

SALUTE

Lo spunto

di **Adriana Bazzi**IL CUORE SOFFRE
PER L'INQUINAMENTO

Se si scorre la classica lista dei fattori che compromettono la salute del cuore, se ne contano almeno una decina, ormai arcinoti: pressione alta, eccesso di colesterolo, fumo di sigaretta, sovrappeso... Sono quelli che si possono combattere.

Non sempre (o meglio, quasi mai) si parla di inquinamento ambientale, quello dell'aria, ma anche quello da rumore.

Eppure l'inquinamento non solo peggiora le condizioni cliniche di chi è già malato, ma è una causa prima di danni cardiovascolari.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), nel 2012, ha stimato che una morte su otto, nel mondo, è dovuta all'inquinamento (la situazione è molto preoccupante nei Paesi poveri e in Cina, in particolare, dove, secondo una ricerca pubblicata in agosto dalla rivista PlosOne, il 17 per cento dei decessi è da attribuire allo smog) e in circa l'80 per cento dei casi, queste morti sono da attribuire a infarti e ictus (un altro 11 per cento è per malattie respiratorie, seguono i tumori). E poi c'è il rumore: la letteratura scientifica ha ben documentato i danni. Sempre l'Oms ha segnalato, in un suo rapporto, che il rumore del traffico e il rumore degli aerei aumentano lo stress dell'organismo, favorendo così la comparsa di fattori di rischio cardiovascolare, ipertensione al primo posto. Ecco perché la Società europea di cardiologia (Esc), che ha appena concluso il suo congresso annuale a Londra, ha scelto il tema dell'ambiente come *leitmotiv* dell'anno e ha deciso di sensibilizzare la Commissione europea, proponendo ai partecipanti al congresso una cartolina da firmare e inviare a quei membri che si occupano di ambiente e salute.

E l'Esc dedicherà la prossima giornata mondiale del cuore al tema dell'inquinamento. Perché la lotta a questo fattore di rischio non può prescindere dal coinvolgimento della politica.

Certo, è più facile buttare sulle spalle dei cittadini le responsabilità della prevenzione delle malattie cardiovascolari, anche colpevolizzandoli: smetti di fumare (altrimenti se ti ammali il sistema sanitario non ti paga l'intervento di bypass, come si è proposto proprio in Gran Bretagna), fai attività fisica, dimagrisci a tutti i costi.

È indubbio che la prevenzione di infarto e ictus, attraverso il controllo dei classici fattori di rischio, passa attraverso l'educazione e la collaborazione dei singoli. Ma se è vero che l'inquinamento gioca un ruolo non indifferente, che cosa può fare un cittadino da solo se non tentare di smuovere i politici?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sabato 05 SETTEMBRE 2015

La Medicina di Precisione e la svolta moderna nelle cure

Se ne parla molto. Negli Usa hanno investito 215 milioni di dollari. Le aspettative sono molto alte, anche perché i farmaci attuali funzionano mediamente solo in un malato su quattro. E anche in Italia sorgono nuove opportunità

“E’ più importante conoscere che tipo di persona ha una malattia, piuttosto che conoscere il tipo di malattia che ha la persona”, sosteneva Ippocrate circa 400 anni a.C, dando vita così alle prime forme di medicina personalizzata. Ben oltre duemila anni dopo - il [presidente USA Barack Obama](#), nel discorso sullo Stato dell'Unione del 20 gennaio 2015, ha dichiarato: "Stasera, sto lanciando una iniziativa per una nuova medicina di precisione per avvicinarci a curare malattie come il cancro e il diabete - e per dare a tutti -l'accesso alle informazioni personalizzate di cui abbiamo bisogno per mantenere noi stessi e le nostre famiglie più sane". Si tratta di un passo importante e fondamentale nella direzione della cosiddetta “medicina di precisione”, finanziata con 215 milioni dollari.

Secondo **Francis S. Collins**, direttore del *National Institutes of Health*, tale progetto potrà aiutare i medici a decidere quali trattamenti funzionano meglio per i singoli pazienti, in sostanza consentendo ai ricercatori di sviluppare farmaci e cure su misura, **riconoscendo che ogni paziente è unico**. Attualmente è di routine abbinare una trasfusione di sangue ad uno specifico gruppo sanguigno. Che cosa succederebbe e quali ovvi miglioramenti ci sarebbero se fosse altrettanto facile - ad esempio - far corrispondere la cura del cancro al proprio codice genetico?

