

IL BUPROPIONE? Un farmaco interessante, ma...

di Paolo Crosignani

Il parere dell'Osservatorio sul tabacco

Smettere di fumare, per chi ha già contratto dipendenza dalla nicotina, è difficile.

I risultati degli approcci attualmente impiegati (sostituti, metodi comportamentali, agopuntura e simili) sono piuttosto deludenti arrivando a una percentuale di successo, valutata a 12 mesi, attorno al 10-12%.

E' quindi con grande interesse che l'**Osservatorio** ha letto i risultati favorevoli di un trial che ha messo a confronto l'uso del bupropione (con o senza l'aggiunta di un cerotto alla nicotina) con la somministrazione di un placebo. Questa sperimentazione, infatti, ha dimostrato che, a 12 mesi, l'efficacia del nuovo farmaco raggiunge il 30%.

Perché allora non inserire il bupropione tra i medicinali a totale carico del Servizio sanitario nazionale?

Queste le nostre considerazioni: spesso nei trial si conseguono risultati superiori a quelli ottenibili in popolazione. I soggetti che vengono reclutati sono infatti particolarmente selezionati e vengono seguiti con estrema cura durante tutta la sperimentazione. Se ciò dà garanzie che l'efficacia potenziale del farmaco sia valutata accuratamente, non garantisce che la stessa efficacia sia ottenibile in un contesto diverso, ove non vi è né selezione dei soggetti, né una continua attenzione verso di loro.

Crediamo che queste considerazioni siano particolarmente importanti nei riguardi del bupropione che è un antidepressivo e che viene utilizzato per modificare un comportamento indotto da una dipendenza.

L'**Osservatorio** non condivide il punto di vista di chi rifiuta *a priori* un trattamento farmacologico per affrontare un problema di tipo comportamentale. E' solo la mancanza di un'adeguata valutazione in popolazione, da cui ricavare importanti indicazioni sia di efficacia, sia di modalità di comportamento del medico in caso di insuccesso e/o di effetti collaterali, che ci fa oggi ritenere inopportuno che questo farmaco sia posto a totale carico del S.S.N.

L'**Osservatorio sul Tabacco** sta predisponendo una sperimentazione di questo farmaco all'interno dei gruppi di disassuefazione al fumo della Lega Tumori, sezione Varesina. Il farmaco verrà fornito ai partecipanti su base volontaria e verranno accuratamente monitorati sia l'accettabilità della cura sia gli effetti collaterali. Verrà inoltre valutata l'eventuale richiesta di prolungare l'uso del farmaco per un periodo superiore ai 25 giorni previsti dal protocollo.

(1) Douglas E. Jorenby, Scott J. Leischow, Mithchel A. Nides, *et al.* A controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation. (Esperimento controllato di cessazione dal fumo mediante bupropione e cerotti alla nicotina) *N Engl J Med* 1999; 340: 685-91.

Per saperne di più. Una interessante discussione a cura di Paolo Vineis sull'opportunità o meno di inserire il bupropione nel gruppo dei farmaci a totale carico del Servizio sanitario nazionale è contenuta nel numero di settembre-ottobre 2000 della rivista *Epidemiologia & Prevenzione*. Il testo è consultabile anche al sito web dell'**Osservatorio**.

2001: odissea tra gli emendamenti

di Milena Calati

Era prevedibile che il progetto di legge contro il fumo attualmente al vaglio della Camera dei Deputati avrebbe incontrato ostacoli enormi. Le previsioni sono state confermate da oltre 100 emendamenti presentati dai membri della Commissione esaminatrice.

Il testo in discussione

Il progetto di legge (p.d.l.) è composto da 7 articoli e prevede che sia vietato fumare negli uffici pubblici, nei luoghi di lavoro, negli esercizi commerciali e di ristorazione, nei locali aperti al pubblico, nelle scuole di ogni ordine e grado, nelle università e in generale in ogni luogo confinato dove le persone possono soggiornare, all'infuori dei locali ad uso privato (il testo è consultabile al sito dell'**Osservatorio** alla voce "Emendamenti").

Contestualmente al divieto di fumo, è prevista la possibilità di istituire apposite aree separate per fumatori, nelle quali devono essere installati impianti di depurazione e ventilazione dell'aria.

Sono i soggetti responsabili delle strutture pubbliche o private che, oltre ad applicare le norme, devono vigilare affinché siano rispettate.

