

RESPIRO

RIVISTA D'INFORMAZIONE, AMBIENTE E SALUTE

Anno IX
Numero 34

Numero 2
Estate 2016

Registrazione Tribunale di Trieste
n.1274 del 11 aprile 2014

PERIODICO TRIMESTRALE



Amiamo gli animali

DISTRIBUZIONE GRATUITA - COPIA OMAGGIO

Italiani longevi e in buona salute

Ferro e sport

Fibre alimentari e salute

Quando una cicca fa male anche da spenta

Due Donne e un Uomo

... ANCHE
D'ESTATE

WWW.RESPIRONEWS.IT





**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



RESPIRO

numero 34 | 2 / ESTATE 2016

RIVISTA D'INFORMAZIONE,
AMBIENTE E SALUTE

Periodicità trimestrale

Registrazione

Periodico iscritto al Tribunale di Trieste
n.1274 del 11 aprile 2014

Direttore Responsabile

Antonio Schiavulli (TS)

Direttore Scientifico

Claudio Micheletto (VR)

Coordinamento Editoriale

Enrico Clini (MO)
Alfredo Potena (FE)

Redazione Scientifica

Stefano Aiolfi (CR)
Filippo Andò (ME)
Germano Bettoncelli (BS)
Caterina Bucca (TO)
Salvatore Cazzato (BO)
Marcello Cellini (FE)
Cristina Cinti (BO)
Gennaro D'Amato (NA)
Francesco de Blasio (NA)
Mario De Palma (GE)
Maria Pia Foschino (FG)
Francesca Giovannelli (MI)
Stefania La Grutta (PA)
Giacomo Mangiaracina (RM)
Margherita Neri (VA)
Eugenio Sabato (BR)
Antonio Sacchetta (TV)
Michele Vitacca (BS)
Alessandro Zanasi (BO)

In redazione

Francesca Salcioli (TS)

Direzione, redazione e amministrazione

MIDIA srl
Via Cesare Beccaria, 3
34133 Trieste
Tel. +39 040 3720456
Fax +39 040 3721012
midia@midiaonline.it
www.midiaonline.it

Segreteria di redazione

Sabrina Balestra

Stampa

Roto3, Industria Grafica,
Castano Primo (MI)

Hanno collaborato

M. Baroni, M. Cepach, M. Cotterle, T. Dissegna,
Fulber, S. Harari, C. Martelli Calvelli, G. Palumbo,
B. Schiavulli, V. Zagà.

Dylan Dog in copertina è disegnato da Corrado Roy

© Sergio Bonelli Editore 2016

Immagini in Creative Commons su Flickr.com

Per le foto pubblicate restiamo a disposizione
degli aventi diritto che non si siano potuti reperire.

Chiuso in Redazione nel luglio 2016.



- Editoriale**
5 Il tao dei solstizi
F. Salcioli
-
- Medico e Paziente**
6 Gli Italiani sono sempre più longevi e godono di buona salute
C. Micheletto
- 9 Medico, paziente e farmacista
F. Salcioli
- 11 Medico di famiglia...
Uno, nessuno e centomila
G. Mangiaracina
-
- La scheda**
13 Deficit di alfa 1-antitripsina
-
- Stili di vita**
16 Ferro e sport
M. Cellini
- 19 Asma e allergie in vacanza
- 20 L'effetto terapeutico del viaggio
C. Martelli Calvelli
-
- Sport**
22 I brutti esempi dei grandi del passato e lo sport che deve tornare a essere vita
T. Dissegna
-
- Alimentazione e salute**
24 Olio, conoscere per scegliere
M. Cepach
- 26 Fibre alimentari e salute
M. Baroni
- 28 Sonno e alimentazione:
due caposaldi della salute
M. Baroni

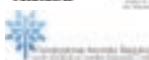
- Arte**
31 Pino Giuffrida: esistenzialismo pittorico. L'arte è terapia
F. Salcioli
-
- Tabagismo**
34 Il problema delle cicche di sigaretta ovvero... quando una cicca fa male anche da spenta
V. Zagà
-
- Il racconto breve**
36 Madre e figlio
A. Schiavulli
-
- Fotografia**
38 Il ritratto fotografico
M. Cotterle
-
- I pollini**
39 Calendario pollinico
-
- La poesia**
40 Respiro
L. Trianni
-
- Il medico in tasca**
42 Ricambio d'aria
Bulletproof Diaries
B. Schiavulli
-
- Memoria storica**
43 Ridere è salute
-
- La voce dei pazienti**
44 InfoAlfaDay. Bormio 4 giugno 2016
-
- Gary e Spike**
44 Trattieni il respiro!
-
- Le Associazioni dei pazienti**
45 Che aria tira?
46 Due Donne e un Uomo
G. Palumbo

Le informazioni fornite nella rivista non servono a sostituire il medico, ma solo a dare un'indicazione utile che dovrà essere sempre valutata con il medico curante.

I Partner di questo numero



I Web Partner di RespiroNews



Copyright © 2016 Midia srl
Tutti i diritti riservati

MIDIA
EDIZIONI

È vietata la riproduzione di testi e immagini senza il permesso scritto dell'editore

rinowash

Doccia nasale per la terapia aerosolica delle alte vie respiratorie



Prendi a cuore il tuo respiro

- Consente la somministrazione di farmaco e/o altre soluzioni in soli **2-3 minuti** per il **trattamento localizzato** delle alte vie aeree



- Funzionale e delicata grazie alla particolare **ergonomia** ed al **terminale morbido**



- Semplice e pratica, offre un valido aiuto **anche per i più piccini**



Funzionante con tutti gli apparecchi per aerosolterapia a pistone

- Rinowash è in dotazione con gli apparecchi Nebula e Bimboneb ed è disponibile anche separatamente in farmacia, nei negozi per la prima infanzia e nelle migliori sanitarie.



RESPIRO C'È. DOVE?

RESPIRO, rivista nata per favorire l'educazione e la prevenzione contro le malattie respiratorie e suggerire corretti stili di vita, è gratuita e si rivolge ai cittadini, ai malati, ai medici, agli operatori sanitari, alle istituzioni, ovvero a tutti. La disponibilità dei nostri Partner ne permette la stampa e la distribuzione. L'obiettivo è far trovare RESPIRO al cittadino in qualsiasi luogo pubblico (ambulatori medici, farmacie, ospedali, scuole, hotel, ristoranti, librerie, negozi, banche, caffè, cinema, uffici, etc). Copie di RESPIRO possono essere acquistate da qualsiasi soggetto, pubblico o privato, che, volendo collaborare a diffondere l'educazione e la prevenzione contro le malattie respiratorie, decidesse di offrire questo servizio gratuito ai cittadini. Per poter procedere all'acquisto, telefonare al numero

+39 040 3720456

o inviare una mail a
midia@midiaonline.it

L'acquisto può essere effettuato anche online, collegandosi ai siti
www.midiaonline.it
www.respironews.it



In copertina: particolare da murale
- Reparto di Ortopedia, Ospedale
Maggiore di Trieste

Il tao dei solstizi La bella stagione

Francesca Salcioli



E così celebriamo, fra falò e aperitivi sul mare, l'inizio dell'estate. Il tempo è ridente, i cieli vasti, i giorni lunghi e tutti da riempire di pensieri ameni. È la bella stagione, quella tanto attesa fra la pioggia e il freddo, dove ogni fiore diventa frutto e regna l'amore, fra nidi e girasoli. Culturalmente abbiamo identificato l'inizio dell'estate con il solstizio, il giorno più lungo dell'anno, quando la luce ha una vittoria massima sul buio. Eppure, a ben pensare, l'estate inizia proprio nel momento in cui la luce, giunta all'apice, inizia la sua lenta discesa, le giornate cominciano a farsi lentamente più brevi e, silenziosa, si allunga la notte e l'ombra. Il processo inverso accadrà fra sei mesi quando inaugureremo l'inizio della stagione invernale con il tramonto più precoce dell'anno e, al contempo, l'inizio del progressivo ritorno della luce. L'estate e l'inverno sembrano sussurrarci una piccola lezione anche per le nostre stagioni interiori e personali. I solstizi ci ricordano quanto in ogni estate ci sia un piccolo seme d'inverno e, viceversa, in ogni inverno ci sia un piccolo seme d'estate. In un tao antico e naturale. Nel colmo dell'allegria e leggerezza c'è sempre un piccolo spunto

di riflessione, un'occasione per fare lo sguardo profondo, meditativo, con un occhio previdente al domani. Così come, nella prova, penetra un raggio di luce, un'occasione per un respiro più leggero, con uno sguardo di speranza per il futuro. E allora, forse, la bella stagione non è (solo) quella che inizia il 21 giugno e porta con sé la sua scia di mare, ferie e balli caraibici. Forse la bella stagione è quella che trova la leggerezza nella notte e la profondità nel giorno. Quella che sperimenta la saggezza della maturità, conservando l'entusiasmo della giovinezza. Quella che scommette sulla fiducia sempreverde, su tane adatte al caldo e alla pioggia. E sulla vita, sempre. Ed è questo l'augurio che oggi desidero fare a tutti noi: che davvero possiamo vivere una bella stagione. Una stagione bella. E che duri 365 (o 366) giorni all'anno.

salcioli@midiaonline.it



© Sergio Bonelli
Editore 2016
Disegno di Angelo Stano
Dylan Dog è stato creato
da Tiziano Sclavi.



La sanità nell'Annuario Istat 2015

Gli Italiani sono sempre più longevi e godono di buona salute

Claudio Micheletto¹



L'Istat ha recentemente pubblicato il consueto annuario, in questi caso relativo ai dati del 2014. Il capitolo riguardante la sanità e la salute in generale contiene molti aspetti positivi: grazie alla costante riduzione dei fattori di rischio, anche nel 2014 continua l'incremento della speranza di vita: per gli uomini da 79,8 del 2013 a 80,2 anni e per le donne da 84,6 a 84,9.

Lo stato di salute degli italiani è complessivamente positivo: nel 2015, il 69,9% della popolazione ha fornito un giudizio positivo del proprio stato di salute (valore stabile rispetto all'anno precedente), più elevato fra gli uomini (73,4%) che fra le donne (66,5%). Il 38,3% della popolazione dichiara di essere affetto da almeno una patologia cronica: le più diffuse sono l'ipertensione (17,1%), l'artrosi /

artrite (15,6%), le malattie allergiche (10,1%), l'osteoporosi (7,3%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,6%) e il diabete (5,4%).

Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale è costituita dalle strutture e dalle risorse di personale deputate all'assistenza di base e ruota attorno alla figura del Medico di famiglia. Nel triennio 2010-2012 risulta pressoché stabile il numero di medici di base e di pediatri. I primi assistono in media 1.156 pazienti e i secondi 879 bambini. I servizi di guardia medica sono 4,9 ogni 100 mila abitanti, valore stabile negli ultimi tre anni. Gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati convenzionati sono circa 16 ogni 100 mila abitanti nel 2012.

Assistenza ospedaliera

Il servizio ospedaliero è il settore sanitario che assorbe più risorse economiche, poiché in esso sono trattate le patologie acute per le quali è necessario garantire un'assistenza adeguata alla condizione di multi-cronicità ed una dotazione di apparecchiature innovative. Uno degli obiettivi

richiesti alle regioni è di ridurre lo standard dei posti letto ospedalieri, in particolare di quelli degli istituti di cura accreditati con i servizi sanitari regionali. Come riferimenti sono stati considerati i seguenti parametri: tasso di ospedalizzazione massimo di 160 per mille abitanti e un livello massimo complessivo della dotazione di posti letto per mille abitanti pari a 3,7, comprensivi di 0,7 per la lungodegenza e riabilitazione. I dati del 2012 si riferiscono a 1.088 istituti di cura del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e presentano le caratteristiche tipiche dei paesi che hanno un sistema sanitario di tipo nazionale: il 53% degli istituti afferisce al settore pubblico (con un'offerta pari a 158 mila posti letto), il 47% al settore privato che eroga servizi anche per conto del Ssn (41 mila posti letto) in totale 199 mila.

Personale sanitario

I dati relativi al personale medico mostrano, nel 2012, una composizione analoga a quella presente nelle strutture ospedaliere del Sistema sanitario nazionale: il 75,9% presta servizio presso le strutture ►►

¹ Pneumologo, Legnago (VR)

► pubbliche, il 9,5% nelle strutture equiparate alle pubbliche ed il 14,6% nelle strutture private accreditate. In totale ci sono 121 mila medici e 264 mila infermieri. Nelle strutture del Ssn sono presenti 2 medici ogni mille abitanti, mentre tale valore arriva a 4,4 per mille per il personale con il ruolo di infermiere. Ogni 2,2 di infermieri c'è un medico: nelle strutture pubbliche tale rapporto è più alto rispetto a quelle equiparate alle pubbliche (2,4 rispetto a 1,9) e a quelle private accreditate (1,1). Analizzando i dati del personale a livello territoriale, il valore più basso per presenza di medici si osserva nel Sud (1,7 medici per mille abitanti) e nel Nord-est (1,9 per mille).

Dimissioni ospedaliere

Nel 2013, le dimissioni ospedaliere per acuti (esclusa riabilitazione e lungodegenza) in regime ordinario e in day hospital sono 8.981.339, corrispondenti a 1.491 dimissioni ospedaliere ogni 10 mila residenti. Prosegue il processo di deospedalizzazione che ha determinato una progressiva e significativa diminuzione dei

ricoveri nel tempo: nell'ultimo quinquennio le dimissioni ospedaliere hanno fatto registrare una riduzione media annua del 4,5% e una riduzione complessiva del 16,7% rispetto al 2009. Tra il 2012 e il 2013 la diminuzione dell'attività ospedaliera per acuti è stata del 4,3%. Le cause più frequenti di ricovero sono le malattie del sistema circolatorio (14,1%) e i tumori (10,7%). Fra le donne sono frequenti anche i casi dovuti a complicazioni legate alla gravidanza (16,5%).

Cause di morte

Nel 2012 si sono verificati circa 613 mila decessi, il 66% dei quali dovuti a malattie del sistema circolatorio e tumori. Tra 15 e 29 anni, il 58,5% dei decessi maschili avviene per cause di natura violenta contro il 37,8 di quelli femminili. La mortalità infantile più elevata si registra in Campania, Sicilia, Calabria e Puglia.

Il terzo posto per gli uomini è occupato dalle malattie del sistema respiratorio con un quoziente pari a 81,9 per 100 mila abitanti, mentre per le donne il tasso per queste cause è di 64,6.

Stato di salute della popolazione

La percezione dello stato di salute rappresenta un indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione, molto utilizzato anche in ambito internazionale. Nel 2015, il 69,9% della popolazione residente in Italia ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute, rispondendo "molto bene" o "bene" al quesito "Come va in generale la sua salute?". Il dato è stabile rispetto all'anno precedente.