Ma che cosa si intende per “**medicina di precisione**” o, come viene anche definita, “**medicina personalizzata**”? Come funzionano questi trattamenti che, per molte patologie, potrebbero cambiare radicalmente il futuro della medicina, migliorando considerevolmente la qualità della vita dei pazienti?

La considerazione di partenza è che i trattamenti oggi a disposizione, per quanto avanzati, risultano ancora “inefficienti”. Come illustra un articolo presente sulla rivista scientifica *Nature*, i dieci farmaci con il maggiore fatturato negli Stati Uniti funzionano efficacemente, nel migliore dei casi, solo in un malato su quattro (nel peggiore in uno su 25). In altre parole, milioni di persone prendono medicine che hanno per loro scarsa o nessuna azione, perché è impossibile sapere - in anticipo - chi ne beneficerà e chi no. In realtà, da ormai diverso tempo si parla di cure personalizzate, intendendo in genere con questa espressione - la disponibilità di farmaci mirati verso alcune forme di malattia, in particolare i tumori, di cui è nota una componente genetica precisa.

Partendo da tali considerazioni in Islanda è stata eseguita la mappatura del DNA. Responsabile del progetto è stata la società deCODE Genetics, in collaborazione con l’Università dell’Islanda a Reykjavik. La start up, nata nel 1996, si è posta l’obiettivo di portare avanti studi sui geni per studiare le mutazioni riguardanti la salute e quindi lo sviluppo di nuovi farmaci mirati al corredo genetico specifico. Non a caso l’Islanda è stata il punto di partenza della ricerca. Il popolo insulare del nord dell’Europa, infatti, possiede una caratteristica fondamentale: la spiccata omogeneità genetica. L’Islanda è un territorio ideale per la ricerca in quanto è rimasta sostanzialmente isolata - geneticamente - per circa 12 secoli e la larga maggioranza dei suoi soli 270 mila abitanti discende direttamente dai colonizzatori vichinghi e scozzesi arrivati sul suo territorio a partire dalla seconda metà del IX secolo.

Ora, con gli studi giunti a un punto di svolta, è stato possibile fare dei confronti tra i vari corredi genetici della popolazione presente sull'isola ed i cui risultati sono stati presentati in ben 4 articoli pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica *Nature Genetics*. Tra le scoperte, i ricercatori hanno rilevato che la variante del gene ABCB4 si associa ad alcune precise patologie del fegato, mentre il gene ABCA7 appare legato da un'insorgenza precoce della malattia di Alzheimer.

Altro settore in concreta e rapida espansione, che trova spazi applicativi nella medicina di precisione, è quello rappresentato dall'uso delle fibre ottiche - sia per applicazioni chirurgiche che endoscopiche - noto fin dalla fine degli settanta del secolo scorso. Negli ultimi anni, le fibre ottiche stanno conquistando un crescente interesse oltre che uno spazio reale nel campo della diagnostica medica, della rilevazione di agenti patogeni, di sostanze biochimiche e nel controllo, in linea ed in tempo reale, delle effettive condizioni di un tessuto dopo e/o durante un intervento ablativo, termico o chirurgico.

In questo contesto, si inserisce l'attività svolta dal *Gruppo inter-universitario di Fotonica della Campania*, coordinato dai Professori **Antonello Cutolo** ed **Andrea Cusano dell'Università del Sannio** che, attraverso un'appropriata integrazione con nuovi materiali e con le più recenti tecniche di nano-fotonica, hanno sviluppato una interessante serie di applicazioni di questo tipo di fibre riuscendo a definire:

- o *una spatola sensorizzata per applicazioni neurochirurgiche*
- o *un rivelatore di markers tumorali della tiroide*
- o *una guida per l'anestesia epidurale*
- o *un analizzatore dello stato di tessuti durante il trattamento con radiazione laser e/o radiofrequenza di lesioni cancerose interne.*

A parte la spatola, tutte le altre si basano sul montaggio di una fibra commerciale (opportunamente modificata) all'interno di un normale ago-siringa. Ulteriori studi sono in corso allo scopo di allargare tali applicazioni per l'individuazione ancora di altri markers tumorali e per la realizzazione di un ecografo integrato, all'interno di un semplice ago, per realizzare ecografie ad alta risoluzione dall'interno del corpo umano.