Il progetto di legge prevede anche sanzioni amministrative accertabili dalla polizia giudiziaria. I proventi ottenuti dalle sanzioni saranno utilizzati per programmi di prevenzione e di lotta al tabagismo.

Gli emendamenti

Desideriamo informare l'Onorevole Giulio Conti (AN), il quale ritiene che «il divieto di fumo sia inapplicabile negli uffici privati e nei locali di passaggio o di stazionamento di grandi strutture intensamente frequentate, quali le università e le stazioni», che lo scopo del p.d.l. in esame è proprio quello di tutelare dal fumo passivo i lavoratori che soggiornano per la maggior parte della giornata in luoghi che possono essere contaminati dal fumo il quale, lo ricordiamo per chi ancora avesse dei dubbi, è cancerogeno.

Se c'è chi per propria libera scelta decide di esporsi a un agente così dannoso per la salute, c'è anche chi si trova a subire le «libere scelte» altrui nei luoghi di lavoro, che, com'è noto a tutti, in genere non possono essere preventivamente scelti dai dipendenti. Non si capisce poi per quale motivo gli universitari e i viaggiatori dovrebbero subire il fumo nei cosiddetti luoghi di passaggio, dove spesso si finisce per soggiornare per molte ore (vedi corridoi delle università).

Ancora, perché è «del tutto ingiusta, inapplicabile e contraria al senso di umanità la previsione che il divieto di fumo sia esteso agli stabilimenti di prevenzione e di pena»? Forse i detenuti non fumatori non hanno il diritto di soggiornare in ambienti salubri e di poter tornare un giorno a svolgere la propria vita senza temere di essere affetti da cancro? O è più importante salvaguardare i detenuti fumatori che considerano le sigarette uno dei pochi "piaceri" del carcere, senza pensare che, per altri, potrebbe essere altrettanto piacevole un soggiorno libero dal fumo?

Non si pretende certo di vietare il fumo *tout court* negli stabilimenti di detenzione, ma di creare anche in questi luoghi aree per fumatori.

Crediamo inoltre che il p.d.l. in esame non sia frutto di un «atteggiamento moralista», ma che tenda semplicemente alla salvaguardia della salute dei soggetti danneggiati: i non fumatori che, loro malgrado, sono esposti al fumo.

Rispondiamo così anche all'Onorevole Paolo Lucchese (misto-CCD), specificando che gli «interessi dei fumatori», che a suo parere devono essere tutelati quanto quelli dei non fumatori, non possono mai sconfinare nella sfera di libertà di chi non fuma. Ricordiamo quindi agli onorevoli deputati un principio cardine del diritto che certamente conosceranno: la libertà, come il diritto di ciascuno, finisce nel momento in cui interferisce con la sfera di libertà o con i diritti degli altri.

All'Onorevole Giulio Conti (AN) che «non comprende per quali ragioni si voglia promuovere la lotta contro il fumo di tabacco trascurando il ben più grave fenomeno del fumo di canapa indiana e di altre sostanze di natura drogastica» chiediamo se a suo parere i 10.000.000 di morti all'anno previsti dall'OMS per il 2030 possano essere un motivo sufficiente. La canapa indiana non miete certo così tante vittime!

Non riusciamo davvero a capacitarci del fatto che ancora oggi ci sia qualcuno, come l'Onorevole Conti, che pensa che «le attuali conoscenze scientifiche non forniscono indicazioni inequivocabili in ordine alle conseguenze del fumo, in particolare per quanto riguarda l'insorgenza di tumori» e «ribadisce che il legislatore non può pretendere di stabilire nuove verità scientifiche». E' semplicemente vergognoso! Invitiamo l'onorevole a recarsi presso la sede di un ente per la lotta al tabagismo, presso una comune biblioteca o a consultare qualsiasi documento dell'OMS, per prendere atto dell'enorme quantità degli studi scientifici che dimostrano che il fumo non provoca soltanto il cancro al polmone (di cui è la causa principale), ma numerose altre patologie tra le quali le malattie cardiovascolari.

Gli epidemiologi pensano che la pericolosità del fumo sia ormai cosa nota, ma se persino alla Camera c'è qualcuno che non ne è a conoscenza, bisognerà dare più spazio all'informazione.

