

Siamo anche online, nasce
Respiro.News pag. 7

La sigaretta elettronica:
una nuova minaccia alla salute
di bambini e adolescenti pag. 11

Conoscere le diverse
forma di diabete e le sue
complicanze pag. 14

RESPIRO

ANNO XI
N° 43

SETTEMBRE
2018

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE
RESPIRO.NEWS



***La dieta mediterranea
può limitare
i danni dell'inquinamento***



**Da oggi la fisioterapia respiratoria
ha un nuovo alleato: Flaem ProLine®.
Solo per professionisti.**



Vibroflow®

Unico dispositivo polifunzionale che garantisce una rimozione rapida ed efficace delle secrezioni; combina due efficaci tecnologie in ambito di disostruzione bronchiale, le vibrazioni e un sistema PEP, alla funzione di nebulizzazione.

(Sviluppato in collaborazione con LINDE)

NeoSpire®

Dispositivo professionale studiato per la rimozione delle secrezioni tracheobronchiali in modo fisiologico: funziona senza stimolare la tosse, senza irritare le vie aeree del paziente e senza richiederne la collaborazione.

AspiraGo³⁰®

Aspiratore chirurgico professionale con grande potenza di aspirazione: 30lt/min. Grande autonomia: batteria al Litio e massima praticità: solo 2,5 kg di peso. Grande versatilità: applicazione modulare di un vaso aggiuntivo.

AirPro3000Plus®

Dispositivo aerosol pneumatico professionale elevata potenza compressore: 3,5 Bar granulo metrica certificata TÜV. Filtraggio aria professionale, flusso all'ugello regolabile per una personalizzazione della terapia.

FLAEM NUOVA S.p.A

25015 S. Martino d/Battaglia, BS (ITALY)
Phone (+39) 030 9910168

CONTATTI

Luigi Carani
Sales & Marketing Mgr. Medical Product Group
luigi.carani@flaemnuova.it
www.flam.it



N° 43

SETTEMBRE 2018

Periodicità trimestrale

RESPIRONEWS.IT

RESPIRO

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

Direttore Responsabile

Antonio Schiavulli (TS)

Direttore Scientifico

Claudio Micheletto (Legnago - VR)

Coordinamento di Redazione

Chiara Finotti (MI)

Redazione

Filippo Andò (ME)

Germano Bettoncelli (BS)

Caterina Bucca (TO)

Antonella Caminati (MI)

Salvatore Cazzato (AN)

Marcello Cellini (FE)

Cristina Cinti (BO)

Gennaro D'Amato (NA)

Francesco de Blasio (NA)

Marco Dottorini (PG)

Stefania La Grutta (PA)

Alfredo Potena (FE)

Eugenio Sabato (BR)

Antonio Sacchetta (TV)

Michele Vitacca (Lumezzane - BS)

Alessandro Zanasi (BO)

Direzione, redazione e amministrazione

Sintex Editoria

via Antonio da Recanate, 2 - 20124 Milano

Tel. +39 02 66703640

editoria@sintexservizi.it

Segreteria di Redazione

Mirka Pulga

mirka.pulga@sintexservizi.it

Progetto grafico e immagine

Sintex Editoria

grafica@sintexservizi.it

Relazioni esterne e pubblicità

Sintex Editoria

via Antonio da Recanate, 2 - 20124 Milano

Tel. +39 02 66703640

direzione@sintexservizi.it

Stampa

Roto3, Industria Grafica, Castano Primo (MI)

Pubblicazione di SINTEX SERVIZI S.r.l. - Milano

© 2018 Sintex Servizi S.r.l. - Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione di testi e immagini senza il permesso scritto dell'Editore. www.sintexservizi.it

Per acquistare copie di RESPIRO

Prezzo copia: € 2,50

Abbonamento annuale: € 10,00

RESPIRO è spedita in abbonamento postale.

Garanzia di riservatezza

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati, sia in modalità cartacea sia in modalità elettronica.

È possibile richiedere gratuitamente la cancellazione o rettifica ai sensi dell'art. 7 del D. lgs 196/2003, scrivendo a privacy@sintexservizi.it

Registrazione

Periodico iscritto al Tribunale di Trieste

11 aprile 2014 al n. 1274 - 1559/2018 V. G.

Chiuso in Redazione nel mese di settembre 2018

RESPIRONews



/respirownews



+39 333 88 22 666

SIAMO ONLINE



sintex
Un modo nuovo di comunicare in Sanità

RESPIROnews

spazio web pieno di notizie per stare bene
e di servizi per il cittadino



Notizie sempre aggiornate su
prevenzione, alimentazione,
ambiente, sport e ricerca



Schede informative di patologia



Una mappa per cercare
l'associazione pazienti
più vicina a te



**Visita Respiro.News,
un faro nel vasto panorama
dell'informazione scientifica**

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

www.respiro.news
redazione@respiro.news

Editoriale

07

Siamo anche online,
nasce Respiro.News | *C. Finotti*

Gli articoli

09

La dieta mediterranea può limitare
i danni dell'inquinamento | *C. Micheletto*

La sigaretta elettronica: una nuova minaccia alla salute
di bambini e adolescenti | *S. La Grutta, G. Ferrante*

Conoscere le diverse forme di diabete e le sue complicanze per
curarlo e quando possibile prevenirlo | *C. Irace*

Sindrome delle apnee ostruttive
nel sonno in età pediatrica | *M. Pavone*

Attualità

20

Iperconnessi e *social*.
Sono i medici *millennial* | *C. Finotti*

Cultura

22

La medicina psicosomatico simbolica: brevi accenni alle chiavi
i lettura della dimensione respiratoria | *P. Brendolise*

La scheda di patologia

24

Polmonite

La voce dei pazienti

26

La gestione del paziente allergico | *M. Ravanini*

ACSI ONLUS contribuisce al rinnovo delle Linee Guida
internazionali per la Sarcoidosi | *A. Carlucci*

Un mese dedicato alla lotta alla SLA | *F. Bezio*

ALPI - Associazione allergie
e pneumopatie infantili Onlus | *M. Canciani*

La prima Guida Europea
sulla Fibrosi Polmonare Idiopatica | *R. Mele*

Tabacco, riflessioni e utopie | *F. Curradi*

Concluso il soggiorno educativo riabilitativo assistito
estivo 2018 a Malè (TN) | *A. Pollastri*

Come nasce un'associazione di pazienti? | *B. Balbi*

Conclusa la seconda edizione di
Respiriamo Aria Nuova | *S. Barbaglia*

BattiAMO l'ASMA! | *D. Gaeta*

L'estate di FIMARP | *F. Andreotti*

We need lungs | *S. Massucci*

Uildm al lavoro per i pazienti
con difficoltà respiratorie | *C. Santato*

Le qualità del *caregiver* | *R. Ioren Napoli*

I pollini

50

Calendario pollinico delle principali famiglie allergeniche

**CENTRO DI
FORMAZIONE
AVANZATA E
SIMULAZIONE**



CeFA^eS

INAUGURAZIONE
Mercoledì 24 Ottobre 2018



ore 18.00

Via A. da Recanate, 2 - 6° Piano
20124 Milano

info@cefaes.it

dall'esperienza... all'avanguardia



DOVE CI TROVI

RESPIRO, *trimestrale di informazione, prevenzione e benessere*, si rivolge ai cittadini, alle Associazioni dei pazienti, ai medici e a tutti gli operatori sanitari quale strumento di educazione e di diffusione per un corretto e positivo stile di vita.

Nella rivista ampio spazio viene dedicato ai contributi delle **Associazioni di Pazienti**, da sempre impegnate, attraverso diverse iniziative e progetti anche in collaborazione con Istituzioni e Società Scientifiche, nella lotta per la salute e nel dare voce ai pazienti.

I cittadini possono trovare gratuitamente RESPIRO negli ospedali, negli ambulatori dei medici di famiglia e da oggi anche nelle farmacie.

Copie di RESPIRO possono essere acquistate da qualsiasi soggetto, pubblico o privato, che, volendo collaborare a diffondere l'informazione e la prevenzione contro le malattie respiratorie, decidesse di offrire questo servizio gratuito ai cittadini.

Per procedere all'acquisto è possibile scrivere a editoria@sintexservizi.it o visitare il sito www.sintexservizi.it

 / Respiro News



Siamo anche online, nasce Respiro.News

Chiara Finotti¹



Alcuni mesi fa ad accogliere i pazienti che si recavano presso un ambulatorio dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano vi era un cartello che riportava a grandi lettere il seguente messaggio: “coloro che si sono già diagnosticati da soli tramite Google ma che desiderano un secondo parere, per cortesia controllino su yahoo.com”. Era chiaramente un modo ironico e leggero per mandare ai pazienti un messaggio importante: non fidatevi delle informazioni che trovate in rete ma affidatevi alla valutazione del medico. Dopo tutto in gioco c'è il bene più prezioso che abbiamo: la nostra salute. Di questo episodio mi ha colpita il fatto che ad appendere il cartello sia stato un medico dell'Istituto Nazionale Tumori, un centro di eccellenza sul territorio ita-

liano dove si curano patologie complesse per le quali anche il minimo ritardo diagnostico può essere fatale. Ma come è possibile che questa tipologia di pazienti, non fra le più fortunate, riponga tanta fiducia in internet? Dopo tutto navigare in rete è come navigare nel mare. Abbiamo bisogno di riferimenti che ci possano orientare. Non può essere un tuffo in mare aperto.

Questa nuova tendenza del paziente ad affidarsi a internet nella ricerca di informazioni su sintomi, patologie e specialisti del settore è un fenomeno dai toni allarmanti e va certamente arginato. Per comprenderne la portata basta dare uno sguardo alla campagna messa in campo contro le *fake news* in medicina dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici dal titolo “Una bufala ci seppellirà?”. È una campagna dai toni forti. L'ordine ha diffuso infatti dei manifesti sui quali campeggiano delle lapidi che riportano epitaffi che non possono lasciare indifferenti: “Non mi hanno vaccinato per paura dell'autismo”. “Avevo acquistato sul web un farmaco mira- ➤

¹ Coordinamento di Redazione

► coloso". "Ho curato il cancro con il bicarbonato di sodio". Obiettivo della campagna è quello di far comprendere i pericoli, spesso sottovalutati a cui il cittadino va incontro nel momento in cui si affida a fonti non autorevoli per decidere della propria salute.

Da parte nostra abbiamo deciso di scendere in campo. *Respiro* ha un nuovo compagno di viaggio: la sua versione online **Respiro.News**. Non è ancora una testata giornalistica ma presto lo diventerà. È uno spazio web rivolto al cittadino volto a fornire un'informazione corretta e scientificamente validata riguardo alle principali novità che riguardano la ricerca, la prevenzione, l'ambiente, lo sport nonché fornire servizi. Su *Respiro.News* l'utente potrà infatti trovare utili servizi a lui dedicati: uno strumento per ricercare le associazioni di pazienti più vicine al proprio domicilio, schede informative relative alle principali patologie respiratorie e la possibilità di rimanere aggiornato circa le principali novità in ambito medico-scientifico. Insomma, *Respiro.News* sarà un faro nel mare magnum della naviga-

zione in internet in grado di orientare il cittadino verso una informazione medico scientifica corretta.

Ma non solo questo. Nell'intraprendere questa affascinante avventura ci siamo posti un obiettivo ambizioso: invitare le associazioni di pazienti a incontrarsi e a dialogare. Infatti, in Italia, il mondo dell'associazionismo è caratterizzato da una drammatica frammentazione e da una totale incapacità di camminare insieme per raggiungere obiettivi comuni. Questo è un fenomeno particolarmente evidente nell'area respiratoria. Con *Respiro.News* intendiamo fornire alle associazioni di pazienti uno spazio in cui possono presentare progetti e iniziative al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti ma anche, in qualche modo, aprirsi al dialogo con le altre associazioni. Muoversi in maniera sinergica e congiunta nel confronto con le Istituzioni non può che favorire il dialogo con le stesse e tradursi in una capacità di veicolare e portare avanti istanze e messaggi condivisi nell'interesse della salute della collettività. Ci siamo posti un traguardo non facile da raggiungere. Ne siamo consa-

pevoli. Ma i panorami più belli si vedono dopo le salite più impervie e faticose.

Invitiamo i nostri lettori a condividere con noi questa avventura che con entusiasmo e passione abbiamo intrapreso. Cari lettori visitate il sito **Respiro.News** e non esitate a contattarci per inviarci proposte, commenti o semplicemente per farci sentire il vostro supporto.

Buona navigazione, da tutta la redazione di *Respiro*. ■

chiara.finotti@sintexservizi.it



L'Uomo che **respira** Amore e Bellezza
è il bimbo che viveva nella gioia anche ieri.

Ronald Russel

Aiutaci ad aiutarli ancora!

Dona on line su www.fondazioneeluchetta.org
oppure su Unicredit Banca Spa

paese IT CIN EU 39 CIN IT B ABI 02008 CAB 02230 c.c. 000048893508

FONDAZIONE onlus
LUCHETTA OTA D'ANGELO HROVATIN



La dieta mediterranea può limitare i danni dell'inquinamento

I dati sono stati presentati al recente congresso dell'American Thoracic Society

Claudio Micheletto¹



Ulteriori conferme sugli effetti benefici della dieta mediterranea sono arrivate dal recente congresso annuale dell'*American Thoracic Society*, che si è svolto a San Diego. Uno studio ha innanzitutto confermato la correlazione tra inquinamento, infiammazione e stress ossidativo. In particolare le polveri sottili, denominate PM₁₀ perché hanno un diametro inferiore ai 10 micron, raggiungono le vie aeree periferiche e gli alveoli, riescono a entrare nel circolo sanguigno e raggiungono così anche l'apparato cardiocircolatorio. Gli inquinanti sono pertanto responsabili di malattie respiratorie, come asma e bronchite cronica ostruttiva, ma anche di infarto del miocardio e scompenso cardiaco. Il meccanismo più evidente è quello di aumentare l'infiam-

mazione a livello sistemico.

Ricercatori americani hanno ora confermato precedenti osservazioni, secondo cui la dieta mediterranea è in grado di limitare gli effetti dannosi dell'infiammazione. Il dato è particolarmente consistente perché si tratta di una osservazione condotta su circa 540.000 persone, che sono state valutate per circa 17 anni.

Con il termine dieta mediterranea si intende un modello nutrizionale ispirato alla tipica alimentazione della popolazione italiana e greca.

Le caratteristiche della dieta mediterranea sono: abbondanti alimenti di origine vegetale (frutta, verdura, ortaggi, pane e cereali, soprattutto integrali, patate, fagioli e altri legumi, noci, semi, freschi, al naturale, di stagione, di origine locale); frutta fresca come dessert giornaliero, dolci contenenti zuccheri raffinati o miele poche volte la settimana; olio di oliva come principale fonte di grassi; latticini (principalmente formaggi e yogurt) consumati giornalmente in modesta-moderata quantità; pesce e pollame consumato in quantità abbastanza bassa; da zero a quattro uova la settimana; carni rosse

in minime quantità e vino consumato in quantità modesta-moderata, generalmente durante il pasto.

Questa dieta ha un contenuto basso in grassi saturi (inferiore al 7-8%), ed un contenuto totale di grassi da meno del 25 a meno del 35% a seconda delle zone. Inoltre, originariamente era associata a regolare attività fisica lavorativa, ad esempio nei campi o in casa.

Il contenuto calorico della dieta mediterranea nelle indagini di popolazione non ha mai superato le 2500 Kcal per l'uomo e le 2000 Kcal per la donna, comunque l'introito calorico non andava oltre il consumo metabolico con l'attività fisica. In sostanza si trattava della dieta di una popolazione rurale, povera e frugale.