Indipendentemente dai singoli risultati sino ad ora conseguiti, l'obiettivo strategico è il completamento dello sviluppo di nuova tecnica abilitante per la produzione di aghi sensorizzati con una fibra ottica che possano eseguire una serie di interventi - dal semplice trattamento termico fino alla somministrazione localizzata di farmaci e ad interventi chirurgici- monitorandone gli effetti in linea ed in tempo reale.

L'obiettivo principale della medicina di precisione, pertanto, rimane adesso quello di creare archivi di dati sulle popolazioni, ricavati da specifiche ricerche genomiche, per capire le basi genetiche di alcune malattie e, nello stesso tempo, sviluppare concretamente metodiche di indagine rapide, economiche ed accurate oltre a farmaci e cure specifiche, andando ad incidere ed ad intercettare anticipatamente le patologie individuate.

In seguito, il target della Medicina di precisione sarà quello di espandere in modo significativo gli sforzi nel campo della genomica del cancro per creare prevenzione e trattamento per più tumori: basandosi sulla firma molecolare di un tumore; sviluppando soluzioni per la resistenza ai farmaci che comunemente limitano l'efficacia delle terapie mirate; realizzando approcci che possono valutare la risposta alla terapia e il possibile sviluppo di resistenza, utilizzando "biopsie liquide" di plasma sanguigno ed, infine, testando cellule tumorali in grado di predire la risposta a combinazioni di farmaci e di definire i meccanismi di resistenza.

Dott. Domenico Crea

Dott.ssa Maria Ludovica Genna

Osservatorio Sanitario di Napoli

SALUTE

● Il numero

Aumentano i falsi fisioterapisti Cosa bisogna sapere per tutelarsi

55 mila

È il numero di fisioterapisti che in Italia sono in possesso dei requisiti professionali richiesti

Oggi in Italia su 100 mila operatori che impiegano procedure fisioterapiche o si qualificano «fisioterapisti» solo 55 mila esercitano la professione legalmente. In occasione della Giornata Mondiale dedicata alla Fisioterapia, l'8 settembre, l'Associazione Italiana Fisioterapisti (Aifi) promuove la campagna di informazione nazionale «Giù le mani» che si svolgerà dal 7 all'11 settembre e che ha come obiettivo l'informazione sulle professionalità qualificate e la riduzione dell'abusivismo. Sarà attivo anche un numero verde nazionale gratuito (800 036 077, dalle 15.30 alle 17.30) al quale è possibile telefonare per chiedere informazioni sulla fisioterapia, le relative modalità di accesso e su come riconoscere i fisioterapisti qualificati. Il 12 settembre, inoltre, sarà il «Fisio Day»: i cittadini potranno chiedere una consulenza gratuita ai centri che aderiscono all'iniziativa (per informazioni www.aifi.net)



SALUTE

I danni

Dai tumori all'ictus Il lungo elenco delle conseguenze

Il tabacco è da solo responsabile del 90% dei casi di cancro al polmone, la prima causa di morte per tumore in Italia con circa 40 mila nuovi casi (di cui 10 mila riguardano donne) e 32 mila decessi l'anno. Meno noto, ma non meno pericoloso, è il legame diretto fra fumo e tumore della vescica, che nel 70% dei casi colpisce un tabagista. E l'elenco dei danni è ancora lungo, con altre migliaia di casi di diverse neoplasie (stomaco, fegato, bocca, laringe, faringe, pancreas, ad esempio) per le quali la relazione è ormai certa da anni. Il fumo fa poi lievitare la possibilità di danni al cuore e al sistema circolatorio, favorendo patologie come ictus, arteriosclerosi e malattie vascolari periferiche. E a questo va aggiunta un'altra serie di malattie respiratorie: dalla broncopneumopatia cronico ostruttiva (Bpco), destinata a diventare la terza causa di morte a livello mondiale, a bronchiti e polmoniti.

