centro Antifumo della SSD Pneumologia, basata su questionario ai dipendenti, osservazioni pre-post del numero di fumatori/svapatori nelle aree antistanti l'ingresso e interventi di cartellonistica e segnaletica a terra.

Dai dati mostrati nella slide, su 885 rispondenti il 56,3% riferiva di avvertire odore di fumo tradizionale o elettronico dovuto alla presenza di fumatori davanti all'ingresso, il 73,4% era favorevole al divieto di fumo all'aperto introdotto dal Comune di Milano e il 68,8% era favorevole alla creazione di un'area smoke-free davanti all'ingresso. Le osservazioni nell'area antistante l'ingresso dell'INT indicavano in media 38 fumatori/svapatori all'ora, con il 62% entro 10 metri e il 38% oltre i 10 metri. Le tipologie osservate includevano soprattutto sigarette tradizionali, ma anche tabacco riscaldato ed e-cig.

Questo esempio è importante perché traduce la prevenzione in un modello misurabile: rilevare l'esposizione, intervenire sul contesto, valutare il comportamento prima e dopo l'intervento. Per l'articolo, la lezione è duplice. Primo, le politiche smoke-free devono evolvere in politiche smoke-free e vape-free, perché l'aerosol dei nuovi prodotti è ormai parte del paesaggio di esposizione. Secondo, la prevenzione dei nuovi prodotti richiede interventi ambientali, regolatori e clinici integrati, non solo messaggi educativi individuali.

In sintesi, il contributo di Boffi rafforza la tesi centrale dell'articolo: la transizione dalla sigaretta alla nicotina non è soltanto un cambiamento di prodotto, ma un cambiamento del rischio, delle modalità di dipendenza, delle evidenze cliniche e delle strategie di intervento. La sanità pubblica deve quindi evitare sia l'allarmismo non documentato sia la minimizzazione del rischio, adottando una comunicazione fondata su evidenze, prudenza regolatoria e rafforzamento dei percorsi di cessazione.

10. ESPOSIZIONE PEDIATRICA AI NUOVI PRODOTTI A BASE DI TABACCO E NICOTINA: EVIDENZE RESPIRATORIE E RUOLO DEL PEDIATRA

L'intervento dedicato all'esposizione ai nuovi prodotti a base di tabacco e nicotina in età pediatrica sposta il piano dell'analisi dal solo dato epidemiologico alla vulnerabilità biologica del bambino e dell'adolescente. Il punto centrale è che i nuovi prodotti non riducono automaticamente il rischio sanitario: modificano vie di esposizione, percezione del rischio, modalità d'uso e possibilità di controllo da parte degli adulti.

Una correzione concettuale è essenziale: l'aerosol delle sigarette elettroniche non è "vapore acqueo". Le slide dell'intervento richiamano la presenza, variabile secondo dispositivo e liquido, di nicotina, solventi, aromi, aldeidi, composti organici volatili, metalli e particolato fine/ultrafine. Questa composizione rende improprio descrivere l'esposizione come innocua o semplicemente diversa dal fumo combustibile.

La rilevanza pediatrica deriva da tre elementi. Primo, il polmone del bambino e dell'adolescente è in fase di crescita e maturazione. Secondo, la bassa percezione di rischio facilita l'esposizione diretta e passiva. Terzo, aromi, design e usabilità dei dispositivi favoriscono la normalizzazione del consumo in ambienti familiari e scolastici.

10.1 AEROSOL, VIE AEREE E FUNZIONE POLMONARE

Sul piano respiratorio, l'intervento evidenzia una catena patogenetica plausibile: esposizione ad aerosol e particolato, stress ossidativo, infiammazione delle vie aeree, alterazione della clearance mucociliare, broncocostrizione e possibile rimodellamento delle piccole vie respiratorie. La traduzione clinica può

includere tosse, respiro sibilante, dispnea, costrizione toracica, intolleranza allo sforzo e alterazioni funzionali compatibili con coinvolgimento ostruttivo.

Il quadro presentato è coerente con il position statement SIMRI sul vaping e con il joint position paper SIP-SIMRI 2025, che descrivono ENDS, tabacco riscaldato e nicotine pouches come prodotti in rapida diffusione tra adolescenti, sostenuti da aromi, marketing e percezione distorta di minore rischio.

10.2 ESITI A LUNGO TERMINE E VULNERABILITÀ DEL POLMONE IN CRESCITA

La sezione sugli esiti a lungo termine richiama cinque aree di rischio: riduzione della funzione polmonare, aumento del rischio di malattie respiratorie croniche, maggiore vulnerabilità alle infezioni, effetti sullo sviluppo polmonare e potenziale incremento del rischio di neoplasie del tratto respiratorio. In un articolo scientifico questi elementi devono essere presentati come segnali di rischio e plausibilità biologica, non come dimostrazione definitiva di causalità individuale.

Particolarmente rilevante è il tema dell'esposizione passiva e residua. L'intervento richiama le "vie invisibili del rischio": fumo di prima mano, fumo di seconda mano, fumo di terza mano e aerosol passivo da dispositivi elettronici. La tolleranza verso l'uso domestico di e-cig e tabacco riscaldato può esporre bambini e adolescenti a sostanze irritanti e nicotina in assenza della percezione sociale del fumo tradizionale.

10.3 BUSTINE DI NICOTINA, SNUS E RISCHIO PEDIATRICO

Le bustine di nicotina sono descritte come prodotti monodose contenenti nicotina, aromi e altri ingredienti, da posizionare tra gengiva e labbro per consentire l'assorbimento attraverso la mucosa orale. La loro discrezione d'uso e l'assenza di aerosol visibile le rendono particolarmente insidiose per il controllo familiare e scolastico.

Il confronto con lo snus è utile per evitare semplificazioni. Lo snus, tabacco orale in polvere umida, non è in vendita in Italia, mentre le nicotine pouches contengono nicotina senza tabacco. Entrambi, tuttavia, pongono problemi di esposizione nicotinica, attrattività per i giovani e rischio di ingestione accidentale nei bambini piccoli.

10.4 PREVENZIONE PEDIATRICA: SCREENING, COUNSELLING E RETE RESPIRA

L'intervento attribuisce al pediatra un ruolo operativo. La rete RESPIRA - Rete Pediatrica InterSocietaria per la Riduzione del Tabagismo in Adolescenza - viene indicata come modello per rafforzare intercettazione precoce, counselling e collegamento tra pediatria, scuola, famiglia e servizi territoriali.

Il percorso proposto prevede screening precoce del consumo e dell'esposizione familiare, uso di strumenti di valutazione come mFTQ e HONC, counselling breve basato sulle 5A, coinvolgimento dei genitori, educazione sui nuovi prodotti e rinvio ai servizi specialistici quando emergano dipendenza, sintomi respiratori, esposizione intensiva o uso multiprodotto.

Sul piano regolatorio, l'intervento richiama la necessità di misure coerenti con la tutela dei minori: limitare l'attrattività degli aromi, ridurre la visibilità dei dispositivi, rafforzare il divieto di vendita ai minori e promuovere ambienti domestici, scolastici e sportivi liberi da fumo, aerosol e nicotina.

Tabella 7. Rischi respiratori e implicazioni preventive dell'esposizione pediatrica ai nuovi prodotti contenenti nicotina.

Area	Evidenza richiamata nell'intervento	Lettura per l'articolo
Aerosol delle e-cig	Non semplice vapore acqueo; possibile presenza di nicotina, solventi, aromi, aldeidi, VOC, metalli e particolato.	Evitare formulazioni di innocuità; descrivere l'esposizione come chimicamente complessa.
Vie aeree pediatriche	Infiammazione, stress ossidativo, alterata clearance mucociliare e broncocostrizione.	Rilevanza specifica per il polmone in crescita.
Sintomi respiratori	Tosse, wheezing, dispnea, costrizione toracica, intolleranza allo sforzo.	Integrare anamnesi respiratoria e consumo/esposizione a nicotina.
Bustine di nicotina	Prodotti discreti, aromatizzati, con assorbimento orale e rischio di ingestione accidentale.	Sorvegliare anche prodotti senza combustione e senza aerosol.
Prevenzione	Screening, counselling, rete RESPIRA, famiglia e scuola.	Approccio integrato pediatra-servizi-scuola-famiglia.

11. SORVEGLIANZA TOSSICOLOGICA DEGLI EVENTI AVVERSI: RISULTATI PRELIMINARI DEL CENTRO ANTIVELENI DI MILANO

L'intervento sull'analisi osservazionale del Centro Antiveleeni di Milano introduce un livello ulteriore di lettura del fenomeno: non solo prevalenze di consumo o rischi respiratori cronici, ma eventi avversi acuti derivanti dall'uso congruo o incongruo di prodotti del tabacco e/o contenenti nicotina. Il contributo è particolarmente rilevante perché i Centri Antiveleeni intercettano esposizioni reali, accidentali o intenzionali, spesso non rilevabili nelle sorveglianze di popolazione.

11.1 PERIMETRO DELL'ANALISI E RUOLO DEL CENTRO ANTIVELENI

Il Centro Antiveleeni (CAV) è presentato come servizio medico prevalentemente telefonico, rivolto alla popolazione e agli operatori sanitari, finalizzato a fornire consulenza tossicologica. In coerenza con l'Accordo Stato-Regioni del 2008, tra le funzioni del CAV rientrano gestione dei casi di intossicazione, analisi tossicologiche, sorveglianza, vigilanza e allerta, ricerca scientifica, formazione e addestramento nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle intossicazioni.

La relazione riguarda l'analisi osservazionale del Centro Antiveleeni di Milano per l'Istituto Superiore di Sanità sugli eventi avversi derivanti dall'uso congruo o incongruo di prodotti del tabacco e/o contenenti nicotina nel periodo 1 ottobre 2025-30 settembre 2026; i dati presentati sono quelli della relazione intermedia 1 ottobre 2025-31 marzo 2026. La natura preliminare e osservazionale impone cautela interpretativa: i dati non stimano la prevalenza nella popolazione generale, ma descrivono eventi giunti all'attenzione del CAV.

11.2 CASISTICA PRELIMINARE E PROFILO DEGLI EVENTI

La casistica preliminare comprende eventi segnalati prevalentemente da privati cittadini (75 richieste), seguiti da medici ospedalieri (26), medici extraospedalieri (1) e un veterinario (1). La distribuzione per sesso mostra 54 maschi e 48 femmine; un cucciolo di cane è riportato separatamente e non incluso nel grafico per sesso. Questo elemento, apparentemente marginale, amplia il perimetro del rischio anche agli animali d'affezione, con ricadute cliniche, affettive ed economiche per le famiglie.

La distribuzione per età documenta un coinvolgimento marcato dell'età pediatrica: 18 casi riguardano bambini di 0-11 mesi, 39 casi la fascia 12-23 mesi, 14 casi la fascia 2-4 anni, 3 casi la fascia 5-10 anni, 6 casi la fascia 11-15 anni e 1 caso la fascia 16-18 anni. Gli adulti sono presenti soprattutto nella fascia 19-30 anni (11 casi), mentre le fasce successive risultano meno rappresentate. Il dato più robusto è quindi il peso delle esposizioni nei primi anni di vita, soprattutto per ingestione o aspirazione accidentale di prodotti lasciati incustoditi.

11.3 VIE DI ESPOSIZIONE, SINTOMI E SEVERITÀ TOSSICOLOGICA

La principale via di esposizione è l'ingestione orale (68 eventi), seguita dall'esposizione inalatoria (25), dall'esposizione orale-mucosa (8), dalla mucosa nasale (1) e dall'esposizione oculare (1). La distribuzione è coerente con la forte presenza pediatrica: nel bambino piccolo il rischio deriva soprattutto dall'accessibilità del prodotto, dall'esplorazione orale e dalla possibilità di attivare dispositivi preimpostati con una semplice aspirazione.

I sintomi sono riportati in 49 eventi, mentre in 54 risultano assenti. Le categorie sintomatologiche più frequenti sono gastrointestinali (26), respiratorie (11), neurologiche (8) e orofaringee (7); meno frequenti sono i sintomi cardiaci, oculari e metabolici. Questa distribuzione è coerente con il profilo della tossicità acuta da nicotina, che nelle forme lievi-moderate può includere nausea, vomito, vertigini, tremori, sudorazione, tachicardia e ipertensione; nelle forme severe può evolvere verso convulsioni, ipotensione, ipotonia e paralisi.

La classificazione del rischio stimato mostra una prevalenza di eventi lievi o moderati: 10 eventi sono indicati come nessuno/non tossico, 64 come lievi, 27 come moderati, 1 come grave e 1 non rilevato. Nell'epicrisi dei casi classificati sono riportate 34 assenze di intossicazione, 18 intossicazioni lievi, 8 moderate e 2 gravi. La presenza di casi gravi, pur numericamente limitata, è sufficiente per qualificare questi eventi come segnali sentinella di sanità pubblica.