Come dieta mediterranea di riferimento nel *Seven Country Study*, uno studio fondamentale che per la prima volta ne ha dimostrato gli effetti benefici, è stata considerata quella di Nicotera, paese della Calabria. Ancel Keys, epidemiologo americano, e Antonio del Vecchio, fisiologo dell'Università di Napoli di origini calabresi, seguirono i primi studi nella popolazione di ►►

¹ UOC Pneumologia,
Ospedale di Legnago (VR)



► quel piccolo paese, estendendolo poi a Grecia e Spagna. I vari componenti della dieta, espressi come percentuali dell'apporto calorico totale (in rilievi della durata di sette giorni in differenti stagioni del 1960) sono:

- cereali 50-59%
- olio di oliva extravergine 13-17%
- vegetali 2,2-3,6%
- patate 2,3-3,6%
- legumi 3-6%
- frutta 2,6-3,6%
- pesce 1,6-2%
- vino rosso 1-6%
- carne 2,6-5%
- latticini 2-4%
- uova e grassi animali in bassa percentuale.

Alcuni principi della dieta mediterranea rappresentano tuttora la miglior difesa contro malattie come aterosclerosi, ipertensione, infarto del miocardio e ictus.

La novità della ricerca presentata a San Diego consiste nell'effetto sugli inquinanti: il consumo su base regolare di frutta, vegetali, olio di oliva, pesce e legumi, invece di carne rossa e alimenti processati, ri-

duce l'infiammazione causata dalle polveri sottili. Maggiore è l'aderenza alla dieta, hanno sottolineato gli autori, maggiori sono risultati i benefici.

Il professor George Thurston, Direttore del Dipartimento di Medicina Ambientale della New York University, ha affermato che lo studio ha confermato l'ipotesi che le polveri sottili hanno effetti negativi sulla salute causando stress ossidativo e infiammazione, mentre l'ozono ha effetti cardiaci tramite diversi meccanismi.

Lo studio è molto consistente perché considera un ampio numero di persone in un periodo di tempo molto lungo. Le 548.699 persone risiedevano in Stati americani diversi per clima ed esposizione ad inquinamento (California, Nord Carolina, New Jersey, Florida, Louisiana, Pennsylvania). Ogni partecipante veniva controllato anche sulla qualità della dieta, usando il Mediterranean Diet Index (aMED), una misura obiettiva con 9 punti di scala per misurare la conformità alla dieta mediterranea.

I risultati più importanti sono stati i seguenti:

- i decessi per malattie cardiovascolari aumentano del 17% per ogni 10 microgrammi per metro cubo ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) di aumento delle polveri sottili PM_{10} in coloro che non sono aderenti alla dieta, confrontato con il 5% tra coloro che sono più aderenti;
- i decessi per attacco cardiaco aumentano del 20% per ogni 10 microgrammi per metro cubo ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) di aumento delle polveri sottili PM_{10} in coloro che non sono aderenti alla dieta, confrontato con il 5% tra coloro che sono più aderenti.

Il professor Thurston ha affermato che lo studio ha dimostrato l'importanza di due cose: l'impatto negativo dell'inquinamento sulla salute, ma anche la necessità di educare le persone per minimizzarne gli effetti. "Non possiamo solo difenderci", ha concluso Thurston, "con la dieta mediterranea possiamo ridurre l'impatto negativo delle polveri sottili sul nostro apparato respiratorio e su quello cardio-vascolare, ma dobbiamo anche reclamare una riduzione dei livelli di inquinamento, in particolare nelle grandi città". ■

*claudio.micheletto@
auls9.veneto.it*

La sigaretta elettronica: una nuova minaccia alla salute di bambini e adolescenti

Stefania La Grutta¹
Giuliana Ferrante²



La dipendenza da tabacco comincia durante l'infanzia: quasi il 90% dei fumatori si avvicina alla sigaretta prima dei 18 anni. Bambini e adolescenti sono particolarmente suscettibili a sviluppare dipendenza da nicotina con effetti sullo sviluppo cerebrale che si rendono evidenti anche nei fumatori occasionali.

L'uso di sigarette elettroniche (Figura 1), introdotte in commercio ormai dal 2007, riguarda il 10% della popolazione in Europa, Stati Uniti e Asia e rappresenta una nuova minaccia alla salute di bambini e adolescenti. L'uso delle sigarette elettroniche fra i giovani è infatti aumentato

notevolmente negli ultimi anni. Secondo il *National Youth Tobacco Survey*, nel 2014 il 13,4% degli adolescenti riferiva di aver fatto uso di tali dispositivi a fronte del 9,2% che ammetteva di aver fumato sigarette tradizionali. La principale ragione per la quale la sigaretta elettronica rappresenta oggi il prodotto a base di tabacco più popolare e più utilizzato tra i giovani va ricercata nel fatto che questo dispositivo viene erroneamente considerato non nocivo per la salute. A fronte di una minore tossicità della sigaretta elettronica rispetto a quella convenzionale, essa tuttavia contiene sostanze quali nicotina, particelle ultrafini, composti organici volatili e metalli pesanti nonché aromatizzanti che possono essere dannosi per la salute, anche in considerazione del fatto che le loro quantità non sono standardizzate né sottoposte a stretti controlli di qualità da parte delle aziende produttrici.

Un altro fattore verosimilmente implicato nella rapida diffusione delle sigarette elettroniche è la pubblicità di tali prodotti che, attualmente, non è regolamentata da alcun limite legislativo.

Non è quindi sorprendente che l'esposizione dei giovani americani a questo tipo di pubblicità sia aumentata del 256% tra il 2011 ed il 2013. Un recente studio ha esaminato l'associazione tra l'esposizione a pubblicità di sigarette elettroniche ed il loro utilizzo tra i giovani negli USA. La pubblicità delle sigarette elettroniche attraverso Internet, TV e carta stampata, nonché quella praticata presso i rivenditori al dettaglio, ne incentiva l'utilizzo tra i giovani. Tanto maggiore è l'esposizione, quanto più aumenta il consumo (Figura 2). Poiché l'uso di tabacco tra i giovani è da considerarsi sempre dannoso e poiché la diffusione delle sigarette elettroniche è stata associata con l'iniziazione al fumo di sigarette convenzionali, questi dati suggeriscono la necessità di strategie di salute pubblica utili a normare la pubblicità di tali prodotti con l'obiettivo di dissuadere quanto più i giovani dall'abitudine al fumo di tabacco.

Poiché gli effetti a lungo termine legati a un'esposizione ripetuta nel tempo sono ancora sconosciuti, nel 2014 la *Food and Drug Administration* ha ritenuto oppor- ➤

¹ Istituto di Biomedicina e Immunologia Molecolare "A. Monroy", Consiglio Nazionale delle Ricerche, Palermo

² Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo



U.S. Department of Health and Human Services. *E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, 2016

Figura 1. Sigarette elettroniche, i prodotti

► tuno includere anche questi dispositivi nell'ambito della disciplina legislativa atta a regolamentare il consumo di prodotti a base di tabacco. Da un recente studio condotto negli Stati Uniti su adolescenti e giovani adulti è emerso che il livello di conoscenza dei componenti del fumo di sigaretta è variabile, pur se tutti i partecipanti allo studio sanno che il consumo di nicotina crea dipendenza ed è nocivo alla salute ad alte dosi. Frammentarie sono invece le conoscenze circa i costituenti del fumo di sigaretta elettronica. Gli intervistati hanno manifestato il desiderio di ricevere maggiori informazioni in tal senso, anche relativamente alle concentrazioni dei diversi composti chimici presenti nei vapori prodotti da tali dispositivi. Molti di loro ritengono inoltre che tali informazioni potrebbero essere utili a scoraggiare l'abitudine al fumo. Tali risultati saranno

sicuramente utili all'allestimento di campagne educative efficaci a dissuadere i giovani dal fumo, prevenendo il vizio nei non fumatori e incoraggiando a smettere chi, purtroppo, ha già cominciato a fumare, anche solo sigarette elettroniche.

L'esposizione all'aerosol prodotto dalla sigaretta elettronica induce danni a carico dell'epitelio delle vie aeree ed è causa di alterazioni del DNA delle cellule polmonari e della mucosa orale. L'uso di sigarette elettroniche si associa inoltre ad un profilo di rischio sanitario peculiare e differente da quello proprio del fumo di sigarette. In particolare, sembra che esso possa indurre infiammazione polmonare e aumentare la suscettibilità a infezioni da parte di batteri che colonizzano le vie aeree e che sono quindi esposti ad agenti inalanti, come lo *S. aureus*.

L'uso di sigarette elettro-

niche potrebbe infatti incrementare l'incidenza e la gravità di infezioni polmonari batteriche attraverso effetti diretti sul sistema immunitario e sulle cellule batteriche.

Alla luce del fatto che le infezioni stafilococciche possono accompagnarsi ad attivazione del sistema immunitario con produzione policlonale di IgE, è stata avanzata l'ipotesi secondo cui l'uso di sigarette elettroniche, favorendo la colonizzazione delle vie aeree da parte dello *S. aureus* possa indurre la comparsa di sintomi IgE mediati a carico delle vie aeree. Per testare questa ipotesi saranno necessari studi che identifichino i differenti componenti chimici implicati nello sviluppo dell'allergia e che valutino il rischio di sviluppare malattie allergiche nei soggetti esposti, anche in base all'entità e alla durata dell'esposizione.

Sebbene il fumo di sigarette elettroniche sia rico- ►►

► nosciuto essere pericoloso per la salute respiratoria, sono ancora pochi gli studi disponibili che indaghino gli effetti nel lungo termine. Uno studio recentemente condotto negli Stati Uniti su un campione di 2086 adolescenti (età media 17 anni) ha riportato che il 24% di essi ha fumato sigarette elettroniche nella vita; di questi, il 9,6% nell'ultimo mese. Il rischio di bronchite è risultato raddoppiato rispetto ai non fumatori in tutti i soggetti che avevano fumato sigarette elettroniche; tale rischio è risultato inoltre essere tanto maggiore quanto maggiore era la frequenza di consumo di sigarette elettroniche nell'ultimo mese.

Questa associazione è plausibilmente spiegata dalla composizione dell'aerosol prodotto dal fumo di sigaretta elettronica, caratterizzato da nicotina, glicerolo ed altri irritanti che possono causare sintomi respiratori. Non sono state invece riscontrate associazioni significative con i sintomi di *wheezing*. Tali osservazioni potrebbero avere un forte impatto in ambito di salute pubblica e dovrebbero spingere gli operatori sanitari ad informare i pazienti e le loro famiglie circa i dannosi effetti del fumo di sigaretta elettronica sulla salute. Tuttavia, essendo questa stata immessa in commercio soltanto da pochi anni, sono necessari ulteriori studi volti a definire gli effetti legati all'esposizione cronica.

Un'altra preoccupazione è dettata dal fatto che l'uso del-

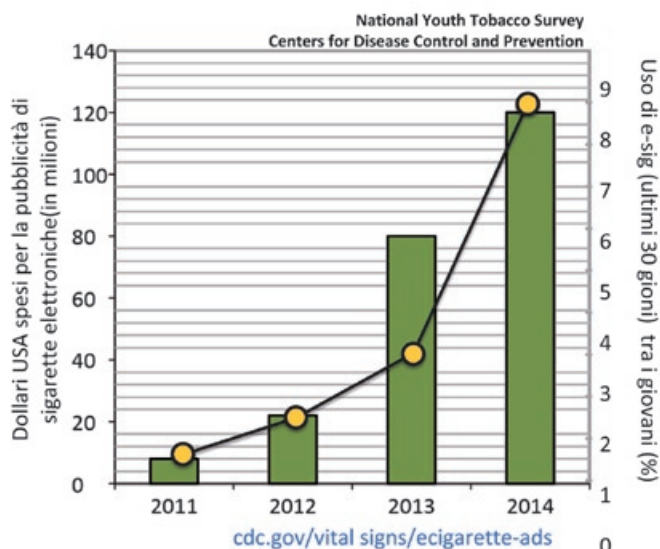


Figura 2. Pubblicità e uso di sigarette elettroniche tra gli studenti

la sigaretta elettronica pare associarsi ad un maggiore consumo di sigarette convenzionali. Secondo un recente studio di coorte americano condotto su un campione di 298 adolescenti, il 40% dei soggetti dediti al consumo di sigarette elettroniche, contro il 10% dei soggetti non fumatori, ha iniziato a fumare sigarette tradizionali nell'arco dei 16 mesi di *follow-up*. Nel tempo, i fumatori di sigarette elettroniche hanno quindi presentato un rischio maggiore, rispetto ai non fumatori, di consumare fumo di tabacco e, più in generale, prodotti come sigari, pipe e narghilè. Inoltre, tale rischio è risultato essere maggiore tra i soggetti considerati poco propensi a divenire fumatori «da grandi».

Questi dati suggeriscono dunque che il consumo di sigarette elettroniche può, per ragioni ancora non chiarite,

facilitare l'iniziazione al fumo e, anche per tale motivo, andrebbe fortemente scoraggiato tra i giovani. Alla luce di tali evidenze, nel *position statement* recentemente pubblicato il *Forum of International Respiratory Societies* (FIRS) raccomanda quindi: che la sigaretta elettronica venga considerata prodotto a base di tabacco e come tale sia sottoposta a specifica regolamentazione; che la sua vendita sia vietata ai giovani in tutto il mondo; che sia vietato l'uso di aromatizzanti; che ne sia vietata la pubblicità attraverso mezzi di comunicazione facilmente accessibili dai giovani; che sia implementata l'attività di ricerca volta a valutare la sorveglianza e gli effetti tossici sulla salute. ■

stefania.lagrutta@ibim.cnr.it

Conoscere le diverse forme di diabete e le sue complicanze per curarlo e quando possibile prevenirlo

Concetta Irace¹



Il diabete mellito (dal greco *diabaino* = passare attraverso e dal latino *mellitus* = contenente miele; termine che si riferisce alla emissione di urine dolci per la presenza di glucosio) è una malattia metabolica caratterizzata da iperglicemia ovvero un'elevata concentrazione di zucchero nel sangue. La malattia è legata al destino dell'ormone insulina. Immaginate l'insulina come la chiave che, dal sangue, apre la porta di passaggio dello zucchero alle cellule. Se questa chiave non c'è o se è difettosa, la porta non si apre e lo zucchero non può passare alle cellule accumulandosi nel sangue. Le cellule che producono insulina sono le 'beta cellule' contenute nel pancreas umano.

Si riconoscono due forme principali di diabete, il diabete

di tipo 1 e il diabete di tipo 2. Il tipo 1 è una malattia autoimmune caratterizzata dalla distruzione delle beta cellule. Nel tipo 1 quindi manca quasi completamente l'insulina e quindi la chiave per aprire la porta. Nel tipo 2 vi è un difetto dell'azione dell'insulina, quindi la chiave è difettosa.

La malattia sta acquisendo le caratteristiche di una pandemia. Nel mondo ½ miliardo di persone soffre di diabete. In Italia ci sono circa 4 milioni di persone di cui 200.000 con diabete di tipo 1 e la rimanente parte con diabete di tipo 2. I dati dell'ISTAT del 2016 sono preoccupanti: nei soggetti con età compresa tra i 50 ed i 64 anni ben 27 uomini su 100 e 17 donne su 100 hanno il diabete. La prevalenza della malattia aumenta vertiginosamente oltre i 65 anni. Il dato più preoccupante è che risulta in forte aumento il diabete di tipo 2 tra gli adolescenti a causa di uno stile di vita scorretto che ne facilita l'insorgenza.

