

## Bambine-donne a 9 anni: arriva la pubertà precoce

**Perché, rispetto a un tempo, oggi i primi segni dello sviluppo iniziano presto (brufoli compresi).**

Il problema, ammesso che sia tale, l'ha sollevato un articolo del quotidiano americano *Herald Tribune*: genitori e pediatri stanno notando nei bambini i primi segni dell'acne fra 7 e 12 anni. Un po' presto. In passato i brufoli adolescenziali facevano la loro comparsa verso i 12-13 anni. Davvero i bambini diventano adulti, biologicamente parlando, prima di una volta?

«Lo sviluppo puberale si è anticipato, ed è un fenomeno che riguarda soprattutto le bambine, così dicono alcuni studi in Europa e negli Stati Uniti» conferma Andrea Lania, responsabile dell'Unità operativa di endocrinologia all'Istituto Humanitas di Milano. «Non tanto il menarca, ossia il primo ciclo mestruale, quanto il telarca, lo sviluppo della ghiandola mammaria: il seno inizia

a crescere già a 8-9 anni, mentre nei primi anni Ottanta questo avveniva verso gli 11 anni. L'anticipo delle prime mestruazioni è invece più sfumato».

I motivi? In parte sono i geni (spiegherebbero il 27 per cento dei casi di pubertà precoce), ma c'entra non poco l'aumento di peso nell'infanzia. «Specie nelle bambine l'obesità ha un ruolo di rilievo» continua Lania. Hanno un ruolo anche gli isoflavoni della soia, nel latte per gli allergici, sostanze come gli ftalati (presenti nella plastica) e i pesticidi, che agiscono come «interrottatori endocrini», interferiscono cioè nell'equilibrio ormonale.

C'è da preoccuparsi se a 9 anni c'è già un accenno di seno? «No, direi che è quasi più delicato il caso contrario, almeno dal punto di vista psicologico. Quando un bambino ha uno sviluppo tardivo, mentre tutti i suoi coetanei sono già cresciuti, i genitori riversano sui piccoli le loro ansie» conclude Lania. (D.M.)



Negli anni Ottanta si diventava adolescenti verso gli 11 anni, oggi nelle femmine il seno inizia a crescere quando l'infanzia non è ancora terminata.

stampa | chiudi

LO STOP A METÀ MESE

# A luglio sciopero nazionale dei medici del Ssn

*Protestano contro l'estensione al 2014 del blocco della contrattazione nazionale e aziendale in vigore dal 2009*

MILANO - Un giorno senza sanità pubblica. Potrebbe succedere a luglio, intorno alla metà del mese: i medici del Servizio sanitario nazionale hanno annunciato un giorno di sciopero se sarà esteso al 2014 il blocco della contrattazione nazionale e aziendale in vigore dal 2009.

**LA LEGGE** - L'ente intersindacale di medici, veterinari, dirigenti sanitari e amministrativi, tecnici e professionali dipendenti del Ssn, ha espresso, in una lettera inviata al governo, al Parlamento e alle Regioni, netta contrarietà nei confronti del decreto che blocca la contrattazione per l'anno prossimo ed estende allo stesso periodo gli effetti «perversi» della legge 122 del 2010 che non consentono l'applicazione di istituti consolidati nei precedenti contratti di lavoro. Secondo i camici bianchi, gli effetti del decreto «sono particolarmente rilevanti nei riguardi dei dirigenti del ruolo sanitario, dipendenti del Ssn, cui le disposizioni della legge 122 del 2010 sono già costate un prezzo medio pro capite di circa 30.000 euro. Il blocco delle procedure contrattuali e negoziali impedisce, tra l'altro - scrive il sindacato - il recepimento di norme legislative pregresse e di riforme strutturali annunciate, amplificando e incattivendo un quadro già drammatico per cittadini e operatori, i primi vittime di un definanziamento che provoca diminuzione dei servizi, gli altri gravati da un progressivo peggioramento delle condizioni di un lavoro spesso svolto ai limiti della sicurezza».

Redazione Salute Online

stampa | chiudi

## INTERVISTA

77

## Lorenzin: avanti con i costi standard No ai mini-ospedali

Roberto Turno &gt; pagina 7

# Lorenzin: per risparmiare avanti con i costi standard

## «Non si torna alla spesa disinvolta» - Mini ospedali addio

di **Roberto Turno**

**D**ice basta ai «violenti» tagli lineari e ad altri ticket per 2 miliardi. E promette occupazione per i giovani medici a partire dal prossimo "piano lavoro" del Governo. Mamette in guardia: «Nessun ritorno alla spesa pubblica disinvolta, tutt'altro». E allora avanti con i risparmi garantiti dai costi standard, dall'e-health, dalle cure sul territorio anche chiudendo («riconvertendo») i piccoli ospedali. Tutto col «Patto per la salute» da discutere con le Regioni già da fine luglio. «Possiamo risparmiare miliardi, garantendo qualità e la tenuta del sistema. Ma serve una fase nuova». Beatrice Lorenzin, da cinquanta giorni ministro della Salute, traccia la rotta della nuova governance del Ssn. E assicura: «Le industrie della salute non vanno abbandonate. L'industria buona va stimolata a non lasciare l'Italia».

**Ministro, la sua è una cura da dottore benevolo. Stop ai tagli, sembra un sogno. Ma come fare?**

Non sono un dottore benevolo, cerco una prescrizione appropriata. Ma sia chiaro: non sono fautrice del ritorno alla spesa pubblica disinvolta, tutt'altro. Conosco bene gli elementi di cattiva gestione e di governance che hanno causato lo splafonamento della spesa sanitaria. E

so bene che bisogna perseverare sulla strada del risanamento.

**Niente tagli lineari, quindi.** Certo, niente tagli lineari. Sono già stati fatti e in modo piuttosto violento. Forse allora poteva essere necessario. Ora si deve pensare alla qualità che con i tagli s'è persa. Ma sia chiaro: non si ricomincia a spendere.

**Ma come fare? Per Saccomanni i margini di risparmio ci sono.**

Lo penso anche io. Sono possibili miliardi di risparmi. Bisogna passare però dai tagli lineari tout court a una riprogrammazione della spesa in una fase di una nuova responsabilità. Credo che tutte le Regioni si rendano conto che oggi o fai determinate cose e prendi certe misure, o il sistema non è più sostenibile. Il problema è di governance.

**Dalle parole ai fatti, il passo non è breve.**

Il «Patto per la salute» dovrà essere una nuova programmazione economica e assistenziale del sistema. Un «Patto» in pieno accordo con le Regioni, con un'azione unitaria e forte, alle quali dico: io non faccio tagli lineari, ma voi dovete sponsorizzare un livello di governance e di programmazione dalle Alpi agli Appennini che permetta di attivare i modelli virtuosi che hanno garantito risparmi ed efficienza.

**Una scommessa, tanto più in tempi brevi.**

Eppure è così. Con meno rico-

veri e più cure domiciliari, possiamo risparmiare da 800 a 3 mila euro per ricovero. Significa meno spese per miliardi di euro. Con l'e-health 7 miliardi di risparmi diretti e altri 7 indiretti. Per non dire dell'assistenza che potremmo garantire alla popolazione che invecchia. I modelli non ci mancano, le performance vanno esportate ovunque. Per non dire del passaggio ai costi standard, che in alcuni casi ci farebbe risparmiare tra il 15 e il 30% dei costi, in totale più di 10 miliardi. Con più qualità.

**Sembra la quadratura del cerchio...**

Eppure con la centrale unica di acquisiti della Consip si sono avuti questi margini di risparmio. Altro che i 2 miliardi necessari per evitare i ticket.

**Tutto da fare col «Patto»?**

Certo.

**Ma i governatori dicono: discutiamo se ci sono i fondi.**

Io non sono il ministro dell'Economia e non parlo per lui. Ho trovato però in Saccomanni un interlocutore molto attento e sensibile alla questione sociale. È con questo senso di responsabilità che andrò al tavolo con le Regioni e so che c'è piena identità col ministro dell'Economia, e, sono sicura, anche con le Regioni. Non si tratta di fare un braccio di ferro o conflitti di competenze. Ma, a risorse date e in una fase così difficile per tutti, di gestire e ridistribuire i fondi nel modo migliore possibile.

Serve responsabilità da parte di tutti, anche degli operatori. Partendo col piede giusto e riconoscendo che le Regioni non sono in grado di sostenere altri tagli lineari. Ma questo non può significare aumento della spesa.