All'aumentare dell'età decresce la prevalenza di persone che danno un giudizio positivo sul proprio stato di salute: scende al 40,2% tra le persone anziane di 65-74 anni e raggiunge il 24,8% tra gli ultrasessantacinquenni. La percentuale di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute è più elevata tra gli uomini (73,4%) che tra le donne (66,5%). Tra le regioni italiane le situazioni migliori si rilevano a Bolzano (85,8%), Trento (78,8%) e Valle d'Aosta (72,4%), la peggiore in Calabria (60,8%) e Sardegna (64,7%). ►►



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





▶ **Malattie croniche**

Il 19,8% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, il 38,3 ne ha almeno una. Le patologie croniche più diffuse sono: l'ipertensione (17,1 per cento), l'artrosi / artrite (15,6 per cento), le malattie allergiche (10,1%), l'osteoporosi (7,3%), asma e bronchite cronica (5,6%). Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne. Lo svantaggio femminile nella fasce di età più avanzate si rovescia solo per la bronchite cronica e malattie del cuore. In particolare gli uomini di 75 anni sono più colpiti da bronchite cronica (19,4%) rispetto alle loro coetanee (16,0) e da malattie del cuore (18,2% contro il 14,1%).

Uso dei farmaci

Il 41,0% della popolazione ha fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista. Le donne più degli uomini hanno dichiarato di aver assunto farmaci nel periodo conside-

rato (45,0% contro 36,8%). Le quote di consumatori aumentano all'avanzare dell'età: per entrambi i sessi si raggiunge la metà della popolazione già dai 55 anni fino a raggiungere l'89,1% tra le donne ultra settantacinquenni e l'86,7% tra gli uomini della stessa fascia d'età.

Abitudini alimentari

L'Italia è ancora lontana da un'ampia diffusione del modello basato sul pasto veloce consumato fuori casa. I dati relativi al 2015 evidenziano che il pranzo costituisce, infatti, ancora nella gran parte dei casi il pasto principale (67,2% della popolazione di 3 anni e più) e molto spesso è consumato a casa (73,4%), permettendo così una scelta degli alimenti ed una composizione dei cibi e degli ingredienti più attenta rispetto ai pasti consumati fuori casa. Oltre l'80% della popolazione di 3 anni e più fa una colazione "adequata", vale a dire non solo limitata al caffè o al tè.

Fumo

Nel 2015 la quota di fumatori è pari al 19,6% nella popolazione maggiore di 14 anni.

Rispetto al 2014 il dato è stabile. Permane una forte differenza di genere: tra gli uomini i fumatori sono il 24,6%, tra le donne il 15%. I dati più alti si osservano in Campania (22%), i più bassi nella Provincia autonoma di Trento (14,0%), Puglia (17,0%) e Veneto (17,3%).

Sempre più longevi

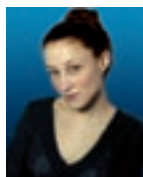
Grazie alla costante riduzione dei rischi di morte a tutte le età, prosegue nel 2014 l'incremento della speranza di vita alla nascita: per gli uomini da 79,8 del 2013 a 80,2 anni e per le donne da 84,6 a 84,9. All'interno dell'Unione europea solo Svezia e Spagna hanno una situazione migliore per gli uomini (80,2 anni), mentre per le donne la speranza di vita è più alta esclusivamente in Spagna (86,1), Francia (85,6) e Cipro (85,0) (dati 2013). Al 31 dicembre 2014 l'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni) raggiunge il valore di 157,7% da 154,1% dell'anno precedente. Sul territorio, è la Liguria la regione con l'indice di vecchiaia più alto (242,7 anziani ogni 100 giovani) mentre quella con il valore più basso è la Campania (113,4%). Nell'Ue a 28 paesi l'Italia si conferma al secondo posto, preceduta dalla Germania che ha circa 160 anziani ogni 100 giovani. ■

*claudio.micheletto
@aulsslegnago.it*

Medico, paziente e farmacista

Il buon triangolo dell'aderenza

Francesca Salcioli¹



“La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche” dichiara l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ricordando le sue più gravi conseguenze: aumento delle ospedalizzazioni, aggravamento delle patologie e maggiore mortalità fra i pazienti. Con conseguente danno umano ed economico alla persona e al Sistema Sanitario Nazionale.

Qual è il ruolo del farmacista nell'aderenza terapeutica? Fra i due protagonisti dell'aderenza, il paziente e il medico, si colloca il farmacista, una figura spesso più a portata di mano per il paziente che il medico (meno code, meno appuntamenti, a volte più vicino a casa), più “pratica” (è il farmacista che usualmente consegna il farmaco) e fondamentale in particolare modo quando diviene il più importante, se non addirittura l'unico, interlocutore del paziente, come nel caso dei farmaci da banco e dei dispo-



sitivi medici.

I pazienti sono sempre più consapevoli, possono aderire a forum, aggiornarsi, accedere a database e rassicurarsi (o molto più spesso spaventarsi) condividendo una malattia sempre più social. Sono pazienti molto più colti grazie alla *Mobile Health* e alla Salute 2.0. Ma forse meno pazienti. I dati Censis ci offrono una fotografia di un paziente digitale e partecipativo: il 55% verifica su Internet la diagnosi e le indicazioni dopo una visita e il 37% discute col medico i risultati delle proprie ricerche

personali, fino addirittura, nel 20% dei casi, a contestare l'esattezza di diagnosi e terapie (Dati Censis 2014). Il medico e il farmacista non sono quindi più la sola “fonte di verità” per il paziente. Cresce la fame di informazione e non solo di cura. Ma è una fame che può divenire malata. E tradursi talvolta in una sorta di bulimia del farmaco, dove malati immaginari sarebbero pronti a ingurgitare qualsiasi cosa pur di sconfiggere un mal di gola, o viceversa in un'anorexia farmacologica, per cui il farmaco potrebbe essere di vi- ➤

¹ Midia, Redazione

► tale importanza per la propria salute ma dove vince il terrore della medicina chimica, degli effetti collaterali e dell'assuefazione (quando non addirittura il timore di complotti fra case farmaceutiche e governo, alieni e rettiliani vari).

Su questo terreno sdruciolante d'informazione diviene cruciale il ruolo del farmacista. Il *setting* della farmacia è più "neutrale" di un ospedale o di un pronto soccorso. Questa sua neutralità, frutto anche della veste commerciale di "negoziò", non mina automaticamente l'autorità o fiducia del luogo, ma può invece trasformarsi in un punto di forza per l'aderenza. Il paziente tende a essere più rilassato in farmacia che in ambulatorio, è meno paziente e più cliente. È meno passivo e più attivo.

Il 55% dei pazienti verifica su Internet le diagnosi



È una persona che presumibilmente si sente più sicura e a proprio agio che su un lettino, a volte anche addirittura più aperta alla battuta e alla condivisione del dubbio. Ed è proprio la persona, in definitiva, più che il paziente, ad essere centrale nell'aderenza. La persona consapevole e partecipativa che deve essere conquistata e convinta, a livello intellettuale ed emotivo, della necessità dell'aderenza per il successo terapeutico. E della triplice alleanza di medico, paziente e farmacista.

Il farmacista è attore fonda-

mentale della presa in carico del paziente, in grado di fornire informazioni dettagliate, prima assistenza, monitoraggio e, quando necessario, indirizzare verso consulenze specialistiche. Un protagonista essenziale della buona Sanità che riduce e ottimizza le visite mediche e ospedaliere, che non spreca ma valorizza il farmaco preciso e necessario, con conseguente risparmio di energie e costi sanitari. Restando sempre, comunque, un professionista, in grado di muoversi in un sano equilibrio fra la vocazione sanitaria e quella commerciale, unico terreno sul quale davvero può nascere e coltivarsi la fiducia del paziente. Nonché la sua fidelizzazione. ■

salcioli@midiaonline.it

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.

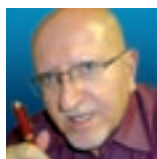
Terzo operatore europeo e parte del Gruppo Sol, multinazionale italiana con sede a Monza e quotata alla borsa di Milano, VIVISOL fornisce servizi di Ossigenoterapia, Ventiloterapia, Diagnostica e Cura della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno, Nutrizione Artificiale, Telemedicina, Ausili e Presidi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

VIVISOL.IT | INFO@VIVISOL.IT

SOLGROUP
a breath of life

Medico di famiglia... Uno, nessuno e centomila

Giacomo Mangiaracina¹



Le attribuzioni di titoli al medico di medicina generale (MMG) sono diverse e vanno dal riduttivo “medico generico” al meno comprensibile “medico di base”, a quello rassicurante di “medico di fiducia” o al più aulico “medico di famiglia”.

Sebbene la Medicina Generale sia oggi sempre più equiparabile ad una specializzazione, il termine “medico di famiglia” rimane una definizione comunque appropriata per il professionista della salute che più di chiunque altro entra a pieno titolo in relazione con l'ambiente familiare dei propri pazienti-assistiti, al contrario dello specialista che invece rimane in linea di massima al di fuori o ai margini di tale contesto relazionale.

È in questa ottica che i pazienti possono “raccontarsi”, esibendo parti della loro storia o della esperienza di vita al proprio medico in una con-



creta relazione affettiva. Tale relazione può talvolta configurarsi come una emanazione collaterale delle relazioni familiari, per cui il medico assume il ruolo di *probo viro* a cui sottomettere confidenze, ansie e tensioni relazionali.

Ma quanto è preparato il medico ad accogliere il portato emozionale di tali problematiche?

La percezione del medico come “di famiglia” non riguarda però l'universo dei pazienti. Anzi, il medico di medicina generale sarebbe percepito meno “di famiglia” rispetto a cinquant'anni fa. Tra il tecnicismo *evidence based* e medicina difensiva da una parte e

l'atteggiamento utilitaristico del servizio dovuto al cittadino-paziente, le modalità di relazione tra medico e paziente si sono modificate nel tempo a discapito della relazione affettiva. Di conseguenza, la considerazione del proprio medico da parte degli assistiti rientra in un mosaico di percezioni che si può provare a riassumere in questo modo, in ordine di intensità di relazione emozionale (da 1 a 5):

IL MEDICO “SERVITORE”

È quello che si sceglie il più vicino possibile a casa propria per adempiere a tutti gli atti medici (prescrizioni e certificati), solitamente pre- ➤

¹ Agenzia Nazionale per la Prevenzione (www.prevenzione.info)

► scritti da specialisti a cui va il maggiore credito.

IL MEDICO "BRAVO"

La ricerca di questo professionista avviene per informazione diretta ad altri pazienti ma sempre più viene condotta in rete, digitando il nome su un motore di ricerca.

IL MEDICO "CURANTE"

Lo si sceglie per sottoporre i propri problemi di salute, affidandoli alle sue cure, ascoltandone i consigli e sottoponendo alla sua visura tutte le prescrizioni specialistiche eventualmente eseguite.

IL MEDICO "AMICO"

Rappresenta una emanazione della propria vita di relazione familiare ed extrafamiliare, un luogo di deposito delle proprie confidenze non strettamente legate ai problemi di salute.

IL MEDICO "PARAFULMINE"

Per certi versi una valvola di scarico a tensioni spesso insanabili della cerchia relazionale privata. L'incontro col medico è un'occasione per esprimere forti emozio-

ni, tristezze, paure e rabbia. Talvolta anche gioia, ad evidenziare il "grazie di esistere" riferito alla persona del medico piuttosto che alla relazione terapeutica.

Ovviamente non si tratta di condizioni a compartimenti distaccati, ma di atteggiamenti che possono fluttuare e che possono a tratti gravare in prevalenza su uno o più degli aspetti considerati, anche in base al fluttuare delle proprie emozioni o stati del benessere psicofisico.

Vi è ragione di ritenere che il medico sia scarsamente preparato a gestire condizioni ad elevato livello emozionale e riuscire a convertire ogni situazione ad una relazione di alleanza terapeutica. D'altro canto ogni tentativo di distacco del medico dalla relazione affettiva può essere percepita come diniego o fuga dal ruolo che lo stesso paziente gli ha attribuito.

Tale condizione può divenire penalizzante per il professionista che può incorrere nel rischio di essere sottoposto a giudizio insindacabile del paziente, che ovviamente non tiene conto della reputazione

sociale e della formazione tecnico scientifica del professionista. Il giudizio sarà per forza a senso unico e può esprimersi in una condanna senza appello e in un formale atto di ricusazione del medico. Ma può anche esprimersi con atteggiamenti aggressivi e svalutativi che costringe a volte il medico, ormai incapace a gestire una relazione terapeuticamente efficace, ad agire ricusando il paziente o l'intera famiglia quando gli elementi disfunzionali del contesto familiare sono tali da essere facilmente contaminati nel loro interno con atteggiamenti e giudizi negativi che creano coesioni e coalizioni nei confronti del medico, fino a percepirlo come "responsabile" del malfare familiare, per averlo in qualche modo peggiorato con il suo modo di essere, o con dimenticanze, distrazioni, errori, indiscutibilmente ritenuti gravi, se non addirittura lesivi. Di fatto la formazione dei medici deve fornire opportune soft skills che siano di adeguato supporto alla complessità della relazione terapeutica con il paziente. ■

giacomo.mangiaracina@uniroma1.it

Villa Pineta
 Ospedale Privato Accreditato
 convenzionato con l'Università di Modena-Reggio Emilia

Pneumologia
 Unità di Terapia Semintensiva
 Dipartimento di Riabilitazione

- Riabilitazione Respiratoria
- Riabilitazione Cardiologica
- Riabilitazione Neuromotoria-Ortopedica
- Riabilitazione Metabolico-nutrizionale

Lungodegenza Medica
 Casa Residenziale per Anziani
 Poliambulatorio Specialistico Accreditato

Via Galati 127, 41020 Galati, Pavullo nel Frignano (MO)
 tel: 0536.42039 info@villapineta.it www.villapineta.it



Assistenza sanitaria, Didattica, Ricerca

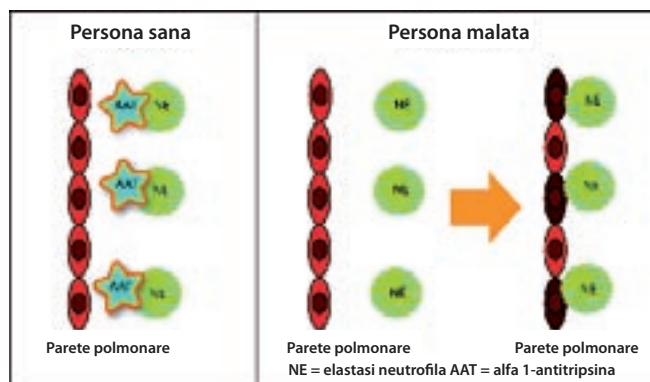
Deficit di alfa 1-antitripsina



Il deficit di alfa 1-antitripsina (AAT) è una malattia genetica. Gli individui con deficit di AAT presentano bassi livelli di proteina AAT nel sangue e fin dai primi anni di vita sono più esposti alle malattie polmonari rispetto agli individui con livelli normali di AAT. La malattia polmonare più comune che i soggetti con deficit di AAT hanno maggiore probabilità di contrarre è la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Si ritiene che il deficit di AAT sia diagnosticato solo in circa il 5% delle persone affette da questa malattia. Di conseguenza, la maggior parte delle persone con deficit di AAT non sa che potrebbe trarre benefici da cambiamenti dello stile di vita e ridurre le probabilità di contrarre malattie polmonari, oppure che potrebbe ricevere assistenza medica.

