



Rivista
d'informazione
e prevenzione
respiratoria

Periodico
trimestrale

RESPIRO



www.stoptbitalia.it

Anno III
Numero 9

**Primavera
1/2010**

Respiro si propone di divulgare i temi della prevenzione delle malattie respiratorie, essere un autorevole riferimento degli aspetti educativi e suggerire corretti stili di vita.

**Educare i giovani
alla salute**

**Lavarsi le mani
non basta più...**

**Rinite e attività
sportiva**

**Ossigenoterapia e
qualità della vita**

**Il fumo di terza
mano**

Organo ufficiale della
Federazione Italiana
contro le Malattie
Polmonari Sociali
e la Tubercolosi
ONLUS



**ASMA?
CON IL MEDICO
SI PUÒ
TENERE SOTTO
CONTROLLO**



spirolab III

Spirometro diagnostico
con opzione ossimetro
6.000 spirometrie o
1.000 ore ossimetria
Incentivo pediatrico



Minispir

Spirometro con
opzione ossimetro
direttamente collegato
al PC via USB



SPIROMETRIA OSSIMETRIA TELEMEDICINA



spirobank

Spirometro portatile
semplice da usare
fornisce un file PDF
per stampa a colori



spirobank G USB

Spirometro multifunzionale
con collegamento al PC
6.000 spirometrie
in memoria



MirOxi

Mini-laboratorio
per l'ossimetria
Test del cammino
Ossimetria notturna



FlowMir

La prima turbina
usa e getta
per garantire
igiene e accuratezza



spirobank II

Spirometro portatile
con opzione ossimetro
6.000 spirometrie o
1.000 ore ossimetria
Test del cammino
Ossimetria notturna

**Gli strumenti MIR
hanno tutti in dotazione
il software per PC**

RESPIRO numero 9 | 2010

Rivista d'informazione e prevenzione respiratoria

Periodicità trimestrale

Organo Ufficiale della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi (FIMPST) ONLUS

Registrazione

Periodico iscritto al Tribunale di Monza numero 1896 del 17 settembre 2007

Direttore Responsabile

Antonio Schiavulli

Direzione Scientifica

Maria Pia Foschino, Direttore
Alfredo Potena, Paola Rottoli,
Carlo Vancheri

Redazione Scientifica

Stefano Aiolfi, Filippo Andò
Germano Bettoncelli, Cristina Cinti
Enrico Clini, Gennaro D'Amato,
Stefania La Grutta, Eugenio Sabato,
Michele Vitacca

Coordinamento Editoriale

Mario De Palma, Margherita Neri

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

Mauro Cassano

Copertina

Maurizio Milani

Impaginazione, grafica, stampa

Artestampa, Galliate L. (VA)

Pubblicità e Marketing

MIDIA srl, Trieste
Tel. +39 040 3720456
midia@midiaonline.it

Hanno collaborato

Francesca Censini, Anna Esposito,
Annalisa Ferlisi, Fausta Franchi,
Giacomo Mangiaracina, Claudio
Micheletto, Patrizia Paoletti,
Roberta Radini, Patrizia Scavalli,
Angelo Tagliaferri

Finito di stampare nell'aprile 2010

Editoriale

5 2010, L'Anno del Polmone

Antonio Schiavulli

Salute e comunicazione

6 Educare i giovani alla salute

Francesca Censini,
Comunicatore pubblico
Angelo Tagliaferri,
Comunicatore pubblico

Malattie di stagione

10 Lavarsi le mani non basta più

È necessario sapere...
Alfredo Potena, *Pneumologo*

11 La rinite ed il suo impatto sull'attività sportiva

Claudio Micheletto, *Pneumologo*

Patologie

15 24 marzo 2010

Giornata Mondiale per la Lotta alla Tubercolosi

17 Pazienti in ossigenoterapia e qualità della vita

Fausta Franchi,
Vicepresidente Associazione Italiana Pazienti BPCO
Patrizia Scavalli, *Pneumologo*
Patrizia Paoletti, *Pneumologo*
Anna Esposito, *Associazione Italiana Pazienti BPCO*

La foto di copertina è di Roberta Radini

Tabagismo

20 Il fumo di terza mano

Annalisa Ferlisi, *Pediatra*

22 Fumo al femminile

Giacomo Mangiaracina, *Tabaccologo*

I pollini

23 Calendario pollinico

La voce dei pazienti

24 Ricordando Mariadelade Franchi

Mario De Palma,
Past-President FIMPST

25 Le Associazioni dei pazienti

Tiriamo il fiato

26 Respiriamo il cielo di primavera. E fotografiamolo

Roberta Radini, *Fotografa*

Le Società Scientifiche

Gary e Spike

28 Muco selvaggio

Memoria storica

30 Tosse, asma, polmoniti? ... cerotti e catramina

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.

Gli Sponsor di questo numero



VIVISOL
Home Care Services

Armando e Maurizio
Milani
Graphic design

MIDIA
EDIZIONI

VIVISOL

Home Care Services

VIVISOL è uno dei principali gruppi Europei che operano nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare, in particolare nelle aree del servizio di Ossigenoterapia, della Ventilazione Meccanica, della Diagnostica e Cura della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno, della Nutrizione Artificiale, della Telemedicina, delle Apparecchiature medicali avanzate, degli Ausili e dei Presidi Antidecubito.



La tradizione **VIVISOL** conferma una continua evoluzione dei suoi servizi in ambito sanitario e domiciliare grazie ad un supporto specialistico, sempre più efficace sia per il medico che per il paziente, e attraverso la costante introduzione di nuovi prodotti tecnologicamente all'avanguardia.

Il progressivo miglioramento dei servizi offerti da Vivisol ha permesso l'estensione della Certificazione Qualità ISO 9001:2000 a tutte le sue attività non soltanto per la Sede Direzionale, ma anche per tutti i centri territoriali nazionali ed esteri.

Nata nel 1986, Vivisol con oltre 40 centri operativi presenti in Italia, Francia, Belgio, Olanda, Germania, Austria attiva giornalmente servizi domiciliari su oltre 45.000 pazienti.



VIVISOL®

Home Care Services

LA FEDERAZIONE

F.I.M.P.S.T.

Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi ONLUS

Presidente

A. Mangiacavallo

Vice Presidente

G. Girbino

Past President

M. De Palma

Consiglio Direttivo

S. Amaducci, F. Blasi, V. Brusasco, A. Corrado, F. Falcone, C. Saltini, A. Sanduzzi

Sede

Via Giovanni da Procida, 7d
00162 Roma



RESPIRO C'È. DOVE?

RESPIRO, strumento di educazione e prevenzione contro le malattie respiratorie, è gratuita e si rivolge ai cittadini, ai malati, ai medici, agli operatori sanitari, alle istituzioni, ovvero a tutti.

La disponibilità degli Sponsor ne permette la stampa e la distribuzione. L'obiettivo è di far trovare RESPIRO al cittadino in qualsiasi posto pubblico (ambulatori medici, farmacie, ospedali, scuole, librerie, negozi, banche, uffici, etc).

Chiunque volesse acquistare copie di RESPIRO da distribuire, può telefonare al numero 040 3720456, inviare una mail a midia@midiaonline.it, o collegarsi al sito www.midiaonline.it

Il Direttore Responsabile

2010 L'Anno del Polmone

Antonio Schiavulli



“L’ANNUNCIO di una nuova vita con un forte pianto ha portato gioia a milioni di persone da tempo immemorabile. La tragedia di lasciare questo mondo con un “ultimo respiro” ha inoltre reso drammatico il ruolo dei polmoni più di qualunque altro organo del corpo. E allora perché ci è voluto così tanto perché a questo organo venisse riconosciuta la sua giusta importanza nella nostra epoca?

Il cuore ha guadagnato il suo posto come il “cuore di...”, “al cuore di tutto”, “non ha cuore”, e “viene dal cuore” nell'utilizzo corrente. E che dire dei polmoni che forniscono ossigeno al cuore? Quando il New York Times ha pubblicato il primo materiale educativo pubblico sui diversi organi del corpo (13 maggio 2008), vistosamente mancavano i polmoni! Ed è vero allora, come professionisti della salute dei polmoni, che per troppo tempo non abbiamo fatto giustizia per portare l'organo a cui teniamo all'attenzione pubblica?”

È con queste parole che la dott.ssa Kalpalatha K. Guntulappi, presidentessa dell'American College Chest of Physicians, annuncia la designazione del 2010 come “L'Anno del Polmone”, proposto dalle più importanti associazioni pneumologiche mondiali per aumentare la consapevolezza e sostenere globalmente la salute del polmone.

È il Forum delle Società Pneumologiche Internazionali (FIRS) che ha dichiarato il “2010: L'Anno del Polmone”. Il FIRS raggruppa American College of Chest Physicians (ACCP), American Thoracic Society (ATS), European Respira-

tory Society (ERS), Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT), Asia Pacific Society of Respiriology (APSR), e International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD).

L'obiettivo del Forum, come gruppo di esperti in pneumologia e salute pubblica provenienti da tutto il globo, è interessare i colleghi al fine di aumentare la consapevolezza del profondo impatto globale delle malattie polmonari. Sensibilizzare infine anche i politici, perché aumentino i finanziamenti per la ricerca sulle malattie polmonari, emanino leggi per la cessazione del fumo, sostengano misure preventive e leggi sulla qualità dell'aria.

L'Italia farà la sua parte con le sue istituzioni pubbliche e scientifiche, RESPIRO contribuirà con l'informazione trimestrale. Sicuramente la sua parte l'avrebbe fatta Mariadelaide Franchi, la rappresentante più tenace dei malati respiratori per i quali, da paziente, ha dedicato anni della sua vita, spezzata all'inizio di quest'anno (Mario De Palma la ricorda a pag. 24). Ottempereremo al nostro impegno di quest'anno alla sua memoria, a cominciare da questo numero di RESPIRO che le dedichiamo. ■

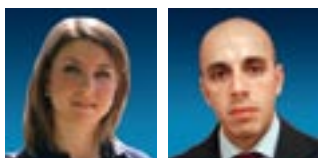
schiavulli@midiaonline.it

© Sergio Bonelli Editore 2010
Disegno di Angelo Stano
Dylan Dog è stato creato da Tiziano Sclavi.



Educare i giovani alla salute

Francesca Censini, Angelo Tagliaferri



COMUNICARE che cos'è la salute ai bambini, significa principalmente renderli consapevoli dell'importanza degli innumerevoli fattori che la influenzano e tenerli costantemente informati sui rischi da scongiurare e sull'importanza dell'adozione di atteggiamenti utili a favorire e preservare lo stato di benessere individuale e collettivo.

I temi della salute presentati ai giovani, intesi quale possibile target di un processo comunicativo, ma anche e soprattutto rilevanti produttori di processi comunicativi verso i pari e verso altri segmenti di utenza, vanno trattati non adottando il concetto di sanità in senso semplicistico, quale cura delle malattie o delle infermità, ma nel significato più ampio di star bene con se stessi, con l'ambiente e con gli altri.

“La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche”.

OMS (1986), *Carta di Ottawa per la promozione della salute*.
Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute
Ottawa, Canada 7-12 novembre 1986

Acquisire consapevolezza sulla propria salute e sui c.d. *determinanti della salute* rappresenta infatti un passaggio importante nel percorso di crescita di una persona, poiché l'adozione di corretti stili di vita, non solo consente il rafforzamento della partecipazione alle azioni della comunità finalizzate al benessere, ma fornisce nel tempo ai bambini la capacità di riconoscere pressioni sociali e messaggi che suggeriscono modelli comportamentali nocivi, fornendo loro strumenti per attuare scelte più oculate.