**Come cambiare i ticket? Pagando per franchigia a seconda delle fasce di reddito?**

Non so se la franchigia funzionerebbe. Il problema va inquadrato nella riforma complessiva del Fisco e in questa fase abbiamo la necessità che non si inventino nuove tasse che vanno sempre a opprimere un ceto medio che va scomparendo, mentre è il motore di una nazione. L'obiettivo non è solo di aiutare le persone povere, ma di fare in modo che chi non è povero oggi, non lo divenga domani. Servono piedi di piombo.

**Quando si parte col «Patto»?**

Spero per fine luglio.

**Si parlerà anche dei Lea?**

Certamente. Ai Lea serve una manutenzione, tenendo conto delle malattie rare e verificando le prestazioni non più attuali per i bisogni della popolazione e di altre che sono entrate con forza nell'assistenza.

**La riforma della rete ospedaliera è in panne, i tagli sono fermi. Come le mitiche cure h24. Che farà?**

Saranno argomenti cruciali del «Patto». Anche per un altro motivo: se si tagliano i posti letto e il territorio non c'è, do-

ve si va? Le due cose devono camminare insieme. Va tagliata la spesa improduttiva, vanno riconvertiti i piccoli ospedali che non garantiscono prestazioni adeguate, salvaguardando le realtà locali.

**La gente non capirà...**

Il buon senso delle persone è molto più avanti delle regole burocratiche e la politica deve mediare questo buon senso e farlo diventare pratica. Per farlo bisogna rimboccarsi le maniche e spiegare che riprogrammare il sistema sanitario conviene, con la pazienza di convertire posti di lavoro magari nel socio-assistenziale, offrire servizi sul territorio. Questo la gente lo capisce.

**I medici hanno appena mi-**

**nacciato lo sciopero a luglio contro il blocco dei contratti. Altra grana...**

Comprendo il disagio degli operatori della sanità e ho già avuto modo di confrontarmi con loro. Nella scorsa legislatura il Parlamento ha deciso di dar vita al rinnovo degli accordi nella medicina convenzionata, senza oneri economici, per adeguare le convenzioni. Adesso abbiamo l'esigenza di operare in maniera analoga per la dipendenza. L'ipotesi di una contrattazione limitata alla sanità non è percorribile. Auspico l'avvio di consultazioni per approfondire questioni che per esigenze di celerità potrebbero essere trascurate alla riaper-

tura delle trattative. Governo e Regioni potrebbero investire il comitato di settore e individuare i temi con i sindacati.

**E per l'occupazione?**

I medici vanno valorizzati, serve una riforma della specializzazione. È necessario intervenire presto. Ne ho parlato con i ministri Carrozza, D'Alia, Saccomanni, Giovannini. Ci saranno risorse come i fondi che devono arrivare dall'Europa con uno "spicchio" particolare per le professioni sanitarie. Senza dimenticare l'investimento nella medicina generale.

**La filiera industriale della salute vale il 12% del pil nazionale, è un volano per la crescita. Eppure si sente una ricchezza**

**dimenticata.**

È un serbatoio che ci garantisce occupazione qualificata e investimenti. Sto facendo una serie di incontri con gli operatori dell'industria. Penso a misure attive, anche di semplificazione o coordinamento, che facciano comprendere come intorno alla salute si produce economia, che questo fa bene al sistema sanitario e che vuol dire produrre eccellenze, ricerca applicata, lavoro di altissimo livello. Bisogna capire i bisogni dell'industria per farla rimanere in Italia e non mandarla all'estero. La buona industria non va abbandonata. Va sollecitata, stimolata e pungolata a rimanere nel nostro Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'agenda di Governo**

IL WELFARE

**Il ministro della Salute**

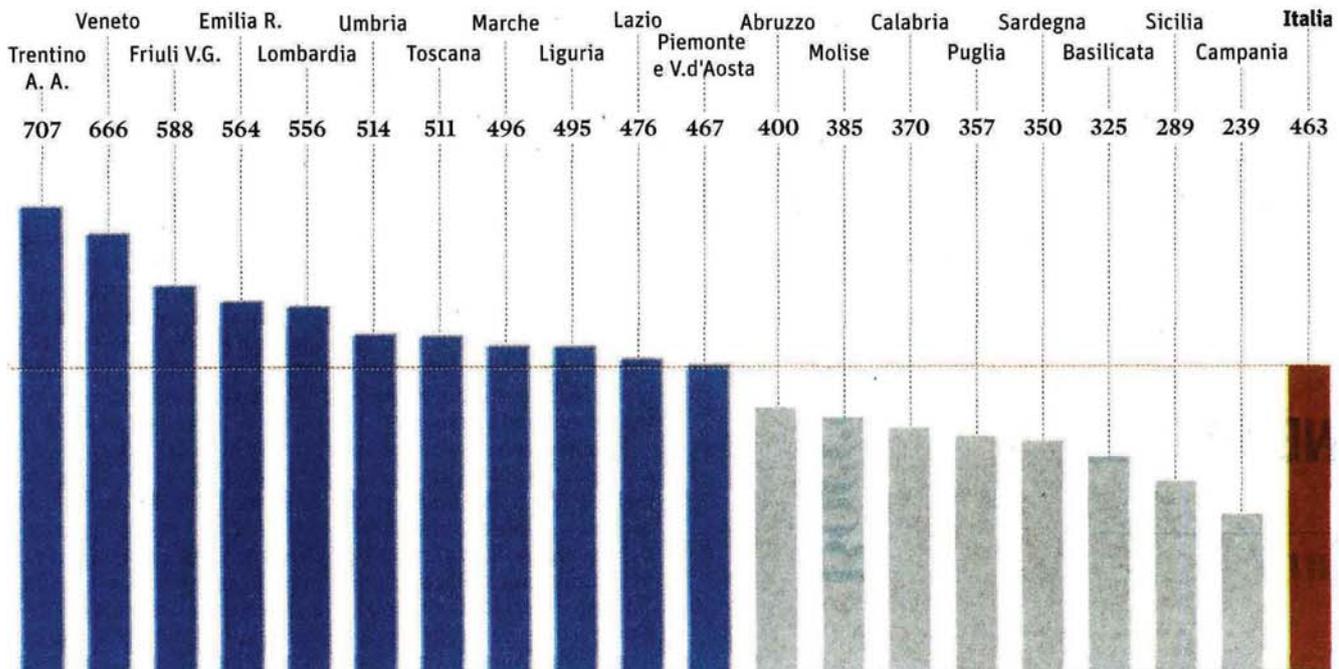
Stop a tagli lineari e ad altri ticket e meno spese con l'e-health. Salvare il Ssn aumentando la qualità

**I fondi per il lavoro**

Fassina: quasi tutte le risorse da programmi europei cofinanziati e non portati a termine

**La spesa privata sale dove il «pubblico» funziona**

Il valore pro capite annuo della spesa sanitaria privata



Fonte: Osservatorio Sda Bocconi, giugno 2013

**I GOVERNATORI**

**«Per il nuovo Patto con le Regioni si parte già a fine luglio e saranno rivisti i Lea»**

**INDUSTRIA DA SALVARE**

**«Le imprese della salute vanno incentivate a restare in Italia: sono un valore da non perdere»**



## FARMACI: PECORELLI (AIFA), PIU' DIALOGO PUBBLICO-PRIVATO PER NUOVI MEDICINALI

Roma, 19 giu. (Adnkronos Salute) - "Per ridare slancio allo sviluppo di nuovi farmaci dobbiamo potenziare il dialogo tra enti pubblici e no-profit da una parte e aziende farmaceutiche dall' altra. Diversamente il trasferimento delle scoperte dei ricercatori sul mercato non migliorerà". Lo ha dichiarato il presidente dell' Agenzia italiana del farmaco (Aifa), Sergio Pecorelli, in un intervento appena conclusosi all' Università Campus Bio-Medico di Roma su ' Sostenibilità e futuro del Servizio sanitario nazionale'.

E proprio sulla sostenibilità della spesa sanitaria, Pecorelli ha sottolineato che "il settore farmaceutico sconta il fatto che la spesa per i farmaci è perfettamente controllata e quando c'è da tagliare si finisce per colpire i costi che si conoscono. Di contro, è meno controllata la spesa per dispositivi e ricoveri. L' Italia spende in media 865 euro al giorno per ricovero, ma in alcune regioni la spesa sale a più di 1.000 euro. In più, per la medesima patologia ci sono differenze anche di due giorni tra regione e regione nei tempi di degenza. Se solo tempi e costi delle degenze si adeguassero alla media delle quattro Regioni più virtuose d' Italia, avremmo un risparmio all' anno di 7,5 miliardi di euro. Stiamo parlando di quasi il 7% di tutta la spesa sanitaria nazionale".