V. M.



SALUTE

Scommettiamo che riesci a smettere



Negli Usa si sta sperimentando un metodo di incentivazione economica per convincere ad abbandonare le sigarette anche i fumatori più refrattari ad altre strategie di disassuefazione. I candidati impegnano una somma e solo quando dimostreranno di aver raggiunto l'obiettivo la riavranno, con gli interessi

Le politiche antitabagismo hanno dato buoni risultati, tuttavia rimangono molto numerosi coloro che non riescono a resistere al fumo. Così, per esempio negli Stati Uniti, si sperimentano anche innovative forme di incentivazione

Sigarette addio in cambio di denaro

O

ffrire incentivi economici, bonus o buoni acquisto di vario genere potrebbe essere un metodo efficace per convincere i fumatori a dire addio al tabacco? Nella comunità scientifica,

la questione è ormai aperta, ma ancora molto dibattuta. In America e in Gran Bretagna sono già state fatte diverse sperimentazioni e gli esiti sembrano positivi.

Prima di farne una questione di principio, occorre partire da un dato di fatto: il fumo continua a essere la prima causa di morte evitabile in tutto l'Occidente e uccide ogni anno solo in Italia più di 70 mila persone. Non solo: «Undici milioni di italiani continuano a fumare e il numero non diminuisce — spiega Roberta Pacifici, responsabile dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (Ossfad) dell'Istituto superiore di sanità —. Da più di cinque anni siamo

praticamente in una situazione di stallo: non riusciamo né a far calare in modo significativo il numero di quanti iniziano, né a far aumentare il numero di quelli che riescono a smettere». I dati Ossfad indicano chiaramente che da anni il 30% dei tabagisti cerca di smettere



senza successo. «E la situazione è aggravata dal fatto che, in media, i nuovi fumatori iniziano a 18 anni e smettono verso i 42, accumulando quindi, sempre in media, più di 20 anni di danni — aggiunge Pacifici —. Di fronte a questo panorama, ogni soluzione che ci aiuti a raggiungere l'obiettivo va presa in considerazione».

Certo servono studi scientifici che valutino e indichino come procedere. In quest'ottica vanno letti i diversi tentativi in atto soprattutto negli Stati Uniti, dove il sistema «quit&win» (smetti&vinci) viene già utilizzato per spingere l'elevato numero di obesi a perdere peso.

Una delle sperimentazioni più recenti e più numericamente significative ha coinvolto oltre 2.500 persone seguite per sei mesi: a un gruppo è stato chiesto di depositare inizialmente 150 dollari che sarebbero poi stati resi, con l'aggiunta di un premio di 650 dollari, a chi avesse concluso con successo il programma di dissuasione dal fumo; ad altri non è stata chiesta alcuna «cauzione», ma è stato solamente offerto un premio finale di 800 dollari in caso di riuscita. A tutti, comunque, sono sta-

ti proposti sostegno gratuito con personale qualificato e la terapia sostitutiva della nicotina per attenuare i sintomi dell'astinenza. I risultati dello studio, pubblicati sul *New England Journal of Medicine*, mostrano che i maggiori successi sono stati ottenuti fra quanti avevano dato la cauzione: a sei mesi aveva smesso il 52,3% dei tabagisti del primo gruppo, contro il 17% del secondo. D'altro canto bisogna tenere conto che, in fase di arruolamento, molte persone hanno rifiutato di partecipare al programma dovendo anticipare dei soldi.

«Sono esiti interessanti — commenta l'oncologo Umberto Veronesi, da sempre impegnato nella lotta al fumo —. Visto che siamo di fronte a un problema mortale e difficile da risolvere, ogni tentativo va valutato. Se i premi, in denaro o di altro tipo, possono aiutare perché scartarli? Proibizionismo e terrorismo non funzionano, allora tentiamo ». È possibilista anche Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri: «Credo che si dovrebbe puntare di più sull'aumento del prezzo delle sigarette, su divieti in parchi, stadi e locali all'aperto

— dice — e sull'inserimento a carico del Servizio sanitario dei farmaci che aiutano a smettere di fumare, così da renderli gratuiti per i pazienti. Ma l'incentivo economico può essere comunque una soluzione per casi estremi, come ad esempio le fumatrici in gravidanza e in allattamento».