Infine, specifichiamo all'Onorevole Paolo Polenta (PD-U) che la legge attualmente in vigore nel nostro paese riguardante la pubblicità di prodotti da tabacco vieta la propaganda pubblicitaria di ogni genere (Legge 10 aprile 1962, n. 165) mentre la sponsorizzazione (DM 9 dicembre 1993, n. 581) è vietata nei programmi radiotelevisivi, ma non in altre circostanze. Per questo sulle automobili di formula uno, su alcune moto da corsa e persino all'esterno del Piccolo Teatro di Milano è possibile far campeggiare la scritta "Philip Morris", "Marlboro" o altri marchi.

Sarebbe quindi molto utile l'aggiunta dell'art.2-bis proposto dagli Onorevoli Paolo Galletti, Annamaria Procacci e Giorgio Gardiol (VERDI) che prevede un divieto totale di sponsorizzazione e di pubblicità dei prodotti da tabacco.

L'**Osservatorio sul Tabacco** non intende perseguire la linea del cieco proibizionismo, che ottiene sempre l'effetto contrario a quello desiderato, ma non può ritenere accettabili posizioni e affermazioni che non tengano conto dell'importanza della lotta al tabagismo per la salute pubblica.

Auguriamo comunque a tutti gli onorevoli impegnati nella discussione del testo di legge un lavoro proficuo, volto alla salvaguardia della salute e dei diritti di ciascuno.

Per saperne di più. E' possibile consultare i resoconti delle sedute della Commissione al sito www.camera.it.

La lista degli emendamenti raggruppati in base al nome del proponente è disponibile al sito dell'**Osservatorio**.

Nel Regno Unito la lotta contro il cancro passa attraverso le iniziative anti-tabacco

di Sara Oldani

Il Dipartimento della Salute del Regno Unito (corrispondente al nostro Ministero della sanità) ha pubblicato a settembre il *National Cancer Plan*, il primo piano complessivo contro il cancro comprendente azioni rivolte alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle patologie tumorali (il documento è consultabile al sito www.nhs.uk/nhsplan).

Tra le iniziative che riguardano la prevenzione dell'insorgenza di neoplasie, un posto particolare è riservato alla disincentivazione del fumo.

Nel documento, il fumo di sigaretta viene individuato non solo come la causa prima del tumore al polmone, ma anche come una delle cause principali dei tumori del cavo orale, delle cavità nasali, della laringe, della vescica e del pancreas.

Nel Regno Unito il fumo uccide 120.000 persone ogni anno, ma, secondo gli estensori del Piano, questa cifra può essere ridotta diminuendo il consumo di tabacco.

E' stato rilevato, inoltre, che esiste una chiara associazione tra disuguaglianze socioeconomiche e probabilità di sviluppare alcune patologie tumorali tra cui quella al polmone. Infatti, tra i professionisti si verificano 17 decessi per tumore del polmone ogni 100.000 persone, mentre tra i lavoratori manuali si raggiunge la ragguardevole cifra di 82. Sono stati quindi progettati interventi mirati alla riduzione del fumo tra questi ultimi; attualmente un lavoratore manuale su tre è fumatore, si auspica che nel giro di 10 anni si arrivi a uno su quattro.

Le strategie per ridurre il consumo di sigarette sono state raccolte in un opuscolo intitolato *Smoking kills* (Il fumo uccide). Attuando i progetti riportati in questo documento si spera entro il 2010 di ridurre del 4 per cento il fumo nei ragazzini (con una diminuzione dal 13% al 9%), del 4% negli adulti (dal 28% al 24%) e infine si auspica una riduzione dell'8% del numero di fumatrici tra le donne in gravidanza .

Gli interventi per limitare il consumo di tabacco includono i punti seguenti:

- **Informare:** pur salvaguardando la libertà del singolo individuo di fumare, è necessario che la popolazione sia debitamente informata sui rischi a cui si va incontro nell'esercizio di questa attività voluttuaria.
- **Facilitare l'accesso ai nuovi farmaci per combattere la dipendenza da nicotina:** sarà più facile reperire sostituti del tabacco in quanto la distribuzione sarà affidata non solo alle farmacie ma anche ai supermercati;
- **Promulgare nuove norme** per rafforzare la legge che vieta la vendita delle sigarette ai minori di 16 anni;
- **Promuovere** un'ampia campagna anti-fumo.

Tutto questo con un investimento notevole da parte del governo e con un monitoraggio continuo dei risultati raggiunti.

BIDIS MANIA

di Milena Calati

Fragola, vaniglia, cioccolato, uva, mango, banana e molti altri gusti... caramelle?! No, sono i bidis: l'ultima novità in fatto di sigarette per giovani.