Per quanto riguarda il diabete di tipo 1, esiste una "predisposizione" genetica ma la malattia purtroppo non è prevenibile. Nel momento in cui un soggetto "predisposto" al diabete di tipo 1 subisce un "insulto" (evento) che modifica l'aspetto delle beta cellule,

allora il soggetto stesso inizia a produrre gli anticorpi contro queste cellule distruggendole. L'insulto può essere un'infezione virale contratta durante i primi anni di vita. Per il diabete di tipo 2 la predisposizione non è solo genetica. Sono predisposti al diabete coloro che sono in sovrappeso o obesi, coloro che hanno un genitore o un fratello con diabete, coloro che hanno ipertensione arteriosa o ipertrigliceridemia. Predisposte al diabete di tipo 2 sono le donne che hanno sviluppato diabete anche solo nel periodo della gravidanza o le donne con la sindrome dell'ovaio policistico. Tutte situazioni che possono essere individuate facilmente.

Per il diabete di tipo 2 la parola d'obbligo è "prevenzione" e la prevenzione consiste nella misurazione del valore di glucosio a digiuno su sangue venoso. Per la misurazione è necessario rivolgersi esclusivamente al medico. Il valore normale del glucosio in circolo è fino a 99 mg/dL, già 100 mg/dL è un valore alterato. Per parlare di diabete la glicemia deve essere uguale o superiore a 126 mg/dL almeno in due occasioni. Un valore di glicemia compreso tra 100-125 mg/dL indica invece un'altra condizione definita come al- ➤

¹ Professore Associato, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi Magna Grecia di Catanzaro

► terata glicemia a digiuno. Le persone con questi valori non sono semplicemente predisposte, ma hanno già un'altezzazione del metabolismo del glucosio e sono persone su cui bisogna intervenire immediatamente per evitare lo sviluppo di un diabete conclamato. L'intervento deve essere principalmente sullo stile di vita (dieta ed esercizio fisico) e se necessario è possibile introdurre anticipatamente anche dei farmaci.

Mai sottovalutare il diabete. È una malattia infatti che preoccupa soprattutto per le sue complicanze. L'iperglicemia, soprattutto se sostenuta nel tempo, causa danni a diversi organi quali la retinopatia (occhio), la nefropatia (rene), la neuropatia (nervi periferici soprattutto) e la vasculopatia (arterie). In quest'ultimo caso, le arterie che si possono danneggiare sono le coronarie, con effetti gravi sul cuore, le arterie cerebrali e quelle degli arti inferiori. Il diabete può causare infarto acuto del miocardio, ictus cerebrale, riduzione della acuità visiva, insufficienza renale con pericolo di dialisi, disfunzione sessuale e l'insorgenza di piede diabetico. Le complicanze si possono prevenire se la malattia è sotto controllo, cioè se si assumono



regolarmente i farmaci come suggerito dai diabetologi, se si monitorizza il valore della glicemia quando necessario e si raggiungono valori ottimali di glicemia e di emoglobina glicata. Esistono degli esami specifici che consentono di diagnosticare precocemente la complicanza. Tra questi ricordiamo l'esame del fondo dell'occhio, la valutazione della sensibilità ai piedi, l'elettrocardiogramma e la misurazione della microalbuminuria nelle urine.

Il diabete è una patologia cronica e come per tutte le patologie croniche è fondamentale un rapporto medico-paziente caratterizzato da un flusso continuo di informazioni, suggerimenti, schemi di trattamento e soprattutto fidu-

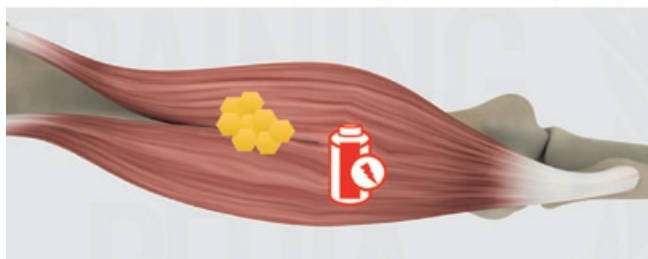
cia ed empatia.

Ma il diabete non è gestito solo dal diabetologo. Il paziente stesso (o chi se ne prende cura) deve saper, ad esempio, controllare la glicemia a domicilio a digiuno o dopo un pasto, deve adeguare la terapia in base a quello che mangia ed alla quantità ed intensità di attività fisica che effettua. Importante è che deve saper riconoscere e gestire una 'ipoglicemia' ovvero l'abbassamento pericoloso dello zucchero nel sangue che può causare da fini tremori, sudorazione improvvisa, stanchezza e senso di fame improvviso fino alla perdita di conoscenza.

Esistono numerosi farmaci per la cura del diabete, di cui alcuni somministrati per bocca ed altri per via iniettiva. La terapia del diabete di tipo 1 è esclusivamente con insulina ed anche in questo caso esistono differenti tipi di insulina (es: insulina ad azione prolungata ed insulina ad azione rapida) e differenti modalità per somministrare l'insulina (es: penna pre-riempita, microinfusore).

Tuttavia, come accennato, l'elemento che caratteriz-

GLUCOSIO: CARBURANTE PER IL MUSCOLO





MANGIARE SANO



► za la corretta gestione sia del diabete di tipo 1 sia di tipo 2 è uno stile di vita corretto ed adeguato. Questo non sempre significa 'dieta' per ridurre il peso corporeo o ginnastica in palestra. La dieta ipocalorica serve per ridurre il peso corporeo ed è necessaria se il soggetto è in sovrappeso o obeso, in presenza di diabete così come in assenza di diabete.

Una dieta adeguata per le persone con diabete, al contrario di quanto si pensi, deve includere pane, pasta, riso che sono classificati come carboidrati complessi. Bisogna evitare i carboidrati semplici come lo zucchero, bisogna evitare di assumere frutta in eccesso e soprattutto evitare bevande zuccherate. I carboidrati complessi sono un elemento fondamentale della dieta mediterranea. Altri cibi utilissimi sono quelli ricchi in fibre (esempio pane, pasta e riso integrale, legumi, verdure). Non si deve esagerare con i grassi e preferire quelli di origine vegetale

(olio extravergine di oliva e oli di semi, questi ultimi però a crudo poiché subiscono delle alterazioni ad alta temperatura) piuttosto che animale (formaggi, in particolare quelli che si "tagliano" e grasso delle carni). Preferire il pesce e le carni bianche alle rosse, evitare insaccati e scatolame.

L'attività fisica è fondamentale nella prevenzione e cura del diabete. I muscoli sono i maggiori utilizzatori di glucosio. Più attivo e allenato è un muscolo più glucosio utilizza. Il beneficio dell'attività fisica sul valore di glicemia si manifesta non solo durante l'attività ma anche nelle ore successive. Le linee guida suggeriscono di svolgere attività fisica per almeno 3 giorni a settimana non consecutivi e per almeno 150 minuti a settimana. Si deve iniziare lentamente e raggiungere l'obiettivo. L'attività può essere passeggiare a passo veloce, ballare, nuotare e attività simile. È utile aggiungere anche un'attività più impegnati-

va quella detta di forza (utilizzo esempio dei muscoli delle braccia o delle gambe separatamente o addominali) sempre 3 giorni a settimana ma questa volta 1 miniserie di esercizio da 10-15 ripetizioni. L'attività va sempre concordata con il proprio diabetologo e discussa come se fosse la prescrizione di un farmaco. Parola d'ordine? Evitare la sedentarietà! Si suggerisce in caso di lavoro sedentario, di effettuare un'attività di 2 minuti ogni 20 o anche di 3 minuti ogni mezz'ora: alzarsi in piedi e ciondolare da fermi su una gamba e poi su un'altra, effettuare uno spostamento breve, affondo di una gamba e poi di un'altra. È importante inoltre sfruttare qualsiasi situazione per muoversi per esempio camminare mentre si è al cellulare, usare le scale, parcheggiare la macchina lontano dal posto di lavoro, etc.

In conclusione:

- si conoscono diverse forme di diabete;
- il diabete di tipo 2 è la forma più frequente e si può prevenire;
- il diabete è aggravato da complicanze croniche che tuttavia possono essere scoperte in fase ancora iniziale e curate adeguatamente;
- le cure ci sono e sono essenzialmente dieta, attività fisica e farmaci;
- il diabete richiede attenzione sia da parte del diabetologo sia da parte del paziente. ■

irace@unicz.it

Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno in età pediatrica

Martino Pavone (in foto) ¹
Elisabetta Verrillo¹
Alessandro Onofri¹
Maria Giovanna Paglietti¹
Serena Caggiano¹
Valentina Negro¹
Renato Cutrera¹



Definizione, prevalenza e principali fattori di rischio

L'American Academy of Pediatrics definisce la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) in età pediatrica come un "disturbo della respirazione durante il sonno caratterizzato da una prolungata parziale ostruzione delle vie aeree superiori e/o completa ostruzione intermittente (apnea ostruttiva) che altera la normale ventilazione durante il sonno e l'architettura del sonno".

La prevalenza delle OSAS in età pediatrica varia tra l'1,2% ed il 5,7%. I principali fattori di rischio per lo sviluppo di OSAS in età pediatrica sono rappresentati dall'ipertrofia adenotonsillare, dall'obesità, dalle anomalie cranio-facciali e dalle malattie neuromuscolari.

Quadro clinico e sequele

I sintomi più tipici di OSAS sono il russamento abituale (spesso con pause intermittenti), la respirazione notturna paradossa o comunque difficoltosa, la presenza di apnee osservate dal genitore, il sonno agitato con frequenti risvegli notturni, la sudorazione notturna eccessiva, talvolta l'enuresi (in un bambino che abbia acquisito il controllo degli sfinteri da almeno 6 mesi).

Il russamento in particolare viene definito come "abituale" se presente almeno 3 notti a settimana. Il bambino con OSAS può però presentare segni e sintomi diurni quali la cefalea mattutina, l'irritabilità fino all'aggressività, uno scarso rendimento scolastico, e raramente l'eccessiva sonnolenza (più tipica

nel soggetto obeso adolescente).

Le OSAS possono determinare sequele attraverso fenomeni di ipossiemia intermittente-ri-ossigenazione, i risvegli e le variazioni delle pressioni intratoraciche determinate dagli sforzi respiratori effettuati per vincere l'ostruzione respiratoria alla base delle apnee. Le complicanze possono essere di tipo neurocognitivo-comportamentale, ritardo di crescita, ipertensione, disfunzione cardiaca, conseguenze metaboliche e infiammazione sistemica.

Diagnosi

L'anamnesi e l'esame fisico del paziente hanno un valore predittivo positivo per la diagnosi di OSAS rispettivamente del 65% e 46%.

Gli studi scientifici effettuati in materia di pulsossimetria notturna, registrazione audio-video, di Polisonnografia (PSG) durante il sonno pomeridiano, e di PSG ambulatoriale suggeriscono che questi metodi sono utili se i risultati sono stati positivi, ma hanno uno scarso valore predittivo se i risultati sono ►►

¹ U.O.S. Medicina del sonno e ventilazione a lungo termine, Dipartimento Pediatrico Universitario Ospedaliero, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS

► negativi. Pertanto, i bambini che hanno avuto risultati negativi dallo studio di *screening* devono essere inviati per il test più completo.

La PSG notturna è il *gold standard* per diagnosi di OSAS. La PSG notturna consente di ottenere una valutazione oggettiva e quantitativa dei disturbi respiratori nel sonno presentati dal paziente in esame. Il parametro PSG più importante per classificare l'entità del disturbo respiratorio nel sonno è l'indice di apnea (AHI). Tale indice è il rapporto tra numero di apnee ed ore di sonno. La PSG permette di stratificare i pazienti in termini di gravità, e ciò aiuta ad identificare quali sono i bambini:

- 1) a rischio di sequele;
- 2) a rischio di complicanze post-operatorie che pos-

sono beneficiare di osservazione a ricovero dopo l'intervento di adenotonsillectomia (AT);

- 3) ad alto rischio di persistenza di OSAS dopo l'AT, che possono necessitare di una PSG post-operatoria per valutare la necessità di ulteriori trattamenti.

Gestione

L'ipertrofia adenotonsillare è la causa più comune di OSAS in età pediatrica, e l'AT continua a essere il trattamento di prima scelta per questo problema. Dopo l'AT dovrebbe essere programmato un controllo PSG per valutare che l'OSAS sia stata risolta. Questo è particolarmente vero in pazienti che presentano una comorbidità come l'obesità e/o l'asma o nei pazienti con OSAS "complesse" (come

quelli con patologie cranio facciali o neuromuscolari). L'AT nella maggior parte dei casi è associata a un basso tasso di complicanze. Complicanze minori sono il dolore e la scarsa assunzione orale. Complicazioni più gravi possono comprendere sanguinamento, infezioni, complicanze anestesiologiche, complicanze respiratorie, incompetenza velofaringea, stenosi sottoglottica e, raramente, morte. L'AT può essere eseguita in modo sicuro nella stragrande maggioranza dei bambini. I fattori di rischio che aumentano il pericolo di complicanze post-operatorie sono l'età <3 anni, la presenza di OSAS grave, la presenza di complicanze cardiache, il ritardo di crescita, l'obesità e la presenza di infezioni del tratto respiratorio superiore. Si raccomanda, inoltre, che i ►►



VIVISOL
Home Care Services

VIVISOL Home Care Services per una migliore qualità della vita.

VIVISOL fornisce servizi per la gestione delle terapie domiciliari a oltre 300.000 pazienti in Europa ogni giorno.

Il desiderio di VIVISOL è quello di poter offrire una **migliore qualità della vita**, permettendo al paziente di vivere a casa propria con i propri familiari con la sicurezza di un servizio efficace, rapido e sempre disponibile. VIVISOL pone nella **qualità dei servizi offerti** e nella **sicurezza degli assistiti** a lei affidati i cardini del proprio modello di sviluppo.

Terzo operatore europeo e parte del Gruppo Sol, multinazionale italiana con sede a Monza e quotata alla borsa di Milano, VIVISOL fornisce servizi di Ossigenoterapia, Ventiloterapia, Diagnostica e Cura della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno, Nutrizione Artificiale, Telemedicina, Ausili e Presidi Antidubbio.

NUMERO VERDE 24h/24
800 832004

VIVISOL.IT | INFO@VIVISOL.IT

SOLGROUP
a breath of life

► pazienti con una saturazione di ossigeno (SpO_2) $< 80\%$ (su PSG pre-operatoria o durante l'osservazione post-operatoria in sala di rianimazione) o un indice di apnea (AHI) ≥ 24 eventi/ora di sonno devono essere osservati a ricovero dopo l'intervento chirurgico perchè ad aumentato rischio di compromissione respiratoria post-operatoria. Anche i pazienti con OSAS complicata da ipercapnia rilevante (picco $\text{pCO}_2 \geq 60$ mm Hg) devono essere ricoverati nel periodo post-operatorio. Il medico, inoltre, può decidere, su base individuale, di ricoverare quei pazienti con anomalie PSG meno gravi che presentino altri fattori di rischio.