A questo proposito, esperti dell'Università di Cambridge e del King's College di Londra hanno condotto un esperimento con 239 fumatrici incinte residenti alla periferia di Chesterfield (considerata molto povera), offrendo loro buoni-shopping di valore crescente man mano che superavano i controlli periodici. Il test voleva verificare se i voucher fossero una spinta efficace per smettere di fumare e quante donne avrebbero mentito per avere i buoni. Gli esiti sono stati giudicati incoraggianti: sei donne su dieci hanno ricevuto almeno un tagliando, dimostrando di voler provare a smettere di fumare; una su 5 ha smesso fino alla nascita del bimbo e 25 fino a sei mesi dopo il parto. Solo il 4% ha tentato di barare.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sul web

Si chiama *iCoach*, ed è una specie di «psicologo digitale» che aiuta a smettere di fumare. La piattaforma, disponibile nelle 23 lingue dei 28 paesi Ue, è stata lanciata nel 2011 dalla Commissione europea con la campagna «Gli ex fumatori sono inarrestabili» rivolta ai giovani tra i 24 e i 35 anni. Dei 431 mila utenti italiani iscritti nelle precedenti edizioni, uno su tre ha smesso di fumare dopo tre mesi grazie ad *iCoach*.



**Le cifre
In Italia
da 5 anni
non
calano
in modo
rilevante
né i nuovi
fumatori
né quelli
che si
liberano
dal "vizio"**

I risultati

Il sistema «smetti&vinci» è usato anche per i grandi obesi e un test su 2500 fumatori si è dimostrato efficace per il 52% dei partecipanti

SALUTE

Le cellule «ingrassate» possono portare a sviluppare la cirrosi

Se il fegato ingrassa c'è di che preoccuparsi. Perché la steatosi epatica è il primo anello di una catena di guai assai seri, come spiega Antonio Gasbarrini, epatologo del Policlinico Gemelli di Roma: «Essendo il fegato la centrale metabolica del nostro organismo, se quest'organo non funziona a dovere innesca problemi come ipercolesterolemia, resistenza all'insulina, ipertensione: la steatosi spesso è infatti la prima manifestazione della cosiddetta *sindrome metabolica*, che a sua volta favorisce la comparsa di diabete oltre che essere un fattore di rischio per numerosi tipi di tumore. Inoltre, se trascurata la steatosi si trasforma in cirrosi: succede nel 25-30% dei casi, tanto che già oggi negli Stati Uniti il fegato grasso è la prima causa di cirrosi e trapianto di fegato».

È più a rischio chi ha una familiarità per il problema e anche chi ha altre patologie per le quali è costretto a terapie farmacologiche croniche: dover smaltire continuamente medicinali affatica le cellule epatiche, che poi diventano meno capaci di gestire i troppi grassi.

La steatosi però non dà alcun sintomo: il fegato infatti è un "soldatino" che lavora indefessamente fino a che il danno non è insormontabile.

«Si tratta di un organo talmente importante per la nostra sopravvivenza da essere capace di sopportare parecchie fasi di difficoltà senza cedere e dare segni di sofferenza: al massimo si può avere sonnolenza, un

malessere generico, ma un fegato malato non si vede e non fa male — osserva l'esperto —. Di conseguenza, preoccupa e sprona all'intervento meno, per esempio, di un dolore alla spalla, che di certo non mette a rischio la vita come un'epatopatia non curata».

A quali controlli bisogna sottoporsi allora, e quando? «L'ecografia è un test semplice, economico e senza rischi in grado di diagnosticare precocemente la steatosi; anche l'esame delle transaminasi, soprattutto la GPT, è indispensabile. Se si sospetta una sindrome metabolica già in atto, sì alla valutazione di colesterolo, trigliceridi e glicemia — raccomanda Gasbarrini —. Tutti gli over 40 dovrebbero fare un check-up epatico annuale. Se però lo stile di vita è stato poco salutista, i controlli è bene iniziarli anche prima: purtroppo oggi vediamo casi di fegato grasso e sindrome metabolica sempre più precoci, perfino nei ragazzini».