Favorire l'adozione di comportamenti salutari attraverso un'adeguata politica comunicativa nelle diverse forme dell'informazione, dell'educazione e della comunicazione pubblica rappresenta pertanto uno dei temi prioritari per quanti sono impegnati nella promozione della salute.

Qui tralasciando lo sconfinato dibattito in cima all'*agenda-setting* delle autorità governative, delle istituzioni, delle varie associazioni di comunicatori pubblici e quanti altri impegnati nel monitoraggio e nelle valutazioni delle campagne di comunicazione e delle varie attività di educazione alla salute promosse sia a livello locale sia nazionale, si intende concentrarsi sulle tecniche da utilizzare laddove il pubblico con cui interagire e presso cui far giungere il messaggio salutistico sia costituito da bambini e ragazzi. Quali strategie possono essere messe in atto per promuovere efficacemente sani di stili di vita, cioè per fornire ad un'utenza

vergine riguardo argomenti che spaziano dall'alimentazione alle malattie infettive, le conoscenze e le competenze minime necessarie per compiere le giuste scelte o quantomeno per capire qualcosa in più leggendo un manifesto per strada o osservando una pubblicità in tv?

La questione non ruota soltanto attorno alla scelta delle strategie più idonee da seguire nell'attività di comunicazione della salute ai giovani, ma concerne anche la scelta degli strumenti da utilizzare, nonché l'attenta valutazione delle modalità con cui rapportarsi.

Si segnala, certamente, la necessità di utilizzare in modo integrato i diversi strumenti disponibili in modo da diffondere messaggi univoci, modulati in base al target specifico cui si fa riferimento. Del resto, comunicare la salute ai giovani è difficile, ma non impossibile: è una necessità che richiede una comprovata formazione, risorse specifiche e strumenti par-



► ticularmente innovativi che possono aiutare riducendo gli sforzi e amplificando i risultati del comunicatore.

I bambini costituiscono, infatti, un target del tutto unico nel suo genere: essi rifiutano ragionamenti incongruenti o discorsi che si reggono su castelli di sabbia poiché fanno più riferimenti diretti alla realtà che alla memoria di nozioni acquisite dai libri di testo. Il loro pensiero è di tipo evolutivo, poiché procede per tentativi ed errori, variabilità e selezione, capace di integrare diversi punti di vista compresenti. Hanno meno conoscenze, dunque, ma sono in grado di costruire soluzioni adeguate ai problemi laddove gli adulti hanno delle difficoltà ben più complesse; sono meno spaventati dall'imprevedibilità e dall'incomprensione, che al contrario li incuriosiscono e li spronano a ragionare. Per tali motivi, i bambini hanno bisogno di vivere situazioni comunicative stimolanti, gratificanti e chiare. Stimolanti perché appunto sono protesi e divertiti più dalla ricerca della soluzione che non all'interpretazione del problema in sé; gratificanti perché la situazione comunicativa, che abbia ad oggetto temi di salute o altro,



deve coinvolgere i piccoli *attivamente*, simulando un gioco o assegnando loro un compito da portare a termine; chiare perché il comunicatore, che sia un insegnante o chiunque altro, deve essere in grado di presentare il tema in maniera semplice e lineare pur ricorrendo allo specifico dei linguaggi.

Uno degli aspetti da non sottovalutare mai nella comunicazione della salute ai bambini è proprio la forma. Anche se il tema da trattare è particolarmente crudo e di difficile argomentazione, compito del comunicatore è esattamente

quello di seguire la strada della semplificazione dei codici, senza mai banalizzare i contenuti. È essenziale, poi, essere coerenti e valicare ciò che si afferma tramite la citazione di esempi concreti, fornendo ripetutamente l'opportunità ai bambini di porre domande per chiarificare i dubbi ed evitare così che si rafforzino incomprensioni sull'argomento che si sta trattando.

Gli obiettivi da raggiungere affinché la comunicazione risulti efficace sono di due tipologie: *cognitivi e comportamentali*. Gli obiettivi cognitivi constano nel ►►

novità in libreria

Barbara Schiavulli

Guerra e guerra

Una testimonianza

192 pagine € 14,00
Garzanti



► porre le condizioni affinché il bambino sia in grado di conoscere qual è un sano stile di vita, (ri)conoscere i rischi causati dalle abitudini non salutari, imparare come modificare il proprio stile di vita al fine di adottare comportamenti favorevoli al benessere. Gli obiettivi comportamentali sono rappresentati, invece, dalle azioni che il comunicatore auspica possano essere intraprese a seguito dell'implementazione dell'attività di informazione e comunicazione riguardo un tema o una problematica specifici. Si tratta cioè del feedback atteso a seguito di una campagna di comunicazione o di una particolare azione di marketing sociale. In pratica, si potrà

affermare che gli obiettivi comportamentali saranno stati raggiunti laddove – in questo caso – il bambino migliori la propria capacità di adottare uno stile di vita sano: consumando quantità maggiori di frutta e verdura, svolgendo regolarmente attività fisica, adottando misure preventive riguardo le malattie infettive, ecc. Si vedano a tal proposito le campagne di comunicazione sulla prevenzione dell'influenza stagionale del Ministero della Salute oppure le campagne di sensibilizzazione/prevenzione sulla tubercolosi dell'OMS.

Pur considerando l'intensa attività di informazione e comunicazione sulla salute opera dei vari

Ministeri, che si concretizza in prodotti più o meno efficaci (pubblicità su canali radio e tv, cartellonistica stradale, ecc.), è alla scuola che si riconosce ufficialmente il ruolo principe nell'incidere attivamente sugli stili di vita e sui comportamenti di salute dei giovani: dopo la famiglia, essa rappresenta infatti la principale agenzia educativa in grado di fornire ai ragazzi informazioni corrette, di affrontare l'impegno dell'effettiva formazione nel rispetto dell'etica, nonché di educare all'uso corretto e prudente dei media.

Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, nell'ambito del Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari",* con il Protocollo d'Intesa siglato il 5 gennaio 2007, si sono impegnati, pertanto, a definire una strategia comune e a promuovere interventi che impegnino sia il sistema scolastico sia il sistema sanitario, per la prevenzione di patologie croniche e il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile. In un luogo così speciale come la scuola, infatti, le azioni di prevenzione e promozione della salute devono essere molto più che semplici interventi informativi, ma devono consentire ai ragazzi di sviluppare le competenze ed elaborare gli strumenti necessari per assimilare le motivazioni che portano a preferire alcuni comporta- ►►



THOMAS GORDON E LE BARRIERE ALLA COMUNICAZIONE EFFICACE



1. DARE ORDINI, COMANDARE
2. MINACCIARE
3. FARE PREDICHE
4. DARE CONSIGLI
5. PERSUADERE CON LA LOGICA
6. BIASIMARE E GIUDICARE
7. MANIFESTARE COMPIACIMENTO
8. RIDICOLIZZARE O USARE FRASI FATTE
9. ANALIZZARE O DIAGNOSTICARE
10. CONSOLARE O RASSICURARE
11. INVESTIGARE O INDAGARE
12. MINIMIZZARE O IRONIZZARE



OSTACOLO ALLA DIFFUSIONE DELL'INFORMAZIONE

*Approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007.

► menti piuttosto che altri. Le iniziative di prevenzione si configurano come elementi qualificanti e strutturali dell'attività scolastica, anche attraverso una fattiva collaborazione interistituzionale, che si concretizza in varie proposte operative realizzate d'intesa con altri partner istituzionali, nonché attraverso l'azione concertata e condivisa con gli Enti locali, con le agenzie sociosanitarie del territorio, con Associazioni pubbliche e private e con la cooperazione dei genitori. Il complesso delle azioni deve essere orientato al superamento della *cultura dell'emergenza* a favore della cultura della prevenzione. In tal senso, è fondamentale creare le condizioni culturali e materiali per costruire un ambiente positivo fin da quando gli alunni iniziano il proprio percorso all'interno del sistema formativo, al fine di sostenere la loro capacità di progettazione, di azione diretta, di verifica, di esplorazione e di riflessione.

Diverse e "colorate" sono le tecniche utilizzate in ambito didattico per raggiungere gli obiettivi generali del programma Guadagnare Salute: lezioni frontali coadiuvate da prodotti editoriali e multimediali (diapositive, home video ecc.) nelle quali i bambini possono confrontarsi con l'adulto, che svolge un ruolo fondamentale nel garantire le condizioni della comunicazione in un delicato mix di insegnamento/auto-apprendimento dei piccoli; laboratori di cucina, per imparare a conoscere proprietà e varietà degli alimenti; mini-tornei sportivi, per apprezzare tutti i vantaggi derivanti dall'attività sportiva; elaborazione di soggetti cinematografici o fumettistici, per far sì che i ragazzi pos-

sano esprimere attraverso immagini, testi e disegni la loro percezione di un tema, ecc.

Qualunque sia la tecnica utilizzata, lo scopo è comunicare in maniera efficace per far comprendere ai giovani che loro stessi rappresentano le istituzioni e che, di conseguenza, i problemi che riguardano temi rilevanti a livello nazionale, come quelli legati alla salute, sono problemi che riguardano ciascun individuo. Alla luce di ciò, diventa ancora più delicato organizzare l'attività di comunicazione affinché essa coinvolga i ragazzi rendendoli, non uditori passivi, ma protagonisti di un processo comunicativo attivo, capaci di esporre pensieri e confrontarsi sia con il mondo degli adulti sia con il gruppo dei pari, disponibili ed

interessati ad aumentare tramite metodi innovativi le loro conoscenze riguardo temi in passato raramente trattati in ambito scolastico. ■

francesca.censini@gmail.com
tagliaferriangelo@libero.it

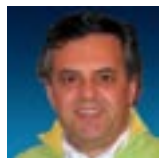


COME
COMUNICARE
BENE CON
I RAGAZZI?



Lavarsi le mani non basta più È necessario sapere...

Alfredo Potena



IN questa fase di bassa penetranza delle virusi influenzali è quanto mai opportuno tornare sulle infezioni da virus A H1N1, se non altro per riflettere su alcuni aspetti che hanno caratterizzato gli scorsi mesi dell'inverno 2009-2010.

In primis, non si può sottovalutare il ruolo disastroso della informazione pubblica e privata che hanno condizionato in senso negativo l'opinione di tutti gli italiani. A cui va aggiunto il ruolo negativo giocato da buona parte dei medici italiani che, sull'onda del "perché vaccinarsi?" o "il vaccino fa male... contiene il thiomersal...", hanno rifiutato di essere modelli ed opinion leader al tempo stesso dando prova di "mancata conoscenza" (per non chiamarla ignoranza, come in effetti si dovrebbe) e innescando una reazione negativa della maggior parte dei cittadini, orientata al "chi me lo fa fare a prendermi un rischio maggiore del beneficio?"

Il previsto arrivo di una pandemia influenzale causata dal virus A H1N1 è stato presentato da tutti i mezzi di informazione, giornali TV etc, come una catastrofe epocale ed è stupefacente che questo allarme non sia stato controbalanciato da un'adeguata informazione da parte dei "gestori della sanità pubblica". A tutti i livelli, da quelli ministeriali (non era ancora stato re-istituito il ministero della salute) alle farmacie, agli ambulatori e alle strutture ospeda-

liere, non è stato possibile organizzare una serie di messaggi utili a spingere la popolazione ad una vaccinazione di massa, congrua e conseguente al massivo acquisto di vaccini da parte delle autorità sanitarie con impiego di soldi pubblici. Ci si è fermati al "lavatevi" di Topo Gigio...

