

# Tabac Mail

## lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

### @ Lettera al Ministro Sacconi

Sgnor Ministro,

Sen. Maurizio Sacconi, sono un'operatrice di GEA Progetto Salute e dal 2001 ci occupiamo della tutela della salute dei non fumatori con informazioni e suggerimenti a chi desidera vedere rispettato il diritto a non subire i danni da fumo passivo. In questi anni abbiamo ricevuto innumerevoli email e telefonate da parte di cittadini e lavoratori che giornalmente hanno a che fare con fumatori maleducati e arroganti che si comportano come se il divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi non fosse mai entrato in vigore. In questi ultimi mesi le segnalazioni sono aumentate e questo mi pare un segnale inequivocabile che, dopo un primo periodo di rispetto quasi assoluto del divieto di fumare, la situazione stia cambiando. Tutto ciò è dovuto sia alla scarsa attenzione di molti italiani nei confronti del diritto alla salute di coloro che hanno scelto di non fumare, sia alla carenza di controlli da parte delle autorità preposte, oberate sempre da una gran mole di lavoro. Per queste ragioni, la legge 3/2003 varata dal precedente governo Berlusconi, e assai gradita alla maggioranza degli italiani, fumatori compresi, rischia di diventare l'ennesima buona legge che nessuno rispetta. L'attuale governo ha puntato molto, durante la sua campagna elettorale, sull'importanza di restituire l'Italia alla legalità e ha mostrato una particolare sensibilità al malessere diffuso tra la popolazione per i problemi legati al mantenimento dell'ordine pubblico. Anche il mancato rispetto del divieto di fumare è vissuto come una forma di sopraffazione in modo particolare nei luoghi di lavoro dove la violazione è attribuita soprattutto a dirigenti, responsabili e persino a coloro che sono incaricati della vigilanza. In considerazione del fatto che i danni derivanti dall'esposizione al fumo passivo sono ampiamente documentati ed accertati da numerosi studi scientifici, come Ministro del Lavoro Salute e Politiche Sociali, La invitiamo a farsi portavoce della necessità di operare un maggior numero di controlli sulla effettiva applicazione delle norme anti-fumo a tutela dei non fumatori. La ringraziamo per l'attenzione e le auguriamo buon lavoro.

Cinzia Marini

Coordinatrice Servizio Smokebusters - GEA Progetto Salute - Onlus  
www.smokebusters.it - help@smokebusters.it

### @ Vareniclina vs NRT: un confronto possibile?

In merito all' articolo di Aubin HJ et al. "Varenicline versus transdermal nicotine patch..." ampiamente illustrato e commentato su Tabaccologia 4/2007 da Massimo Baraldo, vorrei esporre alcune considerazioni e domande, per così dire, a ruota libera, nel senso che nascono oltre che dallo specifico lavoro citato, dal confronto con altri lavori e dall'esperienza personale.

1. La prima domanda è sulla scelta, non esplicitata nel testo, di confrontare la Vareniclina con il cerotto piuttosto che con altre NRT. Il primo criterio di selezione avrebbe potuto essere l'efficacia della forma farmaceutica che varia in maniera sensibile da una forma all'altra. La NRT più efficace, secondo Cochrane<sup>2</sup>, è lo spray (OR vs placebo di 2,35), seguito dall'inhaler (2,14), dalle pastiglie (2,05), dai cerotti (1,81), e da ultimo dalle gomme (1,66). Ho riportato il

dato pubblicato nel 2004, anno della probabile progettazione del lavoro di Aubin, in modo da non valutare con il senno del poi. Resta il fatto che si prende a confronto una delle forme di NRT meno efficaci. Legittimo chiedersi quali sarebbero stati i risultati se si fosse testata la Vareniclina con altre NRT di maggior efficacia.

2. Peraltro la scelta della NRT non è neppure giustificata dagli autori con il criterio, ragionevole, della diffusione relativa. All'epoca in UK, per citare uno dei paesi in cui si è svolta la sperimentazione, il cerotto era usato nel doppio dei trattamenti rispetto alle pastiglie<sup>3</sup>, che pure erano in ascesa. Oggi, in Italia<sup>4</sup> i trattamenti con compresse sono il doppio rispetto al cerotto. Dati più precisi si hanno su siti a pagamento di cui non dispongo.

3. Bisogna sottolineare che nei Centri specializzati, come quelli in cui si è svolta la sperimentazione, raramente il cerotto viene prescritto da solo, più spesso viene prescritto in associazione con una NRT a pronta disponibilità che ne aumenta l'efficacia<sup>5</sup>. Tanto che la stessa Pfizer<sup>5</sup> propone all'estero delle confezioni combinate (Nicorette combi) di cerotti e gomme.