11.4 PRODOTTI COINVOLTI E CRITICITÀ TECNOLOGICHE

Gli agenti più frequentemente coinvolti sono sigarette tradizionali e tabacco sfuso (37 eventi), sigarette elettroniche con ricarica liquida contenente nicotina (38), ricariche liquide senza nicotina (6), prodotti a tabacco riscaldato con lamina (13), prodotti a tabacco riscaldato senza lamina (6) e sacchetti di nicotina o nicotine pouches (4). La distribuzione conferma che la tossicologia clinica deve includere l'intera costellazione dei prodotti contenenti tabacco o nicotina, e non solo la sigaretta combustibile.

L'intervento evidenzia tre criticità tecniche.

La prima è la presenza di nicotina concentrata e altre sostanze nei liquidi di ricarica, nei dispositivi preriempiti e nelle bustine. La seconda è la difficoltà di conoscere con precisione la quantità di nicotina nei prodotti a tabacco compresso. La terza è la presenza di una lamina metallica in alcuni stick per tabacco riscaldato, capace di trasformare l'ingestione pediatrica in un problema non solo tossicologico, ma anche meccanico e gastroenterologico.

11.5 TOSSICITÀ ACUTA DELLA NICOTINA E PRODOTTI ORALI

La nicotina presenta assorbimento rapido attraverso le principali vie di esposizione, metabolismo prevalentemente epatico, eliminazione urinaria in quota limitata imm modificata ed emivita variabile, più breve nei fumatori. L'azione sui recettori nicotinici del sistema nervoso colinergico centrale e periferico spiega la combinazione di sintomi gastrointestinali, neurologici, cardiovascolari e neuromuscolari osservabili nelle intossicazioni acute.

Le nicotine pouches rappresentano un fronte emergente. L'intervento distingue lo snus, prodotto contenente tabacco non in vendita in Italia, dalle bustine contenenti nicotina. Secondo quanto richiamato nella relazione, le pouches autorizzate in Italia possono contenere 4, 6, 10 o 16 mg di nicotina per sacchetto, entro il limite regolatorio indicato di 16,6 mg. Poiché una sigaretta è stimata fornire circa 2 mg di nicotina assorbita, questi prodotti possono generare esposizioni elevate, soprattutto in soggetti non abituati alla nicotina e nei consumatori adolescenti.

11.6 CASI SENTINELLA: DIPENDENZA ADOLESCENZIALE, INGESTIONE PEDIATRICA E IMITAZIONE DEGLI ADULTI

Il primo caso sentinella riguarda un adolescente maschio di età inferiore a 16 anni, con anamnesi di ADHD, utilizzatore di circa un pacchetto al giorno di sigarette a tabacco riscaldato da oltre un anno, con successiva introduzione della sigaretta elettronica.

La famiglia ha segnalato nausea persistente, episodi di vomito e aggressività, con molteplici accessi in Pronto Soccorso ed esclusione di abuso di sostanze.

La sospensione della sigaretta elettronica non è stata accompagnata dalla sospensione del tabacco riscaldato; il solo pensiero di restare senza sigarette provocava ansia e preoccupazione. Il caso è rilevante perché mostra come il tabacco riscaldato possa inserirsi in traiettorie di dipendenza e uso multiprodotto in età adolescenziale.

Il secondo caso sentinella riguarda una bambina di 1 anno, 10 kg, dopo ingestione di quattro stick per tabacco riscaldato contenenti lamina metallica.

La bambina è giunta in Pronto Soccorso dopo cinque episodi di vomito a domicilio, pallore, tachicardia, sofferenza e sudorazione. L'esame radiologico ha localizzato la lamina in sede gastrica; il tentativo di rimozione endoscopica non è riuscito, rendendo necessario ricovero in terapia intensiva, sedazione e

protezione delle vie aeree. Dopo circa 12 ore sono stati evacuati frustoli di tabacco e lamina metallica. Il caso mostra che gli HTP introducono un rischio composito: tossicologico per il tabacco/nicotina e meccanico per componenti del dispositivo.

Un terzo elemento riguarda l'aspirazione accidentale di dispositivi elettronici preriempiti da parte di bambini per imitazione degli adulti. Sono stati rilevati 22 casi in età 0-8 anni, in larga parte sotto i tre anni. I dispositivi preriempiti possono attivarsi con una semplice aspirazione e possono contenere serbatoi fino a 2 mL di liquido con limite di nicotina pari a 20 mg/mL. Anche quando i sintomi osservati sono lievi, l'evento è rilevante perché segnala accessibilità domestica, imitazione comportamentale e rischio di memorizzazione precoce del gesto del consumo.

11.7 IMPLICAZIONI PER PREVENZIONE, CLINICA E SORVEGLIANZA

La lettura tossicologica impone di rafforzare la prevenzione domestica: conservazione sicura dei liquidi, dei dispositivi preriempiti, degli stick e delle pouches; divieto di utilizzo davanti ai bambini; informazione ai genitori sul fatto che i dispositivi elettronici possono essere facilmente attivati; attenzione al rischio meccanico di componenti come la lamina metallica degli stick. In ambito clinico, pediatri, medici di Pronto Soccorso e operatori territoriali dovrebbero includere nell'anamnesi non solo sigarette e tabacco, ma anche e-cig, HTP, ricariche liquide, dispositivi usa e getta e bustine con nicotina.

Il principale valore dell'intervento è metodologico: la collaborazione tra Centri Antiveneni e istituzioni di salute pubblica permette di intercettare rapidamente rischi emergenti derivanti da prodotti presenti sul mercato. In questo senso, i dati del CAV non sostituiscono le sorveglianze epidemiologiche, ma le completano, trasformando eventi clinici isolati in segnali precoci utili per regolazione, prevenzione e formazione degli operatori.

Tabella 8. Risultati preliminari dell'analisi osservazionale del Centro Antiveneni di Milano e implicazioni per l'articolo.

Area	Dato o evidenza dal video	Lettura scientifica
Periodo	Analisi 01/10/2025-30/09/2026; dati intermedi 01/10/2025-31/03/2026.	Risultati preliminari, non stima di prevalenza nella popolazione.
Richiedenti	75 privati cittadini, 26 medici ospedalieri, 1 medico extraospedaliero, 1 veterinario.	Il fenomeno coinvolge domicilio, ospedale e persino animali d'affezione.
Età	Forte coinvolgimento pediatrico: 18 casi 0-11 mesi, 39 casi 12-23 mesi, 14 casi 2-4 anni.	Il rischio principale riguarda i primi anni di vita e l'ambiente domestico.
Vie di esposizione	Ingestione orale 68; inalatoria 25; orale-mucosa 8; nasale 1; oculare 1.	Accessibilità del prodotto e imitazione degli adulti sono determinanti centrali.
Sintomi	49 eventi sintomatici; soprattutto gastrointestinali, respiratori, neurologici e orofaringei.	Quadro coerente con tossicità acuta da nicotina e irritazione locale.
Rischio stimato	64 lievi, 27 moderati, 1 grave; 10 nessuno/non tossico; 1 non rilevato.	La maggioranza è lieve-moderata, ma i casi gravi sono segnali sentinella.
Prodotti coinvolti	Sigarette/tabacco, ricariche con nicotina, HTP con/senza lamina, pouches.	La prevenzione deve coprire tutti i prodotti, non solo la sigaretta combustibile.

Area	Dato o evidenza dal video	Lettura scientifica
Casi sentinella	Dipendenza adolescenziale da HTP/e-cig; ingestione pediatrica di stick con lamina; aspirazione di dispositivi preriempiti.	Necessarie sorveglianza clinica, counselling e sicurezza domestica.

12. CESSAZIONE DEL CONSUMO DI TABACCO E NICOTINA: DATI, TREND E IMPLICAZIONI PER IL SISTEMA ITALIANO

L'intervento di Silvano Gallus ha collocato la cessazione del consumo di tabacco e nicotina entro una prospettiva insieme clinica, epidemiologica e di policy. Il punto di partenza è netto: il fumo di tabacco continua a rappresentare uno dei principali fattori di rischio evitabili a livello globale e determina una perdita rilevante di aspettativa di vita. I dati storici sulle coorti di medici britannici, richiamati nella relazione, mostrano che i fumatori muoiono mediamente circa dieci anni prima dei non fumatori; evidenze più recenti suggeriscono che la perdita di aspettativa di vita possa essere anche superiore.

La cessazione, tuttavia, produce benefici sostanziali anche quando avviene in età adulta avanzata: smettere a 60, 50, 40 o 30 anni consente di recuperare rispettivamente circa 3, 6, 9 e fino a 10 anni di aspettativa di vita. Questo dato conferma che la cessazione non deve essere interpretata come intervento tardivo o residuale, ma come misura terapeutica e preventiva di elevato impatto.

12.1 BENEFICI DELLA CESSAZIONE E TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA

La cessazione del consumo di tabacco e nicotina va considerata un trattamento della dipendenza, non un semplice atto di volontà individuale. Le linee guida italiane del 2023 e le raccomandazioni internazionali più recenti indicano che counselling, supporto comportamentale e farmacoterapia aumentano la probabilità di successo. Tra le opzioni farmacologiche rientrano terapia sostitutiva con nicotina, vareniclina, bupropione, nortriptilina e citisina/cytisine, da usare dentro un percorso clinico strutturato e monitorato. La novità del 2025-2026 è il rafforzamento del ruolo della citisina: l'OMS ne ha riconosciuto l'utilità nel trattamento della dipendenza da tabacco e in Italia la rimborsabilità del medicinale a base di citisina ha aperto una possibilità concreta di accesso pubblico, purché collegata ai Centri Antifumo e al counselling.

12.2 DALLO SMETTERE AUTONOMAMENTE AL PERCORSO STRUTTURATO NEI CENTRI ANTIFUMO

Un messaggio centrale dell'intervento riguarda il limite dei tentativi non assistiti. Smettere da soli è la modalità più diffusa, ma è anche quella meno efficace sul lungo periodo: solo una quota limitata di fumatori riesce a mantenere l'astinenza senza supporto. Il percorso strutturato presso un Centro Antifumo, articolato generalmente in 4-10 incontri specialistici, prevede invece valutazione clinica, stima del livello di dipendenza, valutazione della motivazione al cambiamento, intervento farmacologico e psicologico individuale o di gruppo, nonché follow-up programmati a 3, 6 e 12 mesi. Questo modello rende esplicito che la cessazione richiede continuità assistenziale e non può essere ridotta a un singolo consiglio sanitario occasionale.

12.3 CITISINA, RIMBORSO E CRITICITÀ DI ACCESSO

La relazione ha attribuito rilievo alla citisina, oggi particolarmente importante per due ragioni: da un lato è entrata nel dibattito internazionale sui farmaci essenziali per la cessazione; dall'altro, in Italia, la rimborsabilità può ridurre una barriera economica che per anni ha limitato l'accesso ai trattamenti. Il punto organizzativo resta però decisivo: la disponibilità del farmaco funziona davvero solo se il paziente entra in un percorso chiaro, con valutazione clinica, counselling, monitoraggio e collegamento stabile con i Centri Antifumo. Altrimenti il rischio è spostare l'attenzione sul farmaco e perdere il senso del trattamento complessivo della dipendenza.

12.4 SIGARETTA ELETTRONICA E CESSAZIONE: DISTINZIONE TRA STUDI CLINICI E MONDO REALE

L'intervento ha proposto una lettura severa del ruolo della sigaretta elettronica nella cessazione. Nel contesto reale, le sigarette elettroniche non possono essere considerate una soluzione generalizzabile: possono favorire uso duale, mantenimento della dipendenza nicotinic e passaggio da un prodotto a un altro senza reale cessazione.

Le revisioni cliniche, compresa la revisione Cochrane richiamata nella relazione, indicano che le e-cig con nicotina possono aumentare i tassi di cessazione della sigaretta tradizionale rispetto ad alcuni comparatori; tuttavia questo risultato deriva da contesti controllati, non coincide automaticamente con un beneficio di popolazione e non risolve i problemi legati a uso prolungato, dual use, dipendenza da vaping e attrattività verso i non fumatori. La formulazione più rigorosa è quindi: le e-cig possono avere un ruolo in alcuni percorsi clinici controllati per adulti fumatori, ma non rappresentano una strategia di sanità pubblica priva di rischi né una soluzione adatta ai giovani.

12.5 TOBACCO CONTROL SCALE 2025 E CAPACITÀ DEL SISTEMA DI SOSTENERE LA CESSAZIONE

La relazione ha richiamato la Tobacco Control Scale 2025, che quantifica il grado di adozione delle politiche di controllo del tabagismo nei Paesi europei. Tra le dimensioni considerate vi sono il prezzo dei prodotti, il divieto di fumo nei luoghi pubblici, la spesa per informazione pubblica, i divieti di pubblicità, le avvertenze sanitarie sui pacchetti e l'accesso ai trattamenti per la cessazione. Per la dimensione "trattamenti per cessazione", l'Italia ottiene 5 punti su 10: il punteggio segnala una condizione intermedia, con alcuni strumenti presenti ma con margini rilevanti di miglioramento, in particolare su registrazione sistematica dello status di fumatore, consiglio breve in medicina generale, rimborso dei trattamenti e copertura territoriale dei servizi specialistici.