Un'altra catastrofe, questa volta di tipo economico, è dovuta al fatto che una volta acquisiti i vaccini non si è stati in grado di distribuirli, in parte per i motivi di scarsa convinzione della popolazione candidata, in parte perchè è stata rifiutata la somministrazione a categorie ritenute non a rischio, anche quando queste chiedevano di essere vaccinate. Si è preferito lasciare scadere i vaccini nei depositi farmaceutici piuttosto che distribuirli a chi ne faceva richiesta.

È mancata anche la forza, in un paese che impiega principi attori e ballerine e altri opinion leader di tante trasmissioni televisive "spazzatura" per condizionare l'acquisto di qualsiasi cosa, di trovare un testimonial serio che dimostrasse in modo convincente i vantaggi di una vaccinazione di massa.

Ora è venuto il momento di chiedere alle autorità competenti la massima informazione sull'andamento della fase attuale post picco, di rendere pubblici i dati che hanno caratterizzato la malattia influenzale, quale fascia di età sia stata la più colpita, se ci sono altre categorie a rischio oltre quelle già individuate, cosa si prevede per il prossimo anno, qual è il pe-



riodo migliore per effettuare la vaccinazione, se l'attività del virus A H1N1 è in potenziale aumento o in calo.

Di certo, oggi nessuno può prevedere variazioni nella capacità infettante del virus o se vi saranno mutazioni nella sua struttura che ne potenzieranno o attenueranno la potenza, ma è del tutto lecito chiedere se ci sono risultati ufficiali sul monitoraggio della malattia influenzale, se è possibile programmare per il prossimo inverno 2010-2011 le fonti di informazione o se queste possano essere il più ufficialmente ministeriali ed il meno possibile orientate al solo acquisto di scorte di vaccini.

E se è ben noto che pazienti affetti da patologie croniche, donne in gravidanza e bambini sono le maggiori categorie a rischio di subire danni da un'influenza, è anche un diritto del cittadino chiedere l'accesso alla vaccinazione su sua richiesta dopo avere ricevuto e capito al meglio le indicazioni e le controindicazioni che essa può avere. ■

pta@unife.it

La rinite ed il suo impatto sull'attività sportiva

Claudio Micheletto



L'ESERCIZIO fisico e la pratica sportiva sono attualmente una parte integrante del nostro stile

di vita, senza barriere socio-economiche o dovute all'età, con un impatto positivo sullo stato di salute in generale e sulla qualità di vita. La diagnosi e la gestione delle malattie allergiche, sia in chi svolge una attività amatoriale che negli atleti d'élite, assumono un ruolo importante per le particolari condizioni respiratorie durante l'allenamento e le competizioni, oltre alla necessità di rispettare le normative anti-doping.

La rinite è considerata una malattia infiammatoria della mucosa nasale, caratterizzata da starnuti, prurito, abbondanti secrezioni nasali, scolo nasale posteriore, congestione nasale e, nei caso più gravi, anosmia (perdita dell'olfatto). La rinite è generalmente conside-

rata una patologia non grave, ma può diventare una patologia debilitante, che interferisce con la qualità di vita e con le normali attività quotidiane, inclusa la pratica sportiva; inoltre ha un importante impatto socio-economico in termini di trattamento farmacologico, visite mediche e perdita della produttività lavorativa e scolastica.

La rinite può essere classificata come **allergica** (positività alle prove allergiche per aeroallergeni) e **non-allergica**, oppure in base alla sua presentazione clinica: **intermittente**, **persistente**, con sintomi **lievi**, **moderati** o **severi**. Attualmente la rinite allergica è la più frequente patologia allergica in tutto il mondo, con percentuali che variano tra il 10-26% della popolazione, ed alcuni studi epidemiologici hanno dimostrato che è particolarmente frequente anche negli atleti.

In coloro che si allenano regolarmente all'aria aperta l'esposizio-



ne ai pollini è un aspetto importante. Numerosi studi sono stati svolti negli ultimi anni, riscontrando delle percentuali di incidenza della rinite negli atleti agonisti sempre maggiore al 20%.

Il naso ha due funzioni di base: olfattoria e respiratoria. Una delle funzioni fondamentali fisiologiche respiratorie è il condizionamento dell'aria inspirata, vale a dire la filtrazione, l'umidificazione ed il riscaldamento dell'aria respirata prima che raggiunga i bronchi ed i polmoni. Questa funzione di condizionamento è principalmente dipendente dalla circolazione sui capillari superficiali della mucosa nasale e dalle ghiandole, che sono regolati da riflessi del sistema nervoso autonomo.



► Negli atleti con la rinite, l'esposizione ad elevati livelli di pollini durante i periodi di allenamento può aumentare la probabilità di sviluppare sintomi respiratori indotti dall'esercizio. L'ostruzione nasale dei rinitici causa un maggior utilizzo della respirazione a bocca aperta, aumentando così l'esposizione delle basse vie ad allergeni, inquinanti, aria fredda e secca, non umidificata dal naso. Questo è il meccanismo più frequente per il quale un soggetto con rinite allergica manifesta successivamente asma da sforzo. Molte competizioni, come ad esempio le Olimpiadi estive, sono generalmente programmate alla fine della primavera-inizio estate, proprio quando si raggiunge il picco pollinico, in grandi metropoli con elevati livelli di inquinanti (ozono, polveri sottili).

Durante le Olimpiadi di Sydney del 2000, un gruppo locale di ricercatori ha valutato le caratteristiche dell'aria della città e le condizioni respiratorie di 214 atleti da varie parti del mondo. I risultati finali dimostrarono che il 41% avevano una rinocongiuntivite, una percentuale certamente rilevante. I dati epidemiologici, anche nei successivi Giochi Estivi ed Invernali, hanno dimostrato che l'asma e la rinite frequentemente coesistono, anche in assenza dell'allergia, visto che i sintomi rinitici sono riportati nel 80-90% dei pazienti asmatici. L'asma è invece presente nel 19-38% tra coloro che riportano una rinite allergica. I pazienti con rinite, anche se asintomatici per quanto riguarda l'asma, possono manifestare una significativa reattività bronchiale ai test di broncostimolo, come ad esempio la metacolina, suggerendo che le alte e le basse vie respiratorie possano avere delle comuni caratteristiche infiammatorie.

L'asma indotto da esercizio si verifica in circa il 40% dei pazienti con rinite allergica, ma frequentemente è sotto-diagnosticata nei bambini e negli atleti agonisti.

Gestione della rinite negli atleti

Gli obiettivi della gestione della rinite negli atleti sono:

- 1) precoce riconoscimento della patologia e diagnosi per evitare l'esposizione durante i picchi più elevati degli allergeni;
- 2) riduzione dei sintomi e miglioramento della funzione nasale per minimizzare gli effetti negativi sul rendimento sportivo ed il rischio di asma indotta da esercizio;
- 3) uso di farmaci che non alterano la performance e che sono

consentiti dall'Agenzia Mondiale Anti-Doping (WADA).

Per il trattamento della rinite sono disponibili delle linee guida internazionali, che valgono per la popolazione generale, con minime limitazioni per gli atleti agonisti.

Ogni atleta con rinite, anche se svolge attività amatoriale e non riporta sintomi particolari, dovrebbe eseguire i test per escludere che sia anche affetto da asma bronchiale: spirometria, test da sforzo, test di reattività alla metacolina, prima di iniziare qualsiasi intervento terapeutico.

Gli antistaminici orali di seconda generazione sono di prima scelta per la rinite allergica lieve e moderata. I primi antistaminici causavano effetti sedativi importanti, per cui sono da evitare negli atleti. Questi farmaci sono gene- ►►

Gestione della rinite negli atleti

- Evitare se possibile l'esposizione agli allergeni più importanti durante il periodo con i picchi più elevati.
- Ridurre i sintomi e migliorare la funzione nasale per minimizzare gli effetti negativi sulla performance sportiva ed il rischio di asma indotta da esercizio.
- Usare terapie secondo le attuali linee-guida e la normativa anti-doping.

Meccanismi che legano la rinite e l'asma

Effetti diretti

Riflesso naso-bronchiale

Scolo nasale posteriore di cellule e mediatori infiammatori

Iperosmolarità della mucosa (nella rinite e nell'asma indotta da esercizio)

Effetti indiretti

Respirazione prevalentemente orale (perdita della filtrazione dell'aria per stenosi nasale)

Diffusione sistemica, tramite la circolazione, dell'infiammazione

▶ ralmente poco efficaci per la congestione nasale, per cui possono essere associati ad agenti decongestionanti, come ad esempio la pseudoefedrina e la fenilepinefrina, che peraltro possono causare degli eventi avversi che limitano il loro uso negli atleti, come ad esempio l'aumento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, agitazione ed altri sintomi a carico del sistema nervoso centrale. L'efedrina e la fenilepinefrina sono inoltre proibiti dalla WADA quando le concentrazioni nelle urine superano i 10 µg/ml. I decongestionanti topici sono consentiti, ma l'uso prolungato di questi farmaci per spray nasale può peggiorare la rinite.

Alcuni dei nuovi antistaminici orali, come ad esempio levocetirizina, elastina, desloratadina e fexofenadina, hanno dimostrato di essere in grado di migliorare anche i sintomi della congestione nasale. L'azelastina è disponibile anche come spray nasale e nei protocolli clinici è risultata utile anche nel trattamento della rinite non-allergica vasomotoria, inclusa la congestione nasale e lo scolo nasale posteriore.

La stenosi nasale sembra essere meglio controllata dall'uso di steroidi nasali. I corticosteroidi topici, per spray nasale, sono i farmaci di prima scelta per la rinite moderata/severa. Questo è il caso di qualsiasi sintomo nasale che interferisce con la pratica sportiva, inoltre i cortisonici nasali sono in grado di migliorare anche il controllo dell'asma. Gli steroidi sono proibiti dalla WADA quando sono assunti per via orale, endovena o intramuscolo, mentre è consentita la somministrazione nasale, ma deve essere inviato un certificato medico che evidenzia la

patologia e la necessità dell'uso del cortisonico inalatorio nasale.

I leucotrieni sono potenti mediatori infiammatori prodotti da differenti cellule presenti nella mucosa nasale, sia nella rinite allergica che in quella non allergica, dopo una stimolazione con aria fredda, allergeni, esercizio. Vi sono dei farmaci, antagonisti dei recettori dei leucotrieni, che migliorano i sintomi nasali nella rinite stagionale allergica. Anche nella rinite perenne, questi si sono dimostrati equivalente agli antistaminici fexofenadina o desloratadina nell'ini-

bizione dei sintomi dopo stimolo nasale indiretto.

In pazienti con rinite ed altre comorbidità, come ad esempio l'asma bronchiale o l'asma indotta da sforzo, gli antileucotrieni possono essere farmaci di prima scelta, visto che possono essere attivi sia a carico delle alte che delle basse vie aeree.

Gli anticolinergici topici, usati per spray nasale, come ad esempio l'ipratropio bromuro, sono utili nell'iperreattività nasale indotta dal freddo, ma sono generalmente meno efficaci degli steroidi topici. ►►

Classificazione clinica della rinite: linee guida aria

Intermittente

Meno di 4 giorni/settimana

Persistente

Più di quattro giorni/settimana

Lieve

Nessuno
di questi sintomi: alterazione del sonno
anormalità a scuola o sul lavoro
alterazioni delle attività quotidiane, sportive
sintomi problematici

Moderata-severa

Presenza di uno
di questi sintomi: alterazione del sonno
anormalità a scuola o sul lavoro
alterazioni delle attività quotidiane, sportive
sintomi problematici

Classificazione etiologica della rinite

Rinite allergica

Rinite allergica intermittente
Rinite allergica persistente
Rinite occupazionale

Rinite non allergica

Rinite vasomotoria
Rinite non allergica eosinofila
Rinite indotta da esercizio
Rinite indotta da farmaci
Rinite infettiva
Rinite ormonale

► Negli ultimi anni numerosi studi hanno dimostrato una buona efficacia dell'immunoterapia specifica. Ora esistono vaccini meno rischiosi e ben tollerati, come ad esempio quelli che prevedono una somministrazione nasale o in gocce sublinguale. I vaccini sono efficaci nel controllare i sintomi della rinite, in particolare in coloro che non sono ben controllati da una terapia farmacologica, con una significativa ed inevitabile esposizione ad elevate quantità di allergeni.