4. Anche se opportunamente dichiarato, il fatto che il 50% dei ricercatori coinvolti siano dipendenti Pfizer introduce nella ricerca un bias difficilmente quantificabile.

5. Pure in questo lavoro è stato mantenuto un cut-off di 10 ppm per il CO che è arbitrariamente alto ed ingannevole. Un cut-off realistico è di 4 ppm di CO<sup>6</sup>.

6. Le percentuali di successo continuo alla fine del trattamento farmacologico con V. si confermano alte, pari al 56% (43% con il cerotto) e confrontabili con il 63% di Tonstad<sup>7</sup>. Come erano addirittura eguali le percentuali tra Jorenby (8) 44% e Gonzales<sup>9</sup> 44%, sempre nelle ultime settimane di trattamento farmacologico. Questo dato è importantissimo e conferma la misura dell'effetto di una somministrazione aperta (le prime due) vs una a doppio cieco (le ultime due) quantificabile in un vantaggio del 12-19%.

7. Non sorprende constatare che ad un anno dall'inizio del trattamento farmacologico la misura del successo tra V. (26%) e NRT (20%) tende ad eguagliarsi, diventando non significativa. Sembra evidente che l'effetto farmacologico si esplica nell'innalzare la quantità di astinenti iniziale e che a lungo termine siano le abilità di fronteggiamento (coping) a determinare il livello di successo. Tali abilità non possono essere incrementate dal farmaco, come ha dimostrato recentemente il fallito tentativo di Tonstad<sup>6,7</sup> di prolungare la terapia farmacologica a sei mesi per ottenere maggiori tassi di astinenza ad un anno.

8. Si potrebbe ipotizzare che la maggior facilità di cessazione con la Vareniclina (e lo stesso si può dire di altri farmaci efficaci) rispetto alla NRT, descritta nell'articolo, renda meno necessario un adeguato sviluppo delle abilità di fronteggiamento. Potrebbe derivarne un maggior tasso di ricadute alla sospensione del farmaco.

9. Ne conseguirebbe che è arbitrario e fuorviante misurare l'effetto del farmaco al di là del periodo di trattamento farmacologico. Altri fattori, non adeguatamente descritti e misurati, intervengono nel mantenimento dell'astinenza. È probabile che la terapia di supporto sociale, di gruppo o individuale, sia cruciale nel mantenimento dell'astinenza e che tale trattamento debba essere previsto per un tempo più lungo delle classiche 8 settimane<sup>10</sup>. La sfida che ci viene posta è di capitalizzare a lungo termine il notevole guadagno in astinenza iniziale fornito dalla V.

10. Per quanto riguarda gli effetti collaterali (eventi avversi totali sperimentati dall'85% del gruppo vareniclina vs il 70% del gruppo ce-

rotti, eventi avversi gravi n. 17 vs 1), mi sembra che possano essere amplificati da protocolli di somministrazione rigidi. È bensì vero che in Tab 5 viene quantificata la percentuale di ritiri temporanei o di riduzione delle dosi (12% vs 7%) ma, abbastanza sorprendentemente, l'entità di tali riduzioni non viene quantificata! Nella mia esperienza, per quanto aneddotica essa sia, su circa 60 casi ho avuto solo un'interruzione di trattamento. Nel caso di effetti collaterali spiacevoli, è sempre stato possibile con un dimezzamento delle dosi risolvere i problemi in maniera accettabile.

**11.** La lunghezza del trattamento è un altro fattore cruciale, non tanto per l'efficacia a lungo termine che si comporta da variabile indipendente, ma per lo sviluppo di effetti avversi. Orbene, un grafico tra i tanti sull'efficacia della vareniclina (8, Fig 3) non mostra particolari punti di flesso dal II° al III° mese o al IV°. Vista l'inutilità di una terapia farmacologica prolungata, non vedo perchè non si possa consigliare una terapia abbreviata di 6 o 8 settimane compresa la fase di riduzione finale.

**12.** In definitiva si può ricavare dai lavori citati che la Vareniclina è un buon farmaco per avviare la cessazione, ma che per mantenere il successo è probabilmente necessario incrementare l'attività di sostegno<sup>11</sup>. Solo una sperimentazione sul campo, in condizioni reali, potrà quantificare tale aspetto.