«La buona notizia — conclude l'esperto — è che una volta riconosciuto il problema, la steatosi può essere contrastata modificando le abitudini: il fegato è un organo straordinario, se ci si rimette in carreggiata si "pulisce" e può ripartire da zero a funzionare perfettamente. L'essenziale è recuperare un'alimentazione quotidiana sana ed equilibrata, lasciando che gli eccessi di calorie, zuccheri e cibi raffinati restino un'eccezione».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



REVISIONE DELLE NORME DEONTOLOGICHE

Dalla vendita online alle ricette arriva il nuovo codice dei farmacisti

Recepirà le novità normative. Sì ai farmaci senza prescrizione se sono urgenti

ROMA. Vendite online o senza ricetta, preparazioni galeniche in parafarmacia, ma anche l'entrata delle società di capitali: sono tanti gli aspetti del lavoro del farmacista modificati negli ultimi anni da norme e decreti, alcuni ancora all'esame del Parlamento. Ecco perché la Federazione Ordini farmacisti italiani (Fofi) ha deciso di avviare la revisione del Codice deontologico del farmacista.

Nell'attesa che il processo sia completato, ha inviato una circolare ai propri iscritti, in cui vengono riepilogate le disposizioni del Codice che devono essere interpretate alla luce delle nuove disposizioni legislative.

Una di queste riguarda appunto la possibilità per il farmacista di rilasciare senza ricetta farmaci per cui è invece necessaria la prescrizione medica, ma solo in alcuni determinati casi di urgenza come la necessità di proseguire una terapia dopo le dimissioni dall'ospedale. «È un meccanismo introdotto dal 2008 con un decreto del ministero della Salute e che funziona ormai da tanti anni - spiega Andrea Mandelli, presidente Fofi - bene e senza abusi, che viene in aiuto del cittadino, in casi ben codificati».

Le condizioni stabilite dal ministero prevedono infatti la possibilità di consegnare senza ricetta farmaci soggetti a prescrizione in tre casi: quando c'è la necessità di proseguire il trattamento di malattie croniche, quando c'è l'esigenza di evitare l'interruzione in altri trattamenti e quando bisogna proseguire una

terapia dopo dimissioni dall'ospedale. Il farmacista deve consegnare la confezione con il più basso numero di dosi, compilare una scheda che il cliente dovrà consegnare al suo medico e annotare il tutto in uno speciale registro. Sono comunque esclusi da questi casi i farmaci stupefacenti e quelli rimborsati con onere a carico del Ssn.

«Ma questo è solo uno dei temi che verranno affrontati nel nuovo Codice - continua Mandelli - assieme alla vendita online dei farmaci e l'entrata delle società di capitali nel settore farmaceutico, ora all'esame del Parlamento». Dall'1 luglio, infatti, anche in Italia è stata autorizzata la vendita dei medicinali su internet. Ma perché la possibilità diventi realtà servono ancora alcuni passaggi. «Stiamo aspettando che il ministero della Salute - aggiunge - perfezioni il bollo europeo da usare».

Altra norma del Codice da modificare sarà quella che riguarda la preparazione galenica di medicinali in farmacia. Una prerogativa che, in base al decreto legge 1 del 2012, potrà essere ora «estesa anche ai farmacisti che nelle parafarmacie, in possesso dei requisiti richiesti e nel rispetto delle condizioni previste, allestiscono preparati galenici non soggetti a prescrizione medica».

Ancora tutto da capire, invece, «come ci regoleremo con l'entrata delle società di capitali nel nostro settore - osserva Mandelli - prevista dal ddl Concorrenza all'esame del Parlamento. Ad esempio chi sarà responsabile deontologicamente in una società di capitali?».

Verrà invece affrontato più avanti il tema dell'obiezione di coscienza, come accaduto con la pillola del giorno dopo. «Capisco che alcuni colleghi abbiano dei problemi dei problemi etico-morali - conclude - ma bisogna trovare un punto di mediazione per garantire il diritto alla salute del cittadino».



SALUTE

Sugli effetti delle e-cig ancora incertezze

Disassuefazione

Stando al rapporto 2015 dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (Ossfad) dell'Istituto superiore di sanità, l'uso della sigaretta elettronica in Italia è in diminuzione: se nel 2013 la utilizzavano abitualmente circa 510 mila persone (l'1% della popolazione), nel 2014 si è passati a circa 255 mila, per poi risalire a 350 mila nel 2015. Gli utilizzatori occasionali, invece, sono più che dimezzati negli ultimi due anni e ora sono circa 200 mila. Coloro che usano la e-cig hanno in media 45 anni (è in crescita la fascia degli over 65) e sono soprattutto uomini, preferiscono i modelli con nicotina che acquistano soprattutto da rivenditori specializzati.