È il caso degli atleti allergici che durante la primavera devono allenarsi all'aperto, con sintomi che interferiscono con la loro performance agonistica. La vaccinazione è riservata ai casi difficili, questo trattamento deve essere eseguito da allergologi esperti e gli atleti devono essere avvertiti di non allenarsi nelle ore succes-



sive alla somministrazione dell'immunoterapia specifica, per ridurre il rischio di reazioni sistemiche.

Un dilatatore nasale esterno, posizionato sull'ala nasale esterna, è diventato molto popolare tra gli atleti e può essere utile a quelli con una ostruzione nasale strutturale.

In conclusione, la rinite è una patologia molto comune che, negli atleti, può alterare in maniera significativa il rendimento ed au-

mentare il rischio di asma indotta da esercizio.

La diagnosi precoce è fondamentale per un adeguato trattamento con lo scopo di migliorare la funzione nasale e ridurre il rischio di asma durante l'allenamento e le competizioni agonistiche. Una diagnosi precisa e un corretto trattamento può consentire agli atleti con rinite allergica di competere agli stessi livelli degli avversari. ■

cmicheletto@ulss22.ven.it

**Armando e Maurizio
Milani
Graphic design**

Milano

via Vivaio 21
20122 Milano, Italia
tel 0276022468 0236533357
fax 0276005664

New York

116 East 63
New York N.Y. 10021
tel 212 8382344
fax 212 6440871

info@milanidesign.it
www.milanidesign.com



Zerowatt
Elettrodomestici,
Bergamo



**Centro Diagnostico
Italiano**
Analisi Mediche, Milano



Magis Farmaceutici
Prodotti Farmaceutici
Brescia



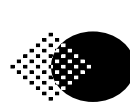
Gruppo Magneti Marelli
Divisione corse
Milano



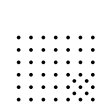
**Pietro Mezzaroma
e Figli**
Costruzioni, Roma



Uomo Moda
Presentazione stilisti italiani
New York



**Istituto Europeo
di Oncologia**
Milano



Uk 101
Anti tumorale
Milano

24 marzo 2010

Giornata Mondiale per la Lotta alla Tubercolosi *Stop TB e l'Alleanza Lilly MDR-TB*

IN occasione della Giornata Mondiale per la Lotta alla Tubercolosi in Italia si svolge una campagna d'informazione e raccolta fondi "Le Suoniamo alla Tubercolosi", promossa dall'Associazione Stop TB Italia e da Lilly MDR TB Partnership. Obiettivo è sensibilizzare i cittadini su tutti gli aspetti della tubercolosi, dalla prevenzione alla cura, ai possibili contagi cui sono esposti, ma anche di raccogliere fondi per Gugulethu, baraccopoli di Città del Capo, in Sud Africa, dove la tubercolosi uccide tutti i giorni, specie i bambini.

Alcune delle principali città italiane danno il loro contributo ed aderiscono alla Campagna "Le Suoniamo alla Tubercolosi". Nelle piazze, nelle sale concerti e nei cinema di Roma, Milano, Torino e Trieste sono previsti concerti, dibattiti, gazebo con distribuzione di materiale, oltre all'attività di raccolta fondi con un versamento a Stop TB Italia e la vendita del libro "L'ospite indesiderato" del giornalista Maurizio Paganelli.

Cosa è la tubercolosi?

È una malattia che nella maggior parte dei casi interessa i polmoni, anche se qualsiasi organo del corpo può esserne colpito. Persone di tutte le età, di tutte le nazionalità, di ogni stato sociale possono contrarre la TBC.

Come si trasmette?

Il bacillo tubercolare si trasmette da una persona ammalata a una sana. Chi è affetto da tubercolosi fintanto che non viene adeguatamente curato può emettere bacilli nell'aria circostante con la tosse, gli starnuti o semplicemente par-

lando. I familiari, i colleghi di lavoro e chiunque si trovi per molto tempo negli stessi ambienti con un ammalato "bacillifero" può ispirare il bacillo e acquisire l'infezione tubercolare.

Cosa vuol dire TBC "bacillifera"?

I bacilli provenienti dai polmoni malati rimangono sospesi in aria in piccolissime e invisibili goccioline e possono essere ispirati da chi si trova nel medesimo ambiente. Una buona areazione dei locali o una semplice mascherina sulla bocca dell'ammalato evita la formazione di queste goccioline infettanti e riduce moltissimo la possibilità di contagio.

Cos'è l'infezione tubercolare?

Quando un organismo viene a contatto con il bacillo tubercolare presente nell'aria il suo sistema immunitario produce specifici anticorpi e mette il germe sotto controllo impedendone la crescita e la diffusione. Il bacillo può così rimanere per anni in uno stato inattivo.

Come si sviluppa la malattia tubercolare?

Quando nelle persone con infezione tubercolare il sistema immunitario si indebolisce, il bacillo può diventare attivo, provocando la malattia tubercolare vera e propria. La malattia può manifestarsi anche diversi anni o decenni dopo il contagio.

Come si cura

La malattia si può curare con una terapia che dura al minimo sei mesi, costituita da antibiotici

di basso costo, ma che non tutti al mondo possono avere a disposizione. Per questo la mortalità è ancora altissima, resa ancora più drammatica dalla comparsa sempre maggiore di forme resistenti ai farmaci.

Emergenze globali

- La TB è presente in ogni parte del pianeta. Ogni anno si registrano circa 9 milioni di nuovi casi. L'80% di questi è concentrato in soli 22 Paesi. Sebbene sia una malattia curabile, ogni giorno muoiono 5000 persone per TB
- Il 98% dei decessi avviene in Paesi in Via di Sviluppo (PVS), colpendo soggetti di età compresa tra i 15 ed i 50 anni: la fascia più produttiva per un paese
- Due miliardi di persone, pari ad un terzo del pianeta, sono infettate dal batterio che causa la TB. Le forme MDR-TB mostrano resistenza ai due farmaci di prima linea più efficaci per la cura della TB
- 511.000 sono i nuovi casi di MDR-TB ogni anno, e 150.000 sono i decessi annui. La maggior parte dei casi è stata rilevata in Cina nell'ex Unione Sovietica, dove ogni anno circa il 15% dei casi di TB non risponde alla terapia standard
- I farmaci di seconda linea non sono accessibili alla maggior parte dei Paesi maggiormente colpiti dalla tubercolosi multi resistente. Nel mondo, più di 40 milioni di persone sono infettate dal virus ►►



- ▶ dell'HIV. Si stima che ad almeno un terzo di questi si associ la TB attiva
- La TB è la maggior responsabile delle morti tra HIV+ a causa dell'indebolimento del sistema immunitario del paziente. Il continente più colpito è l'Africa
- All'anno si registrano 5 milioni di nuovi casi e 3,1 milioni di morti
- Il 65% dei casi HIV+ vive in Africa Sub-sahariana; 18,4% nel Sud-est asiatico; 4,5% in Sud America; 3,9% in Europa dell'Est e Asia Centrale; 2,4% in Nord America; 1,8% in Europa Occidentale
- In Italia la malattia colpisce circa 5.000 persone all'anno, appartenenti soprattutto alle fasce più deboli della popolazione

- Molte malattie o terapie immunosoppressive possono facilitare la comparsa della TB, anche molti anni dopo il contagio
- Il 3% dei casi riscontrati in Italia, presenta gravi problemi nel trattamento in quanto portatori di germi ormai divenuti resistenti ai farmaci. ■

Progetto GUGULETHU

Il Sudafrica è uno tra i paesi in cui la tubercolosi rappresenta una grave emergenza sanitaria, soprattutto nelle zone sovraffollate e con condizioni igieniche degradate come le township (baraccopoli) intorno alle grandi città. Le baraccopoli sono state costruite in Sud Africa secondo il "Group Area Act", che prevedeva che le persone di colore fossero rimosse dalle "zone solamente per bianchi" o dai centri delle città e fossero spostate in queste baraccopoli, o più propriamente township.

Gugulethu è una di queste: qui la tubercolosi uccide ogni giorno, colpendo anche molti bambini. Gugulethu in lingua locale significa "il nostro orgoglio", si tratta di una baraccopoli a venticinque chilometri da Città del Capo, in cui si vive in condizioni infernali, dove la tubercolosi, anche della forma farmaco resistente, è molto diffusa e la cui pericolosità è aggravata dalla co-infezione di HIV/AIDS. A Gugulethu povertà e sovraffollamento caratterizzano



la vita. Le scuole non sono equipaggiate, le abitazioni non hanno luce elettrica e i problemi più gravi coinvolgono la situazione sanitaria: bisogna camminare per ore prima di raggiungere l'ambulatorio, dove, cosa ancor peggiore, i locali sono stretti, angusti, non aerati. In questi luoghi quindi i pazienti si trovano particolarmente esposti al contagio della TBC, che avviene respirando. Molti persone muoiono di tubercolosi per l'impossibilità di seguire con costanza le cure adeguate. Inoltre le condizioni di indigenza spesso impediscono la corretta assimilazione degli antibiotici che vengono addirittura rigettati, soprattutto dai piccoli che hanno la pancia vuota e non sono in grado di assorbire e metabolizzare le medicine.

Dopo aver fatto visita alla Clinica di Gugulethu l'associazione Stop TB Italia Onlus e la Lilly MDR-TB Partnership, hanno lanciato una raccolta fondi destinata a migliorare le condizioni di vita dei piccoli pazienti e a sostenere le strutture locali. La somma raccolta è infatti interamente utilizzata per l'acquisto di cibo, abiti, giocattoli e materiale scolastico per le famiglie della township.

L'associazione Stop TB Italia Onlus

Stop TB Italia nasce come membro della Stop TB Partnership, movimento mondiale che ha sede a Ginevra presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Scopo dell'Associazione è quello di promuovere progetti di ricerca da parte di centri e istituzioni accreditate, dare sostegno economico e sociale ai soggetti colpiti da questa malattia in Italia e all'estero, sensibilizzare autorità, istituzioni e opinione pubblica nei confronti di questa emergenza sanitaria, mai rimossa, che potrebbe portare nuove minacce nell'immediato futuro. In Sud Africa Stop TB Italia supporta la comunità affetta da TBC di Gugulethu (baraccopoli a 15 km da Città del Capo) e la clinica locale al fine di interrompere la trasmissione dell'infezione nella comunità.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.stoptbitalia.it

La Lilly MDR-TB partnership

L'Alleanza Lilly MDR-TB è stata creata per aiutare a contenere e sconfiggere la Tubercolosi Multi-Farmaco Resistente (MDR-TB), una malattia così scoraggiante che nessuna organizzazione da sola è in grado di combatterla. L'Alleanza è un'iniziativa che associa il contributo pubblico e privato, mobilita 20 partner nei 5 continenti, tra i maggiori esperti e conoscitori di tubercolosi al mondo, che con la loro esperienza valutano la situazione da una prospettiva totale a 360 gradi. Dal 2003, ha condotto un approccio globale che comprende: Supporto alla comunità e ai pazienti; Cura, formazione del personale sanitario e monitoraggio; Trasferimento di tecnologie; Ricerca; Sensibilizzazione e prevenzione.