Di un bel marrone lucente, senza filtro, arrotolati a mano, i bidis provengono principalmente dall'India. I giovani li amano perché sono meno costosi delle sigarette, più facili da ottenere e disponibili in una vasta gamma di gusti. Gli additivi che danno il sapore a queste baby-sigarette non sono aggiunti in India, ma direttamente negli Stati Uniti, dopo l'importazione.

I bidis sono indirizzati ai consumatori più giovani che, secondo quanto risulta dalle notizie che ci giungono dagli USA, le trovano irresistibili. In base a uno studio condotto in Massachussets nel 1999 su 642 studenti, il 40% li ha perlomeno provati, il 16% ne fa regolarmente uso.

Queste sigarette vengono vendute, oltre che dai rivenditori abituali, anche in negozi di prodotti alimentari per la salute ed etnici. Ecco perché vi hanno facile accesso anche i minorenni, ai quali non è quasi mai richiesto un documento identificativo, che invece sarebbe necessario visto che, negli USA, la vendita dei prodotti da tabacco è vietata ai minori di 18 anni.

Molti adolescenti sono attratti dai bidis per la loro forma trasgressiva che ricorda uno “spinello” e che per questo evoca un’immagine di ribellione. Spesso a causa dell’aspetto più naturale (consistono in foglie arrotolate legate da un cordoncino) sono considerati un’alternativa più salutare rispetto alle sigarette. I bidis sono invece persino più dannosi, in quanto contengono quantità maggiori di nicotina, catrame e alcaloidi. Proprio per questo il consumo di questi prodotti da tabacco è stato collegato allo sviluppo di molte patologie quali il cancro della cavità orale, della laringe, del polmone, dell’esofago e le malattie cardiovascolari. Le foglie che compongono i bidis hanno una combustibilità più lenta il che fa sì che l’inalazione sia più intensa.

In India oltre 350.000 bambini lavorano per la produzione di bidis.

Negli Stati Uniti si stanno vagliando misure che ne limitino o addirittura ne vietino l’uso e la vendita. In Italia non abbiamo ancora notizie di diffusione dei bidis, ma in Francia e nel Regno Unito è già possibile per i giovani procurarsene, anche se non sono distribuite con il consenso dello stato.

E’ auspicabile che le autorità sanitarie e il legislatore prendano posizione su questo argomento, per evitare che questa «moda» si diffonda anche nel nostro paese.

Per saperne di più. Fisher L. Bidis-The latest trend in U.S. teen tobacco use (Bidis-Le ultime tendenze dell’uso di tabacco tra gli adolescenti negli S.U.) *Cancer Causes and Control* 2000; 11: 577-578.

Sul sito dell’**Osservatorio** sono segnalati numerosi indirizzi web dedicati all’argomento ([LINKS BIDIS](#))

A grandi passi verso un mondo libero dal tabacco

di Maria Luisa Clementi

Nell’anno 2000 l’aspra battaglia ingaggiata dall’Organizzazione mondiale della sanità contro le multinazionali del tabacco ha compiuto notevoli passi in avanti. Numerose iniziative dell’OMS hanno infatti turbato il sonno dei grandi produttori di sigarette.

XI Conferenza globale su *Tabacco O Salute*

Tanto per cominciare, il 6 agosto Gro Harlem Brundtland, direttrice generale dell’OMS, ha aperto a Chicago l’XI Conferenza globale su *Tabacco O Salute* con un inequivocabile invito all’azione: «Non possiamo più stare a guardare mentre avanza un’epidemia che già ora uccide quattro milioni di persone all’anno e che arriverà a ucciderne 10 milioni entro il 2030». E poi, riprendendo lo slogan «Break the silence» (Rompi il silenzio) della XIII Conferenza mondiale sull’AIDS, ha istituito un parallelo tra la diffusione del tabagismo e l’epidemia di AIDS, avvertendo che c’è un altro silenzio da rompere: quello che facilita l’occultamento del legame tra il tabacco e l’insorgenza di malattie gravi.

Come l’HIV, anche il fumo è in crescita. Come per l’HIV, nei prossimi anni sarà il terzo mondo a pagare il prezzo più alto. Come l’epidemia da HIV, anche quella determinata dal consumo di sigarette viene negata. Ma secondo la direttrice dell’OMS c’è una differenza di fondo: «Nel caso del fumo la battaglia è più dura perché le nostre società tollerano il marketing del tabacco e c’è una diffusa accettazione dei tentativi dell’industria di indurre i giovani, maschi e femmine, a fumare». Inoltre la lotta al fumo deve fare i conti con i tentativi dell’industria del tabacco di influenzare i risultati della ricerca scientifica e di vanificare ogni tentativo di regolamentazione del fumo.