► Come la carenza di AAT provoca malattie polmonari?

La proteina AAT viene prodotta nel fegato e riversata nel sangue. Entra nei polmoni attraverso il sangue ed ha il compito di evitare che il tessuto polmonare venga danneggiato, specialmente da un'altra proteina, chiamata elastasi neutrofila, che viene prodotta dai globuli bianchi. Il compito dell'elastasi neutrofila è distruggere le cellule danneggiate e i batteri. L'AAT è in grado di bloccarla, impedendole di attaccare le cellule sane dei polmoni.



► Come i geni provocano il deficit di AAT?

Il DNA contiene le informazioni necessarie a formare tutti i componenti del nostro corpo. Ognuno di noi possiede due copie di quasi tutto il DNA, provenienti da ciascuno dei due genitori. Il deficit di AAT è provocato da un'anomalia di uno dei geni del nostro DNA, chiamato SERPINA1. Questa malattia viene definita "recessiva" in quanto, perché venga sviluppata, devono essere presenti due copie anomale del gene in questione. Le persone che possiedono un gene SERPINA1 anomalo e uno normale sono chiamate "portatori", poiché possono trasmettere il gene anomalo ai propri figli, anche se non sono affetti dalla malattia. I loro livelli di AAT sono generalmente più bassi del normale, ma non così bassi da causare un grave rischio per la salute.

I figli di due portatori possono ereditare due geni normali, uno normale e uno anomalo diventan-

do essi stessi dei portatori, oppure due geni anomali presentando così il deficit di AAT. Queste tre situazioni sono illustrate nello schema qui sopra. Se una persona con due geni anomali ha figli, questi potranno sviluppare la malattia oppure essere anch'essi dei portatori, a seconda dei geni SERPINA1 dell'altro genitore.

Nel gene SERPINA1 sono state riscontrate svariate anomalie che determinano quantità diverse della proteina AAT prodotta dall'organismo. Di conseguenza, la malattia può essere più o meno grave a seconda degli individui.

► Quale diffusione ha il deficit di AAT?

Si ritiene che in Europa le persone con deficit di AAT siano da 1 su 1.600 a 1 su 2.000, per un totale di circa 125.000 persone.

Sebbene il deficit di AAT sia considerato una malattia rara, in alcune parti del mondo, come l'Europa, è di fatto una delle ma- ►►

► lattie che presentano il più alto tasso di ereditarietà. Il motivo per cui molti pensano che si tratti di una malattia rara è dovuto al fatto che spesso essa non viene riconosciuta né diagnosticata. In molti casi trascorre molto tempo prima che sia possibile diagnosticare la malattia, anche in presenza di sintomi e in seguito a una visita medica. Uno studio scientifico ha stabilito che sono necessari in media 7 anni per arrivare a una diagnosi del deficit di AAT dopo la comparsa dei primi sintomi.

Nella maggior parte delle persone con deficit di AAT la diagnosi è imprecisa o del tutto assente. Ciò è dovuto ai seguenti motivi:

- i sintomi possono variare notevolmente da una persona all'altra;
- i sintomi di BPCO o di asma possono avere molte altre cause;
- alcune persone sono completamente prive di sintomi.

► Quali sono i sintomi del deficit di AAT?

Il deficit di AAT può provocare sintomi polmonari simili a quelli riscontrati nella BPCO o nell'asma. I sintomi iniziali sono:

- tosse;
- eccesso di muco;
- respiro affannoso.

Inizialmente i sintomi potrebbero non presentarsi tutti insieme. Per questo motivo, ad alcuni pazienti con respiro affannoso potrebbe essere diagnosticata l'asma

per errore.

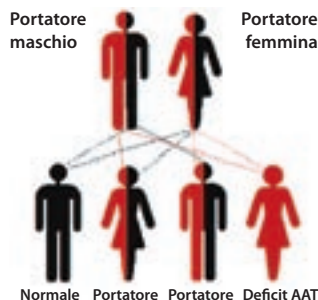
Inoltre, un gran numero di persone affette dalla malattia non ha alcun sintomo, rendendo così la diagnosi molto difficile. Perciò, se si rileva la BPCO in soggetti che non fumano o in giovani fumatori (con meno di 40 anni), in quel caso il medico potrebbe sospettare un deficit di AAT.

Potrebbero inoltre verificarsi sintomi di ittero, causato dall'effetto della malattia sul fegato, o di pannicolite, un'inflammatione del tessuto adiposo presente sotto la pelle.

► Come può il medico diagnosticare il deficit di AAT?

Il medico che sospetta un deficit di AAT in un paziente dovrà effettuare prelievi di sangue e svolgere analisi di laboratorio per misurare la quantità di AAT nel sangue. È anche possibile svolgere test genetici per valutare lo stato del gene SERPINA1.

Poiché il deficit di AAT è di natura genetica ed ereditaria, è probabile che anche i parenti delle persone malate siano affetti dalla malattia o ne siano portatori. È perciò necessario informare e sottoporre ad esami anche i componenti della famiglia di ogni paziente. È inoltre preferibile esaminare anche i partner dei pazienti, in modo da scoprire se i figli hanno probabilità di sviluppare il deficit di AAT.



► Cosa si può fare per prevenire le malattie polmonari se si è affetti da deficit di AAT?

Esistono molte misure che le persone affette da deficit di AAT possono adottare per ridurre le probabilità di contrarre malattie polmonari o almeno per rallentarne la progressione. La maggior parte di queste misure sono volte ad evitare danni ai polmoni, che altrimenti non potrebbero contare su una quantità di AAT sufficiente a proteggerli.

- Non fumare. Il fumo è ancora più pericoloso del normale per le persone con deficit di AAT, in quanto i loro polmoni sono meno protetti.

- Evitare le zone altamente inquinate, ad esempio, stando lontano dalle strade molto trafficate nelle ore di punta (per ulteriori informazioni, vedere la scheda informativa ELF *L'inquinamento atmosferico esterno e i polmoni*).

- Prevenire le infezioni batteriche e virali, evitando di avvicinarsi a persone affette da queste ►►



ELF
European Lung
Foundation



ERS
European Respiratory
Society

L'ELF è la portavoce della European Respiratory Society (ERS), un'associazione medica internazionale senza scopo di lucro che conta oltre 8.000 membri in più di 100 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.

▶ malattie e curando in modo approfondito l'igiene personale.

- Seguire una dieta equilibrata, ricca di proteine e vitamine (per ulteriori informazioni, vedere la scheda informativa *ELF Alimentazione e polmoni*).

- Svolgere esercizi respiratori in base ai consigli del proprio medico.

▶ Come è possibile curare il deficit di AAT?

Il deficit di AAT può essere controllato ma non curato completamente. Tuttavia, è molto importante effettuare una diagnosi precoce, in modo da poter iniziare la terapia il più presto possibile.

▶ Terapie generali per i danni ai polmoni

Le terapie che potrebbero essere prescritte per i pazienti con altri problemi respiratori, come asma o BPCO, sono le seguenti:

- broncodilatatori per via inalatoria.
- Corticosteroidi.
- Supplemento di Ossigeno.
- Riabilitazione polmonare (vedere sotto).

▶ Terapia sostitutiva dell'AAT

La terapia sostitutiva è disponibile in alcuni paesi europei ed

è stata indicata come una sorta di cura parziale della malattia. Tale terapia prevede una dose settimanale di AAT che aumenta i livelli di questa proteina nel sangue e nei polmoni. Una volta aumentati questi livelli a sufficienza, l'AAT può svolgere la sua funzione di protezione dei polmoni. Naturalmente, i pazienti dovranno anche smettere di fumare ed evitare di esporsi all'inquinamento ambientale. Alcuni studi hanno suggerito che la terapia sostitutiva aiuterebbe anche a rallentare la progressione dell'enfisema, una delle componenti della BPCO. Tuttavia, non vi sono ancora studi clinici che forniscano prove a sostegno di questa teoria.

▶ Terapia chirurgica per i danni polmonari

Il trapianto di polmone è un'opzione importante per le persone con deficit di AAT e affette da gravi malattie polmonari. È possibile trapiantare uno o entrambi i polmoni. In alcuni casi i pazienti vengono anche sottoposti a un trapianto di cuore. Il numero di trapianti di polmone è aumentato notevolmente negli ultimi 15 anni.

Un'altra procedura chirurgica che potrebbe risultare utile per alcuni pazienti affetti da deficit di AAT e con malattie respiratorie è la riduzione del volume polmonare. Sebbene questo tipo di intervento non rappresenti un'alternativa al trapianto di polmone, può contribuire a migliorare la situazione dei pazienti finché non si renda disponibile il trapianto di polmone. Può infatti ridurre i sintomi e migliorare la resistenza del paziente agli esercizi fisici.

▶ Siti utili

The Alpha One International Registry

Ente di ricerca internazionale presente in 16 paesi, soprattutto in Europa. I suoi centri nazionali raccolgono informazioni sul deficit di AAT per migliorare il progresso della ricerca scientifica.

www.aatregistry.org

ATS/ERS Statement: Standards for the diagnosis and management of individuals with deficit of AAT

Questo documento illustra le procedure che consentono ai medici di riconoscere e curare il deficit di AAT.

www.thoracic.org/sections/publications/statements/pages/respiratory-disease-adults/alpha1.html

▶ Gruppi di supporto per i pazienti Alfa Europe

Coordinamento di gruppi che, in 11 paesi, si dedicano al miglioramento delle condizioni di vita delle persone con deficit di AAT.

www.alfaeurope.org

Alpha-1 Foundation

Organizzazione statunitense che fornisce risorse per pazienti, medici e scienziati.

www.alphaone.org

Alfa1-AT onlus

Associazione italiana pazienti

www.alfa1at.org



Questa scheda informativa è stata realizzata grazie all'assistenza di M. LUISETTI e B. BALBI. La scheda informativa si basa sul seguente articolo di M. LUISETTI: *Diagnosis and management of α 1-antitrypsin deficiency*. *Breathe* 2007; volume 4: pp. 38–46.

È possibile trovare questo articolo in Internet all'indirizzo: www.ersnet.org/ers/lr/browse/viewPDF.aspx?id_attach=17735.

Ferro e sport

Marcello Cellini¹



Il ferro è un oligoelemento, cioè un elemento chimico che, se pur in quantità minime, risulta essenziale per la vita di un organismo vivente. Poiché allo stato libero risulterebbe tossico per l'organismo si presenta all'interno del corpo in forma legata o a differenti componenti proteiche (transferrina, ferritina, emosiderina) oppure, per la gran parte, ad una molecola complessa chiamata eme che ne fornisce il colore caratteristico rosso e che risulta la costituente essenziale dell'emoglobina dei globuli rossi, della mioglobina muscolare e dei citocromi rivestendo un ruolo fondamentale in tutte le funzioni che riguardano la respirazione cellulare, il trasporto di ossigeno e la produzione di energia.

Il patrimonio di ferro (o marziale) di tutto l'organismo è di circa 4,5 gr. risultando così ripartito: emoglobina = 2,5 gr., mioglobina = 0,5 gr.,

citocromi e ossidasi varie = 0,5 gr., depositi ferritinici-emosiderinici = 1 gr.

Circa il 90% del ferro introdotto giornalmente è contenuto nei vegetali, nei cereali, nei latticini e nelle uova ed è costituito da sali di ferro scarsamente assorbibili; il rimanente 10% è costituito di ferro-eme contenuto nelle globine delle carni ingerite il cui assorbimento intestinale è proporzionalmente assai maggiore, risultando poco influenzabile dagli altri componenti della dieta.

Anche se quotidianamente vengono introdotti con la dieta dai 10 ai 50 mg di ferro, l'assorbimento intestinale e la perdita giornaliera di questo prezioso oligoelemento si equivalgono risultando di circa 10 mg. Il *turn-over* giornaliero interno derivante dal catabolismo endogeno di emoglobina e mioglobina è invece di circa 30 mg, e questa quota di ferro viene in gran parte riutilizzata per la formazione di nuovi globuli rossi (eritropoiesi). Studi ormai consolidati hanno evidenziato che l'assorbimento da ferro-eme è pari al 10-25%, quello da cereali-legumi è 1-7% e quello da verdure è 1-2%. Le carni, oltre a possedere questa maggiore biodisponibilità, influenzano positi-

vamente l'assorbimento del ferro anche da parte di altri alimenti presenti nello stesso pasto (fino a 10 volte); il meccanismo d'azione non è chiaro ma non dipende dalla natura proteica del legame in quanto, ad esempio, non avviene lo stesso per le uova ed i latticini. Questo effetto favorente si realizza anche attraverso l'annullamento dell'effetto negativo di altri componenti del pasto, come ad esempio i fitati presenti nelle fibre vegetali, e sembra essere dose-dipendente. Anche l'acido ascorbico è in grado di far aumentare di 2-3 volte la biodisponibilità del ferro non-eme e di contrastare eventuali effetti inibitori presenti nell'ambiente intestinale; tale meccanismo non è dose dipendente e si manifesta soprattutto quando l'individuo effettui una dieta vegetariana o sia in condizioni di ferro-carenza. Altri acidi organici sono in grado di aumentare di 2-4 ►►



¹ Medico dello Sport, Ferrara

▶ volte l'assorbimento di ferro: acido malico (frutta), acido tartarico (vino bianco), acido lattico (crauti), acido succinico; un acido organico non facilitante è invece l'acido ossalico (verdure). Hanno un effetto inibente anche i polifenoli (verdure), il tè, il caffè, il calcio (latticini e medicinali contenenti Ca), la soia, ed i fitati (crusca) con meccanismi d'azione non sempre chiari. Il trasporto del ferro dall'intestino ai depositi viene garantito da una proteina specializzata chiamata transferrina che può presentarsi sotto forma satura (cioè legata al ferro) o insatura; la forma insatura in condizioni normali rappresenta circa i 2/3 della transferrina totale. La forma di deposito tissutale del ferro è costituita dalla ferritina che risulta in fedele equilibrio con la quota circolante rappresentandone pertanto un indicatore specifico.