L'uso della ventilazione a pressione positiva continua alle vie aeree (CPAP) per via nasale è indicata nei bambini che non rispondono adeguatamente al trattamento chirurgico; nei bambini per i quali l'intervento chirurgico è controindicato; nei casi in cui il paziente e la famiglia esprimano una preferenza differente. Il trattamento si è dimostrato efficace nel trattamento delle OSAS (in termini di sintomi e di parametri PSG), anche nei bambini piccoli. Tuttavia, l'aderenza al trattamento può essere un grave ostacolo per un uso efficace della CPAP. Per questo motivo quando l'AT è un'opzione ragionevole, la CPAP non è raccomandata come terapia di prima linea per il trattamento dell'OSAS. La valutazione oggettiva dell'aderenza alla CPAP, ai successivi controlli, è importante. Se il

paziente non è aderente, devono essere eseguiti tentativi per migliorare l'aderenza (ad esempio, affrontando gli effetti negativi, utilizzando tecniche di modificazione del comportamento) o il paziente deve essere trattato con opzioni alternative. Le pressioni della CPAP cambiano nel tempo presumibilmente a causa della crescita e dello sviluppo del bambino. In età pediatrica si raccomanda, pertanto, la rivalutazione periodica delle pressioni della CPAP.

Diversi studi hanno valutato l'uso di corticosteroidi nasali (ICS) e antagonisti dei leucotrieni (OM) nel trattamento delle OSAS in età pediatrica. Gli ICS possono migliorare l'OSAS lieve e non dovrebbero essere usati come trattamento primario dell'OSAS moderata o grave. Poiché gli effetti a lungo termine di ICS non sono noti, è necessaria la valutazione di *follow-up* del bambino per verificare la persistenza delle OSAS e per monitorare gli effetti avversi. Uno studio recente su una casistica ampia ha mostrato che la combinazione di ICS + OM come trattamento iniziale dell'OSAS lieve possa essere una valida alternativa alla AT, soprattutto nei bambini più piccoli e non affetti da obesità.

L'espansione rapida del mascellare (RME) è stata recentemente impiegata nel trattamento delle OSAS in alcune popolazioni pediatriche. Si tratta di una procedura ortodontica finalizzata

all'incremento del diametro trasverso del palato duro attraverso la riapertura della sutura medio-palatale. Ciò avviene attraverso l'applicazione (per circa 3 – 4 mesi) di un apparecchio fisso dotato di una vite di espansione. Tale procedura è generalmente utilizzata nei bambini con contrazione mascellare e malocclusione dentale.

Ruolo dell'obesità

L'obesità è un fattore di rischio indipendente per russamento e OSAS. Per il clinico, si raccomanda particolare attenzione allo *screening* di bambini obesi e in sovrappeso per segni e sintomi di OSAS. La distribuzione viscerale del tessuto adiposo e le dimensioni tonsillari sono importanti nel predire l'OSAS. Nei bambini obesi con ipertrofia adenotonsillare importante e OSAS, l'AT può migliorare i parametri PSG (soprattutto l'AHI). Deve, tuttavia, sempre essere considerata la maggiore possibilità di persistenza post operatoria di OSAS. Alcuni bambini obesi richiedono intubazione o CPAP nel post-operatorio, e ciò rafforza l'indicazione ad una stretta osservazione del post-operatorio a ricovero in questo gruppo di pazienti. La perdita di peso e l'aumento dell'esercizio fisico dovrebbero essere raccomandati nei bambini e negli adolescenti obesi e sembrano dimostrare benefico per l'OSAS. ■

martino.pavone@opbg.net

Iperconnessi e social. Sono i medici *millennial*

Chiara Finotti¹



Identificare attitudini e comportamenti dei medici *millennial* che possano avere un impatto sullo sviluppo della medicina del futuro. Questi gli obiettivi dell'edizione italiana della ricerca "Generation Now" presentata a Milano il 22 giugno scorso, in occasione di un evento #MeetSanofi. L'indagine, ideata e sviluppata da Havas Life con il partner Ipsos e realizzata con il supporto incondizionato di Sanofi, ha fotografato una particolare categoria professionale, quella dei medici nati negli anni Ottanta e diventati maggiorenni nel nuovo millennio: i medici *millennial*, appunto.

La ricerca ha coinvolto 152 medici con età media di 31 anni, di cui 61% specializzandi e 39% già specializzati con una buona distribuzione fra le varie specializzazioni. Non si può dire che questa generazione di medici usi il digitale.



Sono essi stessi digitali. Basti pensare che hanno cominciato a usare internet a 12 anni e per loro la rete è sempre esistita. Non conoscono un passato senza internet. Si tratta di una generazione iperconnessa, in grado di comprendere il digitale e reagire in maniera proficua ed efficace alle sue evoluzioni.

L'84% dei medici intervistati ha dichiarato di passare ogni giorno più di un'ora su internet per motivi personali utilizzando per lo più dispositivi mobili. Il 100% ha uno *smartphone*, il 90% naviga con un computer portatile, il 70% con un *tablet* e solo il 41% con il computer fisso. Il 93% ha un profilo *social*: i *social media* più attivi sono Facebook e Instagram. Facebook è il *social network* più utilizzato (82%), mentre solo il 41% utilizza Instagram, in leggera controtendenza ri-

spetto alla maggior parte dei coetanei. LinkedIn non sembra molto frequentato dai medici *millennial*: solo il 37% di questi lo utilizza.

Ma come vedono il futuro i medici *millennial*? L'indagine "Generation Now" ha cercato di mettere a fuoco le aspettative dei camici bianchi in rapporto allo sviluppo tecnologico. Il campione intervistato ha dichiarato una visione del mondo della salute sempre più guidato dalle evidenze scientifiche (74%) ma in un'ottica di integrazione con le evoluzioni della tecnologia (81%).

Otto medici su dieci hanno dichiarato che lo sviluppo tecnologico migliorerà e guiderà la crescita del loro lavoro. Alcuni aspetti verranno stravolti, altri no. Ad esempio, il percorso terapeutico sarà sempre in mano al medico ma la possibilità di ►►

¹ Giornalista, Sintex Servizi Srl

► condividere informazioni ed esperienze mettendo il paziente al centro con i colleghi che lavorano dall'altra parte del mondo avrà, nel futuro, un peso crescente.

I medici si aspettano che la tecnologia ridurrà la componente burocratica della loro professione facilitando altri aspetti: il monitoraggio di parametri clinici, la possibilità di variare il dosaggio di un farmaco e la possibilità di disegnare in maniera sartoriale una terapia sulla base del profilo genetico-molecolare del paziente. In altre parole, la tecnologia orienterà il futuro della medicina verso un approccio sempre più personalizzato. Il 74% degli intervistati ritiene che l'analisi genetico-molecolare determinerà il miglioramento della terapia per il singolo paziente e questo porterà a un risparmio di soldi e di tempo.

Il medico di oggi non è più il medico di quindici anni fa. È un medico più tecnologico ma, nel tempo, anche il paziente è cambiato. È un paziente più informato. Di conseguenza anche il rapporto fra i due, centrale nel percorso di cura, ha subito importanti trasformazioni. È un rapporto più paritario rispetto al passato. Il paziente vuole essere sempre più coinvolto nei processi decisionali. Recenti studi hanno indicato in 13 secondi il tempo medio che il paziente impiega dall'uscita dell'ambulatorio al controllo via internet dell'informazione ricevuta dal medico. Il professionista medico è spaventato da questi comportamenti. Teme la



perdita di fiducia da parte del paziente.

L'aspetto più rilevante della ricerca è quello relazionale. I *millennial* non hanno dubbi: la tecnologia avrà un ruolo chiave nell'influenzare la relazione medico-paziente. Secondo il 76% degli intervistati lo migliorerà rendendo il paziente un interlocutore più consapevole. Quest'ultimo potrà infatti avere accesso a servizi a lui dedicati. Quello che preoccupa è il pericolo di un'informazione scorretta. La classe medica chiede a gran voce un ente che monitori e certifichi le notizie legate al mondo della salute che circolano in rete.

Per quanto riguarda il problema dei costi in sanità, secondo il campione coinvolto nella ricerca, un ruolo decisivo nel contenimento dei costi può essere svolto dal medico di base. Soprattutto per quanto concerne gli accessi e i conseguenti ricoveri in ospedale.

Un altro fattore importante ai fini di una riduzione delle ospedalizzazioni è sicuramente quello svolto dalla medicina preventiva. Prevenire attraverso percorsi di *screening* efficaci e condivisi rimane una priorità per il sistema sanitario nazionale. ■

chiara.finotti@sintexservizi.it



La medicina psicosomatico simbolica: brevi accenni alle chiavi di lettura della dimensione respiratoria

Paola Brendolise¹



Il termine “psicosomatica” etimologicamente deriva dal greco: *psichè*-anima e *soma*-corpo. La psicosomatica è quella visione che, superando la classica separazione tra mente e corpo, considera l'uomo come un'unità nella quale la malattia si manifesta a livello fisico come sintomo e a livello psicologico come disagio. La medicina psicosomatica, dunque, si occupa delle reciproche interazioni tra gli aspetti emozionali e quelli fisici. Rappresenta un approccio globale all'uomo nel quale, secondo questa visione, l'attività mentale ed emotiva e le funzioni corporee (malattie comprese) si manifestano contemporaneamente, esprimendo un malessere che appartiene quindi sia al corpo che alla mente, secondo il principio junghiano della sincronicità.

Il disturbo psicosomatico, nella diversa gradualità delle sue manifestazioni (che possono andare dall'alterazione funzionale alla lesione organica), presuppone una integrazione di eventi e fattori legati sia alla personalità e alla storia del paziente interessato sia al contesto ambientale (biologico, psicologico e sociale) in cui egli è vissuto e vive, sia al simbolismo dell'organo interessato. Dall'interazione tra questi diversi aspetti può emergere una patologia a livello somatico che il soggetto sofferente porta al terapeuta perché quest'ultimo intervenga a livello curativo.

Apparentemente il sintomo somatico sembra non significare ed esprimere nulla. Il problema terapeutico sarà allora quello della ricerca dei mezzi per riuscire a dare la parola al sintomo e renderlo trasparente alla comprensione. Come fare? Come favorire nel paziente la produzione di un linguaggio che gli permetta di esprimere il proprio malessere psicosomatico?

La forma di linguaggio che appare come la più indicata per favorire questa possibilità di espressione viene individuata in quella immagi-

nativa che è caratteristica sia del sogno che della fantasia. Tale tipo di linguaggio si realizza attraverso l'articolazione di analogie e metafore di elevato valore simbolico: il linguaggio proprio della dimensione dell'immagine, che costituisce una realtà del nostro mondo interiore, corrisponde infatti a una modalità percettiva precisa e specifica propria del potenziale fantastico che ognuno possiede.

La terapia psicosomatica simbolica è infatti indirizzata soprattutto a quei soggetti che hanno perso o non hanno mai avuto occasione di contattare la propria dimensione immaginativa con tutte le potenzialità espressive che le sono proprie e che, quotidianamente, servono a ognuno di noi per analizzare e trasformare, metabolizzando mentalmente, l'esperienza della vita con i suoi momenti di frustrazione e sofferenza e o di soddisfazione e gioia condivisa.

Per quanto riguarda la dimensione respiratoria, il polmone simbolicamente, come se fosse un sorta di “pelle interna”, svolge la funzione di scambio tra l'esterno e l'interno dell'individuo. Il ►►

¹ Psicologa Psicoterapeuta, Studio Agorà, Pavia

► polmone dunque ritma, con inspirazione ed espirazione, l'interscambio dei contenuti fisici ed emotivo-relazionali di una dimensione esterna ambientale con quelli di una dimensione interna e individuale, permettendo così l'ampliamento e la trasformazione dello stato di coscienza della persona. Ogni patologia dell'apparato respiratorio descrive una situazione nella quale l'armonia e la magia dell'interscambio individuo-ambiente incontra ostacoli relazionali.

Come afferma K. Dychwald, "il torace ha soprattutto il compito di concentrare, amplificare e tradurre le emozioni". L'attività respiratoria non soltanto trasforma le emozioni che fluiscono dal ventre verso l'alto (espirazione), ma introietta contenuti (inspirazione) come se fossero materia sottile, contenuti emotivi e relazionali che necessitano una metabolizzazione mentale/psicologica. Pensiamo, ad esempio, all'espressione che prima o poi tutti utilizziamo: "qui si respira una brutta aria". Questo modo di dire è carico di contenuti relazionali ed emotivi che rappresentano quella "pelle interna" di cui sopra. La respirazione, infatti, è proprio un momento del rapporto con la realtà fuori di noi e di fusione con essa, di introiezione dal mondo e di restituzione al mondo di qualcosa di personale.

La respirazione inoltre non è solo polmonare, in senso stretto, ma da questo parte e qui arriva dopo un vero viag-

gio funzionale e "simbolico" in tutto il corpo. Sono infatti implicate le vie ematica, cellulare e cutanea. In particolare la pelle, appartenendo allo stesso foglietto embrionale del polmone, può essere considerata il suo "predecessore" filogenetico e anche funzionale, rappresentando, tanto quanto il polmone, la barriera tra l'individuo e il mondo, tra l'Io e il non Io.

L'ambito privilegiato per l'incontro con il senso della patologia psicosomatica, sia che abbia di più di una manifestazione corporea che una modalità di espressione legata al disagio psicologico, è costituito dalla relazione psicoterapeuta-paziente. A livello terapeutico, in medicina psicosomatica, oltre alla raccolta anamnestica, viene svolta un'accurata valutazione del linguaggio simbolico che ogni individuo utilizza per descrivere il proprio disturbo e, attraverso un graduale processo di riconoscimento di tale dimensione disfunzionale, il disagio viene trasformato, diventando immagine e parola. In questo caso il respiro diventa un "alleato terapeutico": con la tecnica della distensione immaginativa, le immagini simboliche emergono e vengono metabolizzate in una condizione di lieve modificazione dello stato di coscienza, attraverso l'orientamento guidato della mente sul respiro che diviene sempre più profondo, consapevole e tranquillo. In questo momento terapeutico viene infatti posta particolare attenzione all'attività respiratoria nelle



sue fasi di inspirazione ed espirazione che rappresentano simbolicamente, come accennato sopra, il momento di accoglienza dei contenuti emotivo relazionali provenienti dall'esterno, con le loro connotazioni positive o negative, nutrienti o meno, all'interno della propria dimensione individuale (inspirazione) e di restituzione di tali contenuti trasformati e metabolizzati (espirazione). E così, come accade all'aria (cattiva, irrespirabile o pesante che sia), durante l'attività respiratoria, di essere trasformata, così accade al vissuto personale: nonostante possa essere di disagio e sofferenza, con il suo riconoscimento consapevole e la sua creativa traduzione in parole e in immagini, attraverso la psicoterapia, diviene un'occasione di approfondimento per l'individuo, affinché si mostri al mondo in veste nuova e trasformata. ■

paola.brendolise@gmail.com

Polmonite

► Che cos'è la polmonite?