In un contesto di recessione economica che colpisce l' Europa, il presidente dell' Aifa ha anche sottolineato l' importanza di giocarsi bene la carta di Horizon 2020, il programma strategico di ricerca e sviluppo che partirà nel 2014 e nel quale l' Unione Europea investirà 80 miliardi di euro in sette anni. "Dobbiamo fare squadra come Paese con le risorse che abbiamo a disposizione, anziché muoverci in modo sparso - ha concluso Pecorelli - e dobbiamo stringere alleanze che siano un mix intelligente di partner del Sud e del Nord Europa. Soprattutto i Paesi del Nord Europa questo lavoro sanno farlo molto bene".

**Salute** Il ministro Lorenzin: «Favorevole a immagini shock sui pacchetti»

# «Vieteremo le e-cigarette a scuola»

ROMA — Non verrà bandita dai luoghi pubblici. Per ora esce solo dalle scuole. Il divieto italiano sulla sigaretta elettronica comparirà in un'ordinanza annunciata dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Dovrebbe arrivare in una decina di giorni. Decisione attesa. Ripercorre il parere approvato due settimane fa dal Consiglio Superiore di Sanità nel quale, appunto, tra le misure di contenimento e tutela, veniva raccomandata la protezione dei minorenni per non esporli a comportamenti «che evocano il tabagismo». Confermato il divieto ai minori di 18 anni.

Ulteriori iniziative in ogni caso verranno concertate con tutti i ministeri interessati. Le elettroniche non sono un proble-

ma esclusivo della salute ma chiamano in causa interessi economici che non possono essere ignorati. Bisognerà sciogliere il nodo di fondo, cioè decidere se queste sigarette sono un prodotto da fumo o un dispositivo per cercare di smettere col tabacco e dunque considerarle veri e propri farmaci da prescrive-

**Ministro**  
Beatrice Lorenzin, ministro della Sanità, con Mila Brachetti Peretti della Croce Rossa

re sotto controllo medico. La Francia ha scelto la linea dura e le ha bandite dai luoghi pubblici. D'accordo sull'ordinanza Massimiliano Mancini, presidente di Anafe (Associazione nazionale fumo elettronico): «Concordiamo con l'ipotesi di vietarle negli edifici scolastici e ai minori di 18 anni. Siamo pronti a un confronto trasparente per arrivare a una normativa equilibrata».

Per quanto riguarda il fumo tradizionale, Lorenzin dichiara di non avere preclusioni per pacchetti di sigarette anonimi (senza loghi): «È una scelta commerciale non di salute. Sono favorevole invece a immagini shock ad effetto dissuasivo».

**Margherita De Bac**

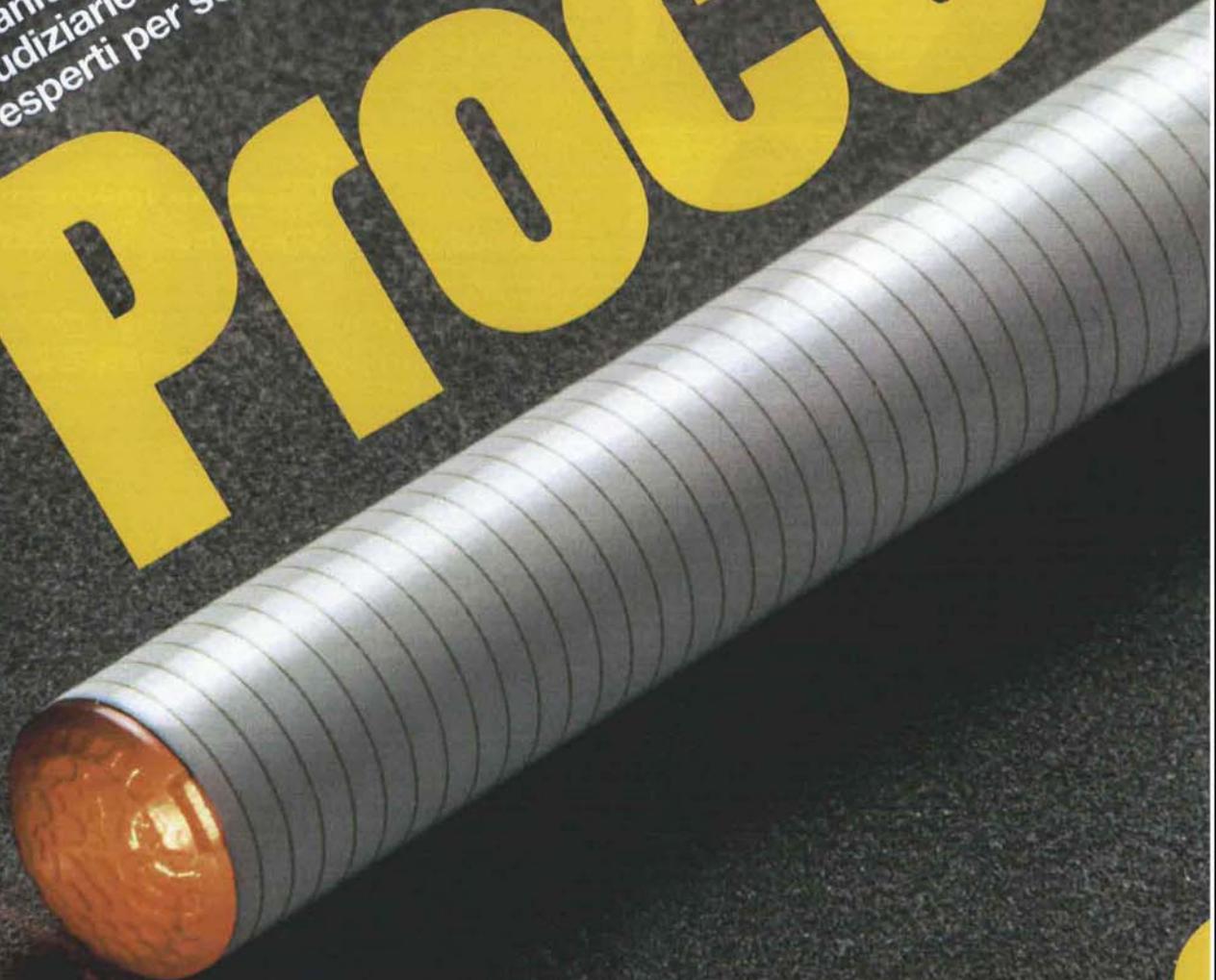
© RIPRODUZIONE RISERVATA



**COPERTINA**

Piace a 2 milioni di italiani. Ma l'e-cig preoccupa le autorità sanitarie ed è finita nel mirino di sequestri e inchieste giudiziarie. «Panorama» l'ha fatta analizzare da laboratori ed esperti per scoprire se davvero è un pericolo per la salute.

# Processo



Alberto Bavilacqua



SO

# alla sigaretta elettronica

di Daniela Mattalia

26 giugno 2013 | Panorama 51

## COPERTINA

Cosa contiene  
la sigaretta classica:

Nicotina

Toluene, benzene,  
xilene (solventi  
industriali)

Formaldeide  
(battericida)

Catrame

Ossido di azoto  
(inquinante  
atmosferico)

Arsenico

Monossido  
di carbonio

Cianuro di idrogeno

Ammoniaca

Cadmio (metallo  
delle batterie)

**24 mg di NICOTINA**

**in un pacchetto  
di sigarette**

**4 MILA SOSTANZE CHIMICHE**  
tossiche: sono quelle che si liberano  
nel fumo delle sigarette vere  
in seguito alla combustione.

**ALTRI ADDITIVI AGGIUNTI ALLA  
MISCELA DI CATRAME E TABACCO**

Allume (utilizzata per sbiancare  
la cenere), talco e mentolo  
per accrescere la dipendenza.

**30 MILA MORTI ALL'ANNO, IN ITALIA,  
PER CANCRO AI POLMONI**

Tumore provocato, nel 90 per cento  
dei casi, dal consumo di sigarette.

**3 MILA MORTI IN MENO L'ANNO**

Se si riuscisse a ridurre  
anche solo del 10 per cento  
il consumo di sigarette vere.

he un oggettino lungo circa 12 centimetri e pesante 15 grammi potesse attirare 2 milioni di consumatori italiani, innescare un business da 500 milioni di euro l'anno, far nascere 3 mila punti vendita, aizzare la presa di posizione di almeno quattro autorità scientifiche (l'Oms, la Fda americana, l'Agenzia italiana del farmaco, il Consiglio superiore di sanità), e far scattare una serie di divieti e precauzioni d'uso, neppure i produttori potevano forse immaginarlo. La e-cig, sigla accattivante per sigaretta elettronica, è davvero sulla bocca di tutti: e scatena polemiche a non finire. Tra entusiasmi di massa e isterie collettive, i primi a non sapere più che cosa stanno inalando sono proprio gli «svapatori» (così si chiamano adesso i fumatori elettronici): in quella nuvoletta di vapore acqueo ci sono solo aromi e un po' di nicotina oppure, come emerge da recenti analisi, sostanze tossiche e veleni assortiti?