Il fabbisogno giornaliero di ferro oscilla dai 10 mg nell'uomo ai 18 mg nella donna. Negli sportivi il fabbisogno di ferro è superiore rispetto ai soggetti sedentari a causa della maggiore deplezione delle scorte per effetto della sudorazione, dell'ischemia relativa di reni e intestino durante lo sforzo prolungato o della rottura meccanica intravasale dei globuli rossi che, soprattutto nelle discipline di fondo, causa una maggiore perdita di ferro attraverso le urine, le feci e la desquamazione cellulare della cute. Infine, l'aumento della ritenzione di liquidi

conseguente all'allenamento, provoca una diluizione relativa della quota di ferro presente nel plasma portando alla cosiddetta pseudoanemia, nota soprattutto negli atleti praticanti discipline sportive di resistenza. Nel sesso femminile la situazione è ancora più importante, per via della fisiologica perdita di ferro nel periodo mestruale. E in gravidanza il fabbisogno di ferro arriva ad essere fino a 4 volte maggiore.

Di particolare interesse è la situazione che si verifica nella pubertà dove nel sesso maschile, nell'anno di massima crescita, l'organismo subisce mediamente un incremento di peso di circa 10 Kg (si pensi a quanta nuova mioglobina venga depositata nei muscoli) e ad un aumento di emoglobina di 2.5 gr/100 ml di sangue (si passa dai 12 ai 14.5 gr/100 ml) pari ad un arricchimento del patrimonio marziale complessivo pari a 350 mg. Valori un po' più bassi caratterizzano la pubertà femminile. È facile che in questo periodo si manifesti un'anemia da carenza di ferro (o sideropenia), soprattutto a causa delle errate abitudini alimentari in uso negli adolescenti dell'era moderna.

ANEMIA DA SPORT

È una tipica anemia ipocromica (letteralmente vuol dire sangue chiaro) caratterizzata, oltre che dalla riduzione dei valori dei globuli rossi e dell'emoglobina, da microcitosi di vario grado



(globuli rossi piccoli), dalla diminuzione dei valori sanguigni del ferro e della ferritina, nonché dall'aumento della transferrina insatura. Tale quadro laboratoristico può arrivare a simulare quello presente nel gruppo delle microcitemie, chiamate anche anemia mediterranea, anche se in questi pazienti la sideremia e la ferritinemia risultano invece elevate.

L'analisi dell'emocromo e dell'assetto marziale nel suo insieme riveste particolare importanza anche dal punto di vista della dinamica di comparsa di questa forma di anemia.

L'indicatore di principale significato è la ferritinemia (F), fedele spia della quota di ferro depositata nell'intero organismo, il cui valore nor- ►►

► male (v.n.) è pari a 20-250 nanogrammi (ng)/ml.

Molto importante è anche la verifica della quota insatura della transferrina (TI) (proteina che va a raccogliere il ferro dalle cellule intestinali) - v.n. = 200-370 mg/100 ml; quando il suo valore supera i 2/3 della quota satura siamo in presenza di sideropenia e/o di importante diminuzione dell'assorbimento o dell'assunzione di ferro.

La sideremia (Fe) - v.n. = 40-150 µg/100 ml - di per sé riveste minor importanza, variando di parecchio anche nel corso di poche ore e rappresentando la presenza attuale di ferro serico nel soggetto; corrisponde, vista la sua tossicità in forma libera, alla quota satura di transferrina circolante e non fornisce alcuna informazione circa l'entità dei depositi.

Ricordando che nel soggetto normale il tempo di sopravvivenza del globulo rosso è di 120 giorni e che il tempo di formazione dello stesso è di 8 giorni, possono infatti presentarsi vari scenari ematochimici:

1) soggetto anemico con valori bassi di F e Fe ed alti

di TI = quadro classico di anemia da sport, sideropenica e ipocromica, cioè con valori bassi sia di ferro che di emoglobina.

2) soggetto non anemico con valori bassi di F e Fe ed alti di TI = atleta che sta per anemizzarsi.

3) soggetto anemico con valori alti di F e Fe e normali di TI = atleta in fase di produzione efficace di globuli rossi e con depositi adeguati (di solito è la fase che segue una terapia efficace).

4) soggetto lievemente anemico con valori alti di Fe, bassi di F e normali di TI = atleta che produce globuli rossi efficacemente ma che ha i depositi quasi vuoti; il più spesso delle volte è proprio questo il quadro che ci troviamo davanti, rappresentando una fase di equilibrio molto precario.

TERAPIA

Purtroppo, come già visto, risulta molto bassa la quantità di ferro assorbibile nel corso di terapia marziale per via orale e conseguentemente emerge spesso la difficoltà

di risolvere definitivamente questi quadri di anemia. I composti ferro-proteinici, almeno sul piano teorico, sembrano possedere una maggiore assorbibilità rispetto ai ferro-solfonati, che peraltro costano molto meno. Alla terapia orale, soprattutto con i secondi, si accompagnano molto spesso disturbi dispeptici, soprattutto quando la somministrazione si prolunga nel tempo; sembra quasi che l'organismo sviluppi una sorta di meccanismo di difesa che ne limiti l'assorbimento. Proprio per tale motivo si sono valutati diversi protocolli di somministrazione costituiti da brevi cicli ma ripetuti di terapia, dalla somministrazione a giorni alterni o dall'assunzione in presenza di alimenti favorevoli all'assorbimento; una possibile strada che sembra fornire maggiori opportunità di assorbimento sembra essere anche la somministrazione a digiuno.

Sta di fatto che purtroppo nella storia dell'atleta sideropenico questo tipo di anemia si ripropone continuamente. Per questo motivo, nel tentativo di ripristinare più efficacemente e velocemente i ►►



► depositi marziali, viene spesso praticata anche la somministrazione parenterale (per via endovenosa); purtroppo però esistono seri dubbi sulla possibilità di ottenere un reale aumento dei depositi attraverso questa terapia, mentre invece sono presenti frequenti complicanze che vanno dalla flebite della vena sede di inoculazione fino allo shock anafilattico tant'è che attualmente in Italia vige l'obbligo di somministrazione in ambiente ospedaliero. Occorre pertanto valutare bene insieme al proprio medico l'opportunità di questa terapia attraverso una corretta valutazione del rapporto rischio/beneficio.

Anche in questo caso, come in altri temi trattati nella presente rubrica, risulta determinante una corretta alimentazione basata sull'attenzione ad assumere sufficienti quantità di ferro, possibilmente in maniera naturale dagli alimenti, ponendo particolare cura alle già citate associazioni fra alimenti che ne favoriscono l'assorbimento intestinale. Presidi indispensabili per la prevenzione di questa frequente

anemia tipica degli sportivi, soprattutto adolescenti e/o di sesso femminile, risultano anche l'effettuazione di esami periodici del sangue e l'eventuale assunzione pro-

grammata di integratori specifici. ■

m.cellini@ausl.fe.it

Asma e allergie in vacanza

Le raccomandazioni per partire sicuri

Chi di noi è asmatico o allergico, può viaggiare tranquillo e godersi il meritato riposo o il sognato viaggio seguendo le giuste precauzioni, che ci permettano di partire sereni, tenendo sotto controllo la gestione quotidiana e cercando di prevenire le emergenze.

Durante le vacanze si desidera allentare la tensione necessaria a controllare i propri sintomi, ma proprio per questo organizzare alcuni aspetti pratici e cercare di dare le corrette informazioni chi ci sta intorno, ci permetterà poi di trascorrere una vacanza serena con i nostri cari.

In caso di asma o allergia respiratoria è opportuno scegliere la località tenendo conto anche degli eventuali fattori di rischio allergia respiratoria: controllate i calendari pollinici del nostro sito www.federasmaeallergie.org. Se siete allergici alle graminacee, non fate i bagni di fieno. Gli allergici agli acari della polvere – spesso migliorano se passano le vacanze in montagna al di sopra dei 1500/1800 metri. Agli asmatici e allergici ai pollini sono di solito consigliate le località marine. È necessario portare sempre tutti i farmaci che utilizzate per la terapia quotidiana e anche i farmaci di emergenza; in questo modo, anche un peggioramento inaspettato può risolversi in fretta, e le vacanze saranno salve! Per coloro che soffrono di asma o allergia grave è bene: portare con sé la certificazione e documentazione della malattia, con le note più importanti ben segnalate anche in inglese, chiedere il nome e l'indirizzo di un medico del luogo che potrebbe intervenire in caso di aggravamento o di crisi, ed informarsi su dove si trova l'ospedale più vicino e qual è il suo numero di telefono.

www.federasmaeallergie.org

Barbara Schiavulli

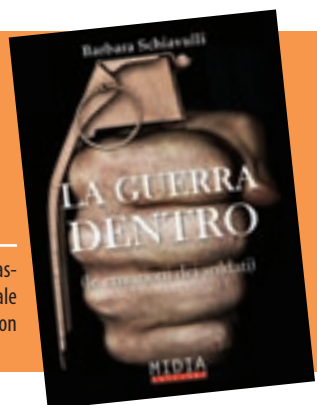
LA GUERRA DENTRO

Prezzo 12 Euro, 144 pagine

MIDIA Edizioni - www.midiaonline.it

Dieci nomi, dieci storie, dieci ruoli difficili. Dal generale al ferito, dal cecchino al pilota, dal medico al sommergibilista. Soldati in missione raccontano le loro emozioni: la

vita, la morte, la paura, fanno i conti col passato per riappropriarsi di una vita normale quando tornano a casa. Perché la guerra non fa sconti a nessuno.



L'effetto terapeutico del viaggio

Carlotta Martelli Calvelli¹



Immaginate di stare per partire per una gita fuori porta, un weekend all'estero o un'avventura intercontinentale.

Sentite quel formicolio misto ad aspettative che si insinua nella mente e nello stomaco? Dentro di voi c'è la consapevolezza che per qualche giorno staccherete completamente, si spera, la spina dalla vostra routine e dai vostri problemi quotidiani. Bene. Approfittatene!

Pensate al viaggio come una metafora.

Pensate al viaggio come un periodo in cui potete tirare il respiro, prendere aria da quella quotidianità che talvolta sembra soffocare.

Il viaggio può essere inteso come una terapia per stare meglio con se stessi e con gli altri. Esiste un vero e proprio studio chiamato "Trip Therapy".

In viaggio ci allontaniamo, sia fisicamente che psicologicamente, da ciò che ci angustia e una volta partiti guardiamo la nostra vita con un certo distacco.

I problemi, ma anche la



semplice routine, si fanno un po' più piccoli, perché ne siamo più lontani, perché stiamo cambiando la nostra prospettiva.

Se guardo in modo diverso il mio mondo, relativizzo i miei problemi, capisco ciò che mi fa star bene e ciò che mi fa star male e, una volta a casa, vivo

meglio.

"Quando si sta male si tende a fissare un punto nella parete e pensare che il mondo sia tutto lì. E invece c'è tutta la casa."

C'è tutto un mondo. Non solo fuori, ma anche dentro di noi.

Per trarre vantaggio dal viaggio e dalle distanze si deve ►►

¹ Travel & Lifestyle blogger, Firenze

► essere aperti ai cambiamenti che troviamo lungo la strada. Solo così potremo arricchirci.

In viaggio siamo circondati da tante novità, una serie di stimoli nuovi che solitamente non abbiamo. Nuovi incontri, nuovi luoghi, nuove culture.

Non giudichiamo tutto e tutti, non classifichiamo immediatamente, non partiamo prevenuti.

Cerchiamo di comprendere, proviamo ciò che solitamente non proveremo.

Cambiamo strada ogni tanto.

Stupiamo noi stessi. Altrimenti si torna a casa uguali e sempre insoddisfatti.

Anche il classico rituale di preparazione della valigia ci fa capire tanto di come siamo fatti. Ci mette di fronte a delle scelte che sembrano banali ma che ci comunicano qualcosa.

Dare priorità ad un oggetto piuttosto che a un altro.

Chiedersi: posso fare a meno di qualcosa che mi sembra essenziale nella vita di tutti i giorni? Posso.

Capire che se si dimentica qualcosa a casa non succede niente.

Adattarsi e sorprendersi.

Intendere il viaggio in questo modo fa bene a noi stessi, perchè ci permette di conoscerci meglio.

Ma se non si può viaggiare, è comunque possibile questo tipo di ragionamento? Certo.

Basta uscire un pochino dalla propria comfort zone e mettersi alla prova in qualcosa mai fatto prima. Può essere un corso di teatro, un corso di arrampicata. Qualsiasi cosa che ci permetta di conoscere meglio noi stessi.



Usciamo più spesso dalla nostra routine, dalle nostre abitudini a cui spesso ci assuefiamo. Sorprendiamoci talvolta.

Guardando il mondo vediamo noi stessi con occhi diversi.

■ carlotta.martellicavelli@hotmail.com
www.unapennainviaggio.it



Grand Hotel Astoria



L'Hotel Astoria, splendido Hotel 4 stelle di Grado in Friuli Venezia Giulia, nasce all'inizio del 1900, quando Grado era ancora meta delle vacanze al mare degli Asburgo e della nobiltà Mitteleuropea e prosegue il suo ruolo ai vertici della qualità e dell'eleganza, dall'ospitalità alla cucina.

Centro Benessere Grand Hotel Astoria

Il Centro di Idroterapie Marine del Grand Hotel Astoria è un Centro Thalassoterapico e fisioterapico a direzione medica, dove vengono praticate cure che si avvalgono dei benefici terapeutici dell'acqua di mare e della fisiochinesiterapia. Affiancato ad esso il rinnovato reparto *Wellness & Beauty*.



Largo San Grisogono, 3 - 34073 - Isola di Grado, Grado (GO)

Tel. +39(0)431.83550 - Fax. +39(0)431.83355 - Tel. Benessere +39(0)431.876375

www.hotelastoria.it - info@hotelastoria.it - benessere@hotelastoria.it

I brutti esempi dei grandi del passato e lo sport che deve tornare a essere vita

Timothy Dissegna¹



L'immagine di Paul Gascoigne, eccentrico ex centrocampista della Lazio e della Nazionale inglese, ubriaco e privo di conoscenza è uno spettacolo indecente per qualunque amante del calcio. Purtroppo è stato lo spettacolo che alcuni hanno visto nell'estate di due anni fa, trovando la vecchia stella accasciata vicino al suo appartamento e con una bottiglia di gin in mano: il ricovero in ospedale non è passato inosservato al Daily Mirror, che ha rivelato la

storia.

Purtroppo quella di Gascoigne non è l'unica storia di una vita precipitata nell'oblio dei vizi, soprattutto tra i calciatori: nel 2012 Matteo Politanò ha raccontato gli eccessi di alcuni vip del pallone su Panorama, tra cui quelli dell'ex giocatore dell'Inter e Nazionale olandese, Andy Van der Meyde, che quando giocava all'Everton "bere e sniffare cocaina era una cosa all'ordine del giorno", come ha raccontato lui stesso nella sua biografia.