Pazienti in ossigenoterapia e qualità della vita

L'indagine sulla qualità dei servizi offerti ai pazienti in ossigenoterapia nella Provincia di Viterbo

Fausta Franchi*, Patrizia Scavalli**, Patrizia Paoletti**, Anna Esposito*

L'AZIENDA Sanitaria Locale Viterbo (AUSL VT) e l'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus hanno condotto un'indagine per conoscere il punto di vista sulla qualità dei servizi ricevuti dai pazienti in ossigenoterapia e le loro aspettative. Obiettivo principale è quello di assicurare la migliore prestazione possibile e di prendere eventuali misure per modificare gli aspetti che maggiormente preoccupano il paziente e la sua famiglia e ne influenzano la qualità della vita.

L'indagine è stata effettuata sulla base di un questionario anonimo, inviato a tutti i pazienti in ossigenoterapia. Sono state ricevute 243 risposte, pari al 60% del totale.

I quesiti hanno riguardato:

- dati anagrafici e clinici
- modalità di attivazione del processo di fornitura e di consegna di ossigeno
- caratteristiche delle apparecchiature
- mobilità e qualità della vita.

I risultati principali sono stati i seguenti:

Caratteristiche del campione

Il campione di 243 pazienti in ossigenoterapia era composto per il 65% da uomini e per il 35% da donne, per lo più di età superiore a 65 anni (87%).

La grande maggioranza dei pazienti in ossigenoterapia è dovuta alla BPCO (87%), il 6% a malattie cardiovascolari e il 2% a malattie neurologiche.

In media i pazienti sono in ossigenoterapia da quattro anni con una durata media giornaliera di 17,3 ore. Il 49% dei pazienti utilizza l'ossigenoterapia solo durante la notte, per una durata di circa otto ore.

Il 41% dei pazienti ha subito un ricovero ospedaliero nel corso dei 12 mesi precedenti l'indagine.

Insufficienza respiratoria e fumo

Ben l'8% dichiara di essere fumatore.

L'83% di questi fumatori dichiara di voler smettere, ma nel 94% dei casi non si è mai rivolto né al medico di famiglia né ad un Centro anti-fumo e non segue nessun trattamento specifico.

Del 90% dei non fumatori circa il 59% afferma di aver fumato in passato; il tempo trascorso da quando ha smesso risulta essere di 15 anni.

Insufficienza respiratoria e peso corporeo

Sulla base delle dichiarazioni soggettive sul peso e l'altezza, è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (BMI), dal quale si evince che a fronte di un 3% di pazienti sottopeso, il 66% risulta essere obeso.

Sottopeso (BMI < 18,5)	3%
Normopeso (BMI 18,5-24,9)	31%
Obesità di I grado (BMI 25-29,9)	36%
Obesità di II e III grado (BMI > 29,9)	30%

Insufficienza respiratoria e vaccinazioni

a) Vaccinazione antinfluenzale

Il 72% dei pazienti dichiara di avere effettuato la vaccinazione antinfluenzale nel corso degli ultimi 12 mesi.

b) Vaccinazione antipneumococcica

La vaccinazione antipneumococcica invece è stata effettuata dal 15% circa dei rispondenti.

Insufficienza respiratoria e programmi di riabilitazione

Solo il 14% dei rispondenti dichiara di avere seguito programmi di riabilitazione durante tutto il periodo della sua malattia.

Relazioni con la AUSL di Viterbo

L'88% dei pazienti dichiara di non avere nessuna difficoltà ad ottenere la fornitura dell'ossigeno da parte della AUSL. Il restante 12% ha segnalato complicazioni, dovute soprattutto alle procedure burocratiche, alle liste di attesa per la visita specialistica e al rinnovo del piano terapeutico. ►►

* Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus.

** Pneumologia AUSL Viterbo.

► Un paziente su due dichiara di essere costretto a recarsi dal medico di famiglia, per ripetere la prescrizione dell'ossigenoterapia ogni 2-3 mesi, e il 13% addirittura per periodi più brevi, anche solo qualche settimana.

Infine, il 79% dei partecipanti all'indagine ha dichiarato di ricevere buone informazioni tecniche dall'AUSL e di apprezzarne la cortesia delle persone che rispondono alle richieste.

Il 19% dei pazienti ha esaurito la dotazione di ossigeno prima del tempo stabilito dal piano terapeutico, a causa di un aggravamento delle sue condizioni di salute.

Nel 14% dei casi ha avuto difficoltà ad ottenere l'integrazione alla fornitura di ossigeno prevista dalla prescrizione specialistica e ha dovuto ripetere tutta la procedura burocratica.

Relazione con le persone che effettuano la consegna di ossigeno

Il 95% dei rispondenti considera buono o ottimo il servizio fornito dalle persone che effettuano la consegna di ossigeno.

Analoghi dati sono forniti per quanto concerne l'igiene o la cortesia di detto personale, che si sofferma meno di 10 minuti nell'abitazione (89%).

Il 97% dei pazienti dichiara che il personale che consegna le bombole di ossigeno o effettua le ricariche esegue sempre la verifica del funzionamento dell'erogatore.

Tuttavia l'indagine indica che il 16% dei pazienti riceve scarse informazioni sull'utilizzo delle apparecchiature fornite a casa.

Il 51% sostiene che le apparecchiature non si rompono mai, mentre il 48% dichiara che ciò

può accadere seppure raramente. Il 7% dei pazienti considera le apparecchiature pericolose e il 21% che la pulizia delle stesse è insufficiente o appena sufficiente.

Mobilità del paziente in ossigenoterapia

Il 58% dei rispondenti dichiara di dovere essere sempre accompagnato da un familiare o altra persona per uscire di casa. Per lasciare il domicilio il 7% ha bisogno di uno stroller, sempre (60%) oppure in alcune circostanze (10%). Il 7% dichiara di aver dovuto rinunciare a muoversi da casa per mancanza di un contenitore portatile o per difficoltà a riceverlo.

Il 23% trova difficile caricare o ricaricare lo stroller.

Dovere rinunciare a ferie o vacanze a causa della difficoltà di essere in ossigenoterapia sembra ►►

Ossigenoterapia: le raccomandazioni dello pneumologo

- L'ossigeno è un farmaco e l'ossigenoterapia è un trattamento medico.
- Seguire attentamente le prescrizioni del medico: assumere l'ossigeno esattamente al flusso prescritto e per il numero di ore giornaliere prescritte e senza interruzioni.
Se non si rispetta questa modalità l'ossigenoterapia può risultare inefficace o essere addirittura controindicata.
- Non variare autonomamente il flusso dell'ossigeno.
- È necessario chiedere il controllo medico nelle seguenti situazioni:
 - Comparsa di febbre
 - Aumento della tosse o del catarro (specie se questo diventa giallo o verde)
 - Aumento dell'affanno
 - Aumento del peso corporeo o comparsa di gonfiore ai piedi
 - Comparsa di aritmia cardiaca
 - Comparsa di cefalea, irritabilità, cambiamento dell'umore (depressione e/o ansia)
 - Sonnolenza.
- Non far fumare nessuno vicino all'ossigeno e tenere l'ossigeno lontano da fonti di calore o fiamme.
- Occorre sapere sempre a chi rivolgersi per ogni necessità e tenere a portata di mano i numeri di telefono utili. Può essere di aiuto avere un'agenda per registrare le date dei controlli e le date di consegna dell'ossigeno, per effettuare le richieste in tempo.



► essere una delle principali preoccupazioni dei pazienti. Solo il 63% dichiara di non avere mai avuto difficoltà, mentre il problema si è posto per chi non è riuscito a viaggiare in macchina (4%), in treno (4%) o in aereo (3%). Inoltre, il 5% considera di non potere ricevere ossigeno dalla AUSL quando si reca in altre località. Molti pazienti hanno segnalato che la più grande preoccupazione è quella di non potere ricaricare lo stroller.

Conclusioni

La ricognizione ha consentito di mettere in evidenza alcune criticità, che richiedono interventi decisi da parte dei medici curanti:

- l'8% degli intervistati in ossigenoterapia dichiara di continuare a fumare
- il 66% risulta essere obeso
- il 72% ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale

- il 15% ha effettuato la vaccinazione antipneumococcica
- il 14% ha seguito programmi di riabilitazione respiratoria

A fronte dell'alto grado di soddisfazione riscontrato per il servizio ricevuto dalla AUSL, sono state evidenziate complessità burocratiche legate al rinnovo del piano terapeutico.

Il servizio fornito dalle persone che consegnano l'ossigeno sembra essere soddisfacente, fatta eccezione della richiesta di una maggiore pulizia delle apparecchiature.

Infine, il problema che maggiormente preoccupa il paziente è la sua ridotta mobilità, come per esempio non potere uscire da casa da solo oppure la mancanza di strutture presso le quali ricaricare lo stroller.

Il desiderio di una vacanza per un paziente su due non è realizzato, perché è certamente più com-

plesso gestire l'ossigenoterapia in queste circostanze, ma anche perché il paziente considera di non potere viaggiare in auto, in treno o in aereo. In altri termini, spesso il paziente rinuncia alle vacanze perché non conosce le procedure per viaggiare o per ottenere l'ossigeno nel luogo dove intende recarsi. ■

AI PAZIENTI
SI DEVE
DEDICARE
TEMPO



Il fumo di terza mano

Annalisa Ferlisi



FUMARE fa male. Stare accanto a chi fuma fa male. Il ritornello di molti genitori” ma io fu-

mo sempre in balcone, mica in casa” echeggia sempre di più nelle orecchie dei pediatri di famiglia.

Ma “udite udite” le insidie della nicotina non si esauriscono affatto col fumo attivo e passivo.

Recenti studi hanno identificato un nuovo grave pericolo per la salute dei bambini di cui non è altrettanto facile liberarsi: il “fumo di terza mano”. Questo termine è stato coniato dagli Autori Americani per descrivere una miscela invisibile e tuttavia fortemente tossica di gas e particelle, generate dalla combustione del tabacco, che rimane adesa ai capelli e ai vestiti di chi fuma e anche ai rivestimenti, tappeti e tessuti in genere. Peculiarità di tale miscela è che permane a lungo adesa a tali superfici, molto più a lungo rispetto al fumo passivo.

Questa nuova insidia è stata recentemente svelata da uno studio pubblicato sui Proceedings of the National Academy of Sciences

(PNAS) da un gruppo di ricercatori americani del Lawrence Berkeley National Laboratory.

I prodotti di combustione del tabacco, una volta presenti nell'ambiente, si legano con l'acido nitroso, un inquinante prodotto soprattutto dalle apparecchiature a gas non ben ventilate, a formare così le cosiddette nitrosammine specifiche del tabacco (Tsna).

Per dimostrarlo i ricercatori hanno utilizzato, come modello di materiale indoor, superfici di cellulosa e hanno evidenziato come i livelli di nitrosammina, in presenza di acido nitroso, aumentano di circa dieci volte quando è contemporaneamente presente anche fumo di sigaretta.

Nessuna superficie è al riparo, per cui anche se si è fumato fuori, o con la finestra aperta o ancora in un'altra stanza, gli abiti diventano perfetti portatori di fumo di terza mano.