Il 13 giugno ha fatto scalpore l'indagine del settimanale *Il salvagente* sui liquidi per ricariche: dentro alcune boccette (specie in quelle d'importazione) sono stati trovati piombo, cadmio, cromo e arsenico, ossia metalli pesanti. Non bastasse, nei primi cinque mesi del 2013 i carabinieri dei Nas hanno sequestrato 800 mila sigarette elettroniche irregolari: contenevano benzene, sostanza cancerogena. Quanto basta per attirare l'attenzione del procuratore di Torino Raffaele Guariniello che, sulle e-cig, ha aperto un'inchiesta.

**In uno scenario tanto caotico, «Panorama» ha fatto analizzare a un serio laboratorio indipendente di Milano** (il Laboconsult) quattro flaconi di ricarica per sigarette elettroniche, tre dei quali contenenti nicotina, per verificare se contenessero sostanze dannose. I nostri risultati sono, in generale, tranquillizzanti. In quei flaconcini, acquistati in quattro punti vendita di Milano, non ci sono né metalli pesanti né idrocarburi policiclici aromatici, che sono cancerogeni. La nicotina è presente nelle dosi indicate in etichetta, e non c'è nella ricarica che se ne dichiara priva.

Anche nei nostri test, tuttavia, c'è un ma. «In due dei liquidi analizzati abbiamo trovato tracce di xilene e toluene, due solventi industriali» spiega Claudio Ferri, responsabile del laboratorio. «Con ogni probabilità li conteneva la nicotina utilizzata come materiale di riferimento per le analisi, che così pura non era, evidentemente». Significa, in concreto, che i liquidi analizzati da *Panorama* erano sì puliti, ma che la nicotina che i produttori usano per la e-cig non sempre è di qualità elevata. «Si tratta di livelli non preoccupanti» continua Ferri. «Parliamo di 0,008 milligrammi di toluene e 0,009 di xilene. La sigaretta vera ne contiene in concentrazioni di gran lunga superiori. Resta il fatto che in quella elettronica non dovrebbero esserci, e basta».

La e-cig, insomma, non dovrebbe contenere niente di più del previsto: aromi, glicole propilenico (un additivo alimentare), glicerina, acqua, nicotina a varie concentrazioni (da 4 a 24 mg). Il problema, a ben vedere, è proprio questo: la sigaretta elettronica viene pubblicizzata come prodotto meravigliosamente innocuo: «No fumo passivo, no catrame, no combustione, no residui, no tracce nell'ambiente, no fumo fastidioso, no cattivi odori», come recita un poster che la reclamizza sulla vetrina di uno dei tanti negozi, nati uno dietro l'altro anche grazie a un efficiente marketing. Un oggettino modaio che attira soprattutto i giovani: il 23,6 per cento di chi ha tra 15 e 24 anni svapa, mentre l'11,6 fuma quelle vere. E che sfugge a ogni tentativo di normativa specifica: per ora è un prodotto di



**OLD CIGAR**  
Con nicotina dichiarata nell'etichetta (concentrazione 1,8%).  
Non ci sono Ipa (idrocarburi policiclici aromatici) o metalli pesanti.

**MENTAL 4 SMOKE VANILLA**  
Con nicotina dichiarata (0,8%).  
Niente Ipa né metalli pesanti. Tracce di solventi (toluene 0,008 mg, xilene 0,012 mg).

**TUSCAN**  
Con nicotina dichiarata (concentrazione 0,9%).  
Assenti Ipa, metalli pesanti, solventi industriali.

**T-FUMO**  
Ricarica senza nicotina.  
Niente Ipa o metalli pesanti. Tracce di toluene (0,005 mg) e xilene (0,009 mg).

# il nostro test

Tra 4 e 24 mg per cartuccia:  
contenuto di NICOTINA a seconda  
dei vari modelli di e-cig

Cosa c'è davvero, al di là di quanto dichiarato in etichetta, nei liquidi delle sigarette elettroniche? «Panorama» ha affidato al Laboconsult, accreditato laboratorio di analisi chimiche di Milano, quattro flaconcini per le ricariche di marchi diversi, tre con nicotina in vari dosaggi, uno senza. I risultati hanno escluso la presenza di sostanze cancerogene come gli Ipa, idrocarburi policiclici aromatici, e di metalli pesanti. In due dei liquidi c'erano però deboli tracce di xilene e toluene, solventi industriali; le stesse quantità di questi solventi sono state individuate nella nicotina pura usata come materiale di riferimento per effettuare il test. La loro presenza deriva probabilmente da una contaminazione accidentale (e nelle sigarette vere sono in concentrazioni di gran lunga superiori). Significa però che la nicotina pura utilizzata dai produttori non sempre è di qualità garantita. E può riservare sorprese.

## CHE COSA C'È DENTRO L'E-LIQUIDO DELLE SIGARETTE ELETTRONICHE

**NICOTINA** In varie concentrazioni: 4-8 milligrammi (leggera), 12-16 (media), 16-24 (forte). Il dosaggio dovrebbe essere poi gradualmente ridotto dal consumatore.

**GLICOLE PROPILENICO**  
Un additivo alimentare, da sempre usato nell'industria farmaceutica per le sospensioni da nebulizzare in bocca. Non è nocivo.

**GLICERINA VEGETALE**  
Nebulizzata, dà consistenza al vapore della sigaretta elettronica; al sapore, è la parte dolciastra del fumo.

**AROMI** Di tipo alimentare, sono di tantissimi sapori: cognac, brandy vaniglia, fragola, mentolo, liquirizia, svariati tipi di frutta, cioccolato, sigaro, caffè, caramello...

## COPERTINA



**COME SMETTERE DI FUMARE CON LA SIGARETTA ELETTRONICA** È il titolo del libro, uscito a fine maggio, di Cosimo Colasanto (Editori internazionali riuniti, 126 pagine, 12 euro). Un saggio esaustivo e ricco di informazioni per capire come è fatta la e-sigaretta, quali sono i dubbi che la circondano, cosa dicono gli studi scientifici, se serve per dire addio, una volta per tutte, alle sigarette vere.

libera vendita, chiunque può improvvisarsi produttore, fiutando il business. Così circolano sigarette elettroniche fuori norma, e grossisti e commercianti vendono prodotti importati senza alcun controllo.

In quanto oggetto di libera vendita, la sigaretta elettronica deve avere il marchio Ce, rispettare la direttiva per le apparecchiature elettroniche, e l'etichetta sui liquidi deve essere conforme alla circolare del ministero della Salute. Non molto, anzi troppo poco, obiettano le autorità sanitarie: andrebbe considerata come un prodotto farmaceutico, perché contiene nicotina, che è un farmaco. E dovrebbe superare test clinici rigorosi, proprio come avviene nei medicinali. Altrimenti può davvero circolare di tutto.

«È una tecnologia prodotta al di fuori delle regole internazionali e del controllo dei fumatori, pertanto soggetta a forti variabili sulla sua qualità. Non è priva di rischi» dice Fiorella Belpoggi, direttore del Centro di ricerca sul cancro Cesare Maltoni all'Istituto Ramazzini di Bologna. Concorde Roberta Pacifici, direttore dell'Osservatorio fumo, alcol e droga dell'Istituto superiore di sanità: «Non vorremmo tarpate le ali a un prodotto che può essere utile. Ma è un fenomeno nuovo, sul quale abbiamo zero certezze. L'unica cosa sicura è che non contiene i prodotti della combustione né le 4 mila sostanze chimiche liberate nel fumo vero. Da studi sporadici, e condotti su pochi volontari, emerge che gli aromi possono dare allergie o crisi d'asma in chi è predisposto. Però non sappiamo che cosa succede inalando per un anno aromi di cognac, di vaniglia o di fragola».