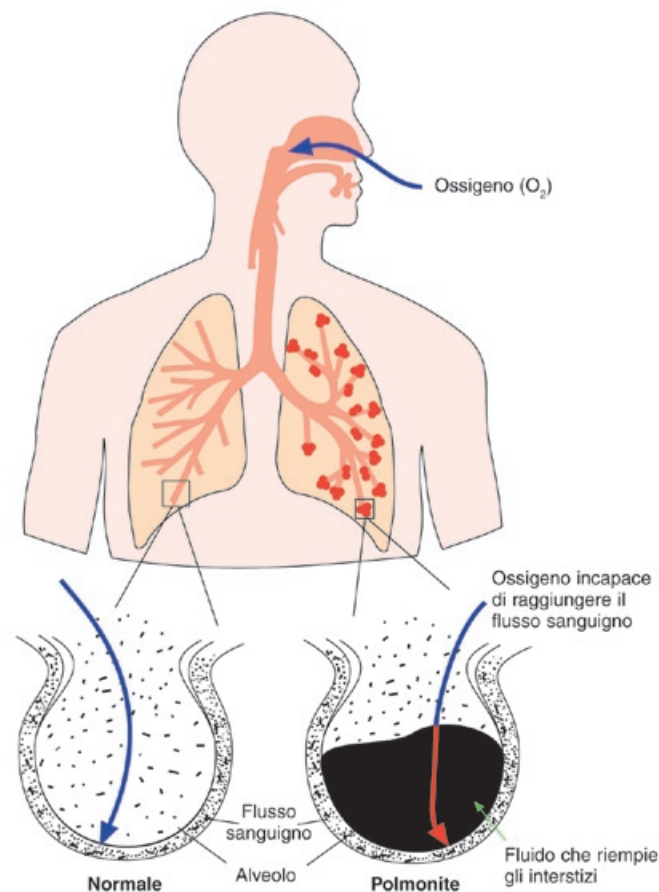
La polmonite è causata da un'infezione dei polmoni, che colpisce più frequentemente gli alveoli polmonari rispetto ai bronchi che sono vie d'ingresso e di espulsione dell'aria. Le parti infette si riempiono di un liquido contenente i globuli bianchi necessari a combattere l'infezione.

► Quali sono le cause della polmonite? Da dove viene?

La polmonite è causata da germi (microorganismi in grado di provocare malattie). I virus, i batteri e i funghi sono tipi di germi che possono causare la polmonite. Questi germi normalmente non sono presenti nel tessuto polmonare delle persone sane.

I germi possono giungere ai polmoni attraverso la circolazione sanguigna, ma molto più spesso arrivano all'interno di minuscole gocce d'acqua presenti nell'aria che respiriamo e diffuse in genere da altre persone, che tossendo e starnutendo le espellono dal proprio corpo.

Talvolta la provenienza dei germi è più inusuale. La malattia del legionario è un genere di polmonite causata da organismi che prosperano in acqua molto calda. I germi che provocano la psittacosi vengono invece trasmessi dagli uccelli, specie dai pappagalli. Le polmoniti da MRSA si contraggono negli ospedali



e possono colpire persone lì ricoverate per altri motivi.

► Chi può contrarre la polmonite?

Tutti possono contrarre la polmonite, anche chi è sano e in forma. I germi infettano però più facilmente chi mostra risorse immunitarie basse e di conseguenza difese naturali più deboli. È il caso delle persone molto giovani o molto anziane, ragione per

cui la polmonite si manifesta più spesso nella prima o nella fase più tardiva della vita.

Altri fattori che possono indebolire le difese sono il fumo, le infezioni virali delle vie respiratorie (es. un comune raffreddore) e altre infezioni virali (come l'HIV). Anche farmaci come quelli che si somministrano nelle terapie anticancro indeboliscono il sistema immunitario, e una grave malattia o un interven- ►►

► to chirurgico possono rendere una persona più vulnerabile. Ecco perchè può succedere che vi siano pazienti che contraggono la polmonite in ospedale pur essendo ricoverati per un altro motivo.

► Se avessi la polmonite, me ne accorgerei?

Se si contrae la polmonite, sicuramente ci si accorge di non stare bene, ma non è detto che si sappia di avere proprio la polmonite, poiché i sintomi possono essere confusi con altre malattie.

I sintomi più comuni comprendono:

- tosse, talvolta con espettorato giallo, verde o striato di sangue;
- dispnea (difficoltà a respirare);
- dolore al torace, che può peggiorare in fase d'inspirazione;
- febbre alta;
- brividi;
- inappetenza;
- debolezza.

► Come fa il medico a diagnosticare una polmonite?

Oltre a chiedere quali sintomi si sono manifestati, il medico può auscultare la parte infetta del polmone con uno stetoscopio e sentirne i rumori. La diagnosi tuttavia non è semplice, e spesso viene confermata solo da una radio-

grafia al torace che mostra il liquido in parte dei polmoni.

► Come si cura la polmonite?

Gli antibiotici costituiscono la terapia più comune per la polmonite. La maggior parte delle persone guarisce a casa, ma nei casi più gravi è necessario il ricovero, perché venga somministrato ossigeno e perché avvenga una reidratazione tramite flebo. Anche se generalmente si guarisce, nei casi molto gravi la polmonite può essere anche letale, nonostante la migliore terapia.

► Che fare se io o uno dei miei cari ci ammaliamo di polmonite?

- Se il medico ha prescritto dei farmaci, assicurarsi di prenderli al momento giusto e di portare a termine il ciclo di antibiotici.
- Se nonostante la terapia non ci sono miglioramenti, e soprattutto se la febbre non cala o si verificano difficoltà respiratorie, richiamare il medico.
- Talvolta può rivelarsi utile un umidificatore, che aumenta il tasso di umidità della stanza e dà sollievo ai polmoni irritati.
- Assicurarsi di bere molti liquidi, soprattutto in caso di febbre.
- Infine, è importante riposare.

► In quanto tempo si dovrebbe guarire?

La maggior parte dei sintomi, come il dolore al torace e la febbre, si attenuano entro qualche giorno. Perché scompaia la tosse occorrono in genere 2 o 3 settimane, mentre ci possono volere anche 6 mesi per far passare completamente la stanchezza e la debolezza.

Se i sintomi non si attenuano come previsto, o se sembra comparire una recidiva, il medico può prescrivere delle analisi per capire eventuali altri motivi che possono renderci particolarmente soggetti alla polmonite.

► Si può fare qualcosa per prevenire la polmonite?

I germi che normalmente provocano la polmonite sono molto comuni e difficili da evitare. Ma si possono evitare comportamenti in grado di danneggiare le difese dei polmoni (es. fumare).

I vaccini possono prevenire alcuni tipi di polmonite e molti Paesi li raccomandano ai soggetti più a rischio (gli anziani). I vaccini antinfluenzali e antipneumococcici sono quelli maggiormente raccomandati.

► Per maggiori informazioni e collegamenti, consultare il sito www.european-lung-foundation.org ■



ELF
European Lung
Foundation

L'ELF è la portavoce della **European Respiratory Society (ERS)**, un'associazione medica internazionale senza scopo di lucro che conta oltre 10.000 membri in 100 diversi paesi. L'ELF si dedica alla salute polmonare in Europa e riunisce i principali esperti europei del settore per fornire informazioni ai pazienti e sensibilizzare il pubblico in merito alle malattie polmonari.

La gestione del paziente allergico



Il lattice di gomma naturale è una sostanza di origine vegetale, che si ricava dall'albero della gomma *Hevea brasiliensis*, con cui vengono prodotti una grande quantità di manufatti utilizzati, sia in ambiente sanitario che nella vita quotidiana.

Si ritiene che circa il 3% della popolazione italiana sia sensibilizzata a questa proteina. Di questo 3% la maggior parte è rappresentata da operatori sanitari (9%), ma anche da persone che vi entrano in contatto di frequente: coloro che lavorano nell'industria della gomma, parucchieri, estetisti e soggetti che si sono sottoposti a ripetuti interventi chirurgici, oltre a bambini con spina bifida (70%).



Erroneamente si tende a pensare che il lattice sia contenuto solo nei guanti e che utilizzando quelli *latex free* la problematica sia arginata. In realtà sono molti gli oggetti, i dispositivi medici e farmaci con componenti in gomma naturale: lacci emostatici, tubi endotracheali, maschere facciali, cateteri urinari, pistoncini delle siringhe, palloni di ventilazione, drenaggi, dighe, apribocca, ma anche cuscini e materassi antidecubito, calze antitrombosi, conta gocce e guarnizioni, deflussori ecc.

Rileviamo, tuttavia, negli ultimi anni una crescente sensibilità delle industrie del settore a produrre dispositivi *latex free*, che però nella maggior parte dei casi non appongono sulla confezione la certificazione. Ciò costituisce una criticità di rilievo per gli operatori sanitari e i pazienti che si trovano, talvolta anche in situazioni di urgenza, a non sapere se poter o meno utilizzare un dato prodotto.

In questi casi diventa necessario contattare l'azienda, richiedere la composizione dei materiali e attendere molto spesso che le ditte terze, a cui si sono appoggiati per la produzione, forniscano tali informazioni.

La Regione Lombardia nel Decreto n° 22303 del 24.09.2001, ha dato evidenza della problematica della gestione del pa-

ziente allergico al lattice e ha emanato delle linee guida di riferimento per le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere del territorio, affinché costituissero percorsi *latex safe*, cioè ambienti dove l'esposizione a tale allergene sia trascurabile.

Anche la Regione Toscana, Sicilia e Puglia hanno legiferato in merito, tuttavia la normativa di indirizzo molto spesso non trova traduzione con prassi operative nelle realtà locali.

La situazione in Italia, relativa alla capacità di gestire la problematica descritta, è a macchia di leopardo: vantiamo Presidi Ospedalieri o professionisti privati virtuosi, che hanno fatto da tempo la scelta di gestire le persone, anche non allergiche, con materiali *latex free*. Troviamo realtà in cui le Aziende sanitarie hanno stilato protocolli interni, più o meno conosciuti dal personale sanitario e, infine, strutture che utilizzano ancora guanti in lattice con la polvere dal potere allergizzante elevato, anche per gli stessi dipendenti in servizio oppure che rifiutano di garantire i livelli essenziali di assistenza previsti dalla normativa nazionale, rifiutando ai pazienti allergici al lattice le cure.

Entriamo nel merito dei protocolli. Gli operatori sanitari devono attuare procedure ►►

► adatte a garantire la sicurezza dei pazienti con accertata o sospetta allergia alla gomma naturale, evitando l'esposizione all'allergene.

Il medico che richiede prestazioni, specialistiche e/o strumentali o ricoveri, deve segnalare l'allergia sulla prescrizione.

Nelle strutture andrebbe previsto un questionario da somministrare agli utenti per capire se il paziente è allergico al lattice o se presenta uno o più fattori di rischio.

Il personale sanitario che si occupa della prima accoglienza deve assicurarsi che l'informazione venga accuratamente riferita a tutto il personale in servizio e dei turni successivi (medici, infermieri, ausiliari e addetti alle pulizie della stanza).

Deve essere allestita una stanza apposita, chiaramente segnalata con la dicitura Latex Allergy, che deve essere arredata, pulita accuratamente e privata dei dispositivi in lattice e che andranno sostituiti con quelli *latex free*, le stesse procedure devono essere applicate anche nelle sale operatorie.

Le prestazioni a cui il paziente affetto da tale patologia si sottopone, dovrebbero essere programmate come primo



appuntamento della giornata, consentendo allo stesso di usufruire di una stanza non contaminata.

Non va dimenticato, infine, il momento del pasto: gli addetti alla cucina non devono utilizzare guanti in lattice e devono essere informati di eventuali cross-reazioni alimentari.

Negli studi odontoiatrici esistono le medesime criticità: è indispensabile preferire prodotti privi di lattice, certificati dall'azienda produttrice, pulire

accuratamente gli strumenti e la postazione paziente, evitare l'esposizione dello stesso a tale sostanza in zone promiscue non sanificate.

Malgrado esistano anche in questo ambito dei protocolli chiari, a livello nazionale, trovare uno studio dentistico *latex safe* risulta essere, ad oggi, lo scoglio più grande per una persona allergica al lattice. ■

Maria Ravanini
Socia AAL

AAL Associazione Allergici al Lattice

via Seriola 35, 25035 - Ospitaletto (BS)
allergiciallattice@gmail.com
www.allergiciallattice.org
Facebook: [it-it.facebook.com/AALattice1/s/](https://www.facebook.com/AALattice1/s/)



**CASA DI CURA
e
POLIAMBULATORIO
SPECIALISTICO**
Viale Maria Bakunin, 171
Parco San Paolo - 80126 Napoli
Centralino Tel 081-7283144
www.cliniccenter.it
info@cliniccenter.it
www.napoli1.pneumonet.it
napoli@pneumonet.it

Unità di degenza per riabilitazione dotata di 250 posti letto per ricoveri in regime ordinario e Day Hospital.

Programmi riabilitativi differenziati.

Ambulatorio specialistico con attività clinica e diagnostica.

Centro di specializzazione broncopneumologico e di allergologia respiratoria.

Centro Anti Fumo della Rete Campania AIPO

Centro per i Disturbi Respiratori durante il Sonno

ACSI ONLUS contribuisce al rinnovo delle Linee Guida internazionali per la Sarcoidosi



Le linee guida europee per la presa in carico dei pazienti colpiti da Sarcoidosi stanno per compiere 20 anni. Sono in buona parte obsolete, è evidente, e risalgono infatti al 1999. Una *Task Force* internazionale, diretta dal prof. Bob Baughman (Cincinnati, USA) e dal prof. Dominique Valeyre (Parigi, F) si sta occupando di rinnovarle, in seno all'ERS (*European Respiratory Society*) e dal 2015, partecipando al congresso ERS ad Amsterdam, ACSI – Amici Contro la Sarcoidosi Italia ONLUS è entrata a farne parte, come rappresentante delle Associazioni dei pazienti in tutta Europa. Il 4 settembre 2016 si è poi riunito il gruppo di ricerca delle malattie polmonari parenchimali diffuse dell'*European Respiratory Society* (in congresso mondiale a Londra) e ha avviato ufficial-

mente i lavori della *Task Force* sulla terapia della sarcoidosi. Scopo di questo organismo è quello di rivedere tutta la letteratura medica presente su questo argomento (tutte le ricerche compiute), discuterne i contenuti ed estendere dei criteri di cura di questa malattia più aggiornati sulla base di quanto conosciuto come vero sino a oggi. Sono presenti nella *Task Force* medici ricercatori europei e statunitensi (per l'Italia è presente la prof. ssa Paola Rottoli), e metodologi da tutta Europa. Le persone con sarcoidosi sono rappresentate da due delegati scelti dall'assemblea delle associazioni europee delle persone colpite da sarcoidosi: il Presidente di ACSI ONLUS, dr. Filippo Martone e il tedesco Bernd Quadder. La *Task Force* si è riunita ancora a Losanna nel febbraio 2017 e a Milano a settembre 2017. La riunione conclusiva si è tenuta a Parigi. In questo lasso di tempo sono stati presi in considerazione oltre duemila articoli scientifici. Quando questa *Task Force* terminerà, raggiungendo il suo scopo, ERS si è impegna-

ta con ACSI a far partire una nuova *Task Force*, questa volta sulla diagnosi della Sarcoidosi. Questo permetterà il raggiungimento di uno degli obiettivi di base di ACSI: lo stabilirsi di uno standard di diagnosi e cura condiviso a livello internazionale che sia aggiornato. Forse non tutti sanno che ad oggi nessun farmaco è indicato formalmente come adatto a curare la malattia. Questo fa capire quanto sia urgente rinnovare le Linee Guida. I lavori con e fra gli esperti hanno visto inoltre la creazione di un'indagine internazionale che ha coinvolto i pazienti di tutta Europa: "Terapia ed esiti della sarcoidosi: cosa conta di più per te?" allo scopo di reperire notizie su quali sono gli esiti più importanti per i pazienti e accertarsi che le raccomandazioni delle linee guida includano gli aspetti della terapia che più contano per i pazienti. Terminato alla fine di febbraio, il questionario poneva poche ma fondamentali domande sulla terapia, sullo stile di vita, sugli effetti indesiderati di farmaci e terapie, sulle analisi di laboratorio, su ►►

► esami radiografici, etc. Tradotta in 6 lingue (francese, inglese, italiano, olandese, spagnolo e tedesco) l'indagine si è svolta esclusivamente sul *web* e ha visto coinvolti i pazienti di tutta Europa. ACSI ha registrato una congrua partecipazione, contribuendo a raggiungere il campione complessivo di migliaia di pazienti. Con noi la risposta è stata quella delle omologhe Associazioni di Olanda, Germania, Inghilterra, Spagna, Francia, Austria, Belgio.