Nella lista dei dannati del

pallone non può mancare però la leggenda del Manchester United, George Best, la cui dipendenza dalla bottiglia l'ha portato tragicamente alla morte: "ho speso molti soldi per alcool, donne e macchine veloci, il resto l'ho sperperato" era il suo mantra, diventato ormai una frase-simbolo per sottolineare la sregolatezza di persone che hanno avuto tutto dalla vita. Ma che, comunque, decidono di distruggersi fisicamente e psicologicamente con alcol e sostanze stupefacenti, materie prime che nella galassia dello star- ►►

¹ Studente universitario, Trieste



Numero Verde
800194848



**CASA DI CURA
e
POLIAMBULATORIO
SPECIALISTICO**

Viale Maria Bakunin, 171
Parco San Paolo - 80126 Napoli
Centralino Tel 081-7283144
www.clinicenter.it
info@clinicenter.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

► sistem non mancano mai.

Tornando a Gascoigne, Politanò continua il suo articolo raccontando che “nel 2010 si è rivolto al sindacato dei calciatori Pfa dopo aver sperperato in pochi anni il suo patrimonio di 26 milioni di euro e rischiando di finire in mezzo ad una strada”: una cifra che un comune mortale molto probabilmente non vedrà mai in vita sua. E una singola persona è riuscita a bruciarla così, dopo aver acceso per anni i cuori dei tifosi con giocate straordinarie. Forse l'unica cosa che riusciva a nascondere agli occhi di tutti un vuoto che regnava sovrano all'interno di quel fenomeno del pallone.

Difendere gli ex calciatori caduti in preda dei vizi, capaci di gettare dalla finestra milioni di euro come noccioline è difficile: fa rabbia sapere che, nonostante tutto, non si può che provare pena per loro e che, alla fine, qualcuno li aiuterà in nome del loro passato glorioso. Ma chi non ce l'ha e si è spaccato la schiena ogni giorno per



anni, ritrovandosi all'improvviso senza nulla, non vede risersarsi certo un trattamento simile. E in fondo sono due persone uguali, con gli stessi problemi di salute.

Se c'è qualcosa che lo sport dovrebbe insegnare, è che non c'è cosa più preziosa se non la salute: un atleta deve tutelare il proprio fisico, rifiutando categoricamente ogni possibile vizio. Certo, c'erano anche i grandi del passato che non rifiutavano una sigaretta (su tutti Bearzot) ma

l'esempio che oggi le icone del pallone devono trasmettere è il totale rifiuto verso ciò che deteriora il corpo. E con esso lo spirito: gli occhi stanchi di chi è stato protagonista a livello mondiale e oggi riversa in stato pietoso sono un ammonimento per i giovani. Deve esserlo, per vedere ancora nello sport una gioia di vita. Non di rimpianti. ■

timodisseгна@gmail.com



Loc. Prepotto, 20
34011 Duino Aurisina
Trieste
Tel. 040 200156
info@skerk.com



Olio, conoscere per scegliere

Marisa Cepach¹



Spesso, entrando in un supermercato, ci ritroviamo spaesati di fronte alla quantità di merce esposta e ancor di più quando, davanti a uno scaffale con un'offerta smisurata, siamo incerti nello scegliere un determinato prodotto.

Non fa eccezione il reparto degli oli extravergine di oliva, dove bottiglie di ogni forma, etichette con nomi fantastici, confezioni accattivanti, ma soprattutto prezzi che variano considerevolmente da prodotto a prodotto, ci rendono inermi nella scelta. Nella maggior parte dei casi, sia per il poco tempo a disposizione che per la scarsa conoscenza, ci affidiamo inconsapevolmente al prezzo minore o a un prodotto molto pubblicizzato o ancora ci lasciamo trasportare dall'impatto emotivo-emozionale che la confezione riesce a trasmetterci.

La conoscenza è fondamentale per un acquisto consapevole e va di pari passo a un'attenzione non frettolosa nella lettura delle etichette.

Vediamo di capire quali



sono le informazioni importanti cui porre il nostro sguardo.

Innanzitutto accertarsi della provenienza delle olive, dove sono state frante o da dove proviene l'olio che è stato imbottigliato. Troveremo scritte varie diciture: *oevo italiano* - *100% italiano* - *olive coltivate in Italia e frante in Italia*, tutte attestanti come da normativa una lavorazione di filiera as-

solutamente italiana e, dal mio punto di vista, da preferire nell'acquisto.

Altre diciture quali: *olio di oliva comunitario* - *olio di oliva non comunitario* - *miscela di oli d'oliva della comunità europea* - *miscela di oli d'oliva non della comunità europea* mi descriveranno un prodotto che non è *Made in Italy* e con una filiera difficile da verificare.

Se poi vogliamo osare e sce-



edizioni la meridiana

Libri per genitori, insegnanti,
educatori e operatori sanitari.
Formazione, pace, cultura.

via Sergio Fontana, 10/C - 70036 Modugno (BA)
tel. 080/7491945 • www.lameridiana.it • ed@lameridiana.it



¹ Esperto assaggiatore, Trieste

► gliere degli oli *monovarietali*, in etichetta troveremo segnata la varietà di appartenenza, potremmo fare un interessante viaggio nel gusto delle specificità italiane che ci permetterà di giocare in cucina, ricercando gli abbinamenti migliori nell'utilizzo a crudo di questo meraviglioso ingrediente.

Sarà opportuno verificare anche il termine di preferibile consumo entro il quale il confezionatore ci assicura che le specifiche proprietà dell'olio extravergine d'oliva, in adeguate condizioni di conservazione, si manterranno praticamente inalterate come all'atto dell'imbottigliamento. Dopo tale data l'olio può comunque essere utilizzato se, a un semplice assaggio, ha mantenuto le sue caratteristiche organolettiche in assenza di rilevanti

difetti sensoriali. Il termine minimo di preferibile consumo previsto dalla normativa italiana è di *18 mesi* a partire dalla *data di imbottigliamento*.

Chiaramente, dobbiamo essere consapevoli, che se acquistiamo una bottiglia d'olio in "scadenza" il suo fruttato non avrà quella piacevole e ricercata freschezza di un olio appena franto ma, probabilmente, risulterà stanco e carente di quelle peculiarità tipiche e salutisticamente importanti.

Infatti l'olio non è come il vino che invecchiando migliora, l'olio vecchio inesorabilmente sarà *rancido*, cioè difettato.

Per quanto riguarda il prezzo di vendita, fattore molto importante, un costo adeguato sarà quella intermedio per un *oevo* da usare in cottura men-

tre le fasce più alte le destineremo all'acquisto di oli monovarietali, di blend di eccellenza o di D.O.P., che non possono mancare nella nostra dispensa e che risponderanno a quelle caratteristiche sensoriali specifiche da utilizzare rigorosamente a crudo per preservarne al meglio le qualità organolettiche nella sinergia con l'alimento e quelle salutistiche nella composizione chimica.

Io penso che già fermarsi e leggere queste due o tre informazioni di primaria importanza su un'etichetta di *olio extravergine di oliva* sarebbe un enorme passo verso una consapevolezza nell'acquisto e una conoscenza del prodotto.

Prendetevi del tempo per la vostra salute. ■

marisa.cepach@yahoo.it



Proteggere vite fragili è la nostra missione.




VitalAire e Medicasa offrono i più completi servizi nelle Cure a Domicilio

- ✧ Assistenza Respiratoria Domiciliare
- ✧ Ossigenoterapia Domiciliare
- ✧ Ventiloterapia Domiciliare
- ✧ Diagnosi e Trattamento dei Disturbi del Sonno
- ✧ Nutrizione Artificiale a Domicilio
- ✧ Assistenza Domiciliare Integrata
- ✧ Ospedalizzazione Domiciliare
- ✧ Telemedicina

Numero Verde
800-863062

VITALAIRE ITALIA S.p.A. - MEDICASA ITALIA S.p.A.
 Centro Direzionale Milanofiori Nord - Edificio U7 - Via del Bosco Rinnovato, 6 - 20090 Assago (MI)
 Tel. 02 4021.1 - Fax 02 4021806
www.vitalaire.it - www.medicasaItalia.it



Fibre alimentari e salute

Marco Baroni¹



Anche nel campo dell'alimentazione vigono leggi che, anche se non scritte, risultano estremamente condizionanti e accettate dalla maggioranza: una di queste è quella relativa al posto che le fibre occupano nell'immaginario collettivo.

La storia comincia nei tardi anni '60, quando ormai metabolizzate le privazioni derivanti dalla guerra, cominciò a diffondersi il concetto che tutti gli alimenti che rappresentavano il benessere (pane bianco, paste e farine con grano 00, carne, latte, zucchero, ecc.) contribuivano in realtà al diffondersi di patologie dalla natura e gravità molto diversa ma tutte ugualmente diffuse e "popolari": stitichezza cronica con relativa presenza o meno di emorroidi, diabete, colon irritabile, aterosclerosi, obesità, tumori.

Nella pubblicistica di salute, allora ancora agli albori,

e nel martellante *tam tam* pubblicitario (anche quello agli albori) piano piano ma irresistibilmente (come recitava una canzone di successo) tutti i cibi troppo raffinati e "bianchi" cominciavano ad essere demonizzati e prendeva piede il concetto di "integrale" e "naturale".

Sostenute da ricerche planetarie e autorevoli queste idee si sono evolute e anche il mondo della produzione ha seguito (o condizionato? mai tale dubbio fu più reale) i desideri del pubblico offrendo prodotti sempre più in linea con i nuovi dettami di una

alimentazione salutare.

Un posto particolare lo occuparono (e tuttora occupano) le fibre.

Preceduti da un decennio di amore sviscerato per la crusca che fece la fortuna di negozi allora dimenticati come quelli di granaglie, sono usciti sul mercato miriadi di prodotti che enfatizzano la loro efficacia con la presenza di fibre.

Come al solito noi di ASIA siamo chiamati a fare chiarezza.

Prima di tutto va precisato che le fibre non sono alimenti buoni o nocivi di per



¹ Pneumologo, presidente A.S.I.A. (Associazione Scientifica Italiana Alimentazione)

► sé in quanto non vengono digerite, ma sono importanti in quanto favoriscono alcune funzioni nel processo di assorbimento dei nutrienti.

Si distinguono in solubili e non solubili.

Le prime hanno un ruolo nel ridurre l'assorbimento di zuccheri e grassi, le seconde producono un effetto massa che favorisce il transito intestinale e quindi la defecazione, soprattutto se accompagnate da un congruo apporto di liquidi, in particolare acqua.

Tutte producono un buon senso di sazietà e quindi aiutano a ridurre l'introito di cibo.

Giocano un ruolo anche nel favorire la crescita delle flora batterica intestinale non patogena e quindi indirettamente nel potenziare l'apparato immunitario.

Queste caratteristiche le rendono un cibo di sicura importanza nell'alimentazione umana, ma come sempre in biologia, che è materia di grande complessità, è necessario fare alcune precisazioni.

Non sempre e comunque le fibre "fanno bene".



Intanto, se la loro assunzione non viene accompagnata da un congruo apporto idrico, la loro funzione di massa evacuante si trasforma nell'opposto, cioè favoriscono la stipsi, e possono arrivare a provocare forme di disidratazione. Inoltre possono ridurre l'assorbimento di alcuni farmaci proprio per l'eccesso di transito intestinale. Una tendenza al malassorbimento generalizzato che riduce p.e l'assorbimento del ferro provocato dall'eccesso di acido fitico ed ossalico.

In genere questi effetti sono provocati da un eccesso di assunzione di prodotti concentrati in pillole derivanti dallo scarto dei processi di produzione dei prodotti da

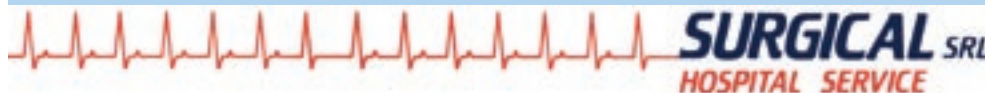
forno: la cosiddetta "crusca concentrata". Nel caso poi di patologie dell'apparato digerente in atto, in particolare colon irritabile e colite ulcerosa possono essere causa di peggioramento.

Come in tanti altri casi di autoprescrizione, soprattutto se si è certi di essere portatori di patologie croniche di una certa rilevanza, è buona e prudente norma quella di chiedere il consiglio del proprio medico prima di assumere integratori per lunghi periodi: non sempre ciò che viene presentato come "naturale" fa bene. ■

dott.marcobaroni@gmail.com
www.associazioneeasia.org

L'azienda di distribuzione di dispositivi medico chirurgici attiva in Sardegna dal 1976.

In oltre 36 anni di attività Surgical si è affermata per la qualità dei prodotti e la professionalità nei servizi.



via montenero, 16 • 09122 Cagliari • tel +39070290871/2 • fax +39070291831 • e-mail: info@surgicalsrl.com

Sonno e alimentazione: due caposaldi della salute

Marco Baroni¹



Oggigiorno bisogna imparare a “pensare” la nostra salute in maniera diversa: una medicina intelligente e moderna, al passo con i tempi è quella che, conoscendo i meccanismi e i segreti dei processi biologici che portano alle malattie croniche e degenerative, imposta i propri programmi basandosi su queste conoscenze per contrastarle.

Negli ultimi anni sono stati molto approfonditi gli studi sui processi di infiammazione, ossidazione, acidificazione e glicazione che, in buona sostanza, portano ad una progressiva perdita di energia e dei meccanismi immunitari.

Questo sul piano biochimico, ma oggi siamo in grado di conoscere e possibilmente di intervenire su un piano ancora più profondo che informa di sé tutti questi processi: la genetica.

Ecco quindi che il concetto



di prevenzione si rinnova e si nutre non solo di parole ma di fatti.

Fatti che significano programmazione, precisione, solidità scientifica.

Parlare di prevenzione vuol dire parlare del futuro, ma in una società nella quale il concetto di futuro è stato escluso dal nostro orizzonte, ribadire che anche nella cura della salute è fondamentale imparare a pensare “in avanti” non è facile, tant’è vero che l’impostazione della sanità pubblica non è adatta ad

affrontare questi problemi se non a livello di massa e non pensando all’individuo.

E cosa c’è di più razionale se non agire sulle due dimensioni imprescindibili, il dormire e il mangiare, senza le quali la vita, come la intendiamo noi, non sarebbe possibile?

Tanto più che vengono riscontrate sempre più evidenze di un nesso causale tra sonno e metabolismo: p.e. ricerche recenti hanno monitorato l’attività di tutti i geni del genoma umano e hanno ►►

¹ Pneumologo, presidente A.S.I.A. (Associazione Scientifica Italiana Alimentazione)

► scoperto che un sonno insufficiente influenza l'attività di oltre 700 dei nostri geni e tra questi quelli deputati a controllare l'infiammazione, l'immunità e la risposta allo stress.

Agire quindi sull'intreccio, complesso ma affascinante tra sonno ed alimentazione non sembra quindi operazione forzata.