Ancora una volta il bersaglio principale è rappresentato dai bambini che per ovvi motivi trascorrono buona parte della loro giornata in ambienti domestici e che sono più a contatto con le superfici domestiche, dai tappeti al tavolo, su cui si deposita il fumo di terza mano. Dal contatto all'inhalazione di tali composti il passo è veramente breve.

Sul numero di Gennaio di Pediatrics è stato pubblicato uno studio condotto analizzando le abitudini sul fumo di 1500 nuclei familiari degli USA.

La quasi totalità dei genitori, fumatori e non, è risultata consapevole del fatto che il fumo passi-

vo sia nocivo per i bambini. Al tempo stesso solo un piccolo numero di genitori ha riconosciuto l'importanza e la pericolosità del “fumo di terza mano”.

Questo studio ha sottolineato l'assenza di consapevolezza e la mancata presa di coscienza da parte delle famiglie relativamente ai rischi connessi alla presenza del “fumo di terza mano”.

Per mettersi al riparo e proteggere i nostri bambini non rimane altro che smettere di fumare!

Ma per i più temerari e irriducibili non basta fumare all'aperto, aerare i locali o usare deodoranti per l'ambiente, si impone l'indicazione assoluta a “bonificare” gli ambienti dove si è fumato a lungo, lavando tende, togliendo moquette, cambiando fodera ai divani, cambiando mise ogni volta che si è fumato. »

SOS LILT

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) ha realizzato una rete nazionale di servizi territoriali per il trattamento dei fumatori che vogliono smettere. E un numero verde:

SOS LILT 800.998877

Come si accede ai servizi Tabagismo? Con una semplice telefonata ad SOS LILT, o prenotando un colloquio presso i servizi delle Sezioni Provinciali della LILT, reperibili attraverso il sito internet: www.lilt.it





► Perché se è vero che il fumo esce dalla finestra è pur vero che rientra molto facilmente e velocemente dalla porta! E se ad attendere un genitore fumatore con le braccia spalancate dietro la porta è proprio un bambino...

Il "fumo di terza mano" deve rappresentare una sfida per il Pediatra che per molti anni ha un ruolo di osservatore privilegiato del bambino e del nucleo familiare al fine di assicurarne il benessere psicofisico e, attraverso programmi di prevenzione e sensibilizzazione dei genitori, ridurne l'esposizione ai più comuni fattori di rischio. ■

annalisa.ferlisi@tiscali.it

Per saperne di più

<http://newscenter.lbl.gov/feature-stories/2010/02/08/dangers-of-third-hand-smoke/>; *Proceedings of the National Academy of Sciences; Lawrence Berkeley National Laboratory.*

Jonathan P. Winickoff, Joan Friebely, Susanne E. Tanski, Cheryl Sherrod, Georg E. Matt, Melbourne F. Hovell and Robert C. McMillen. *Beliefs About the Health Effects of "Third-hand" Smoke and Home Smoking Bans. Pediatrics* 2009; 123; e74-e79.

Matt GE, Quintana PJ, Hovell MF, et al. *Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources*

Telefono Verde contro il Fumo **800.554088**

Il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità è un servizio nazionale anonimo e gratuito che svolge attività di consulenza sulle problematiche legate al fenomeno tabagismo. "Sportello aperto" al pubblico dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 16.00, è un collegamento tra Istituzione e cittadino-utente, un punto d'ascolto e di monitoraggio. Il TVF si rivolge a:

- chiunque sia interessato alle problematiche legate al fumo di tabacco
- fumatori e loro familiari
- non fumatori
- ex fumatori
- Istituzioni pubbliche e private.



of infant exposures. Tob Control. 2004; 13(1): 29-37.

Hill SC, Liang L. *Smoking in the home and children's health. Tob Control.* 2008; 17(1): 32-37.

Thomas L. Petty

AVVENTURE IN OSSIGENO

(Adventures of an Oxy-phile)
Presentazione e traduzione
a cura di Italo Brambilla

Midia Edizioni
2006
124 pagine
€ 13,00

MIDIA
EDIZIONI

**Le storie commoventi, ironiche, sorprendenti
di pazienti americani in ossigenoterapia,
rese pubbliche per aiutare a vivere meglio
coloro che condividono la stessa esperienza.**

Direttamente a casa tua

acquista online sul sito
www.midiaonline.it



**Disponibile nelle migliori
librerie scientifiche**

Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

MIDIA
EDIZIONI

Fumo al femminile

Giornata Mondiale senza Tabacco, 31 maggio 2010



Giacomo Mangiaracina



IL problema del tabagismo nel sesso femminile merita un posto di rilievo nelle strategie di controllo del tabacco. La Giornata mondiale senza tabacco del 2010, che si celebra il 31 maggio, richiama l'attenzione sugli effetti nocivi del tabacco nelle donne, specie nelle giovanissime, e sottolinea che i 170 aderenti alla Convenzione quadro internazionale (FCTC) debbano assolutamente vietare ogni forma di pubblicità dei prodotti del tabacco.

Le donne rappresentano nel mondo circa il 20% di oltre un miliardo di fumatori. Questa cifra è destinata ad aumentare. Il tabagismo nei maschi ha già raggiunto il maggiore picco di prevalenza, mentre nel sesso femminile è in aumento. Le donne rappresentano dunque un target importante per l'industria del tabacco, che ha bisogno di reclutare nuovi consumatori e di rimpiazzare la metà di quelli attuali, che moriranno prematuramente a causa delle sigarette.

Preoccupante è la diffusione crescente del tabagismo tra le ragazze. Il rapporto dell'OMS "Donne e Salute" prova che la pubblicità del tabacco ha come principale target le giovanissime. Il Direttore generale dell'OMS, Margaret Chan, ha affermato: "La protezione e la promozione della salute delle donne è essenziale per la salute e lo sviluppo per i cittadini di oggi e per quelli delle generazioni future".

E la Convenzione quadro dell'OMS, entrata in vigore nel 2005, esprime preoccupazione per l'aumento del fumo e altre forme di

consumo di tabacco da parte delle donne e delle ragazze di tutto il mondo. Anche se la campagna mondiale della Giornata senza tabacco 2010 si concentrerà sul consumo di tabacco nelle donne, terrà anche conto della necessità di proteggere i ragazzi e gli uomini dal marketing delle multinazionali del tabacco. In un rapporto del 2007 l'OMS dichiarava: "È importante che politiche di controllo del tabacco riconoscano e prendano in considerazione le differenze di genere in relazione al consumo di tabacco, per migliorare la salute di uomini e donne di tutto il mondo". Nella Giornata senza Tabacco 2010, e per tutto l'anno successivo, l'OMS

incoraggerà i governi a prestare particolare attenzione alla tutela delle donne dal marketing dei produttori di tabacco e dai loro tentativi di agganciarle alla dipendenza dalla nicotina. Rispondendo alla chiamata dell'OMS i governi possono ridurre malattie mortali e invalidanti come l'infarto, l'ictus, i tumori e le malattie respiratorie, sempre più frequenti nelle donne. Il consumo di tabacco ucciderà un miliardo di persone nel corso di questo secolo. Riconoscendo l'importanza di ridurre il tabagismo nel sesso femminile, e agendo particolarmente su questo aspetto, molte vite si potrebbero salvare. ■

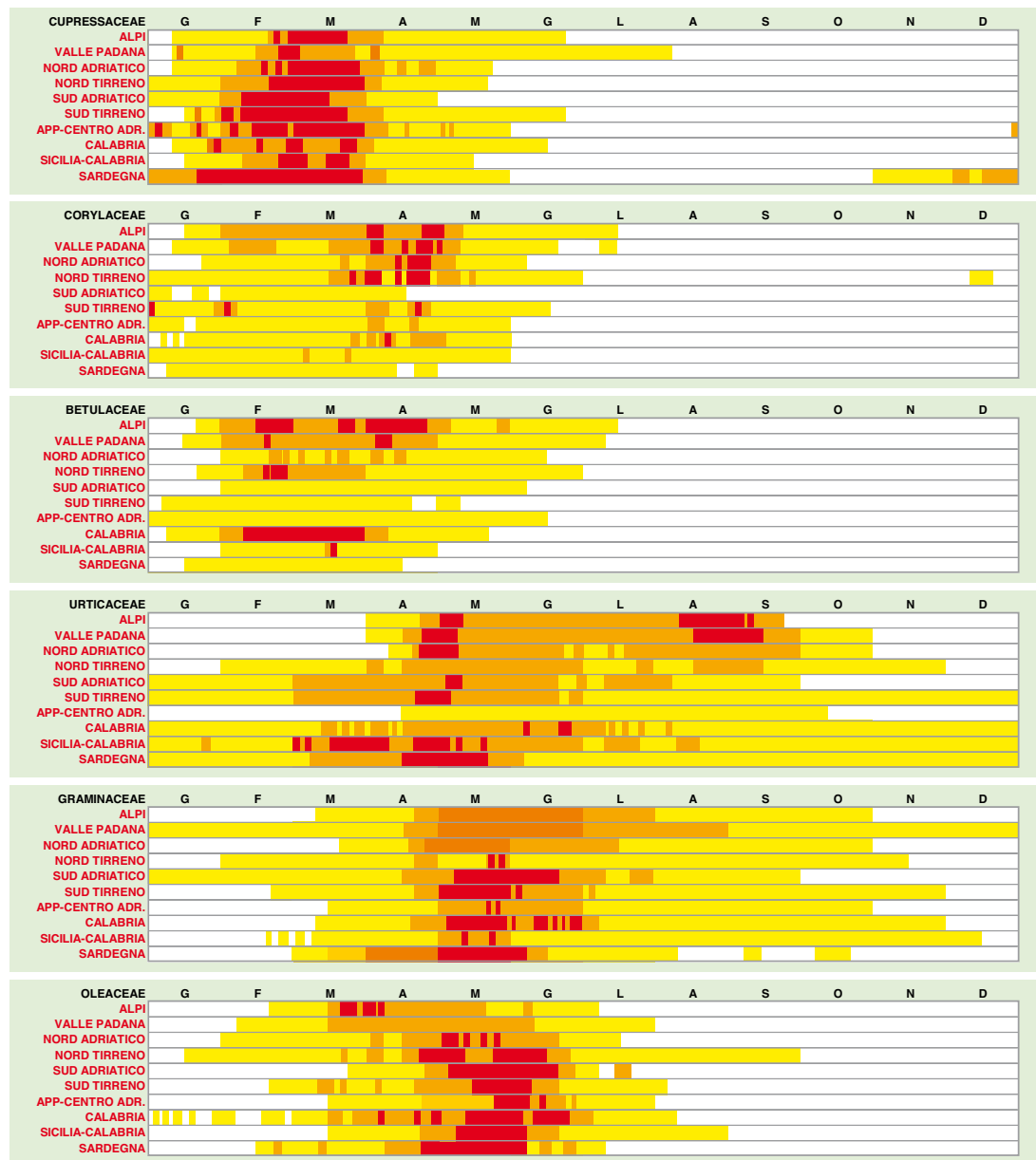
g.mangiaracina@lilt.it

In mozziconi sigaretta sostanze tossiche per l'uomo, monito Enea

Basta una sola "bionda" per liberare nell'ambiente più di 4.000 sostanze chimiche nocive per l'uomo. E proprio nelle cicche di sigaretta rimane una parte di questi inquinanti, tra cui nicotina, benzene, gas tossici e addirittura elementi radioattivi come il polonio-210. Dell'impatto che queste sostanze possono avere sull'ambiente e quindi sulla salute dell'uomo.