«La buona notizia — spiega Roberta Pacifici, responsabile dell'Ossfad — è che cresce la percentuale di chi ha smesso di fumare le sigarette tradizionali, ma purtroppo sale anche il numero di chi non ha modificato le proprie abitudini aggiungendovi le e-cig». Quindi siamo a un punto morto e resta ancora da chiarire se queste aiutino a smettere di fumare o meno. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità le e-cig non possono a oggi essere dichiarate né efficaci per la disassuefazione né sicuramente

innocue, sia che il loro vapore contenga o meno nicotina.

Bisogna poi sempre tenere presente che ci sono in commercio decine di tipi diversi di sigarette elettroniche, con contenuti e miscele differenti. «Oltre ai dubbi sulla salute, specie per un uso protratto nel tempo, un loro limite è quello di mantenere la gestualità e l'inalazione così care ai fumatori, rendendo difficile dire basta una volta per tutte — continua Roberto Boffi, pneumologo responsabile del Centro antifumo dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano —. Va anche detto che le e-cig di vecchia generazione, fondamentalmente non emettono con il vapore sostanze cancerogene ma al limite solo irritanti, come alcuni metalli pesanti. Di recente invece è stato dimostrato che quelle più nuove, con cartucce di tabacco, sono in grado di produrre sostanze cancerogene».

In tutto il mondo, sono numerosi gli studi in corso che stanno tentando di valutare se le e-cig possano essere inserite fra gli strumenti scientificamente convalidati come utili e sicuri per smettere di fumare. Tra questi oggi si annoverano la terapia sostitutiva della nicotina (caramelle, cerotti, inalatori o gomme da masticare con un basso contenuto di nicotina in modo tale da attenuare i sintomi dell'astinenza) e i farmaci bupropione e vareniclina che agiscono a livello cerebrale per

ridurre il desiderio di fumare.

È possibile trarre qualche conclusione? «Da quanto emerge a livello internazionale la e-cig può avere un suo ruolo nell'avvicinare i cosiddetti "irraggiungibili", specie quei forti fumatori di tante sigarette al giorno da parecchi anni che non si dichiarano interessati a smettere — risponde Fabio Beatrice, presidente della Società Italiana di Tabaccologia —. E come conferma anche un piccolo studio italiano - condotto dall'Ossfad, in collaborazione con il Centro antifumo dell'ospedale San Giovanni Bosco di Torino -, è essenziale usarla in ambito sanitario, inserendola in un processo che assiste il tabagista a passare dal fumo tradizionale a quello elettronico, per poi smettere. Con un uso corretto si può così far assimilare la giusta quantità di nicotina, evitando tossicità da eccesso o crisi di astinenza».

Purtroppo le attuali strategie di trattamento del tabagismo, verificate a distanza di 12 mesi, funzionano in circa la metà dei casi. Negli ultimi anni si è dunque andato diffondendo il concetto di riduzione del danno. «L'idea è insomma di continuare i tentativi con la sigaretta elettronica, che è comunque meno nociva della tradizionale, in attesa di risposte definitive sulla sua tossicità e efficacia» conclude Fabio Beatrice.

V. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nei Centri

Assistenza gratis quasi sempre. Ma i farmaci no



successi contro la sigaretta dipendono da forza di volontà e motivazione della persona, ma anche dal sostegno mirato che si può ricevere — dice Roberto Boffi, responsabile del Centro antifumo dell'Istituto dei tumori di Milano —. Si può optare per un metodo unico o per un mix di strategie. In base a quanto e quando fuma il paziente, al perché, al suo atteggiamento nei