Dormire bene, lo ribadisco, influisce su tutti gli aspetti della fisiologia del nostro corpo.

Chi dorme poco e male, prima o poi si ammala.

Chi per esempio è affetto da obesità rischia di dormire male a causa di apnee notturne ed entra in un circolo vizioso che rafforza i meccanismi metabolici che sostengono la stessa obesità.

A questo proposito, molti studi stanno indagando i rapporti tra sonno e obesità, tra sonno e livelli di insulina e di leptina, l'ormone della sazietà.

Una cosa è ormai accertata: se oggi la ricerca ha confermato che gli orologi biologici che regolano il ritmo sonno/veglia non sono solo uno o due come si pensa-

va ma addirittura migliaia è logica conseguenza che sballare questi orologi biologici può determinare gravi rischi per la salute: p.e. è ormai ampiamente dimostrata l'*ipotesi della nonna*: mangiare fuori orario, consumare i pasti sempre ad orari irregolari si traduce negli adulti in un rischio molto aumentato di contrarre la cosiddetta sindrome metabolica (malattie cardiovascolari, diabete) anche a distanza di molti anni.

Ma anche la fisiologia di polmoni, cuore e sistema nervoso possono essere implicati: si ipotizza che anche Alzheimer e Parkinson potrebbero essere correlati ai ritmi circadiani.

Queste argomentazioni rafforzano il concetto che il sonno è molto di più di un semplice periodo di riposo; in realtà **mentre dormiamo il nostro corpo lavora**.

Non è una perdita di tempo. L'equivoco nasce dalla convinzione che la vita organica sia unicamente legata alla veglia, allo stato cosciente, alla vigilanza.

In realtà durante il sonno si svolgono numerosi processi biologici (uno dei più

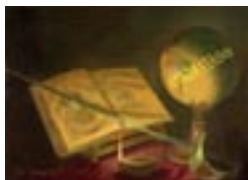


importanti è la produzione dell'ormone della crescita) che nel periodo di veglia si interrompono.

Processi che sono alla base del mantenimento dell'equilibrio fisiologico dell'organismo.

Ecco, quindi, che: **mentre dormi il tuo corpo ti cura.** ■

dott.marcobaroni@gmail.com
www.associazioneasia.org



agenzia
SPADA VIAGGI
MIRAVALL S.R.L.



*"Il viaggio è una metafora dell'esistenza
o un salto in verticale verso la libertà?"*

33100 UDINE - ITALY - Via Cosattini 24

Tel. +39 0432 512557

Fax +39 0432 510821

e-mail: info@spadaviaggi.it

ORARI: lun-ven 9.00-12.30/15.00-18.45, sab 9.00-12.00

34170 GORIZIA - ITALY - Via Morelli 51

Tel. +39 0481 550078

Fax +39 0481 550094

e-mail: gorizia@spadaviaggi.it

ORARI: lun-ven 9.00-12.30/15.00-18.45



Enzo E. Mari



Diego Valentinuzzi



Mario Bessarione



Paolo Cervi Kervischer



Pino Giuffrida

MIDIA srl

Via C. Beccaria, 3 - 34133 Trieste
tel. +39 040 3720456 - midia@midiaonline.it

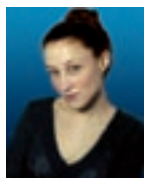
Le opere dei nostri Partner sono acquistabili su
www.respironews.it/la-bottega

MIDIA
ARTE
CONTEMPORANEA

Pino Giuffrida: esistenzialismo pittorico

L'arte è terapia

Francesca Salcioli¹



Pino Giuffrida è stato conquistato dall'arte fin dall'età giovanile, fresco di idee e ideali, inizialmente attraverso il linguaggio universale e immediato della musica. Giuffrida suonava il basso elettrico in un gruppo di giovani, sognava in grande. Poi la chiamata per il servizio militare: "Fu nel distaccamento di Muglia (Trieste) che improvvisamente mi cadde l'occhio sull'oleodotto. Non so perché – racconta – ma ho iniziato a disegnarlo con schizzi e scarabocchi. Tornato in caserma, i commilitoni mi dissero che quei disegni erano belli. Così ho continuato a disegnare". Un incontro casuale (casualità o causalità?) con l'oleodotto, che ti cambia la vita, penso, e che dà il via a una serie di nuovi sguardi su macchie, pavimenti e ricerche fra tele e colori.

"Quando ero ragazzino ero bravo solo nel disegno

tecnico. Sono un autodidatta – puntualizza Giuffrida – ho studiato solo per un periodo alla scuola del "Revoltella" e a un corso di figura, alla Libera Accademia Ettore Tito di Venezia". Il resto della cultura riversata sulle tele deriva soprattutto dalle buone letture, in particolare dalle opere di Jean-Paul Sartre, che Giuffrida considera una sorta di padre spirituale: "L'Esistenzialismo mi ha portato a riflettere sulle cose reali e concrete. Ad ogni riga letta i miei occhi si aprivano e sentivo che stava scaturendo in me qualcosa di profondo". E poi ci sono gli artisti di riferimento, che per Giuffrida sono in particolare "Francis Bacon per la sua carica e forza quasi distruttiva e Pablo Picasso per il suo messaggio universale e la sua ricerca".

Sfogliando l'album mentale dei ricordi e qualche catalogo fisico, misto a locandine e fotografie per l'occasione, diverse sono le mostre indimenticabili che segnano la vita dell'artista: la prima personale, ad esempio, in una sala comunale cittadina di Trieste, nel 1970. E poi, nello scorrere degli anni Settanta, altre personali nelle gallerie di Ferrara e Firenze. Una,



in particolare, tristemente indimenticabile, inaugurata in un lontano 6 maggio 1976: "Ritornavo indietro dal cinema, quella sera – ricorda Giuffrida – quando in albergo mi dissero del terremoto che aveva appena colpito il Friuli". Lì l'arte ebbe certamente un aspetto, se non riparatore, almeno accompagnante, terapeutico, nel vero senso etimologico di "tèraps", dal significato di "aiutante, compagno".

"L'arte per me è stata una terapia – dichiara Giuffrida – avevo da sempre un carattere piuttosto chiuso. Nell'arte e nelle figure ho trovato invece in primis un dialogo con me stesso e poi ►►

¹ Midia, Redazione

► una comunicazione con gli altri". "L'arte mi ha permesso di essere più sereno e in pace con me stesso, con gli altri e con il mondo", aggiunge. Ma l'arte è stata per Giuffrida anche una terapia tangibile, fisica: "Quando dipingevo, fumavo due pacchetti al giorno. Era come una carica per me – ricorda – Con il passare del tempo però sentivo che qualcosa non andava bene, che mi mancava il respiro e avvertivo come un'oppressione al petto. Dopo tanti tentativi per smettere di fumare, mi sono chiesto: perché devo essere schiavo della sigaretta? Se sto male, non dipingo più. Cos'è meglio: dipingere o fumare? Mi sono risposto che preferivo dipingere. E da un giorno all'altro ho smesso di fumare". Ovviamente l'arte non è solo terapia, suggerisce, ma anche fonte di un certo tormento: "Quando sembra non arrivi l'ispirazione, o nella ricerca di una difficile condivisione con gli altri artisti o di una buona relazione con i critici". Eppure l'arte permette davvero di respirare, di avere una relazione di scambio vitale con il mondo: "Il respiro è la vita, è consapevolezza. Verso gli altri, verso me stesso, verso tutto".

"La mia pittura ha una rilevanza psicologica – sottolinea Giuffrida – con ramificazioni profonde che coinvolgono la travagliata paura dell'uomo d'oggi. Concetti di vita, brandelli di sogni che svaniscono". Ma qual è la paura più grande,



per l'uomo contemporaneo, fra estrema comunicazione e digitalizzazione dell'esistenza? Forse la solitudine. Giuffrida ricerca il "perché della solitudine e dell'impossibilità della felicità attraverso creature perse o coinvolte dalla vita in un disperato bisogno e una disperata necessità di entrare nei cuori nella vita individuale", "corpi piegati e ricomposti come antichi dipinti, ma in una moderna allegoria della follia della ragione". Poiché "il nostro mestiere di vivere aggrappati alla ragione

spesso è una condanna". "Questi pensieri – conclude Giuffrida – stimolano in me un'esigenza espressiva attraverso il messaggio, per la mia vita d'artista e per il mio avvenire spirituale".

Se dipingete, chiudete gli occhi e cantate.

Pablo Picasso ■

salcioli@midiaonline.it

Contatti:

www.pinogiuffrida.blogspot.it
artepinogiuffrida@libero.it



Diego Valentinuzzi

www.diegovalentinuzzi.com
diego.valentinuzzi@alice.it

Il problema delle cicche di sigaretta ovvero... quando una cicca fa male anche da spenta

Vincenzo Zagà¹



Fumare tabacco comporta l'immissione in ambiente di più di 4.000 sostanze chimiche, molte delle quali ad azione irritante, nociva, tossica e cancerogena. Durante la fase di combustione della sigaretta una parte degli agenti chimici prodotti viene inalata dal fumatore, una parte viene dispersa nell'ambiente esterno (fumo passivo), un'altra parte immessa sempre nell'ambiente con la cenere e una parte viene tratteneuta dal filtro.

La porzione di sigaretta non fumata e il filtro costituiscono quella che viene comunemente chiamata *cicca* o *mozzicone* di sigaretta. Nelle cicche quindi è possibile trovare moltissimi inquinanti chimici come nicotina, benzopirene, composti organici volatili, polonio-210 e acetato di cellulosa, una materia plastica di cui è costituito il filtro. Pertanto, contenendo le cicche una miriade di sostanze tossiche, in base alla



Puliamo i luoghi di salute di Bologna dalle cicche di sigaretta

Raccolta delle cicche di sigaretta da parte dei volontari all'Ospedale Maggiore e Bellaria



normativa inerente la classificazione delle sostanze pericolose, queste dovrebbero essere classificate come rifiuti tossici e come tali dovrebbero essere trattate quanto a raccolta differenziata e smaltimento. Contrariamente a questo principio, invece, esse vengono immesse nell'ambiente in modo selvaggio e senza alcun criterio.

Quando si gettano per terra i mozziconi di sigaretta non si pensa all'impatto ambientale che questo gesto comporterà, per cui è il caso di dire che una cicca fa male anche da spenta. Infatti basti pensare che:

Il filtro delle sigarette è costituito da acetato di cellulosa, un materiale difficilmente degradabile (occorrono fino ►►

¹ Pneumologo, Bologna
Caporedattore di Tabaccologia

► a circa 5 anni prima della completa degradazione).

La combustione del tabacco comporta l'immissione nell'ambiente di oltre 4.000 sostanze chimiche pericolose. Una certa quantità di queste sostanze sono presenti nel mozzicone di sigaretta: si tratta, ad esempio, di nicotina, benzopirene, ammoniaca, acido cianidrico e polonio-210, sostanze che possono avere effetti gravi sia per l'uomo che per l'ambiente.

Frequentemente i fumatori abbandonano le cicche per terra dove capita. Succede così di vedere tappeti di mozziconi abbandonati qua e là. L'effetto provocato è sgradevole dal punto di vista estetico e crea problemi per la pulizia urbana perché facili ad incastrarsi negli interstizi più disparati.

Tra i possibili danni acuti ricordiamo il rischio ingestione di cicche per i bambini.

Da non sottovalutare poi un effetto pericoloso del rilascio incontrollato nell'ambiente dei mozziconi di sigaretta rappresentato dagli incendi (es. sigarette non spente o spente male e gettate dalle auto in zone a rischio).

Il disastro ambientale si consuma quando le cicche abbandonate a terra raggiungono poi le falde acquifere, fiumi e mari in inquinamento degli alimenti e della fauna ittica e terrestre. E il cerchio si chiude inevitabilmente con l'uomo.

Per quanto riguarda il carico inquinante per l'ambiente, tenuto conto del consumo annuale di sigarette in Italia

(circa 11 milioni), abbiamo calcolato il carico nocivo immesso con le cicche in ambiente esterno (52 miliardi di cicche/anno):

Nicotina: 300 tonnellate/anno
Polonio-210: 1.400 milioni Bq/anno

Composti organici volatili (Benzene, Acroleina, Formaldeide, Acetone): 1.500 tonnellate/anno

Ammoniaca e Acido Cianidrico: 20 tonnellate/anno

Particolato(condensato/catrame): 1.000 tonnellate/anno

Allo scopo di sensibilizzare i fumatori ad un maggior rispetto per l'ambiente l'associazione ALIBERF di Bologna (Associazione Liberi dal Fumo) formata dagli ex-fumatori del Centro Antifumo dei Centri Antifumo dell'AUSL di Bologna assieme al Dipartimento di Igiene e Prevenzione dell'AUSL di Bologna, con l'adesione di Lega Ambiente e col patrocinio della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), ha organizzato ed effettuato, sabato 14 maggio u.s., una raccolta delle cicche di sigaretta nei parcheggi e pertinenze degli Ospedali Maggiore e Bellaria (*Datti una mossa con il Cikka*



Day). In circa 3 ore sono state raccolte 6 kg. Di cicche pari a circa 20 mila mozziconi che purtroppo, in assenza di un codice europeo (codice CER) che possa etichettare la cicca di tabacco come rifiuto tossico, abbiamo dovuto gettare nei cassonetti dell'indifferenziata.

L'iniziativa acquista valenza maggiore alla luce dell'entrata in vigore (2 febbraio 2016) della legge che autorizza i Comuni ad informare, educare la popolazione e a vigilare e sanzionare chi disperde nell'ambiente le cicche di sigaretta interessando, fortunatamente, anche alcuni massmedia (*Repubblica.it* e *Radio24*). ■

vincenzo.zaga
 @fastwebnet.it



Il racconto breve

Madre e figlio

Tra piccioni e zanzare

Antonio Schiavulli¹



Era andata a trovarla, come accadeva sempre più frequentemente negli ultimi tempi, pensando che quando la vecchia madre era in gamba e senza la compagnia del sig. Alzheimer, non era andato spesso a trovarla, perché tanto stava bene, e invece erano quelli i tempi che la madre avrebbe gioito della presenza del figlio lontano.

Erano già quattro settimane che la visita non avveniva più nella casa materna, ma in ospedale a causa di una caduta che aveva procurato la rottura del femore. Tutto era andato per il meglio, quattro giorni trascorsi in un corridoio (considerati normali dal figlio che conosceva abbastanza la realtà ospedaliera) di un reparto ortopedico con l'assistenza continua della badante, l'intervento chirurgico e l'attesa di un posto letto in una struttura che consentisse con la riabilitazione di rimettere in piedi la vecchia madre. Presa coscienza che nessuna struttura convenzionata accettava una paziente non

collaborante (al figlio era fuggevolmente venuta l'idea che chi si accompagna con il sig. Alzheimer non solo ha sfiga, ma viene anche punito), era finalmente arrivato il momento del trasferimento alla struttura del recupero funzionale.