Uno studio dell'Enea valuta la portata inquinante delle cicche di sigaretta sul territorio italiano, argomento sul quale esiste un vuoto culturale e normativo. Il carico nocivo di ogni cicca – spiegano i ricercatori – è basso, ma il problema sta nella quantità, ovvero nel gran numero di mozziconi prodotti e abbandonati sulle strade delle nostre città. Facendo una valutazione del numero di fumatori (circa 13 milioni), del numero medio di sigarette fumate da ognuno (circa 15 al giorno) e dei quantitativi di agenti chimici presenti in ogni cicca, si può tranquillamente affermare che il carico nocivo immesso nell'ambiente da questi mozziconi è rilevante, avvertono gli esperti. Il problema delle cicche di sigaretta andrebbe affrontato da vari punti di vista, coinvolgendo diversi attori e notevoli risorse finanziarie. Ma soprattutto sensibilizzando il fumatore. Solo con una riduzione del loro numero e con un comportamento consapevole e più responsabile da parte degli irriducibili delle "bionde", ammonisce l'ENEA, sarà possibile ridurre l'impatto ambientale e salvaguardare così la nostra salute.

Calendario pollinico delle principali famiglie allergeniche*



Il calendario pollinico è stato realizzato con i dati forniti dai Centri afferenti alla rete di monitoraggio Aeroallergeni (RIMA) dell'Associazione Italiana di Aerobiologia. Il calendario è su base decennale. Sono previste quattro classi di concentrazione: assente = bianco, bassa = giallo, media = arancione e alta = rosso. Il calendario fornisce i livelli di concentrazione del polline, non i livelli di rischio di allergia.

* A cura del Comitato di rete dell'Associazione Italiana di Aerobiologia
www.ilpolline.it

Cupressaceae	0 - 3,9	4 - 29,9	30 - 89,9	> 90
Corylaceae	0 - 0,5	0,6 - 15,9	16 - 49,9	> 50
Betulaceae	0 - 0,5	0,6 - 15,9	16 - 49,9	> 50
Urticaceae	0 - 1,9	2 - 19,9	20 - 69,9	> 70
Graminaceae	0 - 0,5	0,6 - 9,9	10 - 29,9	> 30
Oleaceae	0 - 0,5	0,6 - 4,9	5 - 24,9	> 25

Ricordando Mariadelaide Franchi

Mario De Palma



Ho conosciuto Mariadelaide Franchi nel 1995 all'inizio del percorso che in pochi anni l'ha vista diventare protagonista, dalla parte dei pazienti delle malattie respiratorie, nella dura battaglia per migliorarne l'assistenza in ambito sanitario e sociale. All'epoca funzionaria italiana presso l'UE a Bruxelles, dopo terapie a dir poco maldestre per una forma asmatica già grave, aveva trovato a Tradate, nel Centro diretto da Margherita Neri, le cure idonee e le prime idee per partire nell'impresa di organizzare i pazienti, dispersi in una miriade di piccole associazioni. Nascevano così Federasma e il progetto di una campagna razionale per ottimizzare le cure ed ottenere il riconoscimento istituzionale del peso sociale delle malattie croniche respiratorie. Nasceva altresì l'idea di una giornata nazionale annuale dedicata alla salute respiratoria, alla lotta ai fattori di rischio, all'umanizzazione dei servizi assistenziali. Il test locale del 1994 a Tradate, con la collaborazione di Margherita Neri, trovava nel 1995 la sua applicazione nazionale. Nasceva così, con l'appoggio determinante dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), la Giornata Nazionale del Respiro, che per molti anni, in primavera, ha visto uniti i pazienti di Federasma e, gradualmente, di molte altre Associazioni, all'AIPO e agli pneumologi ed ai tecnici e infermieri dei reparti pneumologici per una manifestazione di mobilitazione diretta a migliorare la salute respiratoria e la qualità del-

l'aria respirata, attraverso misure educative e di divulgazione nella popolazione di tutte le età. Da allora il cammino in campo nazionale e internazionale di Mariadelaide Franchi è stato continuo, creativo e soprattutto fondamentale per gli obiettivi che si era prefissi. Collaborando con le varie componenti scientifiche e operative della Pneumologia è stata spesso protagonista di molti convegni, sempre presente nei confronti delle Istituzioni sanitarie pubbliche che giustamente l'hanno considerata un chiaro punto di riferimento. Dopo aver creato l'Associazione italiana Pazienti BPCO, ha continuato con importanti risultati la sua battaglia anche a tutela dei diritti delle persone malate di BPCO e delle loro famiglie, rivendicando la necessaria attenzione politica e svolgendo efficaci campagne di informazione e di educazione, tese alla prevenzione, alla diagnosi precoce ed alla tempestiva terapia.

Dal 1995 molte volte ho avuto occasione di incontrare e lavorare con Mariadelaide, godendo della sua amicizia in uno spirito di reciproca stima; ripercorrendo le tante tappe delle battaglie comuni, mi piace ricordarla soprattutto negli ultimi anni '90 durante il laborioso periodo dedicato al riconoscimento dell'asma come malattia cronica invalidante per l'esenzione della partecipazione dei malati al costo delle prestazioni sanitarie e farmaceutiche. Insieme, a nome rispettivamente della FIMPST e di Federasma, abbiamo organizzato convegni, abbiamo ottenuto udienza da parte dei Presidenti



delle Commissioni parlamentari (Affari Sociali della Camera e Sanità del Senato), abbiamo avuto il consenso e l'aiuto del Sottosegretario alla Sanità (era la dizione di quegli anni) On.le Antonino Mangiacavallo, abbiamo incontrato i dirigenti ministeriali. In quel periodo, oltre a rinsaldare la nostra collaborazione, senza sostanziali aiuti da parte di una distratta comunità scientifica, abbiamo ottenuto il riconoscimento dell'asma come malattia sociale, con le ricadute assistenziali richieste e abbiamo provocato finalmente l'attenzione delle Istituzioni per le malattie croniche dell'apparato respiratorio e per le successive battaglie.

I pazienti e le loro famiglie, i medici pneumologi e le Società che li rappresentano debbono ricordare con gratitudine Mariadelaide Franchi per l'attività continua e appassionata che ha svolto e per i risultati ottenuti in campo nazionale e internazionale per migliorare l'assistenza delle affezioni respiratorie. A me piace ricordarla nei suoi aspetti umani durante le pause delle manifestazioni e degli incontri ai quali prendevamo parte con comuni obiettivi: spesso ironica, a volte polemica, a volte colloquiale, ma mai dimentica dei problemi che la impegnavano con tanta passione. ■

mario_depalma@fastwebnet.it

Le Associazioni dei pazienti

AIMS Onlus

**Associazione Italiana
dei Malati di Sarcoidosi**
tel. 0784 202333 - www.sarcoidosi.it

A.I.P.A.S. Onlus

**Associazione Italiana Pazienti
con Apnee del Sonno**

Via Vittani 5 - 20157 Milano
tel./fax 023551727
cell. 3343361267
info@sleepapnea-online.it
aipasonlus@fastwebnet.it
www.sleepapnea-online.it

AIPI Onlus

**Associazione Ipertensione
Polmonare Italiana**

Viale Marconi, 38
40050 Loiano (BO)
cell. 348 4023432
tel./fax 075 395396
cell. 333 3407692
illeo@interfree.it - www.aipiitalia.org

Alfa1-AT

**Associazione Nazionale
Alfa1-Antitripsina**

Via Galilei, 24 - Sarezzo (BS)
tel. 335 7867955 - fax 030 8907455
nucciagatta@libero.it
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

**Associazione Malati
di Ipertensione Polmonare**

Via Bagnoregio, 51 - 00189 Roma
tel. 06 33250970/338 2806430
amip.onlus@yahoo.it
www.assoamip.net

AMOR

**Associazione Malati in Ossigeno-
ventiloterapia e Riabilitazione**

Ospedale di Milano Niguarda
P.zza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano - tel./fax 02 66104061
amor.associazione@libero.it
www.associamor.org

A.R.S.P.I. 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. 011 84110

Associazione Malati Fibrosi

Polmonare Mario Crivaro Onlus
Via S. Sebastiano, 38
58040 Istia D'Ombro (GR)
www.mariocrivaro.onlus.it

FEDERASMA Onlus

**Federazione Italiana delle
Associazioni di sostegno ai
Malati Asmatici e Allergici**

Via Ser Lapo Mazzei, 33
59100 Prato
tel./fax 0574 607953
segreteria@federasma.org
presidente@federasma.org
www.federasma.org

Lega Italiana delle Associazioni per la Lotta contro la Fibrosi Cistica

Via San Vittore, 39 - 20123 Milano
tel. 02 48011219 - fax 02 48193369
www.fibrosicistica.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

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus



Associazione
Italiana Pazienti
BPCO Onlus

Lo scorso 27 febbraio si è tenuta a Roma l'Assemblea Annuale dei Soci dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus ed in questa occasione secondo l'Articolo 10 dello Statuto si è proceduto all'elezione di sette membri del Consiglio Direttivo 2010/2013, che risulta così composto:

Presidente: Francesco Tempesta

Vicepresidente: Fausta Franchi

Segretario: Annamaria Lombardi

Tesoriere: Vittorio Cidone

Consiglieri: Francesco Attolico,
Annarosa Nigrelli, Paolo Pasini

Sede Operativa

Via Cassia 605 - 00189 Roma
Tel. 06 33253020 - Fax 06 33259798
franchima@tin.it

Sede Legale

c/o Unità O. C. di Pneumologia
Azienda C. O. S. Filippo Neri, Roma

www.pazientibpco.it

Numero Verde 800 961922

lunedì-venerdì ore 10.00-13.00

Test BPCO

**A quante di queste
domande rispondi SÌ?**

- Fumi?
- Hai bisogno di riposarti dopo aver salito le scale?
- Hai una tosse produttiva al mattino (con catarro)?
- Hai spesso malattie alle vie respiratorie?
- Hai più di 40 anni?
- Soffri di tosse cronica?

La BPCO è un insieme di malattie respiratorie che include bronchite cronica, enfisema e bronchite asmatica. Diagnosticarle in tempo è facile. Ritardarne la cura può peggiorarle. Parlane con il tuo medico. Ti darà i consigli giusti.



Respiriamo il cielo di primavera. E fotografiamolo

Roberta Radini



Ho accettato molto volentieri e con entusiasmo la proposta del Direttore di scrivere di fotografia su Respiro. Questo piccolo contributo di sicuro non vuol essere una raccolta di nozioni tecniche proprie delle riviste di settore, quanto piuttosto una serie di consigli "a portata di mano" per stare dietro al mirino con divertimento e passione.

La prima questione da risolvere è stata trovare un argomento con cui iniziare.

Partendo dal titolo della rivista, Respiro appunto, ho pensato... perché non cogliere al balzo ciò che ci suggerisce la bella stagione in arrivo?

Parliamo quindi dell'aria, quella frizzante della primavera, e per farlo non dobbiamo che alzare la testa all'insù e scrutare il cielo. Fotografare il cielo può sembrare una cosa semplice, in realtà si tratta di un argomento tutt'altro che banale, e basta fare qualche semplice prova per rendersene conto.

Questa stagione, che ci invoglia a stare all'aria aperta e a godere dei primi tepori, ci presenta tutta una serie di opportunità climatiche da ritrarre in maniera semplice ed originale al tempo stesso. Il cielo sarà terso, disegnato da buffe forme nuvolose, oppure cupo in attesa di un temporale: non ci resta quindi che scegliere la situazione che preferiamo e rimboccarci le maniche.



Ma innanzitutto... quali sono le migliori ore per fotografare?

La maggior parte delle persone a cui farete questa domanda probabilmente vi risponderà che un pomeriggio di sole col cielo blu e per giunta senza nuvole è l'ideale per togliere la polvere dalla macchina fotografica e uscire a scattare fotografie.