**Poropat Claudio**

([claudio.poropat@ass1.sanita.fvg.it](mailto:claudio.poropat@ass1.sanita.fvg.it))

Centro interdipartimentale per la prevenzione e cura del tabagismo. ASS n.1 Triestina

**Bibliografia**

1. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, et al: Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: Results from a randomised, open label trial. Thorax published on line 8 feb 2008
2. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane database Syst. Rev. 2004 Jan; 8(1):13 [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
3. West R, DiMarino M E, Gitchell J, McNeil A. Impact of UK policy initiatives on use of medicines to aid smoking cessation. Tob. Control, 2005; 14; 166-171
4. Spizzichino L: I controlli dei NAS, la vendita di tabacchi e le vendite dei farmaci per la disassuefazione. Progetto del Ministero della Salute-CCM: Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale
5. Raw M, McNeil A, West R: Nicotine replacement Therapy, Guidance first issued: 29 dec 2005, ASH, [www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk)
6. Baraldo M, Poropat C, Chiamulera C: Vareniclina: fatti ed opinioni a confronto. Tabaccologia anno IV, 4-2006, 15:18
7. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation. JAMA, July 5, 2006-Vol 296, No. 1, 64-71
8. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of Varenicline, an alfa4beta2 Nicotinic Acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. JAMA, July 5, 2006-Vol 296, No.1, 56-63
9. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alfa4beta2 Nicotinic Acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. JAMA, July 5, 2006-Vol 296, No.1, 47-55
10. Vegliach A, Poropat C: Psicodinamica dei gruppi nel trattamento del tabagismo. Tabaccologia 4, 2007, 34:38
11. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Date of last substantive update: February 16. 2005

 **Scuole libere dal fumo**

Questa è la tesi: togliere il tabacco per eliminare (o ridurre) dalle scuole, droghe leggere e pesanti. Guardando più in basso e per essere più realisti, insegnamo agli studenti il "limite", e proteggiamo la loro salute fisico-psichica. Detto in un altro modo: abbassiamo la soglia della trasgressione per contenere l'eccessivo entro livelli accettabili. Oggi giorno per chi crede ancora nel ruolo educativo della scuola, tale istituzione (assieme a famiglia e religione), è rimasta per gli adolescenti in crescita, l'ultimo baluardo preposto alla trasmissione della legalità e della civiltà.

Osando ancora: scuole come 'spazio sacro inviolabilÈ, luoghi di resistenza che contrastano gli usi e le abitudini malsane del vivere sociale. Non si vuol insinuare che la società sia il diavolo, anche se a volte lo è. Piuttosto si intende dire che essa è luogo di combattimento. E per crescere e competere, è necessario essere preparati, trovare luoghi di istruzione, di formazione e di educazione che allenino i giovani anche sotto il profilo morale e spirituale. Se le scuole non rafforzano e non mettono alla prova la virtuosità umana degli alunni, le tentazioni e i cedimenti per i deboli saranno dietro l'angolo. Questa prospettiva apparirà per i più visionaria, utopica, non disincantata: sono però le grandi idee che possono trasformare il reale. Nella nostra società il limite della trasgressione si è spostato sempre più in avanti e molte cose che nel passato non venivano accettate, oggi sono diventate normali, senza contare dal punto di vista dell'età, l'anticipo di queste esperienze trasgressive. Oggi farsi uno spinello pare sia diventata una abitudine (non in senso etimologico). Così il fumo di sigaretta è un preliminare a cui più nessuno presta attenzione. Ma con la salute non si scherza.