12.6 TENTATIVI DI SMETTERE IN EUROPA E IN ITALIA

I dati Eurobarometro 2020 presentati nell'intervento indicano che in Europa la propensione a tentare di smettere è molto eterogenea tra Paesi. L'Italia appare tra i Paesi con una quota elevata di fumatori che hanno provato a smettere almeno una volta, ma con una quota limitata di tentativi recenti. Nella rappresentazione discussa, circa il 67% dei fumatori italiani dichiara di aver tentato di smettere più di un anno prima e circa il 4% negli ultimi dodici mesi.

Questo dato deve essere letto con cautela metodologica, ma suggerisce un punto rilevante: la cessazione è spesso un'intenzione ricorrente, non sempre accompagnata da supporto assistenziale tempestivo. I dati PASSI 2008-2024 mostrano inoltre un andamento non uniforme dei tentativi di smettere nel tempo e tra macroaree, con livelli più elevati nel Nord rispetto al Sud e Isole in diverse annualità recenti.

12.7 NUOVI PRODOTTI E DOMANDA DI CESSAZIONE

Un elemento innovativo dell'intervento riguarda i consumatori di sigarette elettroniche e prodotti a tabacco riscaldato. Sulla base dei dati Eurobarometro 2020, il 51% dei fumatori tradizionali e il 27% degli utilizzatori esclusivi di e-cig e HTP dichiarano di avere tentato almeno una volta di smettere. Tra gli ex e attuali fumatori che avevano provato a smettere, il 76% aveva tentato senza alcun supporto, mentre il 29% aveva utilizzato almeno un aiuto alla cessazione. Tra gli utilizzatori esclusivi di e-cig o HTP che avevano tentato di smettere, il 59% aveva provato senza supporto e il 40% aveva utilizzato un aiuto. Questi dati indicano che anche i nuovi prodotti generano una domanda di cessazione e che i servizi devono attrezzarsi non solo per il fumatore tradizionale, ma anche per chi desidera interrompere vaping, tabacco riscaldato o policonsumo.

12.8 SINTESI INTERPRETATIVA

La cessazione deve dunque essere collocata al centro della risposta sanitaria. Il calo della sigaretta tradizionale non elimina la necessità di trattare la dipendenza da nicotina; al contrario, la diffusione dei nuovi prodotti amplia il perimetro della domanda clinica. Il messaggio conclusivo dell'intervento è coerente con l'impianto complessivo dell'articolo: la cessazione è una strategia fondamentale per il controllo del tabagismo; esistono supporti farmacologici e psicologici efficaci; la citisina rappresenta un'opportunità se inserita in percorsi organizzati; la sigaretta elettronica non può essere presentata come soluzione generale; un basso livello di politiche di controllo si associa a bassi tentativi di smettere; e un numero crescente di utilizzatori di e-cig e HTP manifesta bisogno di supporto per interrompere il consumo.

13. SERVIZI TERRITORIALI PER IL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA TABACCO E NICOTINA: RISULTATI DEL CENSIMENTO ISS 2026

L'intervento di Guido Mortali, del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, completa il quadro epidemiologico e clinico dell'articolo spostando l'attenzione dalla domanda di cessazione alla capacità effettiva della rete territoriale di intercettarla e trattarla. La relazione riguarda i servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco, dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi fumo-correlati, presenti sull'intero territorio nazionale e afferenti al Servizio Sanitario Nazionale, alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e al privato sociale. Il punto metodologico da mantenere nell'articolo è la distinzione tra indicatori di rete, indicatori di accessibilità, indicatori di

processo assistenziale e indicatori di valutazione: non tutti i dati hanno lo stesso denominatore e non devono essere letti come prevalenze di popolazione.

13.1 RETE NAZIONALE, DISTRIBUZIONE TERRITORIALE E DENOMINATORI

Il censimento 2026 conferma l'esistenza di una rete nazionale di Centri Antifumo, ma documenta anche una riduzione rispetto alla rilevazione precedente e una distribuzione territoriale non omogenea. Il comunicato ISS 2026 indica 209 Centri Antifumo attivi, rispetto ai 223 dell'ultima rilevazione. Le slide dell'intervento presentano, per la distribuzione regionale, 117 centri nel Nord, pari al 53%, 48 nel Centro, pari al 22%, e 56 nel Sud e Isole, pari al 25%. Il totale di questa rappresentazione regionale è pari a 221 e va quindi trattato con cautela, perché non coincide con il denominatore 209 utilizzato in molte slide organizzative. La formulazione più rigorosa è che il censimento mostra una rete ancora presente sull'intero territorio, ma con maggiore concentrazione nel Nord e con denominatori variabili secondo la dimensione analizzata.

La lettura temporale conferma un ridimensionamento della rete rispetto alla fase di massima espansione osservata negli anni precedenti. Il trend dei Centri Antifumo mostra un aumento progressivo dal 2000 fino al picco intorno al 2010, seguito da una contrazione e da una sostanziale stabilizzazione su valori più bassi negli anni recenti. Questo dato è rilevante per la discussione: mentre la domanda potenziale di trattamento si amplia per effetto dei nuovi prodotti e del policonsumo, l'offerta specialistica non appare in espansione proporzionale.

13.2 ACCESSIBILITÀ ECONOMICA E PROCEDURALE

Sul piano dell'accessibilità, i Centri Antifumo mantengono una componente importante di offerta a basso costo o gratuita. Nelle slide riferite ai 209 centri, il 52% dichiara prestazioni gratuite per l'utente, il 38% accesso con ticket, il 7% contributo volontario, il 5% contributo obbligatorio e il 5% quota associativa.

Le percentuali sono da interpretare come categorie organizzative che possono non essere mutualmente esclusive in alcuni contesti locali. Per la prima visita, il 74% dei centri prevede accesso senza prescrizione medica, il 30% richiede impegnativa del medico di famiglia e l'8% indica altre procedure. L'accesso libero rappresenta un punto di forza, ma la quota di centri che richiede impegnativa o procedure ulteriori può costituire una barriera per utenti meno motivati o con minori risorse organizzative.

13.3 INVIO, PRESA IN CARICO E TEMPI DI ATTESA

L'arrivo degli utenti ai servizi conferma un modello misto, nel quale la motivazione individuale coesiste con l'invio da parte del sistema sanitario e della rete sociale. Secondo le slide, l'81% dei centri riceve utenti per accesso volontario, il 69% attraverso altri specialisti della salute, come cardiologi o pneumologi, il 67% tramite il medico di base, il 59% attraverso familiari o amici, il 33% mediante il Telefono Verde contro il Fumo, l'11% attraverso farmacie e il 7% tramite altri canali. Il dato sul Telefono Verde è importante perché collega la linea nazionale di counselling alla rete territoriale dei trattamenti. Nel 2026 risultano presi in carico 13.510 utenti nei centri rispondenti per questa variabile (n=166).

Il tempo medio di attesa per la prima visita, calcolato sui centri con dato disponibile (n=196), è inferiore a 7 giorni nel 9% dei casi, compreso tra 7 e 15 giorni nel 47%, tra 16 e 30 giorni nel 29% e superiore a 30 giorni nel 15%. La maggioranza dei centri riesce quindi a offrire un primo accesso entro 15 giorni, ma una quota non trascurabile presenta tempi di attesa che possono indebolire la finestra motivazionale del paziente.

Tabella 9. Indicatori principali del censimento ISS 2026 dei Centri Antifumo, secondo l'intervento Mortali.

Dimensione	Dato riportato nelle slide	Interpretazione per l'articolo
Rete territoriale	209 centri per le principali variabili organizzative; 221 nella slide di distribuzione regionale	Usare denominatori distinti; evitare di sommare indicatori non omogenei
Distribuzione regionale	Nord 117 (53%); Centro 48 (22%); Sud/Isole 56 (25%)	Rete nazionale con maggiore concentrazione nel Nord
Accessibilità economica	Gratuito 52%; ticket 38%; contributo volontario 7%; contributo obbligatorio 5%; quota associativa 5%	Persistono modelli di accesso differenziati; possibile barriera economica in alcuni contesti
Accesso alla prima visita	Senza prescrizione 74%; impegnativa MMG 30%; altro 8%	Accesso prevalentemente diretto, ma non uniforme
Canali di invio	Accesso volontario 81%; specialisti 69%; medico di base 67%; familiari/amici 59%; Telefono Verde 33%; farmacie 11%	Presa in carico integrata tra motivazione individuale, medicina generale, specialistica e rete sociale
Presa in carico	13.510 utenti nei centri rispondenti (n=166)	Dato di attività, non prevalenza epidemiologica
Attesa prima visita	<7 giorni 9%; 7-15 giorni 47%; 16-30 giorni 29%; >30 giorni 15% (n=196)	Circa metà dei centri entro 15 giorni; quote rilevanti oltre due settimane

13.4 VALUTAZIONE PSICOLOGICA E MEDICA

La presa in carico nei Centri Antifumo si caratterizza per la presenza di valutazioni psicologiche e mediche. Tra i 209 centri considerati, il 93% dichiara una valutazione psicologica e l'89% una valutazione medica. Sul versante psicologico, il colloquio motivazionale è indicato dall'87% dei centri, la valutazione del livello di dipendenza da fumo dal 73%, la valutazione psicodiagnostica dal 36% e altre procedure dal 6%. Sul versante medico, la visita medica generica è indicata dal 63%, la carbossimetria dal 51%, la spirometria dal 21%, la visita psichiatrica dal 20%, la visita pneumologica dal 18%, l'ossimetria dal 16%, lo screening ematochimico dal 12%, la radiografia del torace dal 9%, l'ECG dal 6%, la visita cardiologica dal 3% e altre valutazioni dal 20%. Questi dati indicano una buona integrazione di valutazioni cliniche e motivazionali, ma anche una variabilità marcata nell'uso di strumenti oggettivi, in particolare spirometria e biomarcatori.

13.5 OFFERTA ASSISTENZIALE E TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

L'offerta assistenziale descritta nel censimento è prevalentemente multidisciplinare. Il counselling individuale è presente nell'89% dei centri, la terapia farmacologica nell'86%, la psicoterapia individuale nel 40%, il gruppo psico-educativo nel 39%, la psicoterapia di gruppo nel 28% e altre modalità nel 25%. Il dato conferma che il Centro Antifumo non deve essere inteso come semplice sportello informativo,

ma come presidio clinico nel quale l'intervento comportamentale, motivazionale e farmacologico può essere modulato sul livello di dipendenza, sulle comorbidità e sulla storia di tentativi precedenti.

Tra i trattamenti farmacologici, le slide indicano una forte presenza della citisina (94%), seguita dalla terapia sostitutiva con nicotina (NRT, 70%), dal bupropione (48%), da antidepressivi/ansiolitici (12%), vareniclina (11%), naltrexone (2%) e protocollo omeopatico (2%). La lettura scientificamente corretta è duplice. Da un lato, la citisina emerge come opzione centrale dell'offerta italiana, coerentemente con il crescente interesse per la sua disponibilità e rimborsabilità; dall'altro, la presenza di opzioni con diverso livello di evidenza richiede che l'articolo distingua chiaramente tra trattamenti raccomandati dalle linee guida e pratiche dichiarate dai servizi. Il censimento fotografa ciò che viene offerto, non stabilisce da solo l'efficacia comparativa degli interventi.

13.6 VALUTAZIONE DI EFFICACIA, QUALITÀ E SISTEMI INFORMATIVI

La valutazione dell'efficacia degli interventi rappresenta una dimensione critica. Le slide indicano che il 92% dei centri utilizza la dichiarazione del paziente, il 51% il monossido di carbonio nell'espriato, il 6% marcatori biologici e il 6% altri strumenti. Il follow-up viene effettuato a un anno nel 61% dei centri, a sei mesi nel 59%, a tre mesi e a fine trattamento nel 56%, a un mese nel 44%, a una settimana nel 12% e a due anni nel 5%. L'uso prevalente della dichiarazione del paziente è compatibile con la pratica clinica corrente, ma il ricorso limitato a misure oggettive e a follow-up prolungati suggerisce la necessità di rafforzare standard minimi di monitoraggio.

La qualità del servizio è valutata attraverso soddisfazione degli utenti nel 62% dei centri e soddisfazione degli operatori nel 22%; il 33% non dichiara alcuna procedura di valutazione della qualità. Anche la registrazione dei dati appare eterogenea: il 64% usa una cartella clinica informatizzata, il 49% una cartella clinica cartacea, il 19% un sistema informatico regionale, il 19% una scheda del paziente, il 4% non registra i dati e il 15% usa altre modalità. Questi risultati hanno un'implicazione forte per la sanità pubblica: senza sistemi informativi omogenei è difficile misurare continuità assistenziale, outcome, drop-out, efficacia dei trattamenti e capacità dei centri di rispondere alle nuove dipendenze da nicotina.

13.7 ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE E IMPLICAZIONI ORGANIZZATIVE

Il censimento registra 808 professionisti coinvolti nei Centri Antifumo. La composizione delle équipes conferma la natura multidisciplinare del trattamento: medici 30%, psicologi 25%, infermieri 19%, educatori 11%, assistenti sociali 5%, personale amministrativo 5%, sociologi 1% e altre figure 6%. La formazione è dichiarata dal 53% dei professionisti; tra questi, il 79% riferisce formazione accreditata, il 16% autoapprendimento, il 2% formazione non accreditata e il 4% altre modalità. Il dato è positivo perché evidenzia una rete professionale ampia, ma segnala anche la necessità di standardizzare competenze, aggiornamento e protocolli rispetto ai nuovi prodotti, al policonsumo, alla cessazione del vaping e del tabacco riscaldato, e alla gestione di adolescenti o giovani adulti con dipendenza da nicotina.