Il figlio, che si era trovato insieme con la madre al momento del trasferimento, non era potuto salire sull'ambulanza in quanto non previsto e si era incamminato per raggiungerla al reparto dove stavano trasferendo l'anziana paziente. Erano le ore calde di un assolato pomeriggio di un torrido giugno. Il sudore aveva reso fradicia la camicia azzurra del mattino e la ricerca del reparto nel vecchio grande ospedale non era facilissima, due o tre indicazioni avute all'interno avevano dato risultati scarsi. C'era stato anche l'incontro imprevisto con un conoscente pneumologo, che intento in uno studio buio a leggere delle carte, non aveva quasi mostrato meraviglia a vederlo lì in quel posto e alla ricerca della madre appena trasferita. Pochissime parole frettolose del medico, quasi con il disagio di farsi vedere il un luogo così lugubre visto che nel passato gli incontri erano sempre avvenuti o in ambito congressuale o in alberghi sfavillanti.

Dopo aver attraversato qualche sotterraneo, qualche cortile con detriti vari e qualche corridoio, finalmente era riuscito a trovare la madre. E lì con delle infermie-

re premurose e simpatiche, sotto gli occhi attenti e amorevoli della badante, sarebbe cominciata la riabilitazione. Si sarebbe trattato di una riabilitazione a spizzichi e bocconi (problemi di personale). Così quel luogo si era presentato ai nuovi ospiti quel pomeriggio. Almeno al figlio e alla badante, non sapendo nulla dei pensieri della madre. I finestrini delle stanze erano aperti sulle grandi terrazze, nate ai tempi per i tubercolosi, perché il caldo era soffocante e i malati anziani seminudi vivevano come potevano il loro calvario nei letti con sbarre laterali. Erano sicuri di non cadere, ma non di sopravvivere. L'aria condizionata era altrove, quello era solo un girone dantesco. Intanto qualche piccione era entrato nel corridoio e volava in libertà, a rendere più coreografico e grottesco lo scenario. Non era stato facile ripartire e lasciare lì la madre. A consolazione la grande fiducia nella badante, ovviamente clandestina.

Quella mattina, era passata una settimana dal trasferimento della madre, il figlio, avendo preso il primo volo del mattino, arrivò presto anche per rendere libera la badante che come sempre aveva fatto la notte.

Dopo l'attraversamento del solito dedalo ospedaliero, il figlio arrivò sudatissimo alla porta della stanza, e vedendo di spalle la badante ricurva verso la vecchia madre, gli venne in mente di presentarsi, come fanno certe volte ►►

¹ Midia, Direttore Responsabile di Respiro

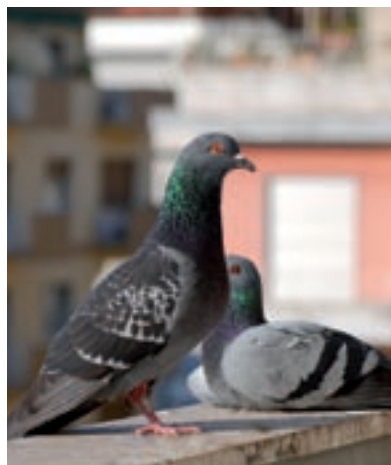
► i figli (quando sono più ragazzi) con i genitori, sbucando fuori all'improvviso. Un paio di lunghi passi ed eccolo finalmente lì, agli occhi delle due donne. Occhi sicuramente sorpresi, ma niente in confronto agli occhi sorpresi del nuovo arrivato. La vecchia madre era quasi irriconoscibile, la sua pelle normalmente bianca e liscia somigliava a carta vetrata, era rosso chiara e disseminata da una quantità infinita di puntini rosso scuro. Così era per tutto il corpo che rimaneva scoperto a causa del caldo insopportabile, viso, collo, braccia e gambe. Una cosa mai vista. Ancora incredulo a quella vista, stava ascoltando la badante che gli raccontava di un'invasione notturna di zanzare, della quale anche lei era rimasta vittima, quando una voce li raggiunse dal corridoio: "non è questa l'ora dei parenti". Il figlio alzò lo sguardo e vide che quella voce apparteneva ad una signora in camice bianco. Si dimenticò dell'educazione che la vecchia madre gli aveva dato e tirò fuori una voce che forse nemmeno lui sospettava di avere. In modo poco civile, in piena sintonia con il luogo, chiese alla dottoressa perché le zanzare sì, a qualsiasi ora, e lui no. Investita da quel furore, la signora bionda cercò di ribattere, ma il figlio della vecchia venuto da lontano glielo impediva coprendola con la sua voce e chiedendole se quello era un luogo di cura o un luogo per campeggiatori imprudenti.

Le voci alte fecero accorrere prima un incuriosito infermiere trasandato e subito dopo un bel signore in camice bianco che, presentandosi come il primario, si rivolse con voce pacata all'uratore chiedendogli conto di quel

baccano.

Cercando di calmarsi, il figlio alterato non poté non notare l'eleganza di quell'uomo. Era ben pettinato, la barba fatta di fresco, abbronzato, non una goccia di sudore. Il camice era immacolato, senza una piega. La camicia azzurra fresca e stirata alla perfezione. I pantaloni beige spuntavano sotto il camice con riga perfetta e poggiavano con i risvolti su scarpe marrone lucidissime. Quella vista era accompagnata da una porta sullo sfondo screpolata e sporca, dove con un pennarello avevano scritto a caratteri cubitali "non aprite questa porta" e dal finestrone vicino con un residuo di rete zanzariera penzolante e dalla dottoressa silenziosa e pensierosa. Calmatosi e un po' confuso, chiese scusa alla dottoressa per lo sfogo e cominciò a spiegare al primario, che lo ascoltava apparentemente molto interessato.

Alla fine della breve descrizione dei fatti e del disappunto, l'elegantissimo signore disse: "Lei ha perfettamente ragione, la situazione è proprio quella che lei descrive e vorrei che lei mi usasse la gentilezza di andare in direzione e denunciare le stesse cose". "E lei qui cosa ci sta a fare, controlla le voci indignate che si alzano troppo? Ma ci vada lei in direzione" rispose con calma il figlio della vecchia signora. I due si guardarono profondamente negli occhi. Il primario si allontanò senza dire una parola. Il figlio fece per tornare dalla madre quando la dottoressa bionda lo prese per un braccio, e con uno sguardo tra il dolce e l'addolorato disse: "Le chiedo scusa per prima, ho parlato senza pensare. A quest'ora del giorno non sto al meglio, dopo



che nel tragitto in auto da casa all'ospedale non faccio altro che pensare a che giornata mi aspetterà in questo brutto luogo, dove certe volte ho invidiato il malato, che almeno spera di andarsene dopo un periodo di degenza". "Se ce la farà" rispose lui.

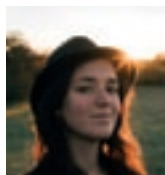
E continuarono a parlare, la dottoressa bionda cercando conforto al suo disagio e spiegando che comunque si prodigava per il paziente come la sua professionalità le imponeva, lui guardando la madre inconsapevole e piena di punture, assistita amorevolmente dalla badante clandestina.

Pensava che in fondo quella dottoressa con la sua umanità e i suoi problemi si inseriva bene nel quadro di cui anche lui, tra sudore e alzate di voce, faceva ormai parte. E lo pensava, distratto da un piccione posatosi sul davanzale, incerto se entrare nella gabbia di esseri umani o spiccare il volo nell'aria libera, con le narici ancora piene del buon profumo emanato dalla pelle liscia e abbronzata dell'elegantissimo primario. ■

schiavuelli@midiaonline.it

Il ritratto fotografico

Morena Cotterle¹



La fotografia è un linguaggio, quindi un mezzo di espressione, che può essere interpretabile, soggettivo e per questo, a volte, ingannevole. Il significato di una fotografia è il risultato dell'unione di vari elementi: il soggetto, le scelte dell'autore riguardo le modalità di scatto, l'esperienza e la cultura dell'autore, nonché le sue emozioni al momento dello scatto, ma anche l'esperienza, la cultura e le emozioni del fruitore che la osserva.

Questo vale per qualsiasi soggetto, dal paesaggio al mazzo di fiori, pensiamo quanto possa essere importante nel momento in cui parliamo di un ritratto. Il ritratto implica la presenza dell'essere umano, qualcuno che "è stato" davanti all'obbiettivo del fotografo, con la sua presen-

za, i suoi lineamenti, la sua fisicità, i suoi abiti, ma anche con le sue espressioni ed emozioni. Il fotografo che decide di ritrarre una persona ha il compito di cogliere tutto questo in un unico scatto, lasciando intatta la natura della persona, con l'intento, ancor più, di svelarla.

Le tipologie di ritratto fotografico sono diverse: il ritratto documentativo, che ha l'intento di semplice rappresentazione dell'individuo, o di un gruppo di individui, nelle sue caratteristiche somatiche, ad esempio a scopo di ricerca o catalogazione; questo tipo di ritratto vedrà il soggetto perlopiù in posa. Il ritratto "rubato", quando la persona diventa soggetto inconsapevole di uno scatto; non sarà una foto del soggetto in posa e molto probabilmente il suo sguardo non sarà rivolto direttamente verso l'obbiettivo, questo tipo di ritratto è più rivolto all'espressione di un momento

o alla relazione tra individuo e contesto. In questo caso si può parlare anche di ritratto "ambientato" o "contestualizzato".

Credo comunque che il ritratto fotografico per definizione sia quello in cui sono coinvolti direttamente autore e soggetto fotografato. Il fotografo deve riuscire ad entrare in empatia col soggetto, a farlo sentire a proprio agio, a far sì che si senta libero di esprimersi, così da riuscire a tirare fuori gli aspetti che vanno al di là delle sole caratteristiche fisiche; affinché emerga la personalità dell'individuo, attraverso un gesto, un'espressione, un atteggiamento... e magari riuscire a "sentire" l'attimo giusto in cui scattare per avere l'immagine che racchiuda tutto quello che quella persona è, fino, perché no, a cogliere la sua anima. ■

www.morenacotterle.it

www.istantibianchi.com

morena@istantibianchi.com

¹ Fotografa professionista, Trieste



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	>15-30	>35
Compositae Ambrosia	0-1	1-5	>5-25	>25
Corylaceae	0-1	1-15	>15-50	>50
Cupressaceae	0-1	1-30	>30-90	>90
Gramineae	0-1	1-10	>10-30	>30
Oleaceae	0-1	1-5	>5-25	>25
Urticaceae	0-1	1-20	>20-70	>70

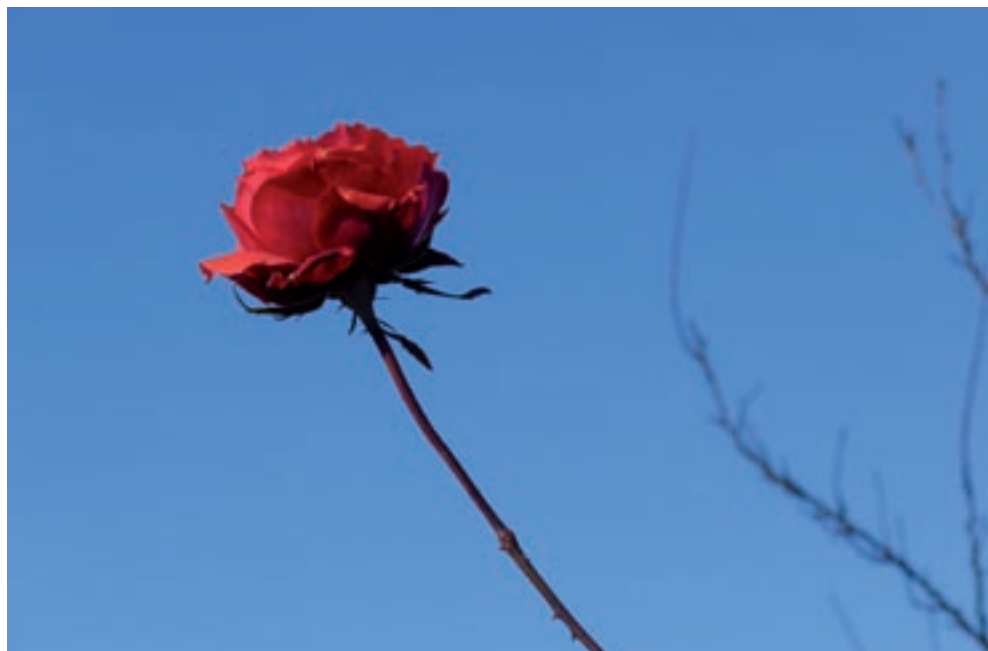
Respiro

*Come l'albero,
la cui fronda all'alba
di ramo in ramo
e di foglia in foglia,
cerca calore dalla luce,
come brezza del mattino
che a tremolar ci parla,
come viandante,
che si ferma,
siamo,
e sotto quella chioma
ascoltiamo,
dentro noi, lento,
il respiro dell'universo.*

Ludovico Trianni¹

(Dedicata alla Redazione di RESPIRO)

¹ Pneumologo, Pavullo (MO)
trianni.ludovico1@gmail.com



DOMANDA

In questi giorni mi è comparso un forte mal di testa frontale, accompagnato a una sensazione di naso chiuso e raffreddamento. È molto fastidioso e non so cosa fare: posso prendere qualche farmaco per ridurre il dolore?

RISPOSTA

Probabilmente si tratta di una sinusite frontale. I seni nasali e paranasali sono delle cavità vuote (contengono normalmente solo aria) delle ossa del cranio, che servono ad alleggerire il peso della ossa della nostra testa. In certe condizioni è possibile che si riempiano di catarro e si manifesti una loro infiammazione, una sinusite appunto.

In questo caso probabilmente è interessato quello spazio al di sopra delle sopracciglia che si chiama seno frontale. Il dolore, che spesso aumenta premendo col dito sulla fronte, la sensazione di naso chiuso e di raffreddamento e la presenza di catarro nasale sono classiche manifestazioni delle sinusiti. Purtroppo sono disturbi molto fastidiosi, sebbene assolutamente non gravi, che richiedono pazienza e tempo per guarire. Sono indicate prolungate cure antibiotiche, farmaci fluidificanti per sciogliere il catarro che possono essere somministrati anche per aerosol, antinfiammatori che controllino i dolori e, talvolta, è



perfino necessario ricorrere al cortisone.

Quando il disturbo è importante o si presenta ripetutamente, è bene effettuare una TAC del massiccio facciale senza mezzo di contrasto per studiare lo stato dei seni. In alcuni casi è necessario un intervento chirurgico di pulizia, che oggi si attua con efficacia, senza tagli o cuciture, in videoendoscopia, cioè con moderne strumentazioni a fibre ottiche che passano attraverso le narici. ■

Tratto da:
Il medico in tasca
Sergio Harari
Ed. BUR Rizzoli, 2013.