Quante inchieste, ricerche, studi che fotografano con preoccupazione un mondo giovanile sempre più fragile, dipendente, non autonomo. Il fumo di tabacco fa male e le scuole devono fare di più. Per dire la gravità della situazione, quest'anno il Parlamento italiano ha fatto proprio le direttive dell'organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.), la quale ha innalzato l'età del divieto di vendita di sigarette, dai 16 ai 18 anni. Non si capisce se a questo divieto di vendita corrisponda un divieto di consumo, questo è il burocratese della legge, ma la preoccupazione è stata segnalata. È un innalzamento che non segue i rincari dei prezzi o gli aumenti del PIL o del gasolio! No: è l'allarme riguardo i comportamenti giovanili rilevati negli ultimi anni: devianze in aumento e abbassamento dell'età. Partiamo allora 'dalle cose più piccolÈ, (come fanno già alcuni istituti scolastici), gestibili, per prevenire quelle più grandi; e visto che parliamo di dipendenze, c'è una dipendenza anche nel nostro discorso: tutti quelli che si drogano, hanno prima fumato sigarette. Non è detto che tutti quelli che fumano tabacco consumeranno sostanze psicotrope, ma la correlazione esiste. Qualcuno obietterà che promuovere l'astinenza da tabacco nelle scuole sa di giansenismo corporale: in questi spazi ci sono anche bevande con coloranti, gelati con zuccheri, merendine con dolcificanti, caffè...anche queste cose fanno male! È vero, ma a confronto, i danni riportati da questi alimenti rispetto il tabacco, non sono paragonabili. In più c'è il senso simbolico-culturale che è fortissimo: non si trasgredisce con una bibita o una brioche e ad esse non si associano modi d'essere criticabili (a patto che uno non mangi 100 pastine al giorno). Qui sono in gioco valori e significati come il gruppo, l'iniziazione, il mostrarsi davanti agli altri. Con un comportamento virtuoso invece, o più semplicemente civile, nelle sei ore di scuola, senza distrazioni, l'apprendimento ne guadagnerà. Perché allora tanto disinteresse, reticenza e paura nell'affrontare tale problema? Liberiamo le scuole dal fumo: i nostri ragazzi saranno più sani, più concentrati nelle lezioni e con il senso del limite rinforzato. Sono gli stessi studenti a chiederlo! In tal modo, dal punto di vista medico-sanitario le patologie cardio-respiratorie diminuiranno, riducendo così anche i costi degli enti sanitari. In tempo di razionalizzazione di spesa, questa soluzione appare convincente anche sotto questo profilo. L'O.M.S. ha fatto la sua parte; questa è la novità di questa giornata mondiale senza tabacco: ora gli educatori facciano la loro.

**Benetti Sergio**

Docente istituto professionale Remondini - Vicenza

**RISPOSTA**

*Gentile Prof. Benetti, la ringraziamo del suo gentile contributo e possiamo assicurarle che*

ciò che lei suggerisce, ovvero l'applicazione del divieto di fumare in tutta l'area scolastica, rappresenta per i nostri studiosi una priorità indiscussa da molti anni. Le evidenze scientifiche ormai dimostrano che tale provvedimento, applicato in modo rigoroso, è efficace nella riduzione del consumo di tabacco tra i giovani. Continueremo a fare pressioni in tal senso presso i ministeri di competenza. Cordiali saluti.

**Giacomo Mangiaracina**  
(mangiaracina@fastwebent.it)

## @ Lettera di contestazione sui conduttori Rai "acritici"



Egregio Direttore, ho sempre ritenuto "Tabaccologia" una rivista scientifica e sono rimasta sinceramente sconvolta per il vostro redazionale in oggetto.

Che l'intervento di Fazio (n.1/2008, pag. 46 by torquemada) non sia piaciuto è evidente e, forse anche comprensibile (benché la libertà di espressione e di conduzione sia certamente un valore nella nostra società). Fazio, tuttavia, non ha direttamente offeso nessuno. Viceversa ho letto, con orrore, da parte vostra nei suoi confronti: "servilismo da pseudointellettuale di sinistra vintage, alla affannosa ricerca della captatio benevolentiae della minoranza di turno" (?), "ci chiediamo perché certi presentatori debbano supinamente condividere, rasentando un servilismo orgasmico (sic!!), opinioni palesemente contro ogni logica e realtà, soprattutto se provenienti da segmenti sedicenti progressisti vecchio stile" e, come se non bastasse tanta arroganza fitta di contenuti senza senso "perché improvvisamente, su argomenti importanti come gli stili di vita salutari, si diventa invertebrati (sic) senza una propria opinione?".

Putroppo ritengo il livello delle argomentazioni e degli insulti incompatibile con una rivista che raggiunge servizi pubblici e privati. Neppure la più radicale rivista religiosa avrebbe permesso un simile linguaggio che, come ben sappiamo dalla ricerca, è assolutamente controproducente in funzione della prevenzione. Putroppo la mancanza di firma rende il direttore direttamente responsabile. Vi prego, pertanto, di pubblicare rapidamente scuse o di togliere il mio dipartimento e le sue unità operative dal vostro indirizzario.