I risultati sono stati oggetto di studio per quanto riguarda la quantità e la qualità delle risposte e le implicazioni a queste collegate e saranno resi noti durante le fasi finali dei lavori. Da una prima disamina degli esiti, si è potuto tuttavia riscontrare come alcuni commenti lasciati dai pazienti al termine del questionario, abbiano fatto emergere una serie di suggerimenti rispetto alla terapia della malattia. Primo fra tutti quello di prendere in maggiore considerazione la sua natura multiorgano cui adeguare una o più terapie che tengano conto del coinvolgimento dei vari organi. A seguire è stata evidenziata la necessità di una più vasta formazione dei medici di medicina generale, di un incremento dei centri specializzati nella presa in carico dei pazienti, di un supporto psicologico per loro e per chi vive loro accanto. La ricerca è poi comprensibilmente l'altro *focus* su cui ci si deve soffermare, soprattutto per la terapia anche delle forme meno note (neurosarcoidosi) e per arrivare a conoscere una volta per tutte la causa della malattia.



Credits: Tashatuvango

Sono questi solo alcuni dei suggerimenti più comuni ai pazienti che hanno partecipato al questionario e non sorprende come siano condivisibili in tutte le realtà geografiche e socio-politiche. A dispetto infatti delle possibili differenze di sistema sanitario, di assistenza ai pazienti e di realtà storiche e politiche, appare chiaro come i nodi che vengono al pettine siano assolutamente gli stessi anche altrove dall'Italia. Questo in qualche modo ci consola, ma altrettan-

to costituisce una sfida non più solo nazionale e dunque la presa di coscienza che va operata una più energica azione di tutti in tutta l'Europa. ACSI continuerà a esserci per i malati italiani e in qualità di rappresentante delle associazioni oltre confine. ■

Amelia Carlucci
Segreteria Nazionale ACSI

ACSI - Amici contro la Sarcoidosi Italia ONLUS **Associazione nazionale per la Ricerca e l'Assistenza integrata alla Sarcoidosi**

via Giuseppe Ruggi, 7/D - 40137 Bologna
C.F. 91340640373 - dal 24 novembre 2011
Tel.: +39 393 3327762

Presidente: Filippo Martone - presidenza@sarcoidosi.org
Segreteria generale: segreteria@sarcoidosi.org
informazioni@sarcoidosi.org - www.sarcoidosi.org

Un mese dedicato alla lotta alla SLA



AISLA Onlus ha organizzato a settembre l'XI Giornata Nazionale SLA raccogliendo fondi per l'assistenza e un *Focus* di divulgazione scientifica sulla ricerca.

Centocinquanta piazze, 300 volontari, e 15.000 bottiglie di vino Barbera d'Asti DOCG per raccogliere fondi a favore dell'assistenza delle oltre 6.000 persone con SLA in Italia: questi i numeri della XI Giornata nazionale sulla SLA promossa da AISLA, Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica, lo scorso 16 settembre.

I fondi raccolti saranno utilizzati da AISLA, presente sul territorio italiano con 63 rappresentanze territoriali e 300 volontari in 19 regioni, per sostenere e ampliare l'Operazione Solievo, progetto che consiste nel sostenere gratuitamente i malati di



SLA con aiuti concreti come contributi economici per le famiglie in difficoltà che hanno bisogno di una badante e di strumenti per l'assistenza (letti speciali, comunicatori) e consulenze psicologiche legali e fiscali. Con l'Operazione Solievo, avviata nel 2013, AISLA ha potuto aiutare 300 famiglie destinando oltre 560.000 euro raccolti grazie alle donazioni della Giornata Nazionale.

Anche quest'anno la Giornata Nazionale sulla SLA ha fatto parte degli eventi del #Donoday promosso dall'Istituto Italiano della Donazione cui AISLA aderisce. L'evento, anche nel 2018, ha ricevuto l'Alto Patronato della Presi-

denza della Repubblica e il patrocinio dell'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani), che ha promosso l'illuminazione di verde o bianco di alcuni monumenti caratteristici delle città italiane nella notte tra il 15 e il 16 settembre, della Lega Nazionale Professionisti Serie A, che ha previsto per la giornata di campionato del 16 settembre la discesa in campo delle squadre con lo striscione dell'Associazione, e dell'Associazione Italiana Arbitri, AIA.

Il primo registro nazionale sulla SLA

Grazie ai proventi della campagna SMS svoltasi nel ►►

**SAVE
THE
DATE**



FOCUS SLA

27/28/29

settembre 2018
Palazzo della Meridiana - Genova

**ISCRIZIONI
APERTE**

per iscrizioni/informazioni: tel. 02/66982114 - simposiosla@gmail.com





► mese di settembre in concomitanza con la Giornata Nazionale sulla SLA, AISLA potrà sostenere anche il progetto, già avviato, per la realizzazione del primo registro nazionale SLA, finalizzato a raccogliere i dati anagrafici, genetici e clinici delle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica, per una migliore conoscenza della malattia, una più efficace presa in carico dei pazienti, e per accelerare lo sviluppo di nuovi trattamenti di cura.

Un nuovo progetto dedicato ai bambini

Quest'anno AISLA, grazie all'impegno di Fondazione Mediolanum Onlus, potrà raccogliere fondi da destina-

re al progetto "Baobab" che per la prima volta al mondo si occuperà, attraverso uno studio scientifico, di scoprire difficoltà, stati d'animo, paure ed emozioni di bambini e preadolescenti (8-13 anni) con un genitore colpito dalla SLA con l'obiettivo di individuare soluzioni che possano aiutare le famiglie a seguire la crescita dei figli nel modo migliore pur in una situazione di così grande difficoltà.

Lo studio scientifico sarà

portato avanti dal GIP-SLA, il Gruppo Italiano Psicologia SLA che si è costituito nel 2012 all'interno di AISLA, in collaborazione con i professori della Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova. ■

*Filippo Bezio
Ufficio Stampa
AISLA Onlus*

AISLA ONLUS - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica

Via Pergolesi 6 - 20124 Milano
Tel +39 02 66982114
segreteria@aisla.it - www.aisla.it

ALPI - Associazione allergie e pneumopatie infantili Onlus



ALPI è un'associazione senza fini di lucro (ONLUS) creata da genitori, pazienti e medici che si occupano di allergie e malattie respiratorie dei bambini.

In particolare, l'associazione

ne orienta la propria attività al fine di:

- ▶ sensibilizzare le persone, Enti pubblici e privati, Autorità, Associazioni mediche e sanitarie, sulle problematiche del bambino affetto da patologie allergiche e pneumologiche;
- ▶ promuovere servizi pubblici atti ad assicurare una completa assistenza agli ammalati e alle loro famiglie;
- ▶ curare la promozione di interventi pubblici e privati per lo sviluppo della ricerca scientifica e della prevenzione, cura e riabilitazione

delle suddette malattie;

- ▶ prestare assistenza economica agli ammalati e ai parenti con le suddette patologie e assicurare tutti quei servizi atti a rendere più agibile il reperimento dei mezzi tecnici occorrenti per la cura delle malattie allergiche e pneumologiche del bambino;
- ▶ perseguire la cooperazione con altre Associazioni e Istituzioni pubbliche e private allo scopo di maturare l'opinione dei genitori verso una concezione di salute intesa come bene comune, ►►



- ▶ oltre che individuale;
- ▶ migliorare la cultura e favorire l'aggiornamento degli operatori sanitari nei riguardi delle patologie allergiche e pneumologiche congenite e acquisite dell'infanzia;
- ▶ migliorare la qualità della vita, lo sviluppo dell'autonomia e della dignità dei bambini affetti da patologie allergiche e pneumologiche e dei loro genitori o comunque delle persone che vivono a stretto contatto con tali bambini, nonché delle persone a rischio di incorrere in detti problemi;
- ▶ fornire un'assistenza sociale, sociosanitaria e riabilitativa confacente alle loro necessità e predisporre altresì un'adeguata attività preventiva.

Per il perseguimento del proprio oggetto sociale, l'associazione può:

- ▶ promuovere ogni forma di azione diretta a sensibilizzare l'opinione pubblica sui problemi di disagio e sofferenza, nonché a richiamare l'attenzione degli organi legislativi ed amministrativi dello Stato e degli Enti Locali e le forze pubbliche, affinché vengano applicate e rispettate le leggi che tutelano le persone più deboli, con particolare riferimento al bambino affetto da patologie allergiche e pneumologiche, dal periodo prenatale all'adolescenza, fino al passaggio all'età adulta;
- ▶ collaborare con i predetti organismi per il conseguimento



- mento di un risultato migliore;
- ▶ fornire prestazioni di assistenza socio-sanitaria, socio-riabilitativa, domiciliare, in comunità o presso enti e simili in favore di disabili o persone con necessità psico-fisiche;
- ▶ gestire autonomamente o in regime di convenzione con enti pubblici, servizi di assistenza diretta alle persone con disagio sociale e/o personale, con handicap fisico, psichico e sensoriale, con sofferenza psichiatrica, nonché persone anziane, promuovendone anche la partecipazione alla vita della comunità circostante;
- ▶ predisporre una serie di interventi di prevenzione, di sostegno e di assistenza a

donne, a minori ed ai loro familiari in situazioni di difficoltà, ivi comprese le persone anziane, nonché a persone che vogliano affrontare e risolvere problematiche relative alla condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti o altro;

- ▶ gestire corsi di formazione professionale, attività integrative scolastiche e occupazionali sia nei confronti delle medesime persone in condizioni di obiettivo svantaggio. ■

*Mario Canciani
Presidente ALPI*

A.L.P.I. - Associazione Allergie e Pneumopatie Infantili ONLUS

Via Brigata Re, 29 (ex Osoppo) - 33100 Udine

Tel. 334 1858889

info@associazionealpi.com - www.associazionealpi.com

La prima Guida Europea sulla Fibrosi Polmonare Idiopatica



In occasione della settimana mondiale sulla fibrosi polmonare idiopatica che si è tenuta dal 15 al 23 settembre 2018 l'Associazione di Malati Rari Ama Fuori dal Buio Onlus ha partecipato attivamente a un'importante iniziativa finalizzata a migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da fibrosi polmonare idiopatica: il lancio della prima guida europea sulla fibrosi polmonare idiopatica (IPF). Infatti, la Federazione Europea per la Fibrosi Polmonare Idiopatica di cui AMA, Associazione Malati Autoimmuni Orfani e Rari, è membro fondatore, ha pubblicato la prima Guida Europea sulla fibrosi polmonare idiopatica (IPF), una malattia polmonare rara, progressiva e irreversibile che colpisce oltre 100.000 persone in Europa. La *Guida*, elaborata dalla Federazione sulla base



delle diverse esperienze delle associazioni che vi aderiscono in collaborazione con i principali specialisti del settore, ha come scopo sia

il miglioramento delle cure sia il consolidamento della relazione medico-paziente. Pur non essendo destinata a sostituire i consigli medici ►►

► degli esperti, questa *Guida* fornisce informazioni educative su segni e sintomi della malattia, test diagnostici, opzioni di trattamento farmacologico e non farmacologico, suggerimenti per la gestione della malattia e su come trovare sostegno.

La *Guida* comprende anche testimonianze e storie di pazienti reali, *care giver* e professionisti della salute, che possono rivelarsi di conforto o utili per imparare ad accettare e vivere meglio con la fibrosi polmonare idiopatica. Questo nuovo strumento è organizzato in sezioni che affrontano temi quali i sintomi della malattia, gli esami diagnostici, il monitoraggio della malattia e le possibili terapie (farmacologiche e non) a disposizione dei pazienti. La *Guida* ha una duplice valenza: se in primo luogo vuole essere uno strumento di divulgazione di informazioni puntuali e aggiornate, non trascura di fornire anche, a chiunque si occupi di IPF, la possibilità di stringere un contatto con quanti ne soffrono. Avere la possibilità di incontrarli, stabilire relazioni empatiche e di condivisione esperienziale permette una migliore riuscita del percorso di presa in carico dal momento che si opera sulle dimensioni emotive della malattia riconosciute come parimenti importanti a quelle meramente organiche, aumentando il senso di fiducia e diminuendo il *drop out* dai servizi e la non *compliance* rispetto al trattamento terapeutico.



Per questo motivo invitiamo chiunque abbia a cuore le persone colpite da Fibrosi Polmonare Idiopatica a diffondere questa importante fonte di informazioni e buone pratiche. La *Guida* è disponibile sia come PDF scaricabile gratuitamente in diverse lingue, sul sito EU-

IPFF (guide.eu-ipff.org) e può essere richiesta in formato cartaceo scrivendo a *segreteria@fuoridalbuio.it*. ■

Rosalba Mele
Presidente AMA
FUORI DAL BUIO Onlus

Associazione di Malati Rari AMA FUORI DAL BUIO Onlus

c/o Centro Malattie Rare del Polmone, AOU Policlinico di Modena
via del Pozzo, 71 - 41124 Modena
segreteria@fuoridalbuio.it - www.fuoridalbuio.it

Tabacco, riflessioni e utopie



È certo che la nicotina deve essere considerata la droga a più diffuso impiego nel mondo, interessando oltre un miliardo di persone. I danni alla salute e gli enormi costi umani, sociali e sanitari correlati al fumo sono altrettanto noti e gravano pesantemente nei bilanci economici di ogni paese evoluto.

Malgrado ciò, le compagnie internazionali del tabacco godono di ottima salute e continuano a conquistare, con politiche di mercato sempre più aggressive, nuovi adepti in tutto il mondo, con occhi particolarmente attenti ai Paesi in via di sviluppo.

Considerazioni di ordine antropologico, sociologico e psico-comportamentale sulle cause del fenomeno porterebbero altrove il filo del nostro discorso.



Credits: Dzielniak

La domanda che dovremmo porci è: perché, non si parla mai, ai vari livelli, di proibire la coltivazione del tabacco, come avviene per l'oppio e la coca?

O anche: perché i Governi dei vari paesi sono così miopi e deboli nel far di conto, da non porsi minimamente il problema, o così pavidati da non voler combattere, tutti insieme, una vera e propria crociata contro le lobbies del tabacco?

Proprio in questi giorni in Umbria, storica produttrice

di tabacco, si è ribadita un'affettuosa intesa tra Politici, Coldiretti e Philips Morris. La stessa Comunità Europea ha elargito in passato, incentivi per la coltivazione del tabacco! Ma siamo davvero sicuri che non la si possa convertire (richiede peraltro ampio dispendio di un bene sempre più prezioso, come l'acqua) in altre culture remunerative e interessanti sul piano della forza-lavoro?

Intanto, mentre esprimo queste considerazioni, dai più considerate vere e pro- ➤

► **prie utopie**, nel nostro paese continua a fumare il 22,7% della popolazione, con una inversione peggiorativa della tendenza percentuale dal 2016 al 2018.

Non è pensabile che i molti Centri antifumo sorti negli anni recenti (e non se ne abbiano gli addetti ai lavori, dato che io stesso ho promosso e realizzato l'apertura del primo Centro in Umbria), possano produrre significativi risultati sulla prevalenza e incidenza del fenomeno.