### Quanta nicotina, per esempio, si consuma a fine giornata?

Chi fa un uso compulsivo della e-cig rischia di inalare di più rispetto a un pacchetto tradizionale (anche se non sono mai stati segnalati casi di overdose di nicotina con l'e-cig). Altro quesito: siamo sicuri che la sigaretta finta faccia abbandonare quella vera? Finora mancava un'indagine a lungo termine che dicesse sì o no. Per lungo termine si intende almeno un anno. Il 24 giugno sarà pubblicato su una rivista scientifica americana uno studio dell'Università di Catania e della Liaf, la Lega italiana antifumo, che *Panorama* anticipa. Condotta per 12 mesi su 300 fumatori, età media 44 anni e non intenzionati a smettere (è stata utilizzata la sigaretta elettronica Categoria, approvata dalla Liaf), lo studio dimostra che svapare aiuta a non fumare più: «Volevamo capire come questo prodotto, dato in mano a fumatori convinti, potesse influenzarne il

comportamento» dice Riccardo Polosa, ordinario di medicina interna all'Università di Catania e responsabile del Centro di prevenzione e cura del tabagismo. Polosa, il quale tiene a precisare di avere avuto un approccio molto scettico sulla sigaretta elettronica, aggiunge: «Tutti i fumatori vogliono smettere senza farlo davvero, per questo la rinuncia è così difficile. L'Istat calcola che ogni anno smette lo 0,02 per cento dei fumatori. Con la sigaretta elettronica abbiamo visto che sono il 10 per cento già alla seconda settimana, e il risultato viene mantenuto a un anno di distanza. Con gli altri metodi sostitutivi della nicotina l'efficacia è alta nelle prime 3-4 settimane, poi scende sotto il 10 per cento, e questo in persone motivate, che vogliono smettere». Lo studio siciliano ha anche monitorato gli eventuali effetti avversi (usando ricariche da 5,4 e 7,2 milligrammi di nicotina): nessuno di rilievo.

La sigaretta elettronica, insomma, ha il potenziale per disintossicare dal fumo. Lo conferma GianLuigi Condorelli, responsabile dell'area di ricerca cardiovascolare all'Istituto Humanitas di Rozzano (Milano): «Per i forti fumatori è sicuramente uno strumento utile. Anche solo passare da 30 sigarette vere al giorno a 10, sostituendo le altre 20 con quelle elettroniche, dà benefici innegabili». Ma l'assunzione quotidiana di nicotina non fa male al cuore? Su questo Condorelli è più cauto: anche un leggero overdosaggio non dovrebbe dare grossi problemi, «ma la verità è che non si sa».

Non ha dubbi invece l'oncologo Umberto Tirelli, secondo il quale le polemiche sulle e-cig non hanno senso: ogni anno, ricorda, ci sono in Italia 30 mila morti per cancro al polmone; se, grazie al fumo finto, riuscissimo a ridurre il numero del 10 per cento, significherebbe risparmiare la vita a 3 mila persone. Semplice.

«La mia impressione è che un terzo smetta di fumare, un terzo le prenda per continuare senza farsi venire il cancro al polmone, un terzo per accendere la sigaretta dove è proibito con quelle vere» riassume Roberto Boffi, pneumologo che all'Istituto nazionale dei tumori di Milano dirige il Centro antifumo. «Ormai mi sento un e-guru, passo le giornate a rispondere alle domande. Comunque voglio vedere l'aspetto positivo di tutto ciò: molti smettono, o riescono a ridurre i danni. E in tempi di crisi, con le cartucce, si risparmia di sicuro. Basta soltanto che non diventi una moda tra i ragazzini. Nelle scuole so che ormai gli adolescenti si scambiano le boccettine di aroma come fossero figurine. Ecco, questo magari no».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Dieci milioni in Italia sono i fumatori veri, un quinto gli «svapatori» (tra occasionali e abituali). Il 95 per cento di questi ultimi preferisce il modello con nicotina. Spesa media annua per ogni svapatore: 350 euro (circa 1 euro al giorno).**



inserirle fra i prodotti di consumo. La posta in gioco è alta. Comparsa nel 2004, le e-cig crescono così rapidamente che la stima del mercato globale supera già i 1,5 miliardi di euro all'anno. Se le sigarette elettroniche fossero assimilate ai derivati del tabacco, potrebbero scattare le accise oggi applicate alle tradizionali bionde? Chissà. Ma l'ipotesi non si può escludere, dato che il prelievo frutta alle casse di ogni governo europeo ben il 3 per cento delle entrate annuali. Una prospettiva non allettante per le compagnie produttrici che, però, temono anche l'opzione di inquadrare le e-cig come farmaco. Ottenere un'autorizzazione, infatti, è lento e costoso: in media, ci vogliono oltre 200 mila euro, ma si può arrivare fino a 2 milioni di euro e tre anni di attesa. In assenza di chiarezza, ecco la situazione nei vari paesi.

bar e ristoranti o sul posto di lavoro. Per la Francia, invece, le e-cig sono consentite se presentate come terapia per smettere di fumare (ma, in tal caso, la nicotina non deve superare i 10 mg). Altrimenti diventano un normale prodotto di consumo.

**Altrove le bionde elettroniche sono «prodotti di consumo».**

Altri nove paesi Ue non hanno fissato regole specifiche per le sigarette elettroniche e si seguono le norme di sicurezza di tutti gli altri manufatti. È il caso di Italia, Bulgaria, Cipro, Repubblica Ceca, Irlanda, Lettonia, Slovenia, Spagna, Polonia. Anche qui con qualche distinguo: Varsavia, per esempio, non ha regolamentato il consumo delle e-cig ma ne vieta la pubblicità, mentre l'Italia proibisce la vendita ai minori di 16 anni e il consumo nelle scuole.

**Vietate in Cina e consentite in America: così le e-cig nel mondo**

Sembra quasi incredibile ma in Cina, principale produttore di e-cig da quando, nel 2003, un farmacista di nome Hon Lik le ha brevettate, l'utilizzo è proibito, così come in Kuwait e Mauritania. Stesso atteggiamento in Australia, Canada, Nuova Zelanda e Turchia, che però propendono a regolamentarle come «farmaci». Benché le leggi siano spesso incomplete o in aggiornamento, le sigarette elettroniche risultano oggi un «prodotto del tabacco» in Brasile, Uruguay e a Singapore. Nessuna regola per Malesia, Sud Africa e Serbia. Negli Usa, la vendita e l'uso delle e-cig sono generalmente consentiti, anche se in alcuni stati ci sono limiti sulla vendita: New York, California, Arizona, Washington, Maryland e New Hampshire le vietano ai minorenni.

**La cause sembrano stabilire che le e-cig non sono farmaci**

Diversi contenziosi sono in corso. La prima sentenza, nel 2010, è arrivata dalla corte d'appello americana che ha vietato alla Fda di regolamentare le e-cig come «prodotto medicinale». La Fda intenderebbe, quindi, muoversi con altro approccio. Nel 2012 tre tribunali tedeschi e uno olandese sono giunti alla stessa conclusione: non si possono considerare farmaci né la sigaretta contenitore né il liquido. A marzo 2013 i giudici di una corte estone hanno stabilito che le e-cig sono comparabili a prodotti del tabacco e soddisfano la dipendenza di nicotina piuttosto che curarla. Da ultimo, il parere del gruppo di studio dell'Oms che suggerisce di regolamentarle o come dispositivi per il rilascio di nicotina o sotto le norme dei derivati di tabacco.

## Una girandola di leggi: chi le vieta, chi no

LA UE PENSA A NORME COMUNI SULLE E-CIG, MA GLI APPROCCI DEI PAESI SONO DIVERSI

di Anna Maria Angelone

**Dal 2004 è boom di vendite ma sulle regole regna l'incertezza.**

Farmaco, merce assimilabile ai derivati del tabacco o normale prodotto di consumo? Sulla natura delle sigarette elettroniche non c'è accordo e, in assenza di regole comuni, ogni paese fa a sé. Una sorta di Far West giuridico, che va dal divieto assoluto all'uso senza alcuna restrizione. A livello Ue lo scontro è appena iniziato. L'occasione è stata la revisione delle norme sui prodotti del tabacco proposta dalla Commissione europea. Come comportarsi con le e-cig? Bruxelles vorrebbe regolamentarle a parte, classificandole come «prodotto farmaceutico», visto che non contengono tabacco e sono per lo più acquistate a scopo terapeutico da chi vuole smettere di fumare. Altri spingono per equiparare le sigarette elettroniche agli altri manufatti del tabacco, in quanto rilasciano nicotina. Diverso, ovviamente, il parere delle case produttrici, che preferirebbero

**Dal divieto di Grecia e Lituania alle restrizioni di Malta**

Grecia e Lituania sono gli unici due paesi Ue ad aver proibito del tutto le e-cig. Malta, invece, è il solo ad averle regolamentate come «prodotto del tabacco»: quindi, qui valgono per le elettroniche gli stessi limiti delle normali sigarette: obbligo di etichettatura, divieto di pubblicità e rispetto delle aree smoke-free (niente fumo in uffici e locali pubblici).