Se invece siete fotografi probabilmente non sarete molto d'accordo con loro: i fotografi infatti preferiscono di gran lunga scattare all'alba o al tramonto, perché la luce in quelle ore è magica, calda e diffusa.

La seconda importante domanda è poi con quale tempo meteorologico sia meglio fotografare per non ritrovarsi troppo presto annoiati dalle foto con i cieli azzurri senza nuvole.

Personalmente posso dire che, nonostante il mio archivio contenga moltissime foto scattate in giornate soleggiate, le immagini

trovate sotto la pioggia, in mezzo alla neve o comunque con il brutto tempo sono foto ad altissima resa per la carica di emozioni che riescono a trasmettere.

Molte persone utilizzano la macchina fotografica solo in vacanza, e per di più nella stagione estiva, ma il mio consiglio spassionato è di cambiare questa pigra abitudine: non abbiate paura di bagnare la vostra macchina fotografica con qualche goccia di pioggia e uscite a scattare anche sotto l'ombrello!

E ora viene il bello. Questa volta infatti non utilizzeremo il cielo soltanto come anonima cornice ai nostri ritratti o come vernice azzurra per i nostri scatti panoramici. Al contrario: è quindi questo il momento migliore per ricordarci che certi tipi di fotografie vanno "pensati" prima di essere scattati.

La prima regola diventa ora osservare. Usiamo il cielo per riempire le nostre inquadrature, rendendolo protagonista. Osserviamo ►►

► le nuvole come fanno i bambini distesi su un prato e immaginiamoci il modo per raccontare una storia attraverso un click, concentriamoci sui piccoli dettagli, cerchiamo curiosi contrasti per dare forza alle nostre creazioni. Magari anche un semplice lampione non sarà lo stesso se dietro di esso si espande una fitta texture di “pecorelle”, o la pioggia che riga un vetro o una panchina acquisterà una forza straordinaria con lo sfondo cupo del maltempo.

Il cielo inoltre è spesso scenario di tramonti mozzafiato, con l'atmosfera magica del sole che sfugge sotto l'orizzonte, ma anche in questo caso, cercate di uscire dalla banalità: non è sempre necessario includere il sole in una foto di tramonto.

L'idea di tramonto, ad esempio, passa anche attraverso la particolare colorazione delle nuvole, quasi infuocate dalla luce del sole che sta per sparire. Potete cercare delle silhouette geometriche e molto nitide per creare composizioni astratte e dai toni caldi, oppure lasciatevi guidare dalle semplici forme dei rami che si stagliano contro un cielo striato, dai colori

talmente contrastati da sembrare talvolta inverosimili. Perché non tutto quello che è spettacolare deve essere per forza artefatto o creato al computer!

E quando il tempo a disposizione sembra finire, ricordatevi che il cielo vive anche di notte.

La luna riuscirà a rendere suggestivi anche i paesaggi più quotidiani, basterà sfruttare le sue rotondità o l'effetto della sua luce diafana. Un cavalletto e dei tempi di scatto molto lunghi vi permetteranno di immortalare invece un gioco di stelle mozzafiato, specie se vi trovate in montagna o in zone lontane dal centro città.

Il consiglio finale di questo primo nostro incontro è perciò quello di affidarsi il più possibile alla propria creatività e fare della sperimentazione il vero punto di partenza per ottenere immagini uniche e personali: non abbiate mai paura di provare, e ne sarete ampiamente ricompensati. ■

info@robyrad.com



Società Scientifiche di riferimento per le malattie respiratorie

A.A.I.T.O.

Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri

AUSL 3 Lanciano-Vasto, U.O.C.

Medicina Interna

Presidio Ospedaliero di Lanciano

Via del Mare, 1 - 66034 Lanciano (CH)

tel./fax 0872 706393 - www.aito.it

ACCP Capitolo Italiano

American College of Chest Physicians Capitolo Italiano

Clinica Malattie Respiratorie

Policlinico Universitario

"G. Martino"

Via Consolare Valeria, 1

98125 Messina

tel. 090 2212003 - fax 090 8967896

stepic@gmail.com

www.chest.it

AIA

Associazione Italiana di Aerobiologia

Via delle Fonti, 10/7

50018 Scandicci (FI)

tel. 3346385437

fax verde 800910315

info@ilpolline.it - www.ilpolline.it

AIMAR

Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie

Viale Marazza, 30

28021 Borgomanero (NO)

Tel. 0322 846549 - Fax 0322 869737

www.aimarnet.it

AIMeF

Associazione Italiana Medici di Famiglia

P.zza Duca d'Aosta, 12

20124 Milano

tel. 02 67490005 - fax 02 67385689

mail@aimef.org - www.aimef.org

AIPO

Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

Via Antonio da Recanate, 2

20124 Milano

tel. 02 36590350 - fax 02 36590360

segreteria@aiporicerche.it

www.aiporicerche.it

AIST

Associazione Italiana per lo Studio della Tosse

Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna

tel. 051 307307 - fax 051 302933

info@assotosse.com

www.assotosse.com

AITFR

Associazione Italiana

Tecnici di Funzionalità Respiratoria

segreteria@aitfr.com

www.aitfr.com

AMP

Associazione Mediterranea

Pneumologi

Via G. Simili, 14 - 95129 Catania

www.ampneumologi.it

ARIR

Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda c/o Unità Spinale

Piazza Ospedale Maggiore, 3

20162 Milano

cell. 347 8044525 - fax 02 700557594

segreteria@arirassociazione.org

www.arirassociazione.org

FIMMG

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Grattacielo Italia

Piazza Marconi, 25

00144 Roma

tel. 06 54896625 - fax 06 54896645

fimmg@fimmg.org

www.fimmg.org



LILT

Lega Italiana Lotta Contro i Tumori
Via A. Torlonia, 15 - 00161 Roma
tel. 06 4425971 - fax 06 44259732
sede.centrale@lilt.it - www.lilt.it

METIS

Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale
Piazza Marconi, 25 - 00144 Roma
tel. 06 54896627 - fax 06 54896647
metis@fimmg.org - www.fimmg.org

MTS

Mediterranean Thoracic Society
ggirbino@unime.it

SIAIC

Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Clinica
Via Tescione - 81100 Caserta
tel. 0823 232436 - fax 0823 232425
siaic@siaic.com - www.siaic.com

SIAIP

Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica
ugazio@opbg.net - www.siaip.it

SIFC

Società Italiana per lo studio della Fibrosi Cistica
c/o Centro Regionale Veneto
Fibrosi Cistica,
P.le Stefani, 1 - 37126 Verona

tel. 045 8072293
cbraggion@qubisoft.it

SIMeR

Società Italiana di Medicina Respiratoria
Via A. Righi
50019 Sesto Fiorentino (FI)
tel. 055 3361.1

SIMG

Società Italiana di Medicina Generale
Via Del Pignoncino, 9 - 50142 Firenze
tel. 055 700027 - fax 055 7130315
simg@dada.it - www.simg.it

SIMReG

Società Italiana di Medicina Respiratoria in età Geriatrica
A.O. "V. Cervello"
Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo
tel. 091 6802652 - fax 091 6891857
simreg03@virgilio.it

SIMRI

Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili
salvatore.tripodi@fastwebnet.it
barbato@pediatria.unipd.it
www.simri.it

S.I.P. SPORT

Società Italiana di Pneumologia dello Sport
c/o Prof. Albino Rossi
Via Mincio, 20 - 27100 Pavia
tel. 0382 423518 - fax 0382 423301
rossi.albino@libero.it
www.sipsport.it

SITAB

Società Italiana di Tabaccologia
c/o GEA Progetto Salute - onlus
Via Giorgio Scalia, 39
00136 Roma
tel. 039 2384744/11
fax 178 2215662
presidenza@tabaccologia.it
www.tabaccologia.org

STOP TB

Istituto Villa Marelli
Viale Zara, 81 - 20159 Milano
segreteria@stoptbitalia.it
www.stoptbitalia.it

UIP

Unione Italiana per la Pneumologia
Via G. Da Procida 7D - Roma
c/o AIM Group
Via G. Ripamonti, 129
20141 Milano
tel. 02 56601373
fax 02 56609049
m.beretta@aimgroup.it



Tosse, asma, polmoniti? ... cerotti e catramina



Dal volume "Segreti di bellezza, salute e longevità"
di Boyd Laynard, Biblioteca Bertelli, anni '30/'40



RESPIRO C'È. DOVE?

RESPIRO, strumento di educazione e prevenzione contro le malattie respiratorie, è gratuita e si rivolge ai cittadini, ai malati, ai medici, agli operatori sanitari, alle istituzioni, ovvero a tutti. La disponibilità degli Sponsor ne permette la stampa e la distribuzione. L'obiettivo è di far trovare RESPIRO al cittadino in qualsiasi posto pubblico (ambulatori medici, farmacie, ospedali, scuole, librerie, negozi, banche, 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 040 3720456 o inviare una mail a midia@midiaonline.it

L'acquisto può essere effettuato anche online, collegandosi al sito www.midiaonline.it

CARATTERISTICHE DELLA RIVISTA

Periodicità

Trimestrale / 4 numeri
Primavera, Estate,
Autunno, Inverno

Uscite

Marzo / Primavera
Giugno / Estate
Settembre / Autunno
Dicembre / Inverno

Target

Cittadini, Pazienti,
Operatori Sanitari,
Istituzioni

PUBBLICITÀ, MARKETING E VENDITE

MIDIA srl

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

TIRIAMO IL FIATO

Nino Taranto duetta con la Pneumologia italiana

Ciccio Formaggio dice

Nino Taranto duetta con la Pneumologia italiana

33



Come fare per averlo

Per acquistare il CD al prezzo
di 12,00 Euro + 3,50 Euro di
spese postali (totale 15,50 Euro)

utilizza
il C/C postale n. 34827204
intestato a MIDIA srl
Via Cesare Beccaria 3,
34133 Trieste

oppure

ordina online sul sito
www.midiaonline.it



*Parte del ricavato della vendita di questo CD sarà
devoluto ad attività di solidarietà sociale indivi-
duate dalla FIMPST (Federazione Italiana contro
le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi).*

Ciccio Formaggio dice

33

Le canzoni e gli interpreti

CICCIO FORMAGGIO

AGATA!

COSIMA

'O PAPPVALLO

DOVE STA ZAZÀ

CANZONE PETTEGOLA

ATTENTI ALLE DONNE

BRINNESO

FATTE FA' 'A FOTO

FATTE PITTÀ!

PUPATELLA

'A SERENATA 'E MAST'ACHILLE

TOTONNO 'E QUAGLIARELLE

CUPIDO QUESTO TI FA

'O GUAPPO 'NNAMMURATO

LUSINGAME

DICITE 33

Francesco de Blasio *pneumologo, Napoli* Renato De Tullio *pneumologo, Bari* Virginia Galanis
manager in Azienda di servizi e cura domiciliari, Milano Nenè Mangiacavallo *pneumologo,*
presidente FIMPST, Agrigento, Roma Francesco Mazza *pneumologo, Pordenone* Paolo Palange
pneumologo, Roma Roberto Perissin *manager in Azienda di prodotti medicali, Milano* Alessandro
Sanduzzi *pneumologo, Napoli* Morena Sangiovanni *manager in Azienda farmaceutica, Milano*
Antonio Schiavulli *editore, Trieste* Ludovico Trianni *pneumologo, Gaiato-Modena*

MIDIA
EDIZIONI

Via Cesare Beccaria, 3
34133 Trieste

Tel. 040 3720456

Fax 040 3721012

midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it