



CAMPAGNA DI PREVENZIONE

Cardiologie aperte da lunedì 14 a giorno 20

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora oggi purtroppo la prima causa di morte in tutto il mondo, con ben 18,5 milioni di vite perse ogni anno. In Italia le malattie cardiovascolari sono responsabili del 34,8% di tutti i decessi, sia per gli uomini (31,7%) sia per le donne (37,7%), con 230mila morti ogni anno certificate dall'Istat. In questo terribile bilancio diventa prioritario ridurre il rischio cardiovascolare attraverso comportamenti modificabili e attività di prevenzione cardiovascolare. La Fondazione per il Tuo cuore dei Cardiologi Ospedalieri Italiani Anmco, presieduta dal prof. Michele Gulizia, direttore della Cardiologia dell'Ospedale "Garibaldi-Nesima" di Catania, che da oltre venti anni si impegna attivamente nella ricerca e nella prevenzione cardiovascolare - il 14 febbraio, giorno di San Valentino, lancia l'iniziativa nazionale di prevenzione cardiovascolare "per il Tuo cuore 2022", che si svolgerà dal 14 al 20 febbraio. Nel corso della settimana torna il consueto appuntamento di Cardiologie Aperte, giunto alla sua sedicesima edizione, che a causa della diffusione pandemica da Covid-19, si svolgerà con un format diverso, ma sempre mirato alla promozione della prevenzione cardiovascolare e del controllo dei fattori di rischio. La Fondazione attiverà infatti il numero verde 800 05 22 33 dedicato ai cittadini che potranno chiamare gratuitamente, tutti i giorni dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 14 alle ore 16, e porre domande sui problemi legati alle malattie del cuore, alle quali risponderanno oltre 660 Cardiologi Anmco delle strutture aderenti all'iniziativa, con più di 1.500 ore di consulenza cardiologica gratuita.

P. F. M.



Sono colpiti da glaucoma circa 1.200mila italiani ma oltre il 50% non lo sa

► La pressione oculare elevata è uno dei fattori di rischio. Fondamentale la diagnosi precoce

STEFANO MIGLIOR*

In Italia circa un milione e 200 mila persone soffrono di glaucoma e si stima che oltre 50% dei pazienti non sa di averlo. Nel primo lockdown ambulatori e reparti ospedalieri sono stati chiusi e molti pazienti sono stati impossibilitati a effettuare controlli nei loro centri di riferimento. Le persone disorientate e impaurite dal rischio contagio hanno saltato le visite di controllo e a volte anche interrotto

la terapia farmacologica, e rinunciato a quella chirurgica. Quest'ultima, riservata ai casi più complicati, si è ridotta drasticamente, mettendo a rischio i pazienti di andare incontro a peggioramenti a volte anche devastanti del loro campo visivo. Il glaucoma è una patologia degenerativa e se non viene monitorato e controllato con la terapia farmacologica o chirurgica porta alla cecità irreversibile. Coinvolge in genere, entrambi gli occhi determinando danni permanenti al nervo ottico. (Oggi è la seconda causa di cecità nei Paesi industrializzati). Il fattore di rischio più importante è la pressione oculare elevata, ma in un terzo dei casi viene osservato in pazienti con pressione oculare normale. Il soggetto può andare incontro a una progressiva riduzione del campo visivo fino alla visione cosiddetta "tubulare" che dà l'impressione di guardare attraverso un cono, perché si riesce a vedere solo una pic-

cola parte di ciò che si ha davanti. Non esiste una cura definitiva, ma la patologia può essere rallentata. È stato osservato che in alcuni pazienti glaucomatosi si assisterebbe anche a una progressiva compromissione strutturale e funzionale di zone cerebrali non deputate alla visione. Non è raro che le persone non si accorgano, anche per lungo tempo, di esserne affette e arrivino dall'oculista quando la situazione è compromessa. I controlli oculistici periodici sono fondamentali. Chi è affetto da glaucoma perde autonomia e autosufficienza. La patologia colpisce di solito oltre i 60 anni ma può insorgere anche tra i più giovani. A tutt'oggi non ci sono nuove armi nella terapia medica del glaucoma ma abbiamo a disposizione una significativa batteria di molecole che, in mono-terapia o terapia combinata, permettono di gestire un numero elevato di pazienti.

Le metodiche diagnostiche del glaucoma non sono invasive. La diagnosi o il sospetto diagnostico si basa sulla valutazione clinica oftalmologica da parte dell'oculista e si fonda sull'osservazione dello stato della papilla ottica durante una normale visita oculistica, sul risultato dell'esame del campo visivo e sulla misurazione della pressione oculare.