**Per mezza Europa le e-cig sono «prodotti farmaceutici»**

In altri 14 paesi europei le sigarette elettroniche sono medicinali: Austria, Danimarca, Estonia, Finlandia (che ne vieta la pubblicità e prevede ricetta medica), Germania, Ungheria, Paesi Bassi, Portogallo, Romania, Slovacchia, Svezia, Belgio, Lussemburgo e Francia, con differenti dettagli. In Germania serve l'autorizzazione del ministero della Salute per le cartucce di liquido. Belgio e Slovacchia ne proibiscono l'uso nei luoghi pubblici,

## L'OBESITÀ DIVENTA UNA MALATTIA UN GRANDE CAMBIAMENTO PER L'AMERICA

 All'obesità negli Stati Uniti è stata riconosciuta la dignità di malattia. Non più condizione, problema socio-sanitario, fattore di rischio, ma vera e propria patologia. La decisione è stata presa dall'Ama (American medical association) e avrà un notevole impatto sull'assetto sanitario americano, e non solo. Fino ad ora la mancanza di status di malattia ha escluso dal rimborso assicurativo negli Usa i trattamenti contro l'obesità, da quelli farmacologici a quelli chirurgici. E ciò ha rappresentato un deterrente per i medici americani ad affrontare in modo aggressivo il problema. Ora a chi avrà la «patente» di obeso sarà possibile accedere, senza doversi accollare l'intera spesa, alle terapie contro i chili di troppo approvati dalla Fda (Food and drug administration), l'ente americano di controllo su **farmaci** e alimenti.

Sarà con ogni probabilità questa la cerniera attraverso cui la decisione dei medici Usa trasferirà i propri effetti a livello internazionale. La possibile rimborsabilità per eventuali nuove molecole contro l'obesità rappresenterà una

ghiotta opportunità per l'industria **farmaceutica**, considerato il potenziale mercato di 78 milioni di adulti (e 12 milioni di bambini) nei soli Stati Uniti. E una volta che un nuovo farmaco dovesse essere approvato dalla Fda, presumibilmente lo sarà anche nel resto del mondo. Potrebbe essere una buona notizia, a patto che vengano rispettate due condizioni. La prima è il rigore sperimentale, visto che i medicinali in questo settore hanno già riservato qualche sgradita sorpresa sotto il profilo della sicurezza. La seconda è che questo passaggio non ne porti con sé anche uno culturale, pilotato magari da abili campagne di marketing, che prospetti per l'obesità cure «facili» a base di pastiglie. Ciò rischierebbe di sottrarre motivazioni alla prevenzione del sovrappeso attraverso alimentazione corretta ed esercizio fisico, che comportano vantaggi molto più ampi, in termini di benessere individuale e di spesa sanitaria, rispetto a quelli legati alla mera riduzione del peso.

**Luigi Ripamonti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## CIRCOLARE

# Cartella sanitaria dopo il 30

La non sanzionabilità dell'adempimento non autorizza a disattendere le comunicazioni dati sanitari rilevanti per la sicurezza, in scadenza al 30 giugno. L'acquisizione delle informazioni, infatti, resta possibile anche dopo il termine mediante la procedura informativa dell'Inail. Lo precisa il ministero del lavoro nella nota protocollo n. 13313/2013.

Il ministero interviene in merito all'adempimento, in scadenza a fine mese, introdotto dal dm 9 luglio 2012 che ha individuato i contenuti della cartella sanitaria e di rischio nonché, appunto, le modalità per la trasmissione annuale al servizio sanitario degli stessi contenuti, come obbliga i medici a fare l'articolo 40 del T.u. sicurezza (dlgs n. 81/2008). Il decreto ha disciplinato un periodo transitorio di un anno, spostando il termine per la prima trasmissione dei dati, quella relativa al 2012, dal 31 marzo che rappresenta la scadenza ordinaria annuale, al 30 giugno 2013 nonché lo stop alla

sanzione a carico dei medici per le inadempienze.

La previsione del periodo transitorio di un anno, spiega il ministero, non deve essere inteso come una temporanea sospensione dell'accertabilità di eventuale inosservanza dell'obbligo della trasmissione entro il 30 giugno che duri fino al 24 agosto 2013, per cui solo successivamente a tale data può essere accertata e sanzionata l'eventuale violazione, ma nel senso che, ove ricorrano i presupposti (di cui all'art. 4 del dm 9 luglio 2012), l'omessa trasmissione dei dati del 2012 entro i termini non è soggetto a sanzione in quanto tale periodo di sperimentazione risulta coperto dalla condizione di sospensione dell'applicazione della sanzione. Tuttavia, aggiunge il ministero, le possibili difficoltà operative non saranno in ogni caso tali da ostacolare l'utile acquisizione delle informazioni richieste anche successivamente al termine del 30 giugno, in quanto la procedura telematica resa disponibile dall'Inail prevede anche il recupero di informazioni eventualmente inviate per altra via telematica ai competenti servizi territoriali di vigilanza, senza necessità di ripetere l'invio da parte del medico competente.



# quotidianosanita.it

Giovedì 20 GIUGNO 2013

## Stimolazione elettrica contro il dolore. Una ricerca italiana

***Corrente elettrica anodica a 2 milliampere per 15 minuti: ecco la terapia che garantirebbe la riduzione del dolore grazie all'aumento dell'eccitazione dei neuroni corticali. Allo stesso modo la corrente catodica applicata alla corteccia parietale farebbe invece diminuire le sensazioni non dolorose di avere un arto fantasma.***

È stato condotto dai ricercatori dell'Università di Milano-Bicocca uno studio pre-clinico che dimostra come la stimolazione elettrica della corteccia motoria attiva un circuito analgesico. La [ricerca](#) è stata pubblicata sulla rivista *Pain* e condotta da **Nadia Bolognini** e **Angelo Maravita** del dipartimento di Psicologia dell'ateneo milanese, in collaborazione con **Francesco Ferraro** del dipartimento di Riabilitazione dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova, **Felipe Fregni** del Laboratory of Neuromodulation, Spaulding Rehabilitation Hospital of Harvard Medical School di Boston.

**La riduzione del dolore arriva in media fino al 60 per cento nei pazienti** affetti dalla cosiddetta "sindrome dell'arto fantasma", ovvero la sensazione anomala (e spesso dolorosa) di persistenza di un arto dopo la sua amputazione, difficile da trattare in maniera farmacologica. La sindrome dell'arto fantasma è dovuta a una "errata" riorganizzazione da parte del cervello che, pur registrando la mancanza di un arto, non è in grado di escluderlo del tutto dalla "mappa" mentale del corpo. Per questo si parla di una riorganizzazione "maladattiva" che interessa le aree corticali motorie e parietali. La sperimentazione è stata effettuata su un gruppo di otto pazienti volontari sottoposti a stimolazione con correnti elettriche anodiche a bassa intensità, una stimolazione cerebrale non-invasiva ed indolore.

**I pazienti sono stati sottoposti a una singola stimolazione a corrente elettrica sia anodica che catodica** a 2 milliampere per 15 minuti: la corrente anodica applicata alla corteccia motoria ha permesso la riduzione del dolore grazie all'aumento dell'eccitazione dei neuroni corticali, mentre la corrente catodica applicata alla corteccia parietale ha fatto diminuire le sensazioni non dolorose di avere un arto fantasma. "La ricerca – spiegano **Nadia Bolognini** e **Angelo Maravita**, rispettivamente ricercatore e professore associato di Psicobiologia all'Università di Milano-Bicocca – ha permesso di dimostrare che la stimolazione a correnti elettriche dirette riduce il dolore dal 25 al 100 per cento nei pazienti con dolore neuropatico resistente ai farmaci anche se già portatori di una protesi. Siamo in una fase avanzata di sperimentazione sul dolore da amputazione e il nostro obiettivo è quello di riuscire a stabilizzare nel tempo l'effetto indotto dalla stimolazione elettrica evitando la ricomparsa del dolore".

**Questi risultati aprono prospettive a terapie di riabilitazione**, attraverso sedute più lunghe, applicabili anche nei pazienti trapiantati quando vi è persistenza del dolore e al trattamento di altri dolori di origine neuropatica.