L'intervento Mortali rafforza quindi una conclusione operativa: il sistema italiano dispone di una rete specialistica rilevante, ma non ancora pienamente uniforme. La disponibilità di centri, la gratuità o il ticket, le procedure di accesso, i tempi di attesa, l'offerta farmacologica, la valutazione di efficacia e la registrazione dei dati variano in modo significativo. In un contesto in cui il consumo si sposta dalla sigaretta tradizionale alla nicotina in forme multiple, la rete dei Centri Antifumo deve diventare anche rete per la cessazione dal consumo di nicotina, includendo e-cig, HTP, bustine e policonsumo.

14. CENTRI ANTIFUMO E CONTESTI REGIONALI: ASSETTI ISTITUZIONALI, OPERATIVI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

L'intervento di S. Salvini, dedicato ai Centri Antifumo e ai contesti regionali, completa il quadro sui servizi territoriali spostando il fuoco dal solo censimento nazionale alla governance multilivello della rete. Il punto centrale è che la risposta alla dipendenza da tabacco e nicotina non può essere descritta solo attraverso il numero dei Centri Antifumo o le prestazioni erogate: occorre analizzare il modo in cui tali servizi sono riconosciuti, programmati, coordinati e sviluppati nei diversi contesti regionali. La relazione mostra quindi il passaggio da una lettura anagrafico-assistenziale dei centri a una lettura istituzionale, organizzativa e prospettica.

14.1 GOVERNANCE INTERISTITUZIONALE E FONTI INFORMATIVE

La relazione colloca i Centri Antifumo entro un sistema di governance che coinvolge Governo e Dipartimento per le Politiche Antidroga, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, società scientifiche, federazioni e coordinamenti regionali. In questa cornice, il Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze rappresenta uno spazio di confronto tecnico tra livelli istituzionali e professionali. Le fonti informative richiamate nell'intervento sono tre: la mappatura territoriale dei Centri Antifumo gestita dall'ISS, la rilevazione Federserd Informa e le informazioni raccolte dalle Regioni e dal GTID.

Il sito ISS "Smetto di fumare" viene richiamato come strumento operativo di mappatura e accesso per cittadini e operatori, coerentemente con la funzione dell'ISS di censire e aggiornare dal 2000 la rete nazionale dei Centri Antifumo.

Un passaggio metodologico rilevante riguarda il lavoro avviato dalle Regioni ad aprile per la ricognizione dei Centri Antifumo. Tale ricognizione non ha avuto solo finalità descrittive, ma anche programmatiche: integrare le informazioni dell'ISS e raccogliere elementi sulle progettualità in corso, sugli ampliamenti previsti e sulle modifiche organizzative programmate. Le categorie di analisi richiamate sono gli assetti organizzativi e l'organizzazione dei servizi nei Piani Sociosanitari Regionali, il Programma Predefinito 4 dei Piani Regionali di Prevenzione e le programmazioni regionali triennali.

14.2 ASSETTI ISTITUZIONALI E ORGANIZZATIVI DEI CENTRI ANTIFUMO

Sul piano descrittivo, l'intervento conferma una rete nazionale ancora superiore alle 200 unità, ma eterogenea per collocazione istituzionale e modalità di accesso. Le slide indicano 43 Centri Antifumo in Emilia-Romagna, 34 in Toscana e oltre 20 in Lombardia, Piemonte, Lazio, Veneto e Sicilia. Circa l'80% dei centri afferisce ai SerD o a forme organizzative simili, mentre il restante 20% è riconducibile a Dipartimenti di prevenzione, aziende ospedaliere e associazioni come la LILT.

L'accesso è diretto in circa un terzo dei casi, mentre negli altri casi avviene su appuntamento. Il dato va letto insieme alla sezione precedente sul censimento ISS: la rete è presente, ma non uniforme; le differenze territoriali riguardano non solo il numero dei servizi, ma anche collocazione istituzionale, percorsi di accesso, integrazione con altri nodi sanitari e capacità di outreach.

Gli assetti organizzativi descritti comprendono articolazioni funzionali specifiche presso SerD, Dipartimenti di sanità pubblica, unità di pneumologia e cardiologia; sportelli antifumo e unità mobili dedicate; leggi regionali specifiche; coinvolgimento degli enti del Terzo settore; osservatori e tavoli tecnici regionali; interazioni dei Centri Antifumo con la rete sociosanitaria. Questa configurazione conferma che la cessazione dal tabacco e dalla nicotina è un intervento sanitario complesso, collocato all'intersezione tra dipendenze, prevenzione, medicina respiratoria, cardiologia, promozione della salute e politiche locali.

14.3 OPERATIVITÀ CLINICA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'intervento descrive un modello operativo fondato su approccio multidisciplinare dall'accoglienza al follow-up, équipe specialistica multiprofessionale e informazione iniziale al cittadino sul funzionamento del Centro Antifumo e sulle modalità del trattamento. Le attività includono valutazione medica, psicologica ed educativa, eventuale trattamento farmacologico, colloqui motivazionali individuali e percorsi di gruppo.

Sono richiamati anche gruppi di autoaiuto e presenza di associazioni per i familiari, oltre a interventi mirati per la popolazione carceraria. Questa impostazione è coerente con la trasformazione del fenomeno descritta nell'articolo: il trattamento non può limitarsi alla cessazione della sigaretta tradizionale, ma deve intercettare dipendenza da nicotina, uso duale, nuovi prodotti e policonsumo.

14.4 ETEROGENEITÀ REGIONALE: POLITICHE, STRUMENTI E SPERIMENTAZIONI

La relazione presenta una mappa delle politiche regionali che documenta iniziative differenziate. Gli esempi comprendono presenza di Centri Antifumo dedicati e applicazione di leggi provinciali nella Provincia autonoma di Bolzano; formazione degli operatori dei SerD e del Terzo settore e interventi mirati su e-cigarette e nuovi prodotti in Liguria; uso del Fascicolo Sanitario Elettronico e monitoraggio predittivo delle ricadute in Toscana; nuovo Piano regionale per il tabagismo in Umbria; campagne di prevenzione e attività scolastiche in Sicilia; innovazione digitale in Friuli-Venezia Giulia; obbligo di Centri per la disassuefazione presso SerD, Dipartimenti di sanità pubblica o unità di pneumologia e gruppo

regionale per la governance in Emilia-Romagna; sperimentazioni tecnologiche e attenzione all'integrazione con app e piattaforme di supporto in Molise; ambulatori dedicati alla nicotina e integrazione con pneumologia in Puglia; regolazione del fumo nei luoghi di lavoro e campagne social rivolte ai giovani in Basilicata; programmi scolastici e campagne di social media marketing in Calabria.

La lettura da proporre nell'articolo non è celebrativa, ma critica: l'eterogeneità testimonia vitalità progettuale, ma anche assenza di un modello uniforme nazionale pienamente consolidato.

Tabella 11. Dimensioni regionali dei Centri Antifumo emerse dall'intervento Salvini

Dimensione	Esempi riportati nell'intervento	Implicazione per la sanità pubblica
Assetto istituzionale	SerD, Dipartimenti di prevenzione, aziende ospedaliere, pneumologia/cardiologia, LILT e Terzo settore	La cessazione richiede integrazione tra dipendenze, prevenzione, clinica specialistica e comunità
Programmazione	PSR, Piani Regionali di Prevenzione, PP4, programmazioni triennali	Il contrasto al tabagismo deve entrare nella pianificazione ordinaria, non restare iniziativa episodica
Accesso e rete	Accesso diretto in circa un terzo dei casi; altri percorsi su appuntamento; sportelli e unità mobili	Serve maggiore omogeneità dei criteri di accesso e capacità di raggiungere utenti vulnerabili
Innovazione	App durante trattamento con citisina, strumenti digitali, monitoraggio, rTMS, attenzione a e-cigarette e bisogni emergenti	La rete deve aggiornarsi rispetto a nuovi prodotti, policonsumo e cessazione del vaping
Governance regionale	Tavoli tecnici, osservatori regionali, coordinamento dei Centri Antifumo, formazione operatori	Standard, formazione e dati condivisi sono prerequisiti per misurare qualità ed esiti

14.5 PROSPETTIVE DI SVILUPPO E RACCORDO CON IL TOBACCO CONTROL

Le prospettive di sviluppo indicate nell'intervento sono operative e di policy: promuovere la conoscenza dei Centri Antifumo mediante campagne di comunicazione e marketing sociale; realizzare interventi evidence-based di prevenzione ambientale per denormalizzare l'uso di tabacco; uniformare criteri di accesso e prestazioni, anche alla luce dell'introduzione della citisina; rafforzare la formazione continua degli operatori; dare continuità al coordinamento regionale dei Centri Antifumo; prevedere formazione specifica per gli operatori dei SerD; prendere in carico i bisogni emergenti legati alle e-cigarette; sviluppare app specifiche utilizzabili durante il trattamento con citisina; valutare strumenti innovativi come la rTMS; produrre linee guida e rivedere gli assetti organizzativi.

La parte finale dell'intervento collega la rete dei Centri Antifumo alla cornice più ampia delle politiche di tabacco control. La Tobacco Control Scale viene richiamata come strumento comparativo europeo fondato su componenti quali prezzo, ambienti smoke-free, campagne, divieti di pubblicità e promozione, avvertenze sanitarie, sostegno al trattamento, limiti di età, contrasto al commercio illecito e interferenza dell'industria. Il rapporto 2025 segnala un peggioramento rilevante per l'Italia, attribuito soprattutto alla mancata inclusione dei prodotti a tabacco riscaldato nelle medesime regolazioni previste per sigarette in materia di smoke-free e/o advertising. Questo dato rafforza il messaggio complessivo dell'articolo: la rete clinica dei Centri Antifumo serve, ma non sufficiente se non viene

sostenuta da politiche regolatorie, prevenzione ambientale, comunicazione pubblica e contrasto all'attrattività dei nuovi prodotti.

In sintesi, l'intervento Salvini consolida una lettura sistemica della risposta italiana alla dipendenza da tabacco e nicotina. I Centri Antifumo devono essere considerati nodi territoriali di una rete più ampia, che comprende governance regionale, programmazione sanitaria, formazione professionale, strumenti digitali, sorveglianza, politiche ambientali e capacità di intervento sui nuovi prodotti. La prospettiva di sviluppo non è solo "aumentare il numero dei centri", ma rendere la rete più visibile, accessibile, omogenea, integrata e capace di misurare i propri risultati.

15. IL RUOLO DELLA LILT NEL SUPPORTO ALLA CESSAZIONE DEL CONSUMO DI TABACCO E NICOTINA

L'intervento dedicato alla LILT colloca la cessazione del consumo di tabacco e nicotina in una prospettiva storica e territoriale. Il contributo è rilevante perché mostra che il trattamento del tabagismo in Italia non si è sviluppato soltanto attraverso i servizi sanitari pubblici, ma anche mediante una rete associativa strutturata, capace di promuovere prevenzione, formazione degli operatori, gruppi di disassuefazione e orientamento telefonico. In un articolo centrato sulla transizione dalla sigaretta tradizionale alla nicotina, questa sezione assume quindi un valore specifico: la risposta sanitaria deve includere anche i soggetti che intercettano precocemente la domanda di aiuto e la trasformano in accesso ai percorsi di cessazione.

15.1 ORIGINE STORICA E CONTRIBUTO METODOLOGICO DELLA LILT

Le slide ricostruiscono il ruolo pionieristico della LILT nella lotta al tabagismo. Negli anni Ottanta nasce il primo programma terapeutico istituzionale sul tabagismo, promosso da LILT, Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità. Nel 1986 l'ISS e il Provveditorato agli Studi di Roma avviano i primi gruppi sperimentali rivolti a 80 insegnanti fumatori; nel 1987 si tiene il primo corso di formazione per conduttori di "Gruppi per smettere di fumare", con la partecipazione di 32 associazioni provinciali LILT. Questo percorso documenta una precoce attenzione alla disassuefazione come intervento organizzato, non riducibile al solo consiglio individuale o alla volontà del singolo fumatore.

Tra il 1992 e il 1996 la LILT riadatta un modello canadese di trattamento di gruppo, formando circa 200 operatori LILT che attivano gruppi nei rispettivi territori. Il modulo formativo, organizzato dalla sede centrale, comprendeva tre giornate teorico-pratiche frontali e tre giornate di partecipazione ai gruppi. Il valore di questa esperienza non risiede soltanto nella numerosità degli operatori formati, ma nella costruzione di un modello replicabile, fondato su competenze di conduzione, dinamiche di gruppo e accompagnamento del cambiamento comportamentale.

15.2 DAL PIANO FORMATIVO NAZIONALE AI CENTRI ANTIFUMO

L'intervento richiama anche la collaborazione tra LILT e Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero della Salute. In tale cornice, il Ministero avrebbe incaricato la LILT di realizzare un Piano Formativo Nazionale, nel periodo 2004-2006, d'intesa con le Regioni, per sostenere l'istituzione dei Centri Antifumo nelle ASL. Il passaggio è importante perché collega la storia della LILT alla costruzione della rete pubblica dei servizi per la cessazione, indicando una complementarità fra Terzo settore, servizio sanitario e programmazione istituzionale.

Questa traiettoria è coerente con quanto riportato nella piattaforma "Guadagnare Salute con la LILT", secondo cui la LILT ha avuto un ruolo fondamentale nella diffusione in Italia del metodo di disassuefazione di gruppo, contribuendo al suo sviluppo e alla sua validazione scientifica. La stessa fonte descrive i gruppi per la disassuefazione come un intervento centrale nei Centri Antifumo pubblici e del Terzo settore, e valorizza il lavoro di rete tra operatori e servizi.

15.3 LA LILT OGGI: FORMAZIONE, RETE TERRITORIALE E MODELLO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

La sezione "LILT oggi" dell'intervento descrive tre linee operative. La prima riguarda la produzione di una guida didattica sui corsi per smettere di fumare e di un corso FAD disponibile sulla piattaforma "Guadagnare Salute con la LILT". La seconda è la costituzione di un gruppo pilota di 13 associazioni LILT impegnate nella sperimentazione di un modello cognitivo-comportamentale antifumo, in rete con Centri Antifumo delle ASL, medici di medicina generale e altri servizi territoriali. La terza è l'avvio di un programma di raccolta dati e valutazione dei risultati, seguito da epidemiologi e realizzato in collaborazione con l'Università La Sapienza.

Il valore di questa impostazione è duplice. Da un lato, essa rafforza la dimensione formativa e standardizzabile dell'intervento; dall'altro, avvicina la cessazione alla medicina territoriale e alla prevenzione di comunità. In un sistema in cui i Centri Antifumo presentano disomogeneità regionali, differenze di accesso e risorse non sempre stabili, la rete LILT può rappresentare un'infrastruttura complementare per intercettare fumatori e utilizzatori di prodotti con nicotina, orientarli ai servizi e sostenere programmi di gruppo.

15.4 PROSPETTIVE DI SVILUPPO: GIOVANI, NUOVE DIPENDENZE DA NICOTINA E CONTRASTO ALLA VENDITA AI MINORI

Le prospettive delineate dall'intervento sono coerenti con il quadro epidemiologico descritto nelle sezioni precedenti: sperimentare interventi di disassuefazione riservati ai giovani; formare operatori LILT e del Servizio Sanitario Nazionale sulle nuove forme di dipendenza da nicotina; ampliare la rete LILT nei territori con servizi dedicati alla disassuefazione e con collaborazioni con università, Case della Comunità, medici di medicina generale e farmacie. Queste azioni sono particolarmente rilevanti alla luce della diffusione di sigarette elettroniche, tabacco riscaldato e bustine di nicotina fra adolescenti e giovani adulti.

L'intervento richiama inoltre la necessità di campagne di contrasto alla somministrazione ai minorenni di dispositivi che erogano nicotina, anche nelle tabaccherie. Questo punto si raccorda direttamente con i dati presentati dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping: la disponibilità dei prodotti e la debolezza dei controlli sull'accesso dei minori costituiscono un determinante essenziale dell'iniziazione precoce. La LILT, per capillarità territoriale e tradizione preventiva, può quindi contribuire non solo alla cessazione, ma anche al rafforzamento dell'enforcement sociale e comunitario.

La slide conclusiva indica che ogni anno circa 3.000 persone smettono di fumare attraverso la LILT. Il dato va considerato come informazione congressuale, da verificare su report ufficiali o sistemi di monitoraggio nazionali prima di un uso strettamente quantitativo; resta tuttavia un segnale della capacità della rete di produrre esiti concreti di cessazione e di intercettare una domanda che non sempre raggiunge spontaneamente i servizi sanitari pubblici.

15.5 SOS LILT: FUNZIONE DI ORIENTAMENTO, COUNSELLING E ACCESSO AI SERVIZI

L'intervento presenta il numero verde SOS LILT 800 998877 come strumento operativo di orientamento e supporto. Le slide indicano un servizio attivo dal lunedì al venerdì, dalle 10 alle 15, rivolto a cittadini che richiedono informazioni, aiuto e consigli; informazioni sulla normativa relativa al divieto di fumo e sui servizi territoriali per il trattamento del tabagismo; supporto nella gestione delle preoccupazioni associate alla sospensione del fumo, incluse quelle relative ad aumento ponderale e alimentazione. La pagina ufficiale LILT conferma che la linea verde nazionale è anonima e gratuita, risponde al numero 800.998877 ed è gestita da un'équipe di medici, psicologi e giuristi; tra le funzioni dichiarate vi sono l'indirizzamento ai corsi per la disassuefazione, il sostegno telefonico e il supporto psicologico durante il percorso di cessazione.

Nel contesto dell'articolo, SOS LILT va interpretato come dispositivo di bassa soglia: non sostituisce i Centri Antifumo né la valutazione clinica, ma può ridurre la distanza tra motivazione a smettere e presa in carico. La sua utilità appare tanto maggiore quanto più la dipendenza da nicotina si presenta in forme differenziate: fumatori di sigarette tradizionali, utilizzatori duali, consumatori di sigarette elettroniche o tabacco riscaldato e soggetti esposti a nuove forme di dipendenza. Una prospettiva di sviluppo dovrebbe quindi prevedere l'integrazione informativa fra SOS LILT, Telefono Verde contro il Fumo ISS, Centri Antifumo, medicina generale e servizi territoriali.

15.6 SINTESI INTERPRETATIVA

Il contributo della LILT aggiunge all'articolo un elemento essenziale: il trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina richiede una rete plurale. Accanto alle sorveglianze epidemiologiche, ai Centri Antifumo e alle politiche regolatorie, sono necessari soggetti capaci di formazione, prossimità, educazione sanitaria, orientamento e accompagnamento. La LILT, per storia e infrastruttura territoriale, rappresenta una risorsa utile per rendere la cessazione più accessibile, soprattutto se integrata in modo esplicito con i percorsi regionali, i servizi del SSN e le nuove priorità poste dai prodotti contenenti nicotina non combustibile.

16. ACCESSIBILITÀ, AMBIENTE DOMESTICO E SCOLASTICO

La registrazione consente di precisare i canali di approvvigionamento. Tra gli 11-13enni, il ricorso agli amici rimane rilevante, ma cresce l'acquisto personale presso bar/tabacchi per tutti e tre i prodotti principali: 20,7% per sigarette tradizionali, 23,0% per tabacco riscaldato e 20,3% per sigarette elettroniche. Tra i 14-17enni, il bar/tabaccaio è ancora più centrale: 39,4% per sigarette tradizionali, 38,7% per tabacco riscaldato e 39,0% per sigarette elettroniche.

Il mancato rifiuto di vendita da parte dei rivenditori è documentato in modo puntuale. Alla domanda se un rivenditore si fosse mai rifiutato di vendere il prodotto a causa dell'età, la risposta "no, non si è rifiutato" varia dal 41,5% al 57,9% secondo prodotto e fascia d'età: 53,7% e 44,2% per le sigarette tradizionali, 49,3% e 47,3% per il tabacco riscaldato, 41,5% e 57,9% per le sigarette elettroniche, rispettivamente negli 11-13enni e nei 14-17enni. Questo dato deve essere descritto come auto-riferito dagli studenti, ma è sufficientemente forte per sostenere la necessità di rafforzare controlli e enforcement.

La casa e la scuola emergono come luoghi di consumo. Tra gli 11-13enni, il consumo a casa è riferito dal 37,4% dei consumatori di sigarette tradizionali, dal 43,5% dei consumatori di tabacco riscaldato e dal 43,4% dei consumatori di sigarette elettroniche; tra i 14-17enni le percentuali sono rispettivamente 33,7%, 44,4% e 52,0%. Il consumo a scuola è riferito dal 10,2%, 15,0% e 12,9% degli 11-13enni consumatori e dal 25,2%, 31,9% e 35,3% dei 14-17enni consumatori, secondo prodotto.

La consapevolezza dei genitori è limitata soprattutto nella fascia più giovane. Tra gli 11-13enni, solo circa un quinto dei consumatori riferisce che i genitori sanno del consumo: 18,7% per sigarette tradizionali, 18,1% per tabacco riscaldato e 18,3% per sigarette elettroniche. Tra i 14-17enni la consapevolezza sale al 40,7%, 39,2% e 37,1%, ma resta comunque inferiore alla metà dei casi.

È corretto mantenere l'osservazione sulla visibilità del consumo negli ambienti scolastici, ma con una formulazione puntuale. La registrazione mostra che gli studenti riferiscono di vedere anche personale scolastico fumare o svapare: tra gli 11-13enni, la quota che dichiara di aver visto professori o altro personale scolastico usare prodotti varia dal 21,0% al 34,5% secondo prodotto; tra i 14-17enni varia dal 40,1% al 56,1%. Tale dato deve essere interpretato come percezione/esposizione riferita dagli studenti e non come misura oggettiva di comportamento del personale.

17. SALUTE PSICOFISICA E COMPORTAMENTI ASSOCIATI

I dati della relazione confermano l'associazione tra consumo di prodotti contenenti tabacco o nicotina e indicatori di salute psicofisica e comportamenti a rischio. La formulazione deve rimanere rigorosa: si tratta di associazioni osservate in indagini trasversali e auto-riferite, non di prove causali.

Tra gli 11-13enni consumatori di nicotina, il consumo di alcol nell'ultimo mese è pari al 48,4% rispetto al 9,2% dei non consumatori; le ubriacature sono riferite dal 44,2% rispetto al 5,9%. Gli stessi

consumatori presentano punteggi doppi allo screening per ansia generalizzata (50,5% vs 21,7%) e depressione (47,7% vs 21,5%), e una minore quota di benessere psicologico adeguato (53,8% vs 72,6%). Tra i 14-17enni, il consumo di alcol nell'ultimo mese è pari al 78,3% nei consumatori di nicotina rispetto al 28,1% nei non consumatori; le ubriacature sono molto più frequenti nei consumatori. Gli indicatori di ansia generalizzata (43,0% vs 26,7%), depressione (38,3% vs 26,1%) e benessere psicologico inferiore (50,5% vs 63,4% di benessere adeguato nei non consumatori) confermano un quadro di maggiore vulnerabilità associata.

Gli effetti indesiderati auto-riferiti sono rilevanti anche sul piano fisico. Tra gli 11-13enni consumatori, il 44,3% degli utilizzatori di tabacco riscaldato riferisce uno o più sintomi, soprattutto tosse (29,7%), secchezza della bocca (20,0%) e difficoltà di respirazione (16,7%). Tra gli utilizzatori di sigarette elettroniche, il 43,1% riferisce uno o più sintomi, soprattutto mal di testa (22,5%) e tosse (20,5%). Questi dati non sono diagnosi cliniche, ma segnali auto-riferiti di malessere associato all'uso dei prodotti.

Tabella 10. Associazioni psicofisiche e comportamentali da riportare con cautela causale.

Indicatore	11-13 anni consumatori vs non consumatori	14-17 anni consumatori vs non consumatori	Nota
Consumo di alcol ultimo mese	48,4% vs 9,2%	78,3% vs 28,1%	Associazione comportamentale
Ubriacature ultimo mese	44,2% vs 5,9%	Più frequenti nei consumatori	Dato da riportare senza inferire causalità
Ansia generalizzata	50,5% vs 21,7%	43,0% vs 26,7%	Punteggi allo screening
Depressione	47,7% vs 21,5%	38,3% vs 26,1%	Punteggi allo screening
Benessere psicologico adeguato	53,8% vs 72,6%	50,5% vs 63,4%	Quota inferiore tra i consumatori

18. RISPOSTE DI SANITÀ PUBBLICA: TELEFONO VERDE, SOS LILT, CENTRI ANTIFUMO E PREVENZIONE

Nel 2025 il Telefono Verde contro il Fumo dell'Istituto Superiore di Sanità (800 554 088) ha gestito circa 3.600 telefonate; nell'87% dei casi a contattare il servizio sono stati fumatori interessati a smettere o a ricevere informazioni sui Centri Antifumo. Il servizio rappresenta un punto di accesso anonimo e gratuito per informazioni, supporto e orientamento ai percorsi di cessazione.

Il censimento aggiornato a maggio 2026 registra 209 Centri Antifumo attivi sul territorio nazionale, in diminuzione rispetto ai 223 della rilevazione precedente e con maggiore concentrazione nel Nord Italia. Questo dato pone un tema di accessibilità territoriale e di capacità del Servizio Sanitario Nazionale di rispondere alla domanda di cessazione, soprattutto in una fase in cui la dipendenza da nicotina assume forme multiprodotto.

La prevenzione dovrebbe articolarsi su più livelli: regolazione dei prodotti e degli aromi, contrasto alla vendita ai minori, controllo della pubblicità e delle promozioni, rafforzamento degli ambienti scolastici liberi da fumo e aerosol, interventi educativi precoci, counselling breve nei servizi sanitari e

collegamento sistematico con Telefono Verde e Centri Antifumo. Alla luce dell'intervento Mortali, questa rete deve essere sostenuta anche sul piano organizzativo: aggiornamento del censimento, standard minimi di valutazione, interoperabilità dei dati, formazione degli operatori e percorsi specifici per utilizzatori di nuovi prodotti e policonsumatori. L'intervento Salvini rafforza questo punto: la prevenzione e il trattamento devono essere sostenuti da governance regionale, programmazione nei Piani Regionali di Prevenzione, coordinamento tecnico dei servizi, formazione degli operatori e strumenti condivisi di monitoraggio.

19. DISCUSSIONE

La sezione sulla cessazione amplia il significato preventivo dell'intero lavoro: non è sufficiente descrivere la transizione dalla sigaretta alla nicotina, ma occorre garantire percorsi di uscita dalla dipendenza, includendo i consumatori di sigarette elettroniche, tabacco riscaldato e prodotti orali contenenti nicotina. Il dato europeo secondo cui molti tentativi avvengono senza supporto conferma un gap tra intenzione di smettere e accesso a strumenti efficaci.

I dati presentati al Convegno Nazionale 2026 indicano che l'Italia attraversa una fase di transizione nicotinica che riguarda tanto gli adulti quanto gli adolescenti. Il calo dell'uso esclusivo della sigaretta tradizionale conferma l'efficacia storica di alcune misure di contrasto al fumo combustibile, ma l'espansione dei prodotti alternativi riduce la portata di questo risultato quando si considera l'esposizione complessiva alla nicotina.

La revisione della registrazione congressuale rafforza e precisa la parte studentesca dell'articolo. L'elemento più importante non è solo la prevalenza, ma la riorganizzazione del mercato d'uso: la sigaretta elettronica diventa il prodotto dominante, il tabacco riscaldato supera di poco la sigaretta tradizionale e il policonsumo diventa il pattern prevalente tra i consumatori. Questo quadro impone di superare la dicotomia "fumatore/non fumatore" e di adottare indicatori multiprodotto.

Le differenze di genere richiedono una lettura non retorica. È corretto affermare che nel 2026 le prevalenze complessive sono più elevate tra le ragazze, ma non è corretto presentare ogni trend come crescita uniforme femminile. Nei preadolescenti, infatti, il consumo complessivo cala, mentre tra le ragazze aumentano specificamente tabacco riscaldato e sigarette elettroniche rispetto al 2025. Negli adolescenti 14-17enni, invece, la crescita di e-cig e tabacco riscaldato appare più chiaramente trainata dalla componente femminile.

Le bustine contenenti nicotina meritano particolare attenzione perché combinano discrezione d'uso, aromatizzazione, accessibilità tramite canali eterogenei e altissima frequenza di policonsumo. In particolare, il dato secondo cui il 51,7% degli utilizzatori di bustine combina tutti e quattro i prodotti suggerisce che, in questa fascia di adolescenti, le bustine non sostituiscono gli altri prodotti, ma si aggiungono a un profilo di esposizione già complesso.

Infine, l'associazione tra consumo di nicotina, alcol, ubriacature e indicatori di disagio psicologico suggerisce che il consumo non debba essere trattato come comportamento isolato. La nicotina si

inserisce in traiettorie evolutive, relazionali e psicologiche che richiedono interventi multidimensionali, capaci di collegare prevenzione delle dipendenze, promozione della salute mentale e contesti educativi. L'integrazione dell'intervento pediatrico-respiratorio aggiunge un elemento clinico essenziale: la transizione nicotina non modifica solo la prevalenza dei consumi, ma anche le traiettorie di esposizione del polmone in crescita. La prevenzione deve quindi includere non soltanto il contrasto all'iniziazione e al policonsumo, ma anche la protezione dei bambini da aerosol, esposizioni passive e residui ambientali, con un ruolo attivo del pediatra nello screening sistematico e nel counselling familiare.

I dati dell'intervento Gallus derivano da fonti eterogenee, inclusi studi storici, linee guida, Eurobarometro, PASSI e Tobacco Control Scale. Alcune stime presentate in forma grafica devono essere verificate sugli atti congressuali o sulle fonti originarie prima della sottomissione definitiva.

Il contributo LILT completa questa lettura organizzativa perché sposta l'attenzione dalla sola disponibilità dei servizi specialistici alla costruzione di una rete di prossimità. La storia dei gruppi di disassuefazione, la formazione degli operatori, la sperimentazione di modelli cognitivo-comportamentali, il numero verde SOS LILT e la collaborazione con CAF, medici di medicina generale, Case della Comunità, farmacie e università indicano che la cessazione può essere sostenuta anche da canali sociali e associativi integrati con il SSN. In tale prospettiva, la rete LILT non va descritta come alternativa ai Centri Antifumo, ma come componente complementare della presa in carico, utile soprattutto per orientamento, motivazione, accompagnamento e prevenzione nei giovani.

20. LIMITI DELL'ANALISI

Questo articolo è costruito su dati presentati in sede congressuale, su fonti istituzionali disponibili e sulle registrazioni degli interventi fornite dall'autore. È quindi una sintesi critica di un evento scientifico, non una revisione sistematica. Alcuni dettagli numerici provengono dalla lettura delle slide delle registrazioni e, prima di una eventuale sottomissione editoriale, dovranno essere controllati sugli atti ufficiali o sulle slide originali dei relatori.

L'integrazione dell'intervento sulla cessazione conferma che la risposta sanitaria alla transizione nicotina deve includere sia la prevenzione dell'iniziazione sia il trattamento della dipendenza già instaurata. Rafforzare i Centri Antifumo, aggiornare i percorsi per i nuovi prodotti, ridurre le barriere economiche ai farmaci e promuovere counselling e follow-up rappresentano azioni necessarie per trasformare l'intenzione di smettere in astinenza stabile.

Le indagini su studenti si basano su dati auto-riferiti. Questo consente di raccogliere informazioni su campioni ampi, ma comporta possibili bias di memoria, desiderabilità sociale e interpretazione dei prodotti. Inoltre, le associazioni tra consumo di nicotina, disagio psicologico e alcol non consentono inferenze causali senza disegni longitudinali o analisi specifiche.

La dimensione regionale rappresenta il livello di traduzione operativa delle evidenze epidemiologiche e cliniche. I dati su prevalenza, policonsumo, tossicità e domanda di cessazione acquistano pieno

significato solo se collegati alla capacità dei territori di organizzare risposte accessibili, multidisciplinari e misurabili. La ricognizione descritta nell'intervento Salvini mostra che alcune Regioni stanno sperimentando strumenti avanzati di formazione, governance e innovazione; tuttavia, l'eterogeneità regionale impone standard comuni, interoperabilità informativa e coordinamento nazionale-regionali. La tavola rotonda conclusiva è stata utilizzata come fonte qualitativa di sintesi. Non contiene nuove tabelle o nuove stime numeriche; per questo motivo la sezione finale riorganizza in chiave tecnico-programmatica quanto emerso dagli interventi precedenti, senza introdurre dati ulteriori non documentati.

21. CONCLUSIONI

Il quadro emerso dal Convegno Nazionale 2026 è netto: il tabagismo in Italia non sta semplicemente diminuendo, sta cambiando forma. La sigaretta tradizionale perde centralità, ma la nicotina resta presente attraverso nuovi dispositivi, nuove abitudini d'uso e nuove strategie di attrattività. La presenza di consumi già nella fascia 11-13 anni, l'elevata prevalenza tra i 14-17enni, il ruolo dominante della sigaretta elettronica, il lieve superamento della sigaretta tradizionale da parte del tabacco riscaldato, il policonsumo e l'emersione delle bustine contenenti nicotina richiedono un aggiornamento del paradigma preventivo.

La sfida per il Servizio Sanitario Nazionale è passare da una prevenzione centrata quasi esclusivamente sul fumo combustibile a una prevenzione centrata sull'iniziazione nicotinic complessiva e sulla cessazione assistita. Questo significa intervenire prima, meglio e in modo più continuo: contrastare la normalizzazione dei prodotti, rafforzare il counselling breve dei professionisti sanitari, proteggere casa e scuola da fumo e aerosol, rendere più accessibili i percorsi strutturati di cessazione e monitorare gli esiti.

L'integrazione dell'intervento LILT rafforza infine la dimensione territoriale e comunitaria della risposta: la cessazione non dipende solo dalla disponibilità di farmaci o servizi specialistici, ma anche dalla capacità di formare operatori, attivare gruppi, orientare i cittadini, intercettare i giovani e collegare reti associative e Servizio Sanitario Nazionale.

La tavola rotonda conclusiva conferma questa lettura: il valore del Convegno non è soltanto descrittivo, ma programmatico. Le evidenze presentate impongono una risposta coordinata, capace di integrare prevenzione, regolazione, trattamento e governance territoriale, evitando che il calo della sigaretta tradizionale nasconda la stabilizzazione o la riconfigurazione della dipendenza da nicotina.

22. TAVOLA ROTONDA CONCLUSIVA DEL XXVIII CONVEGNO: SINTESI TECNICA E PROSPETTIVE OPERATIVE

La tavola rotonda conclusiva del XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale" va letta come momento di ricomposizione dei contributi epidemiologici, clinici, tossicologici, organizzativi e regolatori presentati nel corso della giornata. Il suo valore non risiede nell'introduzione di ulteriori dati numerici, ma nella costruzione di una cornice interpretativa comune: il tabagismo non

può più essere affrontato come fenomeno limitato alla sigaretta combustibile, ma come insieme dinamico di esposizioni alla nicotina, prodotti, pratiche di consumo, vulnerabilità evolutive e assetti di risposta del Servizio Sanitario Nazionale.

22.1 DAL FUMO ALLA DIPENDENZA DA NICOTINA: IL CAMBIAMENTO DI PARADIGMA

Il primo messaggio tecnico che emerge dalla discussione conclusiva è il passaggio da un paradigma centrato sul “fumo” a un paradigma centrato sulla “dipendenza da nicotina”. La riduzione dell’uso esclusivo della sigaretta tradizionale, pur rappresentando un risultato importante delle politiche di controllo del tabacco, non consente più da sola di misurare il rischio complessivo. L’introduzione di sigarette elettroniche, prodotti a tabacco riscaldato e bustine contenenti nicotina ha modificato le modalità di accesso, mantenimento e normalizzazione della dipendenza, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti.

Questa prospettiva consente di leggere in modo unitario i dati delle sorveglianze PASSI e PASSI d’Argento, le indagini sulla popolazione scolastica, le evidenze respiratorie pediatriche, i segnali tossicologici del Centro Antiveleni e le criticità organizzative dei Centri Antifumo. Il problema di sanità pubblica non è più soltanto la combustione del tabacco, ma l’esposizione cumulativa, ripetuta e spesso multiprodotto alla nicotina, con effetti sulla dipendenza, sui comportamenti associati, sulla salute respiratoria e sulla domanda di trattamento.

22.2 GIOVANI, RAGAZZE E NUOVI PRODOTTI: PREVENZIONE PRIMA DELL’INIZIAZIONE

La discussione conclusiva rafforza la centralità della popolazione giovanile. I dati presentati durante il Convegno mostrano che l’iniziazione avviene precocemente, già nella fascia 11-13 anni, e che nella fascia 14-17 anni il consumo di prodotti contenenti tabacco o nicotina raggiunge livelli elevati. L’elemento più critico non è soltanto la prevalenza, ma la trasformazione qualitativa del consumo: la sigaretta elettronica è il prodotto più usato dagli studenti, il tabacco riscaldato supera di poco la sigaretta tradizionale e il policonsumo diventa una modalità ricorrente.

La differenza di genere, con prevalenze complessive più elevate tra le ragazze per molti prodotti, impone un aggiornamento degli interventi preventivi. La prevenzione non può limitarsi a messaggi generici sulla pericolosità del fumo, ma deve affrontare i meccanismi di attrattività dei nuovi dispositivi: aromi, design tecnologico, discrezione d’uso, percezione di minore rischio, marketing diretto o indiretto, normalizzazione nel gruppo dei pari e uso in contesti nei quali la sigaretta tradizionale sarebbe più facilmente riconoscibile.

In questa cornice, il punto di arrivo non è “far fumare meno” chi ha già stabilizzato una dipendenza, ma ritardare o impedire l’iniziazione. La prevenzione deve quindi iniziare precocemente, includere la scuola primaria e la secondaria di primo grado, coinvolgere famiglie e pediatri, e comunicare con chiarezza che i prodotti non combustibili non sono prodotti innocui né semplici alternative neutre alla sigaretta.

22.3 RISCHIO BIOLOGICO, CLINICO E TOSSICOLOGICO: APPLICARE IL PRINCIPIO DI PRECAUZIONE

Un secondo asse della tavola rotonda riguarda la valutazione del rischio. Gli interventi del Convegno hanno mostrato che i nuovi prodotti devono essere analizzati senza semplificazioni: minore

combustione non significa assenza di danno; aerosol non significa vapore acqueo; assenza di fumo visibile non significa assenza di esposizione. Le evidenze emergenti richiamate negli interventi su e-cig, tabacco riscaldato, bustine di nicotina e aerosol passivo indicano segnali biologici, cardiovascolari, respiratori e tossicologici che impongono prudenza, soprattutto nei minori e nei soggetti con vulnerabilità respiratoria.