La diagnosi precoce è basata su tre fattori: disponibilità dell'individuo sano a sottoporsi a visite oculistiche di controllo ripetute nel tempo (se l'individuo è a conoscenza di parenti stretti affetti da glaucoma, farebbe bene a cominciare a farsi visitare già in età giovanile); esperienza del clinico oculista che visita il presunto paziente e corretta interpretazione dei risultati degli esami di riferimento in rapporto ai dati clinici osservati sul presunto paziente. Ai fini di una pronta e corretta diagnosi di glaucoma o di rischio di sviluppare glaucoma è importante tenere presente queste raccomandazioni: l'individuo sano deve farsi visitare dall'oculista almeno bi-annualmente a partire dai 40 anni; ai miopi è consigliato farsi visitare già dai 20 anni di età, ma è pur vero che chi è miope tenderà a farsi visitare più frequentemente e più precocemente soprattutto per problematiche di ordine visivo; rendersi conto che nella gestione più appropriata del glaucoma è necessario ottenere una riduzione della pressione oculare che sia clinicamente significativa e il cui valore assoluto dipende da vari fattori (stadio della malattia, valori basali della pressione oculare, fattori di rischio concomitanti, aspettativa di vita del paziente e velocità dell'eventuale peggioramento del danno funzionale del campo visivo nel corso del tempo); rendersi conto che quando il glaucoma peggiora vuol dire che la pressione oculare non è ottimale e deve essere ulteriormente abbassata, cosa che spesso comporta la necessità di un intervento chirurgico e infine ricordarsi che oggi è possibile cercare di ottenere una maggior resistenza delle strutture nervose che si danneggiano nel corso della malattia con specifiche molecole neuroprotettive, il cui utilizzo, in supporto alla tradizionale e necessaria strategia terapeutica ipotonizzante, potrebbe aiutare a rallentare l'eventuale progressione del danno funzionale.

*Presidente Associazione italiana Studio Glaucoma e direttore clinica oculistica Policlinico di Monza Università Milano Bicocca

GLI ESPERTI INTERNAZIONALI ALLA COMMISSIONE UE

All'interno dell'Ue il tabacco tradizionale e i prodotti alternativi di nuova generazione (e-cig tabacco riscaldato) sono regolamentati dalla direttiva 2014/40/UE (c.d. "TPD"), che si propone di garantire il corretto funzionamento del mercato interno e un elevato livello di protezione della salute. Al paragrafo 1 dell'art. 7 la TPD vietava la commercializzazione di prodotti del tabacco con aromi caratterizzanti. Tuttavia, i diversi dalle sigarette erano stati esentati dal divieto, fino a quando non si fosse verificato un «cambiamento nella loro diffusione». Il 9 febbraio la Commissione ha informato gli Stati membri dei calcoli che evidenzerebbero quel «cambiamento» in termini di diffusione sul mercato, che aprirà al divieto di usare aromi nei prodotti a tabacco riscaldato. «L'eliminazione degli aromi dai prodotti alternativi sarebbe una palese contraddizione rispetto allo scopo di "protezione della salute" sottolineato nel TPD» dichiara il prof. Fabio Beatrice, direttore del Board Scientifico del Mohre, che aggiunge: «e rema contro

«Il divieto di utilizzo di tutti gli aromi nel tabacco riscaldato un passo indietro di 10 anni nelle politiche di salute pubblica»

gli obiettivi dell'Oms che entro il 2025 si propone di diminuire del 30% il numero di fumatori». «Gusto e odore sono due elementi centrali nella dipendenza da sigaretta e sono gli elementi a cui il fumatore non riesce a rinunciare. Il successo dei prodotti alternativi è dato proprio dalla possibilità di mantenere almeno per un certo periodo di tempo oralità e gestualità da cui sono dipendenti psicologicamente. La riduzione del danno è praticata in molti settori della salute pubblica (droghe illecite, salute sessuale, Hiv) e la Convenzione quadro sul controllo del tabacco (art. 1d) la riconosce come una componente del controllo del tabacco. Per centinaia di milioni di persone che lottano per smettere di fumare o vogliono per continuare a utilizzare la nicotina,

questi prodotti rappresentano un significativo percorso aggiuntivo per sfuggire a modi più letali per usare la nicotina», conclude il presidente del Board di Mohre riprendendo il contenuto della lettera aperta inviata da 100 esperti della salute pubblica alle parti della Fctc. La questione è della massima attenzione per il prof. Ognjen Brborović, Docente di Medicina Sociale all'Università di Zagabria e membro del Board Scientifico di Mohre «gli aromi fruttati potrebbero attirare i più giovani verso l'uso dei prodotti alternativi alla sigaretta, tuttavia la maggior parte degli utenti sono ex fumatori, non i più giovani. Vietare gli aromi avrebbe un forte impatto negativo sugli ex fumatori. Pertanto il messaggio è di ripensare una politica che potrebbe

danneggiare chi sta scegliendo la riduzione del danno» e aggiunge: «da studi effettuati e per la mia esperienza personale ci sono alcuni modelli nell'utilizzo degli aromi; l'astinenza dal tabacco si prolunga quando le persone possono cambiare gli aromi. Credo che questo argomento non sia riconosciuto adeguatamente». Le disposizioni sono state negoziate 8 anni fa quando le evidenze di "riduzione del danno" dei prodotti alternativi al tabacco erano in fase embrionale. Le strategie attuali stanno aiutando i fumatori adulti con effetto virtuoso su prevenzione delle malattie e mortalità evitabile. Il prof. Konstantinos Farsalinos, che ha di recente scritto un rapporto di revisione sulla questione ha dichiarato: «Le restrizioni sugli aromi ridurrebbe-

ro il potenziale salvavita dei prodotti innovativi. Prove crescenti suggeriscono che l'uso di aromi diversi dal tabacco è associato a smettere di fumare, mentre gli ex fumatori di e-cig passano rapidamente a aromi diversi dal tabacco, percepito come importante per prevenire le ricadute. Inoltre, vietare gli aromi avrà ulteriori conseguenze indesiderate come la creazione di un mercato nero incontrollato. Un divieto di aroma sarà una cattiva politica per la salute pubblica, ignorando le esigenze dei fumatori e degli ex fumatori che vogliono smettere. L'Ue dovrebbe invece attuare rigorosamente l'attuale regolamento che prevede invece il divieto di vendita di questi prodotti ai giovani di punire i fumatori e gli ex fumatori di sigarette elettroniche».