**Laura Tidone**  
(ltidone@asl.bergamo.it)  
Direttore Dipartimento delle Dipendenze, ASL di Bergamo

## RISPOSTA

Torquemada è per sua natura sanguigno e davanti ad uno stimatissimo Fabio Fazio inerme davanti allo scrittore Gunter Grass che, uscendo dalla sua vena letteraria, marchiava di "persecuzionismo" il civile impegno di lotta al tabacco, definendola addirittura "la nuova intolleranza del XXI secolo", lui non rimane inerme, anzi. Delle opere di Grass, Torquemada confessa l'ignoranza per non averle lette, ma anche Grass non scherza in quanto ad ignoranza di aspetti che riguardano la Scienza e che, basandosi sulle evidenze, non possono ammettere opinioni personali. Perciò viene perdonato, come si fa con tutti coloro che il fumo e il bere li chiamano "Vizi". Non è possibile infatti pretendere che conoscano i dati di letteratura scientifica mondiale, o gli enunciati dell'OMS, o le strategie "evidence based" di 190 governi del mondo per arginare la piaga del tabagismo. Però accusa Fabio Fazio, che fra l'altro ammira per capacità, professionalità e simpatia. Proprio per il suo calibro di conduttore Rai, che parla a una platea immensa di persone che odono e guardano con ammirazione, gli contesta il fatto di non avere proferito verbo, neppure una parola, davanti ad una invettiva balorda e niente af-

fatto illuminata. Perciò Torquemada, sebbene in maniera colorita e irruenta, trova gli estremi per un'accusa, per il tipo di ricaduta che prevede sulla popolazione. Egli è convinto che i giornalisti debbano seguire un corso SITAB di aggiornamento sulle tematiche delle grandi stragi dell'umanità, per evitare che parlino ancora di SARS e di Mucca Pazza, mentre migliaia di persone ogni giorno muoiono con atroci sofferenze per fumo e alcol. Astenersi dal prendere una posizione su queste tematiche equivale, come dice l'OMS, ad una colpevole connivenza.

**Giacomo Mangiaracina**  
(mangiaracina@fastwebent.it)

## @ Scandalo alla Facoltà di Medicina Veterinaria di Milano

La lettera degli smokebusters ai NAS di Milano:

Roma 24 giugno 2008

Dott. Enrico Decleva  
 Rettore dell'Università degli Studi di Milano  
 Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria  
 Dott.ssa Daniela Galeone  
 Ministero della Salute  
 e p.c. Redazione di Tabaccologia

Grazie al video girato da uno studente ([http://video.corriere.it/?vxSiteId=404a0ad6-6216-4e10-abfe-f4f6959487fd&vxChannel=Dall%20Italia&vxClipId=2524\\_b4a72e3e-3ec9-11dd-ae8f-00144f02aabc&vxBitrate=300](http://video.corriere.it/?vxSiteId=404a0ad6-6216-4e10-abfe-f4f6959487fd&vxChannel=Dall%20Italia&vxClipId=2524_b4a72e3e-3ec9-11dd-ae8f-00144f02aabc&vxBitrate=300)) pubblicato dal sito del Corriere della Sera e all'articolo riportato da Il Giornale domenica 21 giugno 2008, tutti hanno potuto constatare con quale disinvoltura il Prof. Carlo Beretta, docente presso la facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Milano, fumava durante gli esami. Da anni mi occupo di tutela dei diritti dei Nonfumatori e ricevo una grande quantità di e.mail e telefonate che mi segnalano la violazione del divieto di fumare in molti luoghi: ospedali, scuole, uffici pubblici e privati, ristoranti, bar, discoteche ecc. Nonostante questa mia esperienza sono rimasta molto colpita dal comportamento del Prof. Beretta che, incurante delle norme vigenti e forte della sua posizione, si permette di violare una legge che, relativamente alle università, vige da moltissimi anni. Un professore universitario che, invece di dare il buon esempio e in contrasto con il suo ruolo di educatore, fuma in tutta tranquillità sordo alle proteste dei suoi studenti. Un comportamento, secondo il mio parere, del tutto inaccettabile che non può rimanere senza conseguenze. Auspico quindi un pronto intervento dei NAS e una ferma presa di posizione da parte del Rettore dell'Università e del Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria affinché il Prof. Beretta sia severamente sanzionato e gli venga impedito per il futuro di fumare all'interno dell'Ateneo.

**Cinzia Marini**  
(help@smokebusters.it)  
Coordinatrice Smokebusters, GEA Progetto Salute  
[www.smokebusters.it](http://www.smokebusters.it), [www.gea2000.org](http://www.gea2000.org)

## RISPOSTA

Troppe le segnalazioni e le nicchie di resistenza alla legge antifumo su tutto il territorio nazionale come spesso abbiamo segnalato da queste pagine. Pertanto sottoscriviamo in toto l'appello della Coordinatrice Smokebusters ai NAS, al Preside di Facoltà di Milano e al Ministero della Salute sperando in una maggiore attenzione al problema in questione.

**Vincenzo Zagà**  
Caporedattore Tabaccologia