L'unica strada attualmente percorribile è quella di disincentivare, con ogni mezzo, l'avvio della dipendenza tabagica.

Potrebbe (altra utopia?) il Ministro della Salute disporre la elaborazione, da parte di un qualificato gruppo di esperti (Pneumologi, Psicologi, etc.), di un programma quinquennale di uno-due ore/anno da

svolgere tramite personale medico-paramedico locale, opportunamente formato e munito di adeguato materiale didattico, obbligatorio in tutte le scuole, dalla prima media al secondo anno delle scuole superiori? Potremmo incentivare, nelle stesse scuole, dei percorsi virtuosi, premiando in qualche modo gli studenti non fumatori, a svantaggio degli altri (escludendoli, per fare un esempio, dalle attività sportive agonistiche)?

Moltissime iniziative sono già state svolte nelle scuole (vedasi anche quanto pub-

blicato dalla WALCE nel numero 1/2018 di *Respiro*) e, per la maggior parte di esse, vengono riportati risultati positivi e incoraggianti.

È tuttavia, mio modesto parere, che solo l'attuazione di un piano organico, strutturato sulla capillarità nel territorio, l'obbligatorietà della partecipazione e la reiterazione prolungata, possa produrre risultati rilevanti nell'arginare il fenomeno catastrofico del tabagismo. ■

Ferruccio Curradi
socio AMAR, ex-fumatore

AMAR onlus - Associazione di volontariato per le malattie respiratorie

c/o Servizio riabilitazione Respiratoria e prevenzione
Tisiopneumologica USL Umbria1
via della Pallotta, 42 - 06126 Perugia
amar.pg@tiscali.it
www.amaronlus.it



Concluso il soggiorno educativo riabilitativo assistito estivo 2018 a Malè (TN)



Malè (dal latino *Maletum* zona coltivata a mele) sorge ai margini nord-orientali di un terrazzo morenico sopraelevato di una quarantina di metri sul fondovalle del torrente Noce, quindi una zona relativamente calda e pianeggiante ideale per malati in ossigeno-ventiloterapia che possono fare delle brevi passeggiate senza dover affrontare grandi pendenze.

Il gruppo AMOR di circa 50 persone ha trovato alloggio in un albergo in una zona centrale dotato di spazi adeguati; un ambiente idoneo per le sessioni di riabilitazione giornaliere sia in giardino che al coperto per le giornate di tempo sfavorevole.

AMOR è una Associazione ONLUS che opera sul territorio

milanese anche se il suo raggio d'azione è più vasto in quanto annovera tra i suoi soci anche persone ossigenodipendenti di altre provincie dove non operano associazioni similari.

Dal 1984, anno della sua costituzione, fino al 1992, AMOR, Associazione Malati di Ossigenoterapia a lungo termine e Riabilitazione riuscì a tutelare molte persone affette da grave insufficienza respiratoria, inducendo diversi enti ospedalieri di alcune regioni italiane a concedere l'utilizzo domiciliare dell'ossigeno gratuito di un farmaco: l'ossigeno liquido, non ancora incluso nel prontuario farmaceutico nazionale. Dal 1992 in poi, dopo che l'ossigeno liquido venne inserito nell'elenco dei farmaci distribuiti gratuitamente dal servizio sanitario nazionale, AMOR si dedicò con sempre maggiore vigore alla difesa della qualità della vita delle persone



in ossigenoterapia e ad aiutarli a riprendere una vita di relazione. AMOR organizza annualmente, (inverno-estate) una serie di soggiorni educazionali riabilitativi assistiti in idonee località climatiche, allo scopo di favorire per quanto possibile la mobilità dei pazienti. Inoltre pubblica periodicamente la rivista *AMOR notizie* in cui vengono trattate le principali problematiche legate all'ossigenoterapia.

All'associazione AMOR possono iscriversi tutte le persone in ossigeno o in ventiloterapia a lungo termine, ma anche coloro che vogliano contribuire con qualsiasi mezzo al raggiungimento degli scopi statutari. ■

Alfonsina Pollastri
Segreteria AMOR

AMOR Onlus Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione

c/o Padiglione 10 - Ala C
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel.: +39 02 66104061 - Fax: +39 02 42101652
amor.associazione@libero.it - www.associamor.com
Facebook: AmorOnlus



Come nasce un'associazione di pazienti?



La stagione attuale vede crescere praticamente ogni giorno nuove associazioni di pazienti e federazioni di associazioni di pazienti.

Ma come nasce un'associazione di pazienti? Mi pare un momento "magico" molto importante, sia per le persone affette da questa malattia o condizione sia, in generale, per tutto il mondo sanitario e direi anche per la nostra società.

Si tratta di una genesi - quasi in senso biblico - di un qualcosa che non c'era prima. Vi debbono essere tuttavia alcune condizioni necessarie, condizioni che formano una specie di "brodo primordiale" che favorisce la genesi della nuova entità.

In primo luogo è necessaria una aggregazione, una massa critica di persone che vivano la medesima problematica, possibilmente vicine da un punto di vista logistico o meglio ancora legate da amicizia, o parentela.

Inoltre è molto utile la sensazione che sia un momento importante nello sviluppo della storia della malattia, un "giro di boa", un momento irripetibile.

Infine ci vuole una miccia, un detonatore che faccia scoppiare la bomba, per così dire, che dia il via a una catena di eventi irripetibili e inarrestabili, da cui non si può tornare indietro.

Questo più meno è ciò che è successo nel 2001 a Brescia per quanto riguarda il deficit di alfa-1 antitripsina (DAAT).

Vi era infatti una aggregazione di pazienti e familiari e amici, sostenitori nell'area Bresciana. Il nucleo storico di pazienti con il DAAT in-

fatti è proprio stato identificato a Brescia, negli Spedali Civili per opera della scuola del compianto Prof. Vittorio Grassi e dei suoi Allievi. Per la gran parte erano e sono originari della Val Trompia che dalla periferia di Brescia si dipana verso il Monte Manina. Tra questi la "storica" Presidente dalla Associazione nazionale Alfa-1 AT, Sig.ra Nuccia Gatta che all'epoca lavorava proprio agli Spedali Civili e che fa parte di una famiglia in cui il DAAT è molto presente.

Che momento era il 2001 per il DAAT? Un momento molto importante. Da poco era stata approvata la Legge sulle Malattie Rare che dava impulso e risalto alle situa- ➤



Foto di gruppo durante una recente assemblea della Associazione



Foto di gruppo durante una recente assemblea della Associazione

► zioni cliniche come il DAAT. Da pochi anni era attivo il Gruppo di Studio sul DAAT, il Gruppo IDA, Identificazione del deficit di Alfa-1 Antitripsina. Si tratta di un Gruppo intersocietario in quanto formato da persone delle due principali Società Scientifiche Pneumologiche, AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) e SIMEr (Società Italiana di Medicina Respiratoria), ancora oggi unico esempio in tal senso che negli anni ha lavorato per migliorare le conoscenze del DAAT e soprattutto per favorire l'identificazione dei pazienti DAAT. Inoltre era ormai alle porte l'autorizzazione anche in Italia della "terapia sostitutiva", la terapia infusiva di alfa-1 antitripsina estratta da *pool* di sangue di donatori che ripristina il livello normale di alfa-1 nel sangue e nei tessuti compreso quello polmonare, favorendo il corretto bilan-

cio tra fattori lesivi e fattori protettivi polmonari.

Infine ci fu la miccia rappresentata dal sottoscritto. Avevo il DAAT in testa da quando ero stato all'NIH (*National Institutes of Health*) di Bethesda, l'Istituto in cui fu provata l'efficacia biologica della terapia sostitutiva per il DAAT.

In una riunione tenutasi agli Spedali Civili a cui parteciparono molti pazienti con DAAT spiegai la terapia sostitutiva e illustrai la situazione degli USA in cui la potente (ancora oggi!) Alpha-1 Foundation, la Associazione

dei pazienti americani, finanziava la ricerca e teneva corsi in tutti gli Stati Uniti d'America a favore dei pazienti.

Così nacque l'Associazione Nazionale Alfa-1 AT, una realtà che dopo quasi 17 anni è viva e vitale e lotta assieme ai pazienti per migliorare le condizioni dei pazienti con DAAT. ■

*Bruno Balbi
Presidente Comitato Scientifico
Associazione Alfa1-AT*

Associazione Nazionale Alfa1-AT – ONLUS

Sede legale: via Galilei, 24 – 25068 Sarezzo (BS)
Sede operativa: via Puccini, 25/A – 25068 Sarezzo (BS)
Tel.: +39 335 7867955, +39 335 7599026,
Fax: +39 030 8907455
info@alfa1at.org - www.alfa1at.it
Skype: [alfa1.italia.generico](#)

Conclusa la seconda edizione di Respiriamo Aria Nuova



Il 20 luglio scorso si è conclusa la seconda edizione del Summer Camp "RESPIRIAMO Aria Nuova", Campus Salute per bambini asmatici e/o allergici organizzato dalle associazioni Respiriamo Insieme Onlus e ARI-AAA3 Onlus.

Purtroppo sempre un più ampio numero di bambini soffre di patologie respiratorie croniche e, come possiamo quotidianamente osservare noi come associazioni di pazienti, le famiglie di questi bambini per garantire loro le cure necessarie, sovente si privano di tutto quello che non è indispensabile, rinunciando a molto per dare priorità alla loro salute. Tutti, genitori e figli, dovrebbero invece vedersi riconosciuto, almeno una volta l'anno, il diritto al riposo insieme ai propri familiari in un ambiente sicuro dove ogni piccolo problema sanitario può essere risolto in serenità con il supporto di personale qualificato. Questo anche per



migliorare i rapporti e i legami familiari a volte involontariamente trascurati per gli impegni di lavoro e scolastici nei lunghi mesi invernali e acquisire nuove competenze sulla gestione della malattia attraverso un adeguato *self managing*.

Garantire inoltre un periodo lontano da allergeni e centri urbani inquinati può migliorare la salute di questi

bambini sensibilmente, per cui è stato creato il Summer Camp per bambini asmatici e/o allergici in collaborazione con il centro di cura respiratorio *Lječilište Veli Lošinj* (centro medico riconosciuto dal Ministero croato della sanità) sito sull'isola di Lošinj in Croazia, quest'anno realizzato dal 1 al 20 luglio.

Hanno partecipato a questa edizione numerosi ragazzi ►►

► affetti da asma, asma grave ed allergie alimentari ed alcune famiglie con figli con patologie respiratorie. Grazie alla nostra Associazione e all'Associazione ARI-AAA3 è stato possibile garantire a questi giovani pazienti significative riduzioni sul costo della loro partecipazione al Campus in base a specifici requisiti socio-economici (Isee).

Durante queste settimane, i bambini di età compresa tra i 6 e i 17 anni, alcuni accompagnati dai genitori ed altri affidati al personale volontario dell'Associazione Respiriamo Insieme, sono stati in grado di trascorrere un periodo di tempo lontano dall'inquinamento, accolti in una struttura sanitaria con standard di alta qualità, condividere il tempo libero con la propria famiglia e intensificare le relazioni di conoscenza e di mutuo supporto con altri coetanei e famiglie che condividono l'esperienza di una malattia respiratoria.

Hanno potuto effettuare inoltre controlli e monitoraggio della propria salute, grazie alla presenza di personale medico altamente specializzato.

Tutti i bambini sono stati periodicamente visitati da pediatra, pneumologo ed allergologo. Hanno effettuato spirometrie, misurazione delle resistenze respiratorie ed una valutazione della flogosi respiratoria (FeNO, NO nasale). Specifici laboratori di educazione sanitaria hanno aiutato i ragazzi infine a porre estrema attenzione ai sintomi legati alla propria patologia

e motivarli all'aderenza terapeutica per salvaguardare la propria salute e vita.

Attraverso un percorso di fisioterapia respiratoria e aerobica, unitamente alla pratica quotidiana di sport acquatici, i bambini e gli adolescenti hanno lavorato sui muscoli respiratori, tenendo conto dell'importanza di fare attività fisica per migliorare la respirazione e prevenire esacerbazioni.

Il progetto è stato arricchito

dall'offerta di percorsi esperienziali attraverso laboratori culturali, didattici ed educativi come il teatro, la pittura creativa oltre ad attività di svago come l'escursione in barca con un biologo marino che ha mostrato loro ambiente ed abitudini dei delfini, tipici di quelle acque. ■

*Simona Barbaglia
Presidente Respiriamo
Insieme*



Associazione Respiriamo Insieme Onlus

via Niccolò Tommaseo, 94 - 35131 Padova

Tel.: +39 331 2759920

info@respiriamoinsieme.org

www.respiriamoinsieme.org

BattiAMO l'ASMA

Torneo di calcio e pallavolo per sensibilizzare a stili vita sani
“Solo le grandi emozioni ci possono togliere il respiro”



L'esercizio fisico nella popolazione asmatica giovanile, ha dimostrato di poter migliorare non soltanto i sintomi della condizione patologica ma anche la qualità di vita, la capacità d'esercizio, l'iperreattività bronchiale, la broncocostrizione indotta dall'esercizio fisico e il FEV₁, ovvero il volume espiratorio massimo nel primo secondo (importante indice del grado di broncocostrizione in patologie a carattere ostruttivo quali l'asma).

Sebbene l'esercizio fisico rappresenti uno stimolo asmoogeno, tanto è vero che il test da sforzo viene utilizzato quale complemento diagnostico della malattia di contro l'attività sportiva è oggi considerata *condicio sine qua non* per un ottimale sviluppo fisico/psichico del ragazzo e,



Credito: Lopolo

nel caso di soggetto asmatico, può addirittura rappresentare un prezioso strumento terapeutico, se correttamente utilizzato.

Né si può misconoscere che, tramite un corretto e curato allenamento, non pochi asmatici hanno raggiunto prestigiosi traguardi in svariati sport.

Nonostante ciò, il regolare svolgimento di una attività fisica da parte del soggetto

asmatico non trova di rado ancora oggi diverse limitazioni.

Il progetto “BattiAMO l'asma” nasce quindi dalla necessità di promuovere la sensibilizzazione e la formazione di una maggiore coscienza sanitaria sulle patologie allergico-respiratorie attraverso il coinvolgimento di circa 60 bambini di età tra gli 8 ed i 14 anni con specifica attenzione a quelli affetti da asma, pato- ►►

► logie respiratorie ed allergia in un torneo di calcio e di pallavolo.

Il progetto mira a promuovere nei ragazzi e nei loro accompagnatori stili di vita più sani e più appropriati prevenendo i fattori di rischio, a migliorare le conoscenze sulla patologia asmatica ed affrontare e superare così le barriere che limitano una adeguata cura di sé e della propria salute da parte dei ragazzi.

Altro obiettivo importante del progetto è quello di promuovere una piena e consapevole inclusione nello sport dei ragazzi con patologia già diagnosticata.

Questo progetto, infine, vuole raccogliere un dato epidemiologico attuale sui sintomi compatibili con asma e allergia presenti nei ragazzi

coinvolti.

Il personale volontario dell'associazione, in collaborazione con medici volontari che da molti anni ormai collaborano con l'associazione, garantirà l'attività informativa, l'educazione terapeutica dei ragazzi e dei loro accompagnatori e uno *screening* respiratorio volto a una precoce diagnosi e una migliore conoscenza della patologia asmatica ed allergica fra i presenti.

Sarà coinvolta inoltre una fisioterapista con l'obiettivo di migliorare la capacità ventilatoria dei partecipanti e ancor

di più dei soggetti con problematica respiratoria in relazione alla prestazione sportiva che dovranno sostenere.