# Colesterolo Gioca d'anticipo con lo stile di vita

ALESSANDRA MARGRETH

In fondo le regole per stare bene sono due, e note fin dall'antichità: fare movimento e seguire una dieta sana. E, guarda caso, sono proprio le prescrizioni cardine per chi soffre di una delle patologie più diffuse nelle società del benessere: l'ipercolesterolemia, cioè i livelli di colesterolo eccessivamente alti nel sangue; prodotti, nella maggior parte dei casi, dall'alimentazione insana e dalla sedentarietà. Il colesterolo svolge un ruolo fondamentale nell'organismo ma, appena lo perdiamo d'occhio, può trasformarsi in uno dei nemici più pericolosi della nostra salute. Per questa ragione le raccomandazioni di controllarne costantemente i livelli non sono mai troppe: c'è infatti una stretta correlazione tra il tasso di colesterolo totale - e in particolare delle lipoproteine Ldl - e l'incidenza di malattie cardiovascolari e cardiopatie coronariche. Prodotto in parte dal fegato, in parte introdotto nell'organismo attraverso l'alimentazione, viene comunemente suddiviso in "buono" e "cattivo", ma in realtà è uno solo. Quello che cambia sono le proteine che ne permettono il trasporto nel sangue. Le Hdl (lipoproteine ad alta densità) prelevano il colesterolo dalle pareti delle arterie, ostacolando la formazione delle placche aterosclerotiche, cioè gli ispessimenti dello strato più interno delle arterie. Mentre le Ldl (lipoproteine a bassa densità) favoriscono l'accumulo del colesterolo nelle pareti arteriose, portando alla formazione delle placche.

Le principali regole per mantenere il giusto livello di colesterolo sono semplici. Seguire un regime alimentare corretto, evitare l'eccesso di alcol, tenere il peso sotto controllo e fare attività fisica con regolarità. Il tabacco è molto pericoloso: più sigarette si fumano, maggiore sarà il rischio di problemi alle coronarie.

Bisogna esseri molto accorti perché il colesterolo è insidioso: molti ignorano di soffrire di ipercolesterolemia perché livelli alti non producono sintomi evidenti. Ma basta un semplice esame del sangue per tranquil-

lizzarsi: il valore desiderabile è inferiore ai 190 mg/dl. Vanno controllati soprattutto i valori del colesterolo Ldl in funzione del rischio cardiovascolare globale. Meno di 130 mg/dl è il valore in generale desiderabile. Ma se il rischio è alto il limite scende a 100. Per il colesterolo Hdl meno di 35 mg/dl rappresentano un rischio elevato, oltre i 50 mg/dl il livello desiderabile. Gli esami del sangue vanno eseguiti ogni 3-5 anni in caso di basso rischio, ogni anno per un rischio moderato-alto, ogni sei mesi se il rischio è molto alto e si segue una terapia. Spetta comunque al medico stabilire la frequenza degli esami e le eventuali cure. «Diversi studi recenti hanno rilevato che bassi livelli di Hdl (colesterolo buono) sono sì un fattore di rischio, ma non la principale causa dell'aterosclerosi», spiega il professor Alberico L. Catapano, ordinario di Farmacologia e presidente della Società europea dell'aterosclerosi. «Per tenere lontano questo pericolo vanno ridotti i livelli di Ldl (il colesterolo cattivo) portandoli vicino alla soglia dei 100 mg/dl».

La bilancia è molto utile: ci si deve pesare almeno una volta al mese, perché i chili di troppo favoriscono molte malattie, quali l'ipertensione e il diabete. Aggiunge Catapano: «In Italia circa il 50 per cento delle persone è in sovrappeso, il 18 per cento addirittura obesa. Sono dati che rivelano quanto siano tuttora ignorate le raccomandazioni per uno stile di vita sano. Occorre poi sorvegliare dove si accumula il grasso: è dannoso quello che si deposita a livello dell'addome, perché può portare a complicanze metaboliche anche gravi. La "pancia" è una tendenza frequente nei maschi, specie con il passare degli anni. Nelle donne il grasso si localizza sui fianchi, un fenomeno meno dannoso per la salute cardiovascolare. Ma con la menopausa le donne sviluppano rischi cardiovascolari pari a quelli degli uomini. Il periodo più delicato è tra i 50 e i 55 anni».

Il colesterolo può essere controllato con facilità anche in farmacia. «Dal 2009 può essere eseguito sotto la supervisione del farmacista l'autotest per determinare i livelli di

colesterolo totale», dice Andrea Mandelli, presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani. «In sostanza si tratta degli stessi test acquistabili per essere eseguiti a casa propria. L'esame si effettua con un pungidito su sangue capillare, quindi senza prelievo venoso, che il farmacista non può praticare. Ci si pone così al riparo da errori che, come segnalato da alcuni studi, so-

no sempre possibili facendo da sé. Non occorre prescrizione medica. Anche se, di fronte a un valore superiore all'intervallo di riferimento normale, la prima preoccupazione del farmacista è rinviare immediatamente il paziente al medico curante. L'esecuzione di questi test non può e non deve sostituire le indagini di laboratorio prescritte dal medico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LE VIE DEL BENESSERE

Venti italiani su cento hanno un'alta concentrazione di grassi nel sangue e maggiori probabilità di ammalarsi. Anche se esiste un fattore genetico, comportamenti quotidiani, alimentazione e attività fisica sono essenziali per la prevenzione

**“Livelli troppo bassi di colesterolo buono sono un fattore di rischio, ma non la principale causa dell'aterosclerosi: è fondamentale ridurre quello cattivo”**

### i giovani

Fare controlli già a vent'anni

Il colesterolo alto è insidioso anche perché non dà sintomi, ma con il passare del tempo può comportare la formazione di placche che ostruiscono le arterie. Nei giovani il colesterolo alto pesa circa il doppio rispetto all'ipertensione arteriosa nella valutazione del rischio cardiovascolare globale, cioè sulla possibilità che si verifichi un infarto. Per questa ragione è opportuno effettuare controlli anche a vent'anni.

### l'indagine

Il pericolo di essere obeso

Lo studio “Check”, indagine sui parametri di rischio cardiovascolare, pubblicata nel 2010 su *Nutritional Metabolism and Cardiovascular Diseases*, ha evidenziato che il peso ha un ruolo fondamentale nel rischio cardiovascolare. Tra le persone obese (con massa corporea superiore a 30), le donne corrono un pericolo del 58% maggiore rispetto agli uomini. Mentre fra i normopeso sono i maschi ad avere il 40% di rischio in più. Tra i sovrappeso il rischio è del 20% in più per le donne. Sempre secondo lo studio, chi non svolge attività fisica ha il 30% in più di rischio rispetto ai meno sedentari. Le donne pigre rischiano il 9% in più rispetto agli uomini.

### In Italia a rischio 1 su 5

In Italia si stima che siano 12 milioni i cittadini con livelli di colesterolo elevato (1 ogni 5). Il numero di soggetti affetti da anomalie di origine genetica nelle concentrazioni di lipidi nel sangue propriamente dette (ipercolesterolemia monogenica e combinata) supera i 500mila. Se comprendiamo anche la poligenica comune (cioè la patologia indotta da stile di vita e fattori ambientali), la cifra è molto più alta: circa 1 soggetto ogni 50 potrebbe essere interessato.

### Il fattore ereditario

C'è una categoria di persone che ha una predisposizione genetica a sviluppare ipercolesterolemia fin dalla nascita. Ed è più a rischio di aterosclerosi e problemi cardiaci anche in giovane età. Chi ne è colpito ha nel sangue alti livelli di colesterolo totale e di colesterolo Ldl. I problemi cardiovascolari in questi casi iniziano in genere verso i 35-40 anni negli uomini e a 45-55 anni nelle donne. Si tratta di forme molto più frequenti di quanto si pensi. In Italia i casi stimati potrebbero essere intorno ai 250mila, mentre i casi identificati si fermano al 10-20% circa.



Una campagna educativa sulla prevenzione del colesterolo è in corso nelle farmacie italiane, promossa da Fish Factor Col. Fino al 30 giugno è possibile, recandosi in una delle 600 farmacie aderenti, effettuare gratuitamente un test della colesterolemia. Novità dell'edizione 2013 del progetto “Cuore in salute”, la presenza di un operatore sanitario con strumentazione specializzata

per una consulenza su come tenere il colesterolo sotto controllo. Un aiuto contro il colesterolo Ldl (quello “cattivo”), può essere un arricchimento della dieta con gli steroli vegetali che riducono l'assorbimento del colesterolo a livello dell'intestino e abbassano il livello nel sangue della frazione Ldl. L'elenco delle farmacie che aderiscono al progetto “Cuore in salute” si trova sul sito [www.fishfactor.it](http://www.fishfactor.it)

il medico **Consiglie divieti**

# “Ecco i cibi della salute”

FRANCESCA ALLIATA BRONNER

**U**na fetta di lardo a chi ha 280 di colesterolo? Si può. «L'importante è che sia un piacere concesso di rado». Diana Scatozza, medico specialista in Scienza dell'alimentazione e in Farmacologia clinica, non ha dubbi: «Chi soffre di colesterolo alto non deve rinunciare a certi cibi, ma saperli scegliere e inserirli in un programma alimentare vario ed equilibrato».