A questo proposito la dottoressa Brundtland non ha usato mezzi termini: «L’industria del tabacco ha dichiarato guerra alla salute pubblica e ha tentato di sovvertire le conoscenze e i dati offerti dalla scienza per vendere un prodotto che rende dipendenti i suoi consumatori prima di ucciderli».

L'indagine sulle strategie anti-OMS delle major del tabacco

E anche su questo fronte l'estate del 2000 non ha lesinato colpi di scena. Il 2 agosto, infatti, l'Organizzazione mondiale della sanità ha reso pubblico un lungo rapporto in cui si documentano in dettaglio le strategie «ben finanziate, sofisticate e solitamente invisibili» pianificate accuratamente a tavolino dalle multinazionali del tabacco per colpire le attività antifumo dell'OMS. Per verificare i sospetti di infiltrazione di personaggi pagati dall'industria del tabacco, l'OMS aveva affidato ad alcuni specialisti la lettura della documentazione emersa in varie cause civili per danni da fumo. Dall'analisi è risultato, oltre il resto, che effettivamente l'industria riusciva a mettere i suoi consulenti in posizioni chiave all'interno dell'ente (consulenti, consiglieri e membri di comitati di esperti) e si accaparrava entrate, credibilità e contatti utili offrendo impieghi al personale in servizio sia all'OMS sia alle Nazioni unite. Il rapporto si conclude raccomandando l'adozione delle misure necessarie a proteggere l'integrità dei processi decisionali e indicando in quali aree intervenire (Il rapporto «Tobacco Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization» è consultabile al sito <http://tobacco.who.int>. Nel rapporto si fa anche riferimento al coinvolgimento di alcuni ricercatori italiani; a questo proposito rimandiamo all'inchiesta «Un breve viaggio negli archivi della Philip Morris» pubblicata dalla rivista *Epidemiologia&Prevenzione*, n. 3/2000, e consultabile al sito www.zadig.it).

Convenzione mondiale per il controllo del tabacco

Ma non è finita. Più che questa condanna delle loro attività clandestine (e non è poco!), d'ora in poi le multinazionali dovranno temere un'iniziativa dell'OMS di ben altra portata: la messa a punto di una Convenzione mondiale per il controllo del tabacco (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC).

E' in assoluto il primo trattato internazionale di salute pubblica mai proposto dall'OMS. L'iniziativa è stata sostenuta dai 192 stati membri dell'Organizzazione.

L'idea di mettere a punto un trattato internazionale con valore vincolante su una questione di sanità pubblica rappresenta una grande novità. E altrettanto innovative sono state le modalità di raccolta delle informazioni e delle opinioni delle parti interessate che hanno costituito la base per la stesura delle bozze preliminari del documento.

I primi passi verso la Convenzione risalgono a metà degli anni Novanta quando, definendo le priorità degli impegni dell'OMS, la direttrice generale Gro Harlem Brundtland ha identificato il controllo del tabacco come una delle questioni a cui dedicare la massima attenzione e risorse adeguate (e per la quale è stata creata un'apposita Unità denominata *Tabacco Free Initiative*). I motivi di tanto interesse sono noti: oggi nel mondo il tabacco uccide una persona ogni otto secondi, quattro milioni di persone ogni anno muoiono a causa del fumo. E nonostante tutti i tentativi di limitare il dilagare del fenomeno, ogni giorno oltre ottanta-centomila persone cadono nella trappola e diventano dipendenti dal fumo. Nel 2020 gli intossicati saranno un miliardo e seicento milioni. Inoltre, il fumo fa male anche ai non fumatori e, non ultimo, le conseguenze sanitarie del consumo di tabacco prosciugano le risorse dei governi che spendono molto più per arginare i danni da fumo di quanto incamerano attraverso le tasse imposte sui prodotti a base di tabacco.