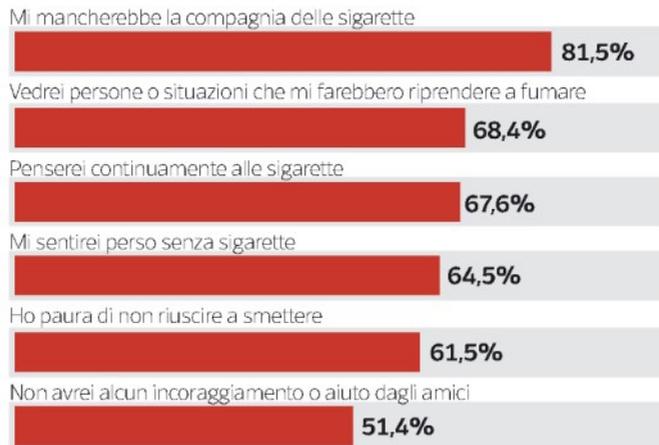
confronti del fumo, il medico decide il modo migliore per affrontare i sintomi legati all'astensione». Nei Centri la gestione amministrativa del paziente non è omogenea. In generale si può dire che nella maggior parte di quelli del Servizio sanitario o del privato sociale (LILT) l'accesso e le terapie sono gratuite. Per alcuni occorre una richiesta del medico, a seguito della quale di solito non si paga

nulla, o al massimo un ticket variabile da regione a regione (dai 7 agli 80 Euro) perché vengono effettuate visite specialistiche o accertamenti, poi la terapia, quasi sempre di tipo psicologico e/o comportamentale, è gratuita. I farmaci, utilizzati soltanto per forti fumatori, non sono coperti dal Servizio sanitario e il loro costo si aggira intorno ai 100 Euro mensili.

V.M.

L'INDAGINE

CHE COSA TRATTIENE DAL PROVARE A SMETTERE



FONTE: Indagine Doxa-OssFAD 2015 su un campione di 634 fumatori

IL TEST - SEI DAVVERO MOTIVATO?

A ogni domanda corrisponde un punteggio da sommare

Quanto è importante per te smettere di fumare?	Perché desideri smettere di fumare?
Disperatamente importante	Perché la mia salute ne sta già soffrendo
Molto importante	Perché sono preoccupato della mia salute futura
Abbastanza importante	Perché fumare costa troppo
Non molto importante	Perché sono spinto da altri
	Per la salute della mia famiglia
Quanto ritieni siano alte le probabilità di riuscire a smettere?	Quanto sei determinato a smettere?
Estremamente alte	Estremamente determinato
Molto alte	Molto determinato
Abbastanza alte	Abbastanza determinato
Non molto alte	Non del tutto determinato
Basse	
Molto basse	

RISULTATI (sul punteggio totale)

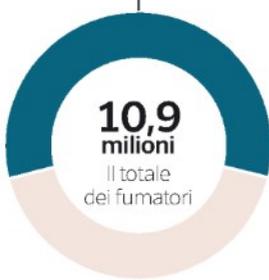
da 4 a 6 MOTIVAZIONE BASSA Non hai ancora considerato seriamente di smettere di fumare	da 11 a 14 MOTIVAZIONE ALTA Hai dei momenti nei quali sei più deciso a smettere di fumare
da 7 a 10 MOTIVAZIONE MEDIA Stai valutando sia i benefici dello smettere che i rischi del fumare	da 15 a 19 MOTIVAZIONE MOLTO ALTA Sei pronto a smettere di fumare

FONTE: Guida pratica "Smettere di fumare", OssFAD-Iss, Ministero della Salute, 2013

IN ITALIA

6,3 milioni

Gli uomini che fumano



10,9 milioni

Il totale dei fumatori

4,6 milioni

Le donne fumatrici



21,5 miliardi di euro l'anno

I costi sanitari e i costi sociali dovuti a malattie legate all'uso del tabacco



7,5 miliardi di euro l'anno

I costi sanitari complessivi

3,4 miliardi di euro l'anno

La spesa ospedaliera

FONTE: OssFAD 2015; Università Cattolica Roma, 2011; Comm. Europea, 2007



350

mila

Sono gli italiani che attualmente utilizzano la sigaretta elettronica. Se nel 2013 la usavano circa 510 mila persone (pari all'1% della popolazione), nel 2014 si è passati a circa 255 mila



L'esperto risponde

alle domande su come smettere all'indirizzo http://forum.corriere.it/sportello_cancro_stop_al_fumo