Sono molti i dubbi, le paure o le semplici curiosità che ci spingono a cercare chiarimenti e rassicurazioni sul nostro stato di salute: si moltiplicano i siti internet di medicina, le rubriche e i pareri gratuiti di persone più o meno accreditate, ma molto spesso il "fai da te" non funziona. In questo libro chiaro e conciso Sergio Harari - professionista di fama e autorevole editorialista del "Corriere della Sera" su temi di salute - risponde in modo semplice ai molti interrogativi che ogni giorno ci poniamo sui piccoli disturbi o i grandi problemi del nostro corpo: i suoi consigli rappresentano una guida utilissima per risolvere tutte le incertezze che abbiamo sulla nostra condizione fisica e ci aiutano a gestire al meglio la nostra salute e quella di chi ci sta attorno.

SERGIO HARARI si è laureato a Milano in Medicina e Chirurgia, specializzandosi in Malattie dell'apparato respiratorio, Anestesia e Rianimazione e Chemioterapia. È primario di Pneumologia all'Ospedale San Giuseppe di Milano e autore di testi specialistici e di numerose pubblicazioni su riviste internazionali.

Bulletproof Diaries

Barbara Schiavulli¹



Primo maggio 2011, 22 militari delle forze speciali americane invadono lo spazio aereo pakistano, raggiungono Abbottabad e dopo 10 anni di caccia incessante, uccidono Bin Laden, il capo di Al Qaeda e autore dei devastanti attentati dell'11 settembre. 24 ore dopo mi trovavo di fronte alla casa di Bin Laden armata di penna e blocchetto per raccontare la fine di una storia che poi sarà solo l'inizio di un'altra. Comincia così il mio ultimo libro sull'Afghanistan: *Bulletproof Diaries*, storie di una giornalista di guerra (Round Robin Edizioni). 15 anni di Afghanistan i miei, dal 2001 al 2016 dove in Afghanistan ho messo i piedi e ci ho lasciato il cuore. Storie, personaggi, incontri, posti, questo paese per me è un mosaico di emozioni che mi hanno permesso di raccontare la storia di un posto incredibile. Ma se fosse solo così, sarebbe stato facile. Il mio quarto libro, un progetto impegnativo dove

mi sarei seduta dietro una scrivania cercando di raccontare quello che un autore vuole trasmettere al lettore. Ma naturalmente non è andata così. Perché questo non è un libro solo mio, e non è un libro come tutti gli altri. Dire che è un esperimento sarebbe riduttivo, perché se in Italia lo strumento non è ancora di ordinaria amministrazione, all'estero è molto conosciuto. Si chiama *graphic journalism* e in pratica, è un fumetto. E così mi sono trasformata in un fumetto grazie alla magica penna di Emilio Lecce, per raccontare un paese sulle cui montagne ormai da qualche tempo si sono spenti i riflettori della stampa italiana. E quindi ci sono io in carne e ossa, e soprattutto in bianco e nero, che passeggiavo a Kabul o sulle montagne di Tora Bora, che faccio domande e mi ritrovo ad affrontare piccoli incidenti di percorso. È un viaggio disegnato che racconta una storia seria per appassionare chi già ama i fumetti, ma anche per avvicinare il mondo dei ragazzi troppo spesso lontani da quello che accade nel resto del mondo perché gli strumenti tradizionali che usano chi diffonde notizie, non sempre sono al passo con i tempi. Emilio, ha dovuto entrare nel mio mondo afgano per poterlo disegnare,



ma soprattutto per raccontare una storia che semplice non è, quella di un paese, ma anche quella di un giornalismo che alla mercé della guerra, spesso può essere manipolato e usato per indirizzare l'opinione pubblica. Un caso su tutti, quello della morte di Bin Laden, siete veramente sicuri che quello che sapete, è accaduto proprio come ve l'hanno raccontato? Da oggi, si può essere anche un fumetto per andare a fondo di una storia che di fatto ci riguarda tutti. ■

schiavulli@hotmail.com



¹ Giornalista freelance, Roma

Ridere è salute



InfoAlfaDay

Bormio 4 giugno 2016

Siamo partiti in quattro da Brescia (Luciano, Nuccia Federica e Giovanna), tre da Pavia (Ilaria, Angelo e Tiberio), due da Veruno (Sonia e Bruno), Michela da Firenze, tutti con direzione Bormio!

Il primo *InfoAlfaDay* del 2016. Ricca la partecipazione dei pazienti locali e provenienti dalle valli vicine (Valchiavenna, Valtellina), che hanno partecipato attivamente alla discussione in tavola rotonda, con le loro problematiche vissute (spiacevoli, drammatiche e ora in parte risolte) o ancora in corso. Molto scarsa invece

la partecipazione di medici e specialisti del territorio, forse a causa del ponte festivo concomitante, ma ciò ci ha fatto riflettere su come procedere per coinvolgere la prossima volta una più ampia platea di persone.

Si è parlato del danno polmonare e di quello del fegato, che possono insorgere nei soggetti con il deficit, della loro diagnosi e delle opzioni terapeutiche sia mediche che chirurgiche.

Il clima è stato davvero familiare, sia tra i relatori, ormai amici consolidati, sia



tra specialisti e pazienti, riuniti insieme in tutte le presentazioni, così come vuole lo spirito della giornata informativo/relazionale. ■

www.alfa1at.org



Le Associazioni dei pazienti

ACSI Onlus

Amici contro la Sarcoidosi Italia
via Ruggi, 7 40137 Bologna
www.sarcoidosi.org
segreteria@sarcoidosi.org
tel. 3933327762 - 3932433357

AIPAS Onlus

Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno
c/o Ospedale di Niguarda Cà Granda Piazza Ospedale Maggiore, 3
20163 Milano, Pad. 12, 2° p.
tel. 0264443590 - cell. 3343361267
info@sleepapnea-online.it
www.sleepapnea-online.it

AIPI Onlus

Associazione Ipertensione Polmonare Italiana
Sede Amm.va c/o
Pisana Ferrari Presidente
Via Vigoni 13 - 20122 Milano
cell. 3484023432
pisana.ferrari@alice.it
www.aiipiitalia.it

Alfa1-AT onlus

Associazione Nazionale Alfa1-Antitripsina
Via Galilei, 24 - Sarezzo (BS)
tel. 335 7599026 / 030 901057- fax 030 8907455
info@alfa1at.org - www.alfa1at.org

ALIR

Associazione per la Lotta contro l'Insufficienza Respiratoria
Via San Marco, 127 - 35129 Padova
segreteria@alir.it - www.alir.it

AMIP Onlus

Associazione Malati di Ipertensione Polmonare
Via Fanfani, 51 - 00189 Roma
tel. 338 2806430

amip.onlus@yahoo.it
www.assoamip.net

AMOR

Associazione Malati in Ossigeno-ventilatoria e Riabilitazione
c/o Osp. di Niguarda, Pad. 10 - A-La C
tel. 0266104061 - fax 0242101652
cell. 3469686176
info@associamor.com
www.associamor.com
orari: lun, mer 9-17, ven 9-13.

ARSPi Onlus

Associazione di Riferimento e Sostegno per le Pneumopatie Infantili
c/o Divisione di Pneumologia
Osp. Inf. R. Margherita
P. Polonia, 94 - 10126 Torino
tel. 01184110

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Sede Operativa: via Cassia 605
00189 Roma - tel. 06 33251581
fax 02 38002105 - franchima2@gmail.com
Sede Legale: c/o Unità O.C. di Pneumologia,
Azienda C.O.
S. Filippo Neri, Roma
www.pazientibpco.it

Associazione LAM Italia Onlus

Via Udine 33/4
33050 Pavia di Udine (UD)
tel. 335 5380863
info@lam-italia.org - www.lam-italia.org

Associazione Malati Fibrosi Polmonare Mario Crivaro Onlus

Via S. Sebastiano, 38
58040 Istia D'Ombrone (GR)
tel. 0564 078276 - fax 0564 25496
cell. 335 6617940

www.mariocrivaroonlus.it
mariocrivaroonlus@virgilio.it

FederASMA e ALLERGIE Onlus

Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai Malati Asmatici e Allergici
Via Ser Lapo Mazzei, 33 - 59100 Prato
Numero Verde: 800 123 213
tel. 0574 1821033 - fax 0574 1666319
skype: federasma_segreteria
segreteria@federasmaallergie.org
presidente@federasmaallergie.org
www.federasmaallergie.org

Lega Italiana Fibrosi Cistica Onlus

Viale R. Margherita, 306 - 00198 Roma
tel/fax 06 44254836 - 06 89828013
segreteria@fibrosicistica.it
www.fibrosicistica.it

Salute Donna Onlus

Associazione per la prevenzione e lotta ai tumori femminili
Via Venezian, 1 - 20100 Milano
Numero Verde: 800 223295
salutedonna@libero.it
www.salutedonnaweb.it

RIMAR

Associazione Riabilitazione Malattie Respiratorie

Struttura semplice di Pneumologia Riabilitativa, Istituti Clinici di Perfezionamento
Via Bignami, 1 - 20126 Milano
tel. 02 57993289 - 02 57993417
fax 02 57993315 - griariosforza@icp.mi.it

UILDM

Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare
Via Vergerio 19 - 35126 Padova
Tel. 049 8021001 - Fax 049 757033
www.uildm.it
direzionenazionale@uildm.it



Due Donne e un Uomo

Gianguido Palumbo¹



Un triangolo ideale, fatto di valori comuni e non altro! Negli ultimi giorni di maggio l'Uomo, il Papa, ha incontrato separatamente due Donne eccezionali invitate da lui espressamente: un'argentina di 90 anni e un'altra palestinese di 40. La prima è già conosciuta nel mondo da anni per la sua forza straordinaria assieme all'intelligenza e il coraggio con i quali ha reagito ad un dramma personale trasformandolo in un impegno sociale e politico nazionale e internazionale. La seconda era sconosciuta fino a pochi mesi fa quando è stata premiata da una Fondazione internazionale come la migliore Docente del mondo per il 2016 con un premio di 1 milione di dollari: anche lei anni fa ha trasformato un suo dramma personale e familiare in un impegno socioculturale per il suo Popolo, adesso riconosciuto come un valore mondiale. Queste due donne di età diverse (una la metà dell'altra), di Popoli e culture diverse (Musulmana e Cattolica) hanno svelato le loro energie eccezionali a partire da due esperienze precise delle loro vite: alla donna argentina hanno rapito e reso *Desaparecidos* ben tre figli, alla don-

na palestinese hanno assaltato e quasi ucciso il marito davanti ai loro figli. Hebe De Bonafini ha reagito promuovendo assieme ad altre madri il Gruppo *Madres De Plaza de Mayo* che ha cambiato la vita a loro ed all'Argentina e non solo. Hanan Al Hraub ha reagito prima in famiglia sperimentando tecniche di recupero psicofisico dei propri figli traumatizzati e di insegnamento speciale e poi decidendo di diventare una maestra anche per altri figli e bambini/e dei campi profughi palestinesi raggiungendo una capacità innovativa didattica così efficace che negli anni è stata riconosciuta come eccezionale.

Il Papa ha voluto incontrarle in Vaticano e casualmente a tre giorni di distanza l'una dall'altra, proprio per dare ad entrambe una forza ulteriore pubblica, visto il suo ruolo sempre più riconosciuto da tutti i paesi e popoli di qualsiasi fede e cultura.

Ho avuto il piacere e l'onore di incontrarle anche io a Roma in rappresentanza della nostra associazione interetnica di Roma *Mondita*, poco dopo che entrambe avevano incontrato il Papa: Hebe la conosco da oltre venti anni e ogni volta che la rivedo rimango ammirevole dalla sua tenacia assieme alla sua incredibile allegria e ironia che rafforzano la sua coerenza. Hanan non la conoscevo ma con la nostra associazione *Mondita*, assieme al Comitato Italiano dell'Agenzia per i Rifugiati Palestinesi UNWRA, sta-

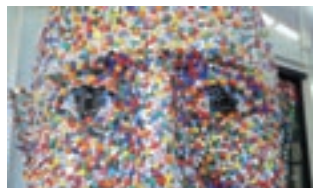


Foto: Uomo a colori, Roma 2015 - FotoPAGI

vamo organizzando da tre mesi un evento nazionale a Roma per invitare appunto la maestra palestinese assieme alla maestra romana Barbara Riccardi selezionata fra le 50 migliori del mondo nello stesso premio internazionale *Global Teaching Prize*: ma il Papa l'ha invitata con più influenza di noi e ci siamo adeguati e l'abbiamo conosciuta comunque. Di Hanan mi ha colpito la sua severità mista alla dolcezza: guardandola con quel velo colorato e un ovale del viso dipinto come da Antonello da Messina, sembrava e sembra anche nei video Tv, una Madonna mediorientale appunto, che dispensa sguardi, sorrisi, racconti e idee.

Le due donne non si conoscono, non sanno l'una dell'altra e probabilmente non si conosceranno mai per la distanza dei loro paesi e ambienti di attività, ma forse attraverso queste due visite al Papa di cui hanno parlato i media, avranno scoperto le loro rispettive storie. Due Donne e un Uomo eccezionali, al di là delle loro fedi, ruoli, poteri, origini. Di fronte alla crisi mondiale e globale che sembra non fermarsi più, di fronte alle nostre difficoltà di respirare profondamente per recuperare energia e fiducia, la storia difficile e straordinaria di queste Due Donne e il riconoscimento gratuito ricevuto da un Uomo-Papa speciale, possono in parte essere boccate di ossigeno per chi ne ha bisogno. ■

gianguidopagi@gmail.com

¹ Operatore culturale, cooperatore, Roma

Cosa c'è in Bottega?

La BOTTEGA di
RESPIRO
RIVISTA D'INFORMAZIONE, AMBIENTE E SALUTE



Vini

Libri e CD



Opere d'arte



con il tuo acquisto scegli
le migliori offerte dei nostri Partner
e sostieni il progetto educativo di RESPIRO
www.respironews.it

PERFORMANCE IN MOVIMENTO

Con un proprio network di porti e centri intermodali, **T.O.Delta** è in grado di coprire tutte le fasi della catena logistica, dal trasporto (mare, aria, gomma, ferro), allo stoccaggio e distribuzione delle merci ovunque nel mondo e con sistemi innovativi appositamente pensati e dedicati alle singole specificità di ciascun cliente.

Efficienza, flessibilità e velocità sono le caratteristiche che fanno di **T.O. Delta** il partner logistico ideale per qualsiasi operatore orientato a migliorare i propri risultati.



T.O. DELTA S.p.A.
TERMINAL OPERATOR

T.O. DELTA spa
Piazza A. e K. Casali, 1
34134 Trieste
Tel. +39 040 670 2200
Fax +39 040 670 2222
www.todelta.it



DELTAUNO