Le risoluzioni finora messe a punto dall'Assemblea mondiale della sanità non bastano più. Negli ultimi 25 anni ne sono state adottate ben 16 su diversi aspetti della lotta al tabacco, ma il loro carattere è troppo informale per raggiungere risultati importanti (si limitano a suggerire ai singoli stati di agire). L'OMS sostiene invece che il controllo del tabacco ha ormai raggiunto una dimensione transnazionale che va affrontata con uno strumento legale con le caratteristiche della Convenzione e dei relativi protocolli. Il modello perseguito è quello già collaudato, per esempio, nei casi della Convenzione di Vienna sull'ozono o del Trattato internazionale per la messa al bando delle mine antiuomo.

Gli obiettivi della Convenzione

Gli obiettivi dichiarati prevedono misure specifiche e tempi di attuazione predeterminati.

Si vuole ottenere una regolamentazione internazionale dei prezzi e un graduale aumento delle imposte sul tabacco (fino al raggiungimento del 70 per cento del prezzo al dettaglio). La lotta al contrabbando deve essere senza quartiere e deve basarsi sull'introduzione di codici di riconoscimento stampati sui singoli pacchetti e sul divieto di vendere sigarette nei *duty free shop*. L'OMS propone la messa al bando mondiale delle sponsorizzazioni e della pubblicizzazione di tutti i prodotti a base di tabacco (nei paesi occidentali prevalgono le sigarette, ma in altri paesi sono molto diffuse altre modalità di consumo e altri prodotti, per esempio il tabacco da masticare, da annusare, le foglie arrotolate e via elencando). Poi, si auspica la messa a punto di metodi internazionalmente riconosciuti per i test di qualità e composizione delle sigarette. Il fumo di tabacco, infatti, oltre a una quantità di nicotina più che sufficiente a dare dipendenza, contiene altri 4.000 composti chimici di cui almeno 43 sono cancerogeni noti: l'OMS vorrebbe perciò garantire al consumatore informazioni attendibili sul prodotto che acquista. Regole uguali per tutti sono previste per il confezionamento e l'etichettatura delle sigarette: le informazioni sugli effetti nefasti del fumo devono essere ben visibili sui pacchetti, mentre sono vietate le scritte *mild*, *light* e *low tar*, che ingannano il consumatore inducendolo a credere di avere in mano un prodotto meno nocivo. E ancora: divieto di vendita ai minorenni, regolamentazione della produzione agricola del tabacco, eliminazione di tutti gli incentivi finanziari ai coltivatori e aiuti alle aziende che si vogliono riconvertire ad altre produzioni.

Per discutere di queste misure l'OMS ha aperto il dibattito a tutte le parti interessate. E così il 12 e 13 ottobre scorsi, sotto l'occhio attento dei membri del gruppo di lavoro sul controllo del tabacco, hanno potuto esprimere il loro parere 150 rappresentanti delle organizzazioni non governative impegnate nella lotta antifumo, i membri delle società internazionali dei professionisti della salute, gruppi di donne e ambientalisti dei più svariati paesi, ma anche i coltivatori di tabacco di tutti i continenti, i produttori di sigarette, i sindacalisti preoccupati per la perdita dei posti di lavoro e gli industriali farmaceutici che producono i sostitutivi del tabacco (gomme, cerotti, eccetera). Il tutto trasmesso in diretta mondiale audio-video attraverso internet.

In questo panorama l'Italia è stata del tutto assente, solo *l'Osservatorio sul tabacco* ha inviato un osservatore per seguire gli sviluppi del dibattito. Le grandi multinazionali si sono subito lamentate dei cinque minuti di tempo loro concessi (tanti quanti a tutti gli altri) e hanno rivendicato un ruolo più ampio nel processo decisionale. Hanno accusato l'OMS di mettere in pericolo l'autodeterminazione dei singoli governi e di non aver analizzato a sufficienza l'impatto economico delle scelte suggerite. Gli attivisti antifumo hanno allora diffidato l'Organizzazione mondiale dal dare più peso agli industriali della sigaretta, ricordando pubblicamente l'indefesso impegno profuso dall'industria in ogni paese per sabotare ogni tentativo di regolamentazione.

Occorre tenere gli occhi aperti

Adesso la parola passa ai rappresentanti dei ministeri della sanità dei paesi che aderiscono all'OMS. I negoziati sono già iniziati. Il prossimo incontro è previsto per il maggio 2001. *L'Osservatorio sul tabacco* seguirà l'evolversi dell'iniziativa per verificare se i rapporti di forza volgeranno finalmente a favore della salute pubblica mondiale o se, ancora una volta, le major del tabacco riusciranno a imporre la loro volontà.