La sorveglianza tossicologica del Centro Antiveneni di Milano aggiunge una prospettiva clinica essenziale: i nuovi prodotti non generano soltanto rischi cronici o teorici, ma anche eventi acuti, soprattutto in ambito pediatrico domestico, per ingestione accidentale, aspirazione, esposizione mucosa o uso incongruo. Le bustine contenenti nicotina e i liquidi per sigarette elettroniche pongono problemi specifici perché possono concentrare dosi elevate di nicotina in confezioni o forme d'uso percepite come meno pericolose, più discrete e più facilmente accessibili.

La conclusione tecnica è che, in presenza di evidenze ancora in evoluzione ma di segnali coerenti di rischio, la sanità pubblica deve adottare il principio di precauzione. Ciò significa evitare la normalizzazione sociale dei nuovi prodotti, non accreditarli come innocui, distinguere con rigore fra studi clinici controllati e uso reale, e mantenere una posizione regolatoria orientata alla protezione dei minori e dei non utilizzatori.

22.4 CESSAZIONE E PRESA IN CARICO: DAL CONSIGLIO OCCASIONALE ALLA RETE INTEGRATA

La tavola rotonda richiama anche la necessità di rafforzare la cessazione. Il trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina non può essere ridotto alla raccomandazione individuale o alla volontà del singolo. L'evidenza presentata negli interventi dedicati alla cessazione e ai servizi territoriali mostra che i percorsi più efficaci integrano valutazione clinica, counselling, supporto psicologico-comportamentale, farmaci con evidenza di efficacia, follow-up e accessibilità reale ai Centri Antifumo. Il nodo critico è la continuità della presa in carico. La persona che fuma o utilizza prodotti contenenti nicotina può intercettare il sistema attraverso molte porte di accesso: medico di medicina generale, pediatra, specialista, farmacia, scuola, Telefono Verde contro il Fumo, SOS LILT, Centri Antifumo, servizi per le dipendenze, pneumologia, cardiologia, oncologia, Case della Comunità e Terzo settore. La sfida non è moltiplicare canali isolati, ma costruire una rete riconoscibile, coordinata e misurabile, capace di orientare rapidamente l'utente verso il trattamento appropriato.

In questo senso, il ruolo dei professionisti sanitari è decisivo. Il consiglio di smettere deve diventare più frequente, sistematico e documentato, includendo non solo i fumatori di sigarette tradizionali ma anche utilizzatori duali, consumatori di tabacco riscaldato, e-cig e altri prodotti contenenti nicotina. La nuova dipendenza nicotinica richiede nuove domande anamnestiche: non “fuma?”, ma “usa prodotti contenenti nicotina?”, “quali prodotti?”, “con quale frequenza?”, “in quali combinazioni?” e “ha mai provato a smettere?”.

22.5 SERVIZI, REGIONI E TERZO SETTORE: GOVERNANCE DELLA RISPOSTA

Le conclusioni della tavola rotonda convergono su un punto organizzativo: la risposta al tabagismo e alla dipendenza da nicotina richiede governance multilivello. Il censimento ISS dei Centri Antifumo, la

ricognizione degli assetti regionali e il contributo LILT mostrano che l'Italia dispone di una rete di risorse significativa, ma eterogenea per distribuzione territoriale, accessibilità, modelli organizzativi, composizione delle équipes, gratuità, presa in carico farmacologica e sistemi di monitoraggio degli esiti. La governance regionale è il livello nel quale le evidenze diventano pratica. I Piani Regionali di Prevenzione, il Programma Predefinito 4, le programmazioni triennali, i Dipartimenti di prevenzione, i SerD, le pneumologie, le cardiologie, i servizi oncologici, la LILT e gli altri attori territoriali devono essere integrati in percorsi espliciti. La rete dei Centri Antifumo deve essere visibile, accessibile, aggiornata e valutabile, con indicatori condivisi di attività ed esito.

Il Terzo settore, e in particolare la LILT, rappresenta una risorsa complementare alla rete del Servizio Sanitario Nazionale. Gruppi di disassuefazione, formazione degli operatori, orientamento telefonico, collaborazione con medici di medicina generale, farmacie, Case della Comunità e università possono aumentare la prossimità dell'intervento e ridurre la distanza tra bisogno, motivazione e trattamento.

22.6 REGOLAZIONE, ENFORCEMENT E AMBIENTI LIBERI DA FUMO, AEROSOL E NICOTINA

Un altro asse conclusivo riguarda la regolazione. Le evidenze del Convegno indicano che non è sufficiente produrre dati: occorre tradurli in regole applicate. La vendita ai minori, l'accessibilità nei punti vendita, la promozione dei nuovi prodotti, gli aromi, il packaging, la pubblicità indiretta, gli eventi promozionali, l'uso nei contesti scolastici e la tolleranza dell'aerosol negli ambienti domestici richiedono un approccio regolatorio più coerente con la transizione nicotinic.

La scuola va considerata un ambiente integralmente libero da fumo, aerosol e prodotti contenenti nicotina, includendo studenti, personale docente e non docente, pertinenze, bagni, cortili e spazi meno visibili. La stessa logica deve essere estesa agli ambienti domestici, dove la maggiore tolleranza verso l'aerosol passivo dei nuovi dispositivi rischia di ridurre la protezione di bambini, adolescenti e soggetti fragili. La prevenzione ambientale non è un elemento accessorio: è una condizione di normalizzazione o denormalizzazione del consumo.

22.7 PRIORITÀ OPERATIVE CONDIVISE

Dalla tavola rotonda possono essere ricavate alcune priorità operative. Primo, mantenere e rafforzare la sorveglianza epidemiologica, includendo tutti i prodotti contenenti nicotina e distinguendo uso esclusivo, uso duale e policonsumo. Secondo, anticipare la prevenzione nelle fasce più giovani, con messaggi adatti all'età e sensibili al genere. Terzo, migliorare l'enforcement del divieto di vendita ai minori e la vigilanza nei contesti scolastici. Quarto, rendere più accessibili i percorsi di cessazione, includendo farmaci, counselling e supporto psicologico-comportamentale. Quinto, rafforzare i Centri Antifumo e la loro integrazione con Regioni, servizi territoriali e Terzo settore. Sesto, usare i dati del Centro Antiveleni come segnale sentinella per orientare prevenzione, packaging, informazione alle famiglie e sicurezza domestica.

In termini più generali, la chiusura del Convegno segnala il passaggio da una fase descrittiva a una fase attuativa. I dati raccolti non devono restare confinati alla sorveglianza, ma devono orientare decisioni: campagne, formazione, regolazione, percorsi clinici, indicatori di qualità, sistemi informativi e

responsabilità istituzionali. Il tabagismo, nella sua forma attuale, richiede una politica pubblica capace di seguire la trasformazione del mercato e delle abitudini di consumo con altrettanta rapidità.

22.8 CHIUSURA INTERPRETATIVA

La conclusione complessiva del XXVIII Convegno è che la lotta al tabagismo deve diventare lotta alla dipendenza da nicotina in tutte le sue forme. Questa riformulazione non indebolisce il contrasto alla sigaretta tradizionale, ma lo amplia: include i nuovi prodotti, le esposizioni passive, il policonsumo, l'età pediatrica, le differenze di genere, le disuguaglianze territoriali, la tossicologia acuta, la cessazione e la governance dei servizi.

La sfida del Servizio Sanitario Nazionale è costruire una risposta proporzionata alla complessità del fenomeno: prevenire l'iniziazione, proteggere gli ambienti di vita, contrastare l'attrattività commerciale, intercettare precocemente i consumatori, offrire trattamenti efficaci, monitorare gli esiti e integrare istituzioni, Regioni, professionisti sanitari, scuola, famiglie e Terzo settore. In questa prospettiva, il Convegno 2026 non consegna soltanto dati aggiornati, ma una precisa agenda di lavoro per il controllo del tabacco e della nicotina in Italia.

MESSAGGI CHIAVE

- Il calo dell'uso esclusivo della sigaretta tradizionale non equivale a una riduzione proporzionale dell'esposizione complessiva alla nicotina.
- La registrazione dell'intervento del Centro Nazionale Dipendenze e Doping conferma che nel 2026 i consumi studenteschi sono già presenti nella fascia 11-13 anni e molto elevati nella fascia 14-17 anni.
- La sigaretta elettronica è il prodotto più utilizzato in entrambe le fasce d'età; il tabacco riscaldato supera di poco la sigaretta tradizionale sia negli 11-13enni sia nei 14-17enni.
- Le ragazze hanno prevalenze complessive più alte, ma il trend deve essere descritto con precisione: negli 11-13enni diminuisce l'uso complessivo dei prodotti, mentre tra le ragazze aumentano e-cig e tabacco riscaldato rispetto al 2025; nei 14-17enni aumentano soprattutto e-cig e tabacco riscaldato tra le ragazze.
- Il policonsumo è un indicatore centrale: riguarda il 51,4% dei consumatori 11-13enni, il 69,5% dei consumatori 14-17enni e il 94,5% degli utilizzatori di bustine con nicotina.
- Le associazioni con alcol, ubriacature, ansia, depressione e minore benessere psicologico devono essere interpretate come associazioni epidemiologiche e non come prove di causalità.
- L'esposizione pediatrica ai nuovi prodotti deve essere interpretata anche come rischio respiratorio: l'aerosol delle e-cig non è semplice vapore acqueo e può contenere nicotina, solventi, aromi, aldeidi, metalli, composti organici volatili e particolato fine/ultrafine.
- La cessazione è una strategia fondamentale di controllo del tabagismo: i trattamenti farmacologici e psicologico-comportamentali aumentano la probabilità di successo, mentre l'abbandono autonomo resta frequente ma meno efficace.
- Il censimento ISS 2026 dei Centri Antifumo mostra una rete specialistica ancora capillare ma fragile: 209 servizi attivi per le principali variabili organizzative, distribuzione territoriale non

uniforme, accesso spesso libero ma tempi di attesa non sempre brevi, forte presenza di counselling e terapia farmacologica, e necessità di rafforzare registrazione dei dati, valutazione di efficacia e qualità del servizio.

- L'analisi osservazionale del Centro Antiveleni di Milano mostra che i nuovi prodotti generano anche eventi avversi acuti: ingestione orale, aspirazione accidentale di dispositivi preriempiti, esposizione a liquidi con nicotina, uso intenzionale di pouches e incidenti legati agli stick di tabacco riscaldato.
- Le risposte di sanità pubblica devono integrare regolazione, prevenzione scolastica, contrasto all'accesso dei minori, counselling sanitario e percorsi strutturati di cessazione. L'intervento del dott. Gallus rafforza questo impianto, richiamando la necessità di rendere la cessazione più accessibile, continuativa e integrata nei servizi territoriali, incluse le nuove forme di dipendenza da nicotina non combustibile.
- I contesti regionali dei Centri Antifumo rappresentano un livello decisivo della risposta al tabagismo: il censimento ISS deve essere integrato con programmazione regionale, Piani Regionali di Prevenzione, coordinamenti tecnici, formazione, standard di accesso e strumenti di innovazione orientati ai nuovi prodotti contenenti nicotina.
- La LILT rappresenta una componente storica e operativa della risposta italiana alla dipendenza da tabacco: dai primi gruppi di disassuefazione e dalla formazione degli operatori al supporto telefonico SOS LILT, fino alla sperimentazione di modelli cognitivo-comportamentali in rete con CAF, medici di medicina generale, università, Case della Comunità, farmacie e altri servizi territoriali.
- La tavola rotonda conclusiva ricompone gli interventi del Convegno in una agenda operativa: passare dalla descrizione del fenomeno alla costruzione di una risposta coordinata, misurabile e multilivello, capace di integrare prevenzione, regolazione, clinica, servizi territoriali e responsabilità istituzionale.
- La riduzione della sigaretta tradizionale non basta a misurare la riduzione del rischio: occorre valutare l'esposizione complessiva alla nicotina.
- Nel 2026 il consumo studentesco negli ultimi 30 giorni riguarda il 5,9% degli 11-13enni e il 37,1% dei 14-17enni.
- La sigaretta elettronica è il prodotto più utilizzato dagli studenti; il tabacco riscaldato supera di poco la sigaretta tradizionale.
- Le differenze di genere richiedono prevenzione mirata, ma il trend va descritto con precisione: non ogni aumento è generalizzabile a tutte le fasce e a tutti i prodotti.
- Il policonsumo è ormai un indicatore centrale: 51,4% negli 11-13enni consumatori, 69,5% nei 14-17enni consumatori e 94,5% tra gli utilizzatori di bustine.
- Le bustine con nicotina non appaiono come prodotto sostitutivo nei consumatori adolescenti, ma come ulteriore fonte di esposizione in profili multiprodotto.
- Le associazioni con alcol, ubriacature, ansia, depressione e minore benessere psicologico richiedono interventi integrati su dipendenze e salute mentale.