Sarà inoltre garantita per ciascun partecipante, l'esecuzione della kinesio respiratoria anche dopo le prestazioni sportive (allenamenti e/o partita) per migliorare l'assetto strutturale, per abbreviare i tempi di adattamento pneumologico post sforzo e riequilibrare la funzionalità vascolare. ■

Daniela Gaeta
Presidente ARI-AAA3

ARI-AAA3 Onlus

Via Ragusa Moletti, 3 - 90129 Palermo
Tel. +39 3201731433
info@ariaaa3.it - associazione.ariaaa3onlus@gmail.com
www.ariaaa3.it



L'estate di FIMARP



È stata sicuramente un'estate caldissima per FIMARP, colma di impegni e di avvenimenti.

Sicuramente l'occasione che ci ha dato più gioia e soddisfazione è stata la tre giorni a Vienna nel mese di luglio, in cui l'assemblea dei soci della Federazione Europea per l'IPF e le sindromi correlate (EU-IPFF) si è trovata a votare l'entrata di FIMARP nel loro affiatatissimo gruppo. Dopo la nostra presentazione tutti hanno dimostrato un grande interesse per questa nuova realtà destinata a diventare il punto di riferimento in Italia per i pazienti affetti da fibrosi polmonare e da altre malattie rare polmonari. L'esito della votazione è stato un voto

favorevole all'unanimità dei presenti: ora siamo membri effettivi di EU-IPFF e la cosa ci rende molto fieri ma ci carica anche della responsabilità di dover continuare a impegnarci sempre più intensamente.

Ricordiamo anche che quest'anno FIMARP è cresciuta grazie all'entrata di quattro nuove associazioni tra cui ci fa piacere ricordare l'associazione Alfa 1-AT, organizzazione già molto affermata in Italia che si occupa della patologia Alfa-1 Antitripsina, permettendoci quindi di allargare la nostra diffusione nazionale nonché lo spettro di patologie rare polmonari su cui indirizzare il nostro impegno.

Un'altra nostra attività a cui siamo già molto affezionati è #FitnessForBreath che ha avuto il suo apice proprio verso la fine di agosto. Il nostro amico/paziente IPF Achille Abbondanza, dopo una serie di gran fondo di allenamento in diverse città italiane, si appresta ad affrontare la seconda edizione di "Pedalando l'Italia senza perdere un Respiro", que-



sta volta partendo da Roma e arrivando a Forlì. Quella di Achille è un'esperienza importantissima che vogliamo condividere sempre più nell'ambiente dell'IPF per dare fiducia ai migliaia di pazienti spaventati da questa infausta diagnosi.

Il culmine di questo nostro 2018 è stata la "Prima Giornata del Paziente IPF" che si è tenuta a Pistoia il 22-23 Settembre e destinata a cambiare gli equilibri tra pazienti, medici e istituzioni in Italia. Ma questa è un'altra storia di cui vi daremo largamente conto nel prossimo numero. ■

*Fabrizio Andreotti
Presidente FIMARP*



Federazione Italiana IPF e Malattie Rare Polmonari - FIMARP Onlus

Via della Sforzesca, 1 - 00185 Roma
Tel. +39 335 6365602 - 393 4414156
fimarp.onlus@gmail.com - presidente@fimarp.it
www.fimarp.it

We need lungs

Una grande sfida, un documentario e un progetto di raccolta fondi. Un'iniziativa di *crowdfunding* per dare fiato a chi il fiato non ce l'ha



LIFC

Lega Italiana
Fibrosi Cistica

O N L U S

We Need Lungs, il progetto attivo sulla piattaforma Rete del Dono e titolo della straordinaria impresa di Sebastiano Arlotta Tarino,

aiuterà la Lega Italiana Fibrosi Cistica onlus a donare una nuova vita a chi è in lista di attesa per il trapianto di polmone, grazie alla fornitura di un sistema portatile di perfusione d'organo a temperatura fisiologica: *Organ Care System* - OCS. "Un macchinario che una volta prelevato l'organo dal donatore, consente di mantenerlo per un lungo periodo in una condizione normotermica, più fisiologica pos-

sibile. Consente inoltre di raggiungere il Centro dove verrà impiantato, anche se a lunga distanza, limitando i danni legati all'ischemia fredda prolungata" - spiega il Prof. Lorenzo Rosso, Unità Operativa di Chirurgia Toracica e Trapianto di Polmone, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore, Policlinico di Milano.

Sebastiano, classe 1988, sportivo dalla nascita. Durante gli anni ha partecipato a svariate imprese sportive tra cui diversi *Iron-Man* e ultramaratone. Sebastiano è partito il 12 luglio per affrontare una grande sfida personale che è durata 10 giorni: 900 Km di corsa con circa 60.000 metri di dislivello positivo attraversando i Pirenei dalla costa atlantica a quella mediterranea, seguendo principalmente il sentiero GR10.

"L'obiettivo è di farcela in 10 giorni - aveva commentato Sebastiano durante uno dei suoi faticosi allenamenti - ma il sogno è di portare consapevolezza verso una malattia seria: la fibrosi cisti- ➤





► ca, la malattia genetica grave più diffusa che con l'età può condurre al bisogno di un trapianto di polmone”.

We need Lungs sarà inoltre il documentario che racconterà la storia di Sebastiano, diretto e prodotto da Ludovico de Maistre e dal Taurinorum Team per la Travel Media House. Ogni persona che farà una donazione riceverà gratuitamente il documentario in anteprima assoluta una volta terminato. L'esperienza permetterà alla *troupe* di realizzare anche dei corsi di *filmmaking* per la Travel Film School con lo scopo di aiutare chi vuole studiare l'arte del documentario d'avventura.

Chiunque, sostenendo *We Need Lungs* fino alla fine dell'anno, potrà correre insie-

me a Sebastiano per donare un respiro in più alle persone con fibrosi cistica e contribuire ad aumentare il numero di organi trapiantabili. “Un progetto del quale beneficeranno non solo le persone con fibrosi cistica ma tutti i pazienti con insufficienza respiratoria grave” - conclude Gianna Puppo Fornaro, Presidente della Lega Italiana Fibrosi Cistica onlus.

È possibile aiutare la Lega Italiana Fibrosi Cistica in diversi modi: non solo con donazioni ma anche organizzando eventi e proiezioni

di raccolta fondi, presentando l'iniziativa ai giornalisti o anche solo condividendo *#weneedlungs*.

Info su:

www.fibrosicistica.it

www.weneedlungs.it

<https://goo.gl/4Th5Mz>. ■

Serena Massucci

Lega Italiana Fibrosi Cistica

Lega Italiana Fibrosi Cistica Onlus - LIFC

Viale Regina Margherita, 306 - 00198 Roma

Tel. +39 06.44254836

segreteria@fibrosicistica.it

www.fibrosicistica.it

RADIO BULLETS
NOTIZIE CHE FRANTUMANO IL SILENZIO
www.radiobullets.com

UILDM al lavoro per i pazienti con difficoltà respiratorie



La difficoltà respiratoria è una delle problematiche che accomuna gli 80 tipi di distrofia muscolare conosciuti, che colpiscono circa 200.000 persone in Italia. La maggiore conoscenza delle basi genetiche e dei meccanismi ottenuta grazie alla ricerca scientifica, anche italiana, ha solo di recente offerto nuovi farmaci nella pratica clinica. Al contrario, la letteratura scientifica riconosce nella riabilitazione (neuromotoria, respiratoria, etc) la sola misura per contrastare efficacemente le malattie muscolari. Ad oggi però non vi è uniformità di trattamento sul territorio nazionale anche perché mancano delle linee guida specifiche per le distrofie muscolari.

UILDM, con la sua Commissione Medico Scientifica, è al lavoro per colmare questo gap. L'obiettivo che si vuole raggiungere per il 2019 è la definizione di raccomandazioni elaborate da professionisti della riabilitazione respiratoria attraverso un progetto dedicato. Il va-

demecum finale unirà per la prima volta le competenze di ricercatori, medici, scienziati e componenti di UILDM, e sarà rivolto sia a chi ogni giorno nella pratica clinica assiste pazienti con distrofia muscolare, sia ai pazienti e ai loro *caregiver*. Ciò servirà a dare utili informazioni anche a chi non ha confronto con centri clinici specialistici, garantendo livelli minimi non solo sotto la tutela dei nuovi livelli minimi di assistenza (LEA) ma soprattutto sotto quella dell'efficacia.

Nell'elaborazione del *va-demecum* non si sta trascurando l'aspetto rivolto ai casi di urgenza. Per i centri di primo soccorso infatti verranno indicate le linee da seguire per andare incontro al meglio alle esigenze respiratorie dei pazienti con distrofia muscolare.

Questo progetto si spingerà oltre i confini nazionali. I dati emersi verranno infatti pubblicati su una rivista



scientifica internazionale, per garantirne la diffusione a tutta la comunità internazionale e dare così utili indicazioni anche a persone con distrofia che non vivono in Italia.

Si tratta di un progetto in cui UILDM crede fortemente e che prevede un lavoro specifico dedicato anche alla riabilitazione neuromotoria. Strumenti di questo tipo servono a dare opportunità di miglioramento della qualità della vita sempre più definite, elaborate mettendo al centro la persona. ■

Chiara Santato
Ufficio Stampa UILDM

UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare Onlus

via Vergerio, 19 – 35126 Padova
Tel.: +39 049 8021001 / 757361 – Fax: +39 049 757033
Segreteria Nazionale: direzionenazionale@uildm.it
Ufficio Stampa e Comunicazione: uildmcomunicazione@uildm.it
Ufficio Fundraising: fundraising@uildm.it
Segreteria Commissione Medico-Scientifica: commissionemedica@uildm.it
www.uildm.org

Le qualità del *caregiver*



L'IPF è una malattia ancora poco conosciuta; in pochi anni sono stati fatti molti progressi nel cercare di capire quali possano essere le cause e le eventuali terapie curative che tuttavia al momento non sono state ancora individuate.

Pertanto appare ancora più complesso il compito di suggerire un manuale d'istruzione che spieghi come convivere con una malattia degenerativa e terminale. Ogni paziente ha un decorso della malattia molto personale determinato da una serie di fattori specifici.

Esistono comunque dei tratti comuni che suggeriscono la necessità di strategie di supporto utili da parte del *caregiver*.

La fibrosi polmonare idiopatica è una malattia che va a colpire la più fondamentale funzione umana: la respirazione. L'incognita dell'evoluzione della patologia può provocare dei comportamenti spesso non usuali nei pazienti; paura, rabbia, tristezza e frustrazione possono essere

sentimenti contraddittori ma molto frequenti. Chi si occupa giornalmente del paziente deve saper riconoscere questi stati d'animo e affrontarli con molta pazienza.

Altro sentimento diffuso può essere l'isolamento sociale poiché si è portati a pensare che nessuno capisca come ci si possa sentire a convivere con una malattia così debilitante. E' impegnativo per chi non ne soffre capire l'esperienza di un malato di IPF in senso fisico; può essere molto importante, per il malato, lo sforzo del *caregiver* volto a comprendere e ad accogliere le sue paure.

Man mano che la malattia avanza, le abitudini si modificano e gli hobby e gli interessi condivisi con familiari e amici possono diventare impraticabili. Modificare gli stili di vita precedenti e accettare serenamente il cambiamento, evitando comunque un totale isolamento, è uno dei maggiori doni che il *caregiver* e gli amici possono offrire a una persona affetta da IPF.

Quanto esposto emerge



dall'esperienza del contatto continuo tra pazienti, familiari e associazione. Non è semplice riuscire a gestire un rapporto che richiede grandi qualità di pazienza, comprensione e accettazione che non possono essere improvvisate.

Il *caregiver* non può essere lasciato solo in questo percorso impegnativo e doloroso soprattutto negli stadi più avanzati della malattia.

Si auspica che le iniziative di supporto psicologico, purtroppo ancora a livello locale, diventino un sistema diffuso in tutti i centri di riferimento nazionali. ■

Rosa Ioren Napoli
Presidente Un Respiro
di Speranza

Un Respiro di Speranza Onlus

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
Padiglione Marchiafava, III° p.
Tel.: +39 333 2605460
unrespirodisperanza@hotmail.com
www.unrespirodisperanza.it

Calendario pollinico delle principali famiglie allergeniche

Elaborazione grafica dei dati preparata e fornita dalla Rete Italiana di Monitoraggio in Aerobiologia (R.I.M.A.*) dell'Associazione Italiana di Aerobiologia (A.I.A.).

www.ilpolline.it
App: POLLINITALIA

Il calendario è elaborato su base decennale e fornisce i livelli di concentrazione del polline, non i livelli di rischio di allergia. Sono previste quattro classi di concentrazione:
assente=bianco
bassa=giallo
media=arancione
alta=rosso.

* A cura del Comitato di Rete dell'Associazione Italiana di Aerobiologia.
www.ilpolline.it
info@ilpolline.it

ALPI E PREALPI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

PIANURA PADANA	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
COMPOSITAE Ambrosia												
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

SUD TIRRENO	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

SUD ADRIATICO	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

SICILIA	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

SARDEGNA	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

NORD ADRIATICO	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

NORD TIRRENO	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

CENTRO ADRIATICO	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

CENTRO TIRRENO	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
BETULACEAE	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CORYLACEAE												
CUPRESSACEAE												
GRAMINEAE												
OLEACEAE												
URTICACEAE												

Betulaceae	0-1	1-5	>10-30	>30
Compositae Ambrosia	0-1	1-5	>5-25	>25
Corylaceae	0-1	1-10	>10-50	>50
Cupressaceae	0-1	1-30	>30-90	>90
Gramineae	0-1	1-10	>10-30	>30
Chenaceae	0-1	1-5	>5-25	>25
Urticaceae	0-1	1-20	>20-70	>70

Il nostro network, il vostro successo.

Efficienza, flessibilità e velocità.



Con un proprio network di porti e centri intermodali, T.O. Delta è in grado di coprire tutte le fasi della catena logistica: trasporto, stoccaggio e distribuzione delle merci ovunque nel mondo.

I sistemi innovativi dedicati alle specificità di ciascun cliente, fanno di T.O. Delta il partner logistico ideale per l'operatore che desidera migliorare i propri risultati.

T.O. DELTA

T.O. Delta spa Terminal Operator

Piazza Casali 1, 34134 Trieste, Italy
tel. / fax +39 040 6702 200 / 222
info@todelta.it – www.todelta.it



sintex
EDITORIA

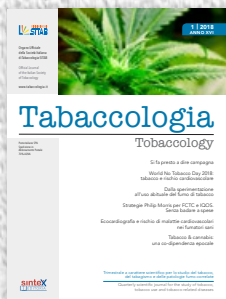
editoria@sintexservizi.it



Trimestrale per professionisti dell'area pneumologica, strumento di formazione e aggiornamento multidisciplinare



Trimestrale di informazione, prevenzione e benessere, rivolto prevalentemente al cittadino/paziente, quale strumento di educazione a un corretto stile di vita



Rivista trimestrale di SITAB dedicata allo studio del tabagismo e delle patologie fumo-correlate



Rivista scientifica a elevato interesse clinico che pubblica in lingua italiana una selezione di articoli della prestigiosa rivista internazionale Chest

Una realtà dinamica e qualificata che crede nella sinergia delle competenze

**IL SAPERE SCIENTIFICO
COME FONTE DI AZIONE
SINERGICA**

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

Via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano

+39 02 66703640 - azienda@sintexservizi.it - www.sintexservizi.it

SEGUICI SU