**Esistono cibi “buoni” e cibi “cattivi”?**

«Non necessariamente. Gli eccessi fanno male: è fondamentale bilanciare i nutrienti all'interno della dieta quotidiana, facendo attenzione alle quantità, ma senza privarsi del piacere di mangiare certi cibi, come un gelato con panna, una noce di burro, due uova, ma che non siano a tavola tutti i giorni. La ridefinizione della piramide alimentare da parte dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) ha inserito novità interessanti. A cominciare dall'assunzione di alcolici se in quantità moderata».

**Via libera a birra e champagne?**

«Non è proprio così. Il vino rosso è consigliato, ma non più di due calici al giorno. Pensiamo al cosiddetto paradosso francese: è un popolo che si alimenta di paté, formaggi grassi e insaccati, tra gli alimenti più controindicati, eppure le ricerche scientifiche confermano che in Francia le malattie cardiovascolari sono meno frequenti che in altri paesi, a cominciare dagli Stati Uniti. Il motivo? I francesi sono forti consumatori di vino rosso, particolarmente ricco di antiossidanti, tra cui il più importante è il resveratrolo, che contribuirebbe molto ad aumentare il livelli di Hdl, il colesterolo buono».

**L'olio d'oliva contiene l'acido oleico, acido grasso monoinsaturo, che modera il rapporto fra Hdl e Ldl. Il vino rosso ha il resveratrolo, benefico antiossidante**

lari sono meno frequenti che in altri paesi, a cominciare dagli Stati Uniti. Il motivo? I francesi sono forti consumatori di vino rosso, particolarmente ricco di antiossidanti, tra cui il più importante è il resveratrolo, che contribuirebbe molto ad aumentare il livelli di Hdl, il colesterolo buono».

**Frutta e verdura in pole position?**

«È importante consumarne almeno 4-5 porzioni al giorno privilegiando frutta e verdura di stagione, perché più ricche di nutrienti e anche più gustose. Consiglio in particolare la verdura molto ricca di fibra (tipo spinaci, lattuga, sedano, carciofi...): fermentando nell'intestino produce diverse sostanze, tra le quali l'acido propionico, che modula la sintesi epatica del colesterolo e quindi ne

abbassa il livello».

**Il ruolo dei condimenti?**

«L'amico del cuore per eccellenza è l'olio d'oliva, che va consumato quotidianamente in 3-4 porzioni: grazie all'acido oleico che contiene (è un acido grasso monoinsaturo) mantiene equilibrato il rapporto fra il colesterolo buono e cattivo. Anche l'utilizzo di spezie, erbe aromatiche, odori evita l'abuso di sale, che non influenza i lipidi, ma può fare male al cuore».

**Il sovrappeso è indice di colesterolo alto?**

«Non è detto. Anzi, spesso chi è sottopeso o malnutrito ha il colesterolo più alto di un obeso: se un individuo mangia poco, non utilizza i sali biliari; la quantità di colesterolo necessaria per produrre questi sali passa quindi dal fegato nel sangue favorendo il deposito sulla parete vascolare e alzando il livello di Ldl (colesterolo cattivo). Mi occupo di disturbi alimentari e quasi tutti i pazienti anoressici che curo hanno il colesterolo fuori parametro».

**Anche l'attività fisica contribuisce al mantenimento dell'equilibrio?**

«Molto, ma deve essere un'attività aerobica, quindi non pesi o potenziamento muscolare, ma nuoto, corsa, bicicletta, tennis. Può bastare anche una bella camminata a passo sostenuto per almeno 40 minuti, tutti i giorni: aumenta il colesterolo buono, basilare per la prevenzione di infarti, ictus e trombosi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**la dieta**  
**Stare in forma comincia dalla tavola**  
Per il colesterolo, alcuni cibi possono essere di aiuto, altri nascondono insidie più o meno note. La nutrizionista ci aiuta a conoscerli meglio

**UOVA**  
Il tuorlo dell'uovo (la parte più grassa) è ricco di colesterolo. L'albume non dà problemi ed è ricco di proteine. Per un consumo moderato, un uovo alla settimana può essere sufficiente

**CARNE**  
Il contenuto di colesterolo nelle carni bianche e in quelle rosse è quasi uguale. È indicato però un consumo moderato di carne rossa, perché ricca di grassi saturi che favoriscono le malattie cardiovascolari. Meglio evitare di cuocere con il sistema della frittura

**FRUTTA E VERDURA**  
Nessun problema, vanno molto bene. La verdura in particolare è ricca di fibra. Quest'ultima, quando fermenta nell'intestino, forma sostanze che riducono la produzione di colesterolo nel fegato

**CEREALI E PANE**  
Non contengono colesterolo. È consigliabile consumare pasta, pane e altri cereali nella forma integrale. La crusca è infatti ricca di fibra, utile a controllare il livello di colesterolo nel sangue

**LATTE, BURRO E FORMAGGI**  
Solo in piccole quantità: contengono infatti grassi saturi, che aumentano il colesterolo. Meglio il latte scremato e i formaggi freschi, ma bisogna fare attenzione perché la mozzarella di bufala ha il 52% di grassi

**INSACCATI**

Nelle tabelle di composizione degli alimenti il prosciutto crudo ha più colesterolo della mortadella. Ma quest'ultima è più ricca di grassi saturi. Chi ha problemi di colesterolo è bene che riduca il consumo complessivo di insaccati a causa del loro apporto totale di grassi

**PESCE E CROSTACEI**

Usare molta cautela. Aragoste e gamberi contengono parecchio colesterolo, mentre astici e scampi ne hanno meno. E anche tra cozze e vongole è facile scegliere: le seconde sono da preferire. Il pesce contiene grassi insaturi (soprattutto Omega 3) che favoriscono la produzione del colesterolo buono Hdl. Tra le varietà con più grassi e ad elevato contenuto di colesterolo ci sono i pesci di fondo, come la cernia, mentre il dentice è tra i più salutari

**OLIO**

L'olio di oliva è ricco di acidi monoinsaturi, soprattutto l'acido oleico, che presenta due vantaggi: fa diminuire nel sangue il livello di Ldl e non modifica, o addirittura fa aumentare, quello di Hdl. Meglio usarlo crudo

VARIETÀ RICCHE DI COLESTEROLO	COLESTEROLO (MG/100 G)	EQUIVALENTI CON MENO COLESTEROLO
ARAGOSTA	164	95
GAMBERI	150	95
CERNIA	70	37
COZZE	108	67
CALAMARO	222	110
		ASTICE
		SCAMPI
		DENTICE
		VONGOLE
		SEPIA

FONTI: SOCIETÀ ITALIANA STUDIO ARTERIOSCLEROSI; INRAN, ISTITUTO NAZIONALE DI RICERCA PER GLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE

**ALCOL**

No ai superalcolici perché tendono a favorire l'apporto di colesterolo cattivo Ldl. Bene il vino rosso per il suo contenuto di resveratrolo, sostanza antiossidante che aiuta il colesterolo buono. La quantità consigliata di questa bevanda è 1-2 unità alcoliche (pari a 125 ml)

**CIOCCOLATO**

Il fondente non contiene colesterolo, ne ha un tasso basso quello al latte (che però ha più zuccheri e grassi della versione fondente)



## Il caso L'Ozopulmin Farmaco contraffatto per bambini: tre ai domiciliari

ROMA. Quelle supposte dovevano servire a curare la tosse dei bambini ma quel farmaco era come una scatola vuota, senza il principio attivo, quindi inutile e pericoloso perchè i piccoli non venivano curati. L'azienda non aveva più a disposizione il principio attivo per problemi di accordi commerciali ma non voleva smettere di produrre per non perdere la fetta di mercato. È quanto hanno scoperto i Nas che hanno sequestrato tre lotti di supposte di Ozopulmin dell'azienda farmaceutica Geymonat (35mila confezioni in tutto), usato prevalentemente per i lattanti e i bambini. L'indagine è stata condotta con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed ha portato anche all'arresto ai domiciliari di tre dirigenti, accusati di aver «deliberatamente contraffatto un medicinale utilizzato anche per la cura di affezioni respiratorie di bambini e lattanti», sono ai domiciliari. «Controllate se avete in casa Ozopulmin, in caso sospendetene l'uso e consegnate le scatole ai Nas o al farmacista» ha detto il vicecomandante dei Nas, Antonio Diomeda. Federfarma, per voce della presidente Anna Rosa Racca, ha poi fatto sapere che il farmaco non è sui banchi delle farmacie da un anno. Nel giugno dell'anno scorso, infatti, **Aifa** (Agenzia italiana del farmaco) aveva ordinato il ritiro del prodotto da tutte le farmacie del territorio, in concomitanza con l'avvio dell'indagine e i primi controlli dell'Istituto superiore di sanità sui campioni sequestrati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