- La prevenzione deve integrare scuola, famiglia, servizi sanitari, Telefono Verde, Centri Antifumo e regolazione del mercato.
- In età pediatrica, lo screening deve includere tutti i prodotti contenenti nicotina e non solo la sigaretta tradizionale; il pediatra può intercettare esposizione diretta, passiva, familiare e ambientale.
- I nuovi prodotti non vanno descritti come innocui: le evidenze emergenti indicano segnali biologici, cardiovascolari e respiratori di rischio, soprattutto nei pattern di uso duale o multiprodotto.
- La sorveglianza del Centro Antiveneni di Milano mostra che gli eventi acuti da prodotti del tabacco e/o contenenti nicotina coinvolgono soprattutto bambini piccoli, con ingestione, aspirazione accidentale e casi sentinella legati a dispositivi preriempiti, HTP e pouches.
- La cessazione va considerata una componente strutturale della risposta di sanità pubblica: i Centri Antifumo, i trattamenti farmacologici, il counselling e il follow-up devono intercettare anche utilizzatori di e-cig, HTP e policonsumatori, non solo fumatori di sigarette tradizionali.
- Il censimento ISS 2026 dei Centri Antifumo indica che la rete specialistica è una risorsa strategica, ma necessita di maggiore uniformità territoriale, accesso rapido, monitoraggio degli esiti, standardizzazione dei dati e formazione specifica sui nuovi prodotti contenenti nicotina.
- La governance regionale dei Centri Antifumo è decisiva: programmazione, coordinamento, formazione, accesso omogeneo, strumenti digitali e linee guida devono trasformare la rete da elenco di servizi a infrastruttura territoriale per la cura della dipendenza da nicotina.
- La LILT rappresenta una risorsa storica e operativa per la cessazione: gruppi di disassuefazione, formazione degli operatori, SOS LILT e sperimentazioni territoriali possono integrare la rete dei Centri Antifumo e favorire l'accesso a percorsi strutturati, anche per le nuove forme di dipendenza da nicotina.
- La tavola rotonda conclusiva ribadisce che il problema non è più solo il fumo combustibile, ma l'intero continuum di esposizione alla nicotina.
- La risposta nazionale deve passare dalla descrizione dei trend alla loro traduzione operativa: prevenzione precoce, enforcement, accesso ai trattamenti, integrazione dei Centri Antifumo, governance regionale e monitoraggio degli esiti.
- La chiusura del Convegno indica una precisa agenda di sanità pubblica: proteggere i minori, contrastare l'attrattività dei nuovi prodotti, denormalizzare fumo e aerosol, trattare la dipendenza e coordinare reti istituzionali, cliniche e comunitarie.

NOTA DI CONTROLLO FINALE

Nel controllo finale sono stati verificati i dati numerici principali con le fonti congressuali disponibili e con fonti istituzionali o scientifiche autorevoli: ISS/EpiCentro, Ministero della Salute, WHO, Cochrane, Tobacco Control Scale, Gazzetta Ufficiale, LILT e Centro Antiveleni di Niguarda. Le informazioni provenienti dalle registrazioni congressuali sono state mantenute come fonti primarie del Convegno; quando non erano pubblicate in formato esteso, sono state formulate con prudenza e senza trasformare associazioni osservazionali in relazioni causali.

RIFERIMENTI ESSENZIALI

1. Istituto Superiore di Sanità. Giornata senza tabacco: in Italia meno sigarette tradizionali, ma i nuovi prodotti a base di nicotina attirano le donne e i più giovani. Pubblicato 29 maggio 2026. <https://www.iss.it/-/giornata-senza-tabacco-in-italia-meno-sigarette-tradizionali-ma-i-nuovi-prodotti-a-base-di-nicotina-attirano-le-donne-e-i-pi%C3%B9-giovani>
2. Istituto Superiore di Sanità. World No-Tobacco Day 2026 - Giornata mondiale senza tabacco. Programma del XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". https://www.iss.it/documents/20126/0/087D26_Ps+Programma+%281%29.pdf/f195eacc-085b-5af3-82b8-09b0aa921aeb?t=1779193383348
3. World Health Organization. World No Tobacco Day 2026. <https://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2026>
4. World Health Organization. WHO warns nicotine pouch brands targeting youth as sales surge. 15 May 2026. <https://www.who.int/news/item/15-05-2026-who-warns-nicotine-pouch-brands-targeting-youth-as-sales-surge>
5. Mastrobattista L. Il consumo di tabacco e nicotina. Relazione del Centro Nazionale Dipendenze e Doping al XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026. Registrazione video allegata dall'autore: fonte ufficiale utilizzata per la revisione della sezione studentesca.
6. Minardi V. Evoluzione del consumo di tabacco e nicotina nella popolazione adulta e ultra65enne in Italia: il contributo di PASSI e PASSI d'Argento. Relazione al XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026. Materiale congressuale/appunti dell'autore.
7. Boffi R. Nuovi prodotti del tabacco e contenenti nicotina: evidenze emergenti sui rischi per la salute e prospettive d'intervento. Relazione al XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026. Registrazione video allegata dall'autore.
8. La Grutta S. Esposizione ai nuovi prodotti a base di tabacco e nicotina in età pediatrica: evidenze scientifiche e rischi per la salute respiratoria. Relazione al XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026. Registrazione video allegata dall'autore.
9. Centro Antiveleni di Milano/Niguarda. Analisi osservazionale del Centro Antiveleni di Milano per l'Istituto Superiore di Sanità degli eventi avversi derivanti dall'uso congruo o incongruo di prodotti del tabacco e/o contenenti nicotina. Relazione intermedia 01/10/2025-31/03/2026 nell'ambito dell'analisi 01/10/2025-30/09/2026. Registrazione video allegata dall'autore.
10. Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro. Abitudine al fumo: dati della sorveglianza PASSI. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>
11. Istituto Superiore di Sanità. Telefono Verde contro il Fumo. https://www.iss.it/numeri-verdi/-/asset_publisher/LXvuDqwiaG9G/content/telefono-verde-contro-il-fumo-2
12. Istituto Superiore di Sanità. Smetto di fumare: Centri Antifumo e strumenti di supporto. <https://smettodifumare.iss.it/>

13. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Ordinanza Ministero della Salute 26 giugno 2013: divieto di vendita ai minori di sigarette elettroniche con presenza di nicotina e divieto di utilizzo nei locali chiusi delle istituzioni scolastiche. GU n.176 del 29 luglio 2013. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/07/29/13A06442/sg>
14. Decreto legislativo 12 gennaio 2016, n. 6. Recepimento della direttiva 2014/40/UE sui prodotti del tabacco e sulle sigarette elettroniche, art. 21. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/01/18/16G00009/sg>
15. Accordo Stato-Regioni 28 febbraio 2008, Rep. Atti n. 56/CSR. Definizione di attività e requisiti basilari di funzionamento dei Centri Antiveleni.
16. ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Centro Antiveleni. <https://www.ospedaleniguarda.it/in-evidenza/leggi/centro-antiveleni>
17. Società Italiana di Tabaccologia. Consiglio Direttivo Nazionale SITAB 2024-2027. Presidente: Dott. Roberto Boffi. <https://www.tabaccologia.it/index.php/direttivo-nazionale>
18. Corsello A, Ferraro VA, Reali L, Venditto L, Spatuzzo M, Di Cicco ME, Ghezzi M, Indinnimeo L, La Grutta S. Novel nicotine and tobacco products in pediatric age: a joint position paper. *Italian Journal of Pediatrics*. 2025;51:270. <https://doi.org/10.1186/s13052-025-02116-2>
19. Di Cicco ME, Ghezzi M, Benì A, Borghi A, Carraro S, Ferraro M, Kantar A, Malizia V, Nenna R, Radovanovic D, La Grutta S, Italian Pediatric Respiratory Society's Task Force on vaping. Vaping as a new threat for respiratory health: a position statement from the Italian Pediatric Respiratory Society. *Pediatric Respiratory Journal*. 2025;3(3):112-125. <https://doi.org/10.56164/PediatrRespirJ.2025.76>
20. Oliveira M, Hayashi L, Kastigar S, et al. Nicotine ingestions among young children: 2010-2023. *Pediatrics*. 2025;156(2):e2024070577.
21. World Health Organization. Exposing marketing tactics and strategies driving the popularity of nicotine pouches. 2026. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240114920>
22. Department of Health and Social Care, GOV.UK. Tobacco and Vapes Bill becomes law. 29 April 2026. <https://www.gov.uk/government/news/tobacco-and-vapes-bill-becomes-law>
23. Leventhal AM, et al. Flavor and Nicotine Effects on E-cigarette Appeal in Young Adults: Moderation by Reason for Vaping. *Addictive Behaviors*. 2020. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8284482/>
24. Smith TT, Nahhas GJ, Carpenter MJ, et al. Intention to Quit Vaping Among United States Adolescents. *JAMA Pediatrics*. 2021;175(1):97-99. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2769574>
25. Williams BS, Fiore MC, Hyland A, Slutske WS. Vaping Cessation Methods Used by Young Adults. *JAMA Network Open*. 2025;8(5):e2512803. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2834558>
26. Butler AR, et al. Interventions for quitting vaping. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2025. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD016058.pub2/full>
27. Evins AE, et al. Varenicline for Youth Nicotine Vaping Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40266580/>

28. Rigotti NA, et al. Cytisinicline for Vaping Cessation in Adults Using Nicotine E-Cigarettes: The ORCA-V1 Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine. 2024. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2818194>
29. Mohammadi L, et al. Chronic E-Cigarette Use Impairs Endothelial Function on the Physiological and Cellular Levels. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. 2022;42:1333-1350. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36288290/>
30. Herzog C, et al. Cigarette Smoking and E-cigarette Use Induce Shared DNA Methylation Changes Linked to Carcinogenesis. Cancer Research. 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38503267/>
31. Bittoni MA, et al. Vaping, Smoking and Lung Cancer Risk. Journal of Oncology Research and Therapy. 2024. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11361252/>
32. Ciancarella C, et al. Heat-not-burn tobacco induces protein post-translational modifications and apoptosis in bronchial cells: possible role in rheumatoid arthritis. RMD Open. 2026;12:e006645. <https://rmdopen.bmj.com/content/12/2/e006645>
33. Heshmati J, et al. Nicotine pouch pharmacokinetics compared to smoked tobacco: a systematic review and meta-analysis. Drug and Alcohol Dependence Reports. 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41246258/>
34. Gallus S. La cessazione del consumo di tabacco e nicotina: dati e trend nel contesto nazionale e internazionale. Relazione al XXVIII Convegno Nazionale “Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale”, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026. Fonte video congressuale fornita dall’autore/partecipante.
35. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years’ observations on male British doctors. BMJ. 2004;328:1519.
36. Istituto Superiore di Sanità - Sistema Nazionale Linee Guida. Linea guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina. Edizione 2023. <https://www.iss.it/-/linee-guida>
37. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. Guidelines for Treating Tobacco Dependence. Edizione aggiornata richiamata nella relazione congressuale Gallus.
38. Lindson N, Butler AR, McRobbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2025;CD010216.
39. Joossens L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2025 in Europe. 2026. <https://new.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2026/05/TCS-2025.pdf>
40. European Commission. Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2020; e Special Eurobarometer 539/99.3: Attitudes of Europeans towards tobacco and related products. 2024. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2995>
41. El Asmar ML, et al. How do Europeans quit using tobacco, e-cigarettes and heated tobacco products? A cross-sectional analysis in 28 European countries. BMJ Open. 2022;12:e059068.
42. Mortali G. I servizi territoriali per il trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina: risultati del censimento dell’Istituto Superiore di Sanità. Relazione al XXVIII Convegno Nazionale “Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale”, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026. Fonte video congressuale fornita dall’autore/partecipante.

43. Salvini S. Centri Antifumo e contesti regionali: assetti istituzionali, operativi e prospettive di sviluppo. Relazione al XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026. Fonte video congressuale fornita dall'autore/partecipante.
44. Tobacco Control Scale. Latest edition: Tobacco Control Scale 2025 in Europe. <https://tobaccocontrolscales.org/latest-edition/>
45. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). Il ruolo della LILT nel supporto alla cessazione del consumo di tabacco e nicotina. Relazione al XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026. Fonte video congressuale fornita dall'autore/partecipante.
46. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). SOS LILT. <https://www.lilt.it/sos>
47. Guadagnare Salute con la LILT. I gruppi per smettere di fumare. https://guadagnaresaluteconlalilt.it/FAD/Presentazione/GS_FUMO
48. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). Giornata Mondiale Senza Tabacco. <https://www.lilt.it/campagne/giornata-mondiale-senza-tabacco>
49. Tavola rotonda conclusiva del XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". Registrazione video congressuale fornita dall'autore/partecipante, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 29 maggio 2026.
50. Istituto Superiore di Sanità. XXVIII Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". Evento ISS, 29 maggio 2026. <https://www.iss.it/-/xxviii-convegno-nazionale-tabagismo-e-servizio-sanitario-nazionale>
51. World Health Organization. Electronic Essential Medicines List: nicotine dependence - cytisine/cytisinicline recommendation. <https://list.essentialmeds.org/recommendations